



قسم الصحة النفسية



مقرر

سيكولوجية الفئات الخاصة

جزء الصحة النفسية

الفرقة الأولى / شعبة الطفولة

أستاذ المقرر

د. ياسمين رمضان كمال عبيد

مدرس بقسم الصحة النفسية

العام الجامعي

٢٠٢٢-٢٠٢٣

بيانات أساسية

الكلية: التربية بقنا



الفرقة: الأولى

التخصص: الطفولة

عدد الصفحات: ١٩٧

القسم التابع له المقرر : قسم الصحة النفسية

الرموز المستخدمة

فيديو للمشاهدة.	
نص للقراءة والدراسة.	
رابط خارجي.	
أسئلة للتفكير والتقييم الذاتي.	
أنشطة ومهام.	
تواصل عبر مؤتمر الفيديو.	

محتوي الكتاب

الصفحة	محتوى الكتاب الالكتروني
	أولاً : الموضوعات :
	ثانياً : الجداول :
	ثالثاً : الأشكال والصور :
	رابعاً : روابط الفيديو :
	خامساً: قائمة المراجع :

الصفحة	أولاً: قائمة الموضوعات
٥	الفصل الأول: مقدمة في سيكولوجية الفئات الخاصة
٧	التربية الخاصة
٨	التعريف بذوي الاحتياجات الخاصة
١١	أنواع الإعاقات
١٦	أهداف التربية الخاصة
١٩	الفصل الثاني: ذوي الإعاقة العقلية
٢٠	أولاً : مفهوم التخلف العقلي
٢٨	ثانياً : تصنيفات التخلف العقلي
٤٢	ثالثاً: أسباب التخلف العقلي
٥٠	رابعاً: خصائص المتخلفين عقلياً
٦٣	الفصل الثالث: ذوي الإعاقة البصرية
٦٦	مفهوم الإعاقة البصرية :
٦٧	فئات الإعاقة البصرية :
٦٨	خصائص المعاقين بصرياً
٩٤	الفصل الرابع: ذوي الإعاقة السمعية
٩٦	أنواع المعاقون سمعياً

٩٨	خصائص المعاقين سمعيًا
١٠٤	حاجات المعاقين سمعيًا
١١٧	الفصل الخامس: الاضطرابات الانفعالية (التوحد)
١٤١	أسباب التوحد
١٧٦	المشكلات السلوكية عند ذوي التوحد
١٨٥	المراجع

الفصل الأول

مقدمة في سيكولوجية الفئات الخاصة



الفروق الفردية مبدأ معروف ولا يحتاج إلى تأكيد
..فكل طفل يختلف عن الآخر. ويعرف الطفل غير العادي بأنه
الطفل الذي يخرج عن حدود المتوسط في الخصائص العقلية أو
الحسية أو الجسمية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو القدرة على
الاتصال إلى الحد الذي يحتاج معه إلى خدمات تربوية خاصة تصل
به إلى أقصى درجة يمكن أن تصل إليها قدراته.

فالطفل يصبح ضمن ذوي الاحتياجات الخاصة إذا اختلف
عن التلميذ العادي أو التلميذ المتوسط في القدرات العقلية أو الجسمية
أو الحسية، ومن حيث الخصائص السلوكية، أو اللغوية، أو التعليمية
إلى درجة يصبح معها ضروريا تقديم خدمات تلبي احتياجاته الفردية
ويطلق عليها خدمات التربية الخاصة.

وهناك العديد من الصعوبات التي تواجه فئات غير العاديين
منها عدم قدرتهم على متابعة البرامج التعليمية التي تقدم لأقرانهم
الأسوياء نتيجة لعدم مناسبتها لهذه الفئات . وهذا يتطلب وجود رعاية
تعليمية خاصة منذ الطفولة المبكرة.

وتتعدد فئات غير العاديين في أي مجتمع أو نظام تعليمي
لتشمل مشكلات التعلم (تخلف عقلي وصعوبات تعلم، تأخر
دراسي..)، والمشكلات الحسية (السمعية، والبصرية)، ومشكلات
السلوك ، ومشكلات التواصل (عيوب النطق وأمراض الكلام)،
والمشكلات الجسمية والصحية، وأيضا المتفوقين والموهوبين.

التربية الخاصة؟ Special Education



هي نوعية متخصصة من الخدمات والبرامج التعليمية التربوية. تتضمن تعديلات خاصة سواء في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم لتلبية الحاجات الخاصة لمجموع التلاميذ الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية.

أو تعرف بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة في المناهج بعناصرها التي تشمل الأهداف والمحتوى والوسائل وطرق التدريس وأساليب التقويم استجابة للحاجات الخاصة للأفراد المعاقين، الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية، ولا تقتصر التربية الخاصة على خدمات ذوي الإعاقات، ولكن تتضمن أيضا خدمات وبرامج ذوي القدرات والمواهب المتميزة .

وتؤكد التربية الخاصة على ضرورة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، وتكييف المناهج، وطرق التدريس الخاصة بهم، بما يتواءم واحتياجاتهم، وبما يسمح بدمجهم مع ذويهم من التلاميذ العاديين في فصول التعليم العام، مع تقديم الدعم العلمي المكثف لمعلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام، بما يساعدهم على تنفيذ استراتيجيات التعليم سواء للطلاب الموهوبين أو ذو الإعاقات المختلفة.

وقد شهد العقد الحالي تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالإعاقة. ونشطت الدول المختلفة في تطوير برامجها في مجال الإعاقة لأن الاستجابة الفعالة لمشكلة الإعاقة يجب أن تتصف بالشمولية، بحيث لاتهتم ببعض الجوانب المتعلقة بهذه المشكلة وتغفل جوانب أخرى، وبشكل يكون فيه لبرامج الوقاية من الإعاقة أهمية متميزة نظراً لأنها تمثل إجراءً مبكراً يقلل إلى حد

كبير من وقوع الإعاقة ويختصر الكثير من الجهود المعنوية والمادية اللازمة لبرامج الرعاية والتأهيل.



التعريف بذوي الاحتياجات الخاصة

الإعاقة ظاهرة ملازمة لكل المجتمعات الإنسانية، وتختلف نسبة حدوثها وأنواعها ومواقف المجتمعات منها باختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية لتلك المجتمعات والمصابون بالإعاقة يتعارف عليهم بذوي الاحتياجات الخاصة .
ولبيان حقيقة ذلك المصطلح يلزم معرفة معنى الإعاقة في اللغة والاصطلاح .

أما في اللغة :

فقد جاء في لسان العرب مادة (عوق) : عاقو عن الشيء عوقا ، أي منعه عنه وشغله عنه فهو عائق والجمع عوق لمعاقل ولغيره عوائق ، وعوائق الدهر شواغله وأحداثه وتعوق أي امتنع وثبط

وفي القاموس المحيط :

العوق أي الحبس والصرف والتثبيط كالتعويق والاعتياق والرجل الذي لاخير عنده يعوق الناس عن الخير ، عاقني عائق ، وعوائق الدهر: الشواغل من أحداثه

وأما في الاصطلاح :

فقد وضعت تعريفات أخرع لأصحاب العاهات أو ذوي الاحتياجات الخاصة على قول المحدثين ومن هذه التعاريف :

١- هي حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي وأنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي ليستطيع المعاق حركياً الاستفادة، وتشمل هذه الإعاقة حالات الشلل الدماغية واضطرابات العمود الفقري وضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع وهي حالات عجز تحد من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي ومرن كالأسيوياء الأمر الذي يؤثر سلباً على مشاركتهم في واحدة أو أكثر من نشاطاتهم الحياتية.

٢- أو أنها حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي وتجعلهم غير قادرين على التنافس مع غيرهم من الأشخاص. وتختلف هذه الإعاقة من حيث حدتها فبعضها يكون ولادياً والبعض الآخر يكون مكتسباً بسبب الحروب أو الكوارث الطبيعية أو إصابات العمل وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة أعضاء.

٣- أو أنهم أفراد يعانون نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قُصور القدرة على تعلُّم أو اكتساب خبرات أو مهاراتٍ و أداءِ أعمالٍ يقوم بها الفرد العادي السليم المماثل لهم في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية.

٤- وعرِّفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة على أنها حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسدية أو الذهنية ترجع إلى عوامل

وراثية أو بيئية تعيق الفرد عن تعلم بعض الأنشطة التي يقوم بها الفرد السليم المشابه في السن.

ويلاحظ على **التعريف الأول** : أنه ركز على نوع الإعاقة التي تصيب الإنسان كالضعف العصبي ، أو العظمي ، أو العضلي و حالات الشلل الدماغية ، واضطرابات العمود الفقري ، وضمور العضلات ، والتصلب المتعدد ، والصرع ، وغيرها .

ويلاحظ على **التعريف الثاني**: أنه ركز على الأسباب التي توجد الإعاقة كأن يكون السبب ولادياً أو يكون مكتسباً بسبب الحروب أو يكون بسبب الكوارث الطبيعية أو بسبب إصابات العمل.

ويلاحظ على **التعريف الثالث**: أنهم تصبح لهم بالإضافة إلى احتياجات الفرد العادي، احتياجات تعليمية ، نفسية ، حياتية ، مينية ، اقتصادية، صحية خاصة، يلتزم المجتمع بتوفيرها لهم ؛ باعتبارهم مواطنين وبشراً - قبل أن يكونوا معاقين - كغيرهم من أفراد المجتمع "

أنواع الإعاقة عند ذوي الاحتياجات الخاصة وأسبابها:



أولاً : أنواع الإعاقات:



بناء على تتبع حالات الإعاقة عند ذوي الاحتياجات

الخاصة يمكن تصنيف أنواع الإعاقة على النحو الآتي :

- ١- **الجسمية (البدنية)** : وذلك بفقدان جزء من أجزاء الجسم أو أكثر مما يؤثر سلباً في الحركة ، أو حدوث خلل بها ، مثل الشلل .
 - ٢- **الحسية** : وذلك بفقدان حاسة من الحواس، أو حدوث نقص بها ، كالصمم والبكم والعمى.
 - ٣- **الذهنية** : وذلك بفقدان العقل، كالجنون ، أو حدوث نقص فيها كالتخلف العقلي .
 - ٤- **النفسية** : وذلك بحدوث آثار ظاهرة ، واضطرابات مثل : الانطواء ، او الانفصام ، او القلق وغيرها .
- كما لا بُدّ من ملاحظة أنّ الفرد قد يعاني من أكثر من إعاقة من تلك الإعاقات وهو ما يمكن أن يطلق عليه متعدد الإعاقات.
- كما و أنّ بعض الإعاقات قد تصاحبها نواحي قصورٍ أخرى ، فمثلاً قد يعاني المتخلف عقلياً من نوعٍ أو أكثر من نواحي القصور في السمع ، أو الحركة أو التخاطب ، ومثلها أيضاً حالات الشلل المخي ، حيث قد يعاني بالإضافة إلى الإعاقة الحركية من صعوباتٍ في النطق والكلام أو قصور في القدرات العقلية.

ومما تجدر الإشارة إليه إلى أن مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة يطلق على غير العاديين وهم فئات الإعاقة المختلفة مضافاً إليها فئات التفوق العقلي والموهبة ، ويصنف ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة على الفئات التالية :

١- الإعاقة البصرية

المعاق بصرياً: هو من ليس لديه بصر أو الذي يستطيع تمييز الضوء من الظلمة فقط، وهو الشخص الذي لا يستطيع القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل.

المعاق بصرياً جزئياً: هو الطفل الذي ما زالت لديه بقايا بصر تسمح له بالعلم، ولكن بإضافة معينات وتعديلات لتسهيل العملية التعليمية، حتى بعد استخدام النظارة الطبية.

٢- الإعاقة السمعية

الطفل الأصم كلياً: وهو الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره، ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة، ويطلق عليه الأصم الأكم.

الطفل الأصم جزئياً: وهو الذي يفقد جزءاً من قدرته السمعية، وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق اللغة وفق مستوى معين، يتناسب مع درجة إعاقته السمعية.

٣- التخلف العقلي

يعني الانخفاض الملحوظ في مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر الثماني الأولى.

٤- الإعاقات الجسمية والصحية

المعاق جسدياً: هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض، أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات، أو فقدان في القدرة الحركية أو

الجسمية أو كليهما معاً في الأطراف العليا أو السفلى، أو اختلال في التوازن الحركي، أو بتر الأطراف، مما يستدعي الحاجة إلى برامج طبية ونفسية تربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

٥- صعوبات التعلم

وتنتج عن اضطرابات في واحدة أو أكثر من الوظائف النفسية الأساسية والتي تشمل فهم واستعمال اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والحساب والتي تعود إلى أسباب تتعلق بإصابة الدماغ الوظيفية البسيطة، وكلاهما لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية وغيرها.

٦- الاضطرابات السلوكية والانفعالية

وتتمثل في عدم قدرة الفرد على الاستجابة لبيئته، على نحو مقبول اجتماعياً، بدرجة مزمنة وملحوظة، مما يترتب عليه وجود مجموعة من الصفات أو المؤشرات، ومنها: عدم القدرة على التعلم، والشعور بعدم الرضا والسعادة، وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية مرضية وصحيحة، وظهور رد فعل لا يتناسب مع الحدث، والميل إلى العدوانية.

٧- اضطرابات النطق واللغة

وتتمثل اضطرابات النطق في: الحذف، والإبدال، والإضافة، والتشويه، والسرعة الزائدة، وتعني أيضاً التأخر أو الانحراف في نظام الاتصال مع الآخرين في الكلام، ويكون لدى الطفل مشكلة في الكلام

أو النطق إذا كان كلامه يؤدي إلى: انتباه غير محبب من قبل الناس إليه، ويؤثر على مقدرة الفرد على الاتصال بالآخرين، ويؤدي لحدوث صعوبات لدى الفرد في علاقته الاجتماعية.

واضطرابات الصوت، تتمثل بدرجة الصوت من حيث الشدة، والارتفاع، والانخفاض.

واضطرابات اللغة، تتمثل في تأخر ظهور اللغة، وفقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها، وصعوبة التذكر والتعبير، وصعوبة فهم الكلمات والجمل، وصعوبة في القراءة والكتابة، وصعوبة تركيب الجمل.

٨- التأخر الدراسي وبطيء التعلم

توجد تعريف متباينة لمصطلح التلميذ بطيء التعلم ، كما يوجد أسماء مختلفة تعبر عن ذات المصطلح وهي : انخفاض مستوي التحصيل وانخفاض مستوي اكتساب الخبرات التعليمية ، والتأخر الدراسي ، و التعوق الدراسي ، والتخلف الدراسي وتخلف التلميذ عن أقرانه العاديين ، والتلميذ غير الطبيعي جزئياً نعرضها فيما يلي :

وبشير مصطلح التلميذ بطيء التعلم إلى الطفل الذي لا يكون مستوي تحصيله في نفس مستوي زملائه في الدراسة ، أي أن يكون في مستوي أقل من مستوي الصف الذي يجب أن يكون فيه ، وهي تشير إلى التأخر العقلي ونسبة ذكائه تقع بين ٧٥-٨٩ ، ويشكلون حوالي ٢٠% من التلاميذ

٩- الإجتراية (التوحيدية).

التوحد هو صعوبة في التواصل والعلاقات الاجتماعية مع اهتمامات ضيقة قليلة أو هو تدهور في النمو الارتقائي للطفل يتميز بتأخر في نمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية.

١٠- التفوق العقلي والموهبة

المتفوق: هو ذلك الشخص الذي يظهر مستوى رفيعاً من الأداء، مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها في واحدة أو أكثر من المجالات التالية: القدرة العقلية العالية (ارتفاع في نسبة الذكاء)، والقدرة الإبداعية، والقدرة على التحصيل الأكاديمي المرتفع، والقدرة على المثابرة والدافعية والمرونة والاستقلالية في التفكير.

ثانياً : أسباب الإعاقات

عند النظر في الأسباب الحقيقية الباعثة على حدوث الإعاقة عند بعض أفراد المجتمع فإنه يمكن إرجاعها إلى الأسباب الآتية :

١- سوء التغذية لدى الأم أو الطفل .

٢- الأمراض التي تصيب الطفل أو الأم .

٣- الأسباب الخلقية منذ الولادة .

٤- العوامل الوراثية .

٥- الحوادث .

٦- الحروب .

٧- الكوارث الطبيعية .

٨- التلوث البيئي .

أهداف التربية الخاصة:

- ١- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- ٢- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- ٣- إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية.
- ٤- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- ٥- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية.
- ٦- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.
- ٧- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم.
- ٨- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة.
ما دور معلم التربية الخاصة؟
- ١- المشاركة في تشخيص وتحديد نوع الاحتياجات التربوية.
- ٢- المشاركة في وضع الخطة التربوية الفردية.
- ٣- ممارسة عملية التعليم وتنفيذ الخطة التربوية الفردية المعدة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٤- تنسيق عملية خروج ودخول الطلبة ذوي الحاجات الخاصة من الصف إلى غرفة المصادر وبالعكس.

- ٥- فتح ملف خاص بكل طالب من ذوي الحاجات الخاصة منذ الالتحاق بغرفة المصادر.
- ٦- تزويد إدارة المدرسة وأولياء الأمور والمعلمين بمعلومات وملاحظات عن تطور الطالب ذوي الحاجة الخاصة.
- النصائح والتوصيات التي يجب مراعاتها والعمل بها للذين يتعاملون مع فئات التربية الخاصة؟
- ١- الرغبة والاستعداد الأكديين للتعامل مع هؤلاء الأطفال أصحاب الاحتياجات الخاصة.
- ٢- المعرفة والدراية والإلمام بالحالات الخاصة وكيفية التعامل معها.
- ٣- الوثوق أن لكل فرد طاقة يجب استغلالها، والوثوق كذلك أن الأطفال يستجيبون للحب والاهتمام.
- ٤- استخدام أساليب وطرائق متعددة ومختلفة غير مكرره للعمل مع هؤلاء الأطفال.
- ٥- الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة والإقرار بحقوقهم، هو أحد أبرز عناوين الحضارة والتقدم بين الأمم.
- ٦- لا يوجد إنسان مستثنى من الإعاقة! فلا قدر الله، قد يتعرض أي كان لحادث يؤدي إلى إعاقته.
- ٧- الالتحاق بالدورات التدريبية ومواكبة كل ما هو جديد في حقل التربية الخاصة كالنشرات والدورات.
- ٨- وضع خطة تعليمية قريبة من واقع الطفل ونوع وحجم إعاقته ووضع الوقت الكافي لتنفيذها ليسهل تحقيق الهدف.
- الأساس الذي تبنى عليه برامج التربية الخاصة**

وتبنى برامج التربية الخاصة على أساس ما يسمى بالتدريس العلاجي. (يستخدم مصطلح التدريس العلاجي للدلالة على نوعية

البرامج التربوية لحالات صعوبات التعلم وذوي الحاجات الخاصة
بشكل عام

الفصل الثانى

ذوي الإعاقة العقلية

التخلف العقلي

- مقدمة:



التخلف العقلي من الظواهر التي يجد المهتمون بالتربية وعلم النفس صعوبة بالغة في الوصول إلى تعريف عام لها، وذلك لكونها حالة وليست مرض، وقد أطلق المتخصصون عددًا من المصطلحات للدلالة عليها فقد سميت أحيانًا بالاضطراب العقلي (Mental disorders) ويشمل الذهانية والعصابية والسيكوباتية وأحيانًا بدون عقل (Amentia) وأحيانًا صغير العقل (Oligophrenia) وأحيانًا خلل عقلي (Mental defective) ثم في أواخر الخمسينات أطلقوا عليها في أمريكا وبعض الدول العربية التأخر العقلي (Mental Retardion) وفي إنجلترا (Mental Subnormality) بمفهوم التخلف العقلي .

ويعد التخلف العقلي من أكبر المشكلات التي تهم قطاعًا كبيرًا من العلماء والمتخصصين في المجتمع، حيث تظهر آثارها في المجالات الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب وتتداخل هذه الأبعاد والجوانب، مما يقتضي تعاون عدد كبير من أجهزة الدولة والمتخصصين لمواجهته والتخفيف من آثاره السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع، وأيضًا فالأفراد المتخلفين عقليًا يحتاجون إلى رعاية طبية ونفسية وتربوية واجتماعية، مما يتطلب تضافر جهود كل المتخصصين في هذه المجالات لتقديم الرعاية اللازمة في حينها دون تأخير وبصورة متكاملة وشمولية من

أجل إعداد هؤلاء الأطفال للحياة الاجتماعية للاندماج في المجتمع، الذي يعيشون فيه وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لهم ولأسرهم.

وفي اللغة العربية نجد مصطلحات كثيرة منها: القصور العقلي، والنقص العقلي، والضعف العقلي، والشذوذ العقلي، والتأخر العقلي، والتخلف العقلي، والإعاقة الذهنية. ويرجع تعدد المصطلحات العربية إلى تعدد التسميات والمصطلحات الأجنبية التي استخدمت للدلالة على هذه المشكلة ففي كل المجتمعات يوجد أفراد يعوقهم انخفاض مستواهم العقلي عن القيام بأمورهم الحياتية كالاتمرار في الدراسة أو تعلم مهنة علاوة على عدم توافقتهم الاجتماعي مع بيئاتهم وسلوكهم واستجاباتهم في المواقف المختلفة ويكون قصورهم وتخلفهم عن أقرانهم راجعاً إلى الفشل في تنمية قدراتهم العقلية.

أولاً : مفهوم التخلف العقلي

ونتناول فيما يلي تعريفات التخلف العقلي:

التعريفات المختلفة التي طرحت لمفهوم التخلف العقلي: -

أ: التعريفات ذات البعد الواحد: -

١ - التعريفات الطبية للتخلف العقلي:

تعريف "جير فيش" Jervis :

فقد عرفها جيرفيس Jervis من الناحية الطبية على أنه حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة لعوامل جينية أثناء فترة التكوين.

كما عرفت وزارة الصحة عام ١٩١٣ وهو القانون الذي يعرف باسم قانون "الضعف العقلي" (Mental Deficiency Act) وقد عرف هذا القانون الضعف العقلي بأنه: "حالة تتسم بتوقف النمو العقلي، أو عدم اكتمال هذا النمو وتحدث قبل سن الثامنة عشر، وقد

يكون السبب فيها مصدرًا وراثيًا، أو قد يرجع للإصابة بأحد الأمراض"

تعريف ترييد جولد (Tred Gold 1982) :

كما عرفه ترييد جولد بأنها: حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى نمو الفرد العادي أو استكمال ذلك النمو. ويرى أن هذه الحالة تنشأ من عيب أو نقص في الجهاز العصبي المركزي نتيجة الإصابة عضوية في المخ بحيث تكون تلك الإصابة ذات تأثير واضح على ذكاء الفرد .

ورغم ما يلاحظ على هذا التعريف من أنه يوضح بعض أسباب الإعاقة إلا أنه لا ينطبق على كل الحالات وبالتالي للتعرف على تلك الإعاقة كما لا يصلح للتشخيص أو العلاج.

وحاول بينو "Benoit" أن يضع تعريفًا للإعاقة العقلية أكثر شمولاً من التعريفين السابقين فكان تعريفه كما يلي: الإعاقة العقلية هي "حالة قصور وظائف العقل نتيجة عوامل داخلية في الفرد أو خارجية عنه تؤدي إلى ضعف في كفاءة الجهاز العصبي ونقص في القدرة العامة للنمو وقصور في القدرة على التكيف".

وتتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية، وخاصة تلك الأسباب التي تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي Central (Nervous System, CNS) وخاصة القشرة الدماغية (Cortex) والتي تتضمن مراكز: الكلام والعمليات العقلية العليا، والتآزر البصري الحركي، والحركة، والإحساس، والقراءة والسمع، وغيرها .

. وتتفق هذه التعريفات الطبية الثلاثة السابقة في التنبه إلى أهمية الوراثة أو الإصابة العضوية التي تؤثر بدورها في الذكاء والقدرات أو الإدراك أو التوافق الاجتماعي

٢ . التعريفات القانونية أو التشريعية للتخلف العقلي (Legal

(Definition

تعريف "كيتودر" ١٩٦٢:

وهم الأطفال الذين لا يستطيعون الاستفادة من المزايا التي تقدمها المدارس العادية بصورة مقبولة .

٣ . التعريفات السيكولوجية:

وقد عرف التخلف العقلي على أساس نتائج الأشخاص على اختبارات الذكاء الفردية، وبصفة خاصة مقياس ستانفورد . "بينيه" على أنه: يعتبر الأشخاص الذي تقل نسبة ذكائهم عن ٧٠ على مقياس ستانفورد . "بينيه" للذكاء ضعاف العقل .

وأكدت "أنستازي" بأن فئة المتخلفين عقليا هي الفئة التي تقع نسبة ذكائها دون الـ ٧٠ درجة.

٤ . التعريفات الاجتماعية:

تعريف "ساراسون" Sara son:

يطلق "ساراسون" اسم المتخلفين عقليا على أولئك الأفراد الذي يكونون دون المتوسط الأفراد من نفس السن في الناحية الوظيفية العقلية لأسباب مؤقتة أو شبة دائمة (منذ الطفولة)، وتكون قدراتهم على التكيف الاجتماعي معقولة ويكون لهم القدرة على تعلم التكيف مع المجتمع، أما ضعف العقل M.Deficiency . فيطلق

"ساراسون" على الحالات التي تظهر عدم القدرة على التوافق الاجتماعي وتصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي قصوراً يشترط فيه عدم القابلية للشفاء.

ويذكر (فتحي السيد عبد الرحيم، ١٩٩٩) بأن دول "Doll" اهتم بدراسة التخلف العقلي واعتبر الصلاحية الاجتماعية Social Comtence هي المحك الرئيسي للتعرف على المتخلفين عقلياً فعرف المتخلف عقلياً على أنه:

. غير كفاء اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يسير أمره وحده.

. دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة للذكاء.

. يظهر تخلفه منذ الولادة أو في سن مبكرة.

. يرجع التخلف العقلي لعوامل تكوينيه في الأصل.

ويعرفها عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧)، بأنها هي نقص في الحد الأدنى من الذكاء العام اللازم لحياة الفرد الكبير الراشد حياة مستقلة والعجز والاستفادة من الحياة المدرسية أو المهنية أو الاجتماعية فلا يستطيع الفرد أن يؤدي وظائفه إلا في إطار بيئة توفر له المأوى والحماية مثل الملجأ أو المؤسسة وإذا كان الشخص ضعيف العقل يعيش في وسط بيئة اجتماعية صالحة تقدم له العون والمساعدة فإنه يستطيع أن يتكيف ، مما يخفف من وطأة مشكلته.

٥ . التعريفات التربوية Educational Definitions :

تعريف "لوفل":

الأطفال المتخلفون تحصيليا هم أولئك الأطفال الذي يحتاجون بسبب قدراتهم أو أية ظروف أخرى قد تكون ظروف أسرية أو نفسية ينتج عنها تأخر تحصيلهم الدراسي لنوع متخصص من التعليم يحل محل التعليم العادي كليا أو جزئيا.

كريستين إنجرام (Chirstine Ingram 1985):

استخدمت كريستين مصطلح بطيء التعلم "Slow learner" للتعبير عن الطفل الذي لا يستطيع أن يساير في تحصيله الدراسي نفس المستوى الذي يحصله الطالب العادي وهؤلاء الأطفال يشكلون حوالي ١٨% إلى ٢٠% من طلاب المدارس وهؤلاء تقع نسبة ذكائهم بين (٩٠.٥٠) درجة على اختبارات الذكاء المقننة وتطلق كريستين على الفئة التي يقع ذكاؤها بين (٧٥ . ٨٩) درجة بالفئة البينية Bordrline وهي تتكون من ١٦% إلى ١٨% من مجموع الأطفال بطيء التعلم ومصطلح التخلف العقلي على الفئة التي يقع ذكاؤها بين (٧٥.٥٠) درجة.

. ولقد تنبه فريق من علماء النفس والتربية والباحثون والمهتمون بدراسة التخلف العقلي إلى القصور الشديد في تعريف التخلف العقلي وعدم تحديده تحديداً دقيقاً فاتجه هؤلاء العلماء والباحثون إلى تناول مشكلة الإعاقة العقلية من جميع جوانبها الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية أثمرت تلك الجهود عن ظهور تعريفات أكثر شمولاً .

ب : التعريفات التي تتطلب استخدام أكثر من محك أو معيار عند تعريف التخلف العقلي:

"Multi Dimentional"

تعريف "جرو سمان" للتخلف العقلي (Grossman, 1973):

لتخلف العقلي: حالة تتميز بمستوى أداء وظيفي عقلي عام دون المتوسط بدلالة أو بشكل ملحوظ توجد متلازمة مع أشكال من القصور في السلوك التكيفي للفرد وتظهر خلال الفترة النمائية من حياته .

وقد وضح التعريف السابق ألا يصنف الطفل بوصفه متخلفا عقليا إلا إذا كان متأخرًا في كل من الوظائف العقلية كما يكشف عنها مستوى معامل الذكاء على اختبارات الذكاء التقليدية والسلوك التكيفي كما يقاس بأدوات مثل مقياس "فانيلان" للنضج الاجتماعي، أو مقياس السلوك التكيفي الذي أعدته الرابطة الأمريكية للضعف العقلي

وقد وضع "جروسمان" تعريفاً آخر ١٩٧٧م أكثر دقة، وهو يرجع التخلف العقلي إلى انحراف دال عن السواء في الذكاء والسلوك التوافقي، ويظهر خلال فترة الارتقاء ولا يرتبط هذه التعريف بأسباب محددة إلا أنه يصف السلوك كما هو، ولا يصف الاستمرارية في هذا السلوك، وحددت المرحلة الارتقائية منذ الحمل وحتى سن ١٨، وقد وضع "جرو سمان" هذا التعريف ولكن بطريقة مختلفة كالآتي:

"التخلف العقلي هو انحراف دال عن المتوسط للوظائف العقلية مع وجود آفات في السلوك التوافقي ويظهر ذلك أثناء فترة الارتقاء". ويصل هذا الانحراف الدال عن متوسط الأداء العقلي إلى انحرافين معيارين أدنى على الأقل من متوسط أداء الجمهور العام على الاختبارات المقننة للذكاء فتصبح نسبة الذكاء أقل ٦٨ على مقياس ستانفورد . "بينيه" وأقل من نسبة ذكاء ٧٠ على مقياس "وكسلر" لذكاء الأطفال، ويعرف السلوك التوافقي بأنه: "نقص مستوى

القدرة العقلية للمتخلف عقليًا عن مستويات الأفراد في جماعته العمرية. ويقصد بالتكيف هنا تكيف الفرد مع احتياجاته الطبيعية والبيئية والاجتماعية، ويعاني المتخلف عقليا هنا من القصور في القدرة على التكيف. ويعتبر أهم خصائص هذا التعريف أنه شامل لجانبي الذكاء العقلي والاجتماعي، وهو ما يعني أن المتخلف عقليا لا بد أن يكون متخلفاً في الذكاء والسلوك التوافقي معاً؛ أي أن غياب أحد الشرطين يعني أن الشخص يعاني من شيء آخر غير المتخلف العقلي، ومن ثم فإن

محكات تشخيص التخلف العقلي هي:

١ . انحراف دال عن المتوسط في الوظائف العقلية العامة غالبًا ما يقيم بواسطة اختبارات ذكاء ثابتة وصادقة.

٢ . أن يكون مصحوبًا بإعطاب في المهارات الاجتماعية والاتصال والمهارات المتطلبة للحياة اليومية والكفاءة الذاتية.

٣ . وغالبًا ما تطبق هذه المحكات حتى ما قبل سنة ١٨ سنة

وفي تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والتي نشرته في نشرتها الشهرية في ديسمبر ١٩٩٤ وهو "يشير التخلف العقلي إلى آفات أساسية في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية ويظهر ذلك من خلال أداء دون المتوسط للقدرات المعرفية مصحوبًا بآفات في المهارات التوافقية في واحد أو أكثر من المجالات التالية: [الاتصال . العناية بالذات . المهارات الاجتماعية . الأداء الأكاديمي . المهارات العملية . قضاء وقت الفراغ . الإفادة من المجتمع . التوجيه الذاتي . العمل . المعيشة الاستقلالية] وغالبًا ما تكون بعض الآفات اللاتوافقية مصحوبة بمهارات توافقية أخرى قوية أو مجالات أخرى

للكفاءة الشخصية، ويتعين أن تكون آفات المهارات التوافقية موثقة في سياق بيئية اجتماعية مطابقة لتلك التي يعيش فيها أقران الشخص من حيث العمر

ويستطرد التعريف فيقرر أن: .

. التخلف العقلي يبدأ قبل سن ١٨ سنة ولكنه لا يستمر مدى الحياة ومن خلال الخدمات المناسبة على امتداد فترة زمنية كافية سوف تتحسن بعامة الحياة الوظيفية للشخص المتخلف .

. يؤكد التعريف على ضرورة الجمع بين القدرات المعرفية، ومنها القدرات التي تقيسها اختبارات الذكاء والمهارات التكيفية، وكل منها يرتبط ببيئة معينة ومجتمع معين ومرحلة عمرية معينة.

. التخلف العقلي ليس قصوراً تكيفياً عاماً بل قد يتواجد مع جوانب قوة.

. التخلف العقلي لا يتحتم أن يستمر مدى الحياة وأن يتحسن بتوفير الخدمات المناسبة لفترة كافية وتستخدم درجات المقياس في تصنيف التخلف العقلي إلى مستويات.

ثانياً : تصنيفات التخلف العقلي :

لا يعد المتخلفين عقلياً مجموعة متجانسة فهم مختلفون فيما بينهم من حيث العوامل التي أدت إلى تخلفهم، ويترتب على ذلك اختلاف في صفاتهم وخصائصهم، وأدى ذلك إلى صعوبة تواجه العلماء في اتخاذ قواعد محددة كأساس لتصنيف المتخلفين عقلياً، وذلك صنفت التخصصات المختلفة التخلف العقلي وفق اهتماماتها العلمية، فنجد أن هناك تصنيف طبي قام به الأطباء، وتصنيف

سيكولوجي قام به علماء النفس، وتصنيف تربوي قام به علماء التربية، إلا أن هناك تصنيفات قديمة استخدمت لفترة طويلة لكن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قد تجاهلتها لما تحتويه من مسميات استخدمت بشكل غير إنساني، ومن هذه التصنيفات: (المأفون، الأبله . المعتوه)، ومع تعدد تصنيفات الإعاقة العقلية ، يمكن جمع ذلك كله في ثلاث تصنيفات رئيسية ، أولها يقوم على التصنيفات السيكولوجية وثانيها التصنيفات التربوية وأخيراً التصنيفات الطبية، وبيان هذه التصنيفات فيما يلي :

أولاً: التصنيفات السيكولوجية :

أ- التصنيف حسب نسبة الذكاء :

تعتمد فكرة التقسيمات السيكولوجية على استخدام نسبة الذكاء (كما تقسيها اختبارات الذكاء المقننة) كمعيار للمستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة فالذكاء يتوزع اعتدالياً بين الناس حيث أن الفرد متوسط الذكاء يحصل على (١٠٠) درجة على اختبار مقنن الذكاء (مثل اختبار ستانفورد" بينيه" ، ومقياس وكسلر) ومعظم الناس تقع نسبة ذكائهم في وسط المنحني الاعتدالي المعياري لتوزيع الذكاء بينما تقع فئة المعوقين عقلياً على الطرف الأدنى من التوزيع أي (٧٠) درجة فأقل.

ومن أهم التصنيفات السلوكية التي تعتمد على نسبة الذكاء هي :

(١) تصنيف هيبير **Heber** : والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

حيث صنفت حالات الإعاقة العقلية إلى خمس مجموعات هم :

١- المعوقون عقلياً على الحدود **Borderline** بنسبة ذكاء ٦٨-٨٣ .

٢- حالات الإعاقة العقلية البسيطة **Mild** بنسبة ذكاء ٥٢ - ٦٧ .

٣- حالات الإعاقة العقلية المعتدلة Moderate نسبة ذكاء ٣٦-٥١ .

٤- حالات الإعاقة العقلية الشديدة sever بنسبة ذكاء ٢٠-٣٥ .

٥- حالات الإعاقة العقلية العميقة profond بنسبة ذكاء ١٩ - أدنى .

(٢) تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي :

وصنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي مستويات الإعاقة العقلية تبعاً

لنسبة الذكاء والذي نشرته في الدليل التصنيفي (١٩٩٤) إلى :

وهو تقسيم شامل يأخذ في الحسبان الجوانب المتعددة للتخلف العقلي بقصد تحديد أنواع البرامج العلاجية التأهيلية لكل فئة من فئات هذه الإعاقة تبعاً لدرجة الإعاقة ونسبة الذكاء والقدرة على التعليم أو التدريب والقدرة على التكيف والخصائص العامة والخاصة لكل فئة وقد ظهر في هذا الصدد عدة تقسيمات للإعاقة العقلية اعتمدت على أكثر من بعد في تحديد فئات هذه الإعاقة وحديثاً أعلنت الجمعية الأمريكية للطب النفسي تقسيماً لفئات الإعاقة العقلية ١٩٩٤م وهو من أكثر التقسيمات شمولاً وتكاملاً التي ظهرت حتى الآن.

وتتخصر فئات التخلف العقلي وفقاً لهذا التقسيم إلى ما يلي: .

١ . التخلف العقلي الخفيف Mild Mental Retardation

مستوى الذكاء يتراوح من ٥٠ . ٥٥ حتى ٧٠ .

٢ . التخلف العقلي المتوسط Moderate Mental Retardation

مستوى الذكاء عند ٣٥ . ٤٠ حتى ٥٠ . ٥٥ .

٣ . التخلف العقلي الشديد Severe Mental Retardation

مستوى الذكاء عند مستوى ٢٠ . ٢٥ حتى ٣٥ . ٤٠ .

- ٤ . التخلف العقلي العميق Profound Mental Retardation مستوى الذكاء عند مستوى ٢٠ أو ٢٥ فيما أقل.
- ٥ . التخلف العقلي غير المبين Mental Retardation . Severity Unspecified

وهذه الحالات لا تستطيع اختبارها بالطرق التقليدية ولا يمكن تحديد مستوى الذكاء لأصحابها

١ . التخلف العقلي الخفيف (Mild Mental Retardation)

يوازي التخلف العقلي الخفيف تقريباً بما يسمى في التصنيف التربوي بالقابلين للتعليم أو التربية وهذه الفئة تنصب على الجزء الأكبر من المصابين بالتخلف العقلي وهم حوالي ٨٥% من المتخلفين عقلياً ويمكن لتلك الفئة أن تتطور عن هذا المستوى من التخلف العقلي اجتماعياً واتصالياً .وهؤلاء الأطفال يتعلمون بسرعة أقل من غيرهم في نفس السن كما أن قدرات الأطفال الحركية كبيرة ولكنهم يعانون من مشاكل في اللغة وتذكر الأشياء ومعرفة التوجيهات وكذلك درجة الاتزان ويعانون من بطئ الألعاب الروتينية البسيطة ولا يستطيعون التعبير عن أفكارهم بكلمات .وهم أكثر من الأسوياء قابلية للإيحاء وهم في العادة اجتماعيون ويحبون الاختلاط بمن هم على شاكلتهم أو بمن هم على درجتهم من الذكاء ولقربهم من الحالة السوية قد يلحق بعضهم بالمدارس العادية في صغرهم أو يوجدون في المجتمعات وبعض الوظائف العامة في كبرهم وذلك مما يظهر نقصهم في صغرهم مشكلة تعليمية وفي كبرهم مشكلة وظيفية أو اجتماعية أو اقتصادية أو أخلاقية ونظراً لضعف حكمهم على الأمور ولضعف الدافع الأخلاقي عندهم فأخلاقهم أقرب للإيحاء وعدم وجود عاطفة أخلاقية واضحة لديهم ولحبهم للاجتماع فيمن هم على

شاكلتهم كل هذه العوامل كثيراً ما تكون سبباً في ارتكابهم أعمالاً غير أخلاقية أو غير قانونية بل كثيراً ما يستخدمهم الغير لارتكاب الجرائم والعقوبة في النقص العقلي غير رادعة عادة عن الإجرام ويصاب بعض ضعاف العقل بنوبات صرع .

٢ - التخلف العقلي المتوسط Moderate Mental Retardation

ويتساوى مع القابلين للتدريب وهم يمثلون حوالي ١% من المتخلفين عقلياً أغلبهم لديهم مهارات الاتصال خلال الطفولة المبكرة ويمكنهم الاعتناء بأنفسهم دون الحاجة إلى المساعدة ويمكنهم كذلك الاستفادة من مهارات التدريب الاجتماعي والوظيفي .ويبدو عندهم حب الاستطلاع والتملك والمحاكاة ولكن في مستوى ضعيف وانفعالاتهم غير مهذبة أو ناضجة فهي انفعالات بدائية لا ترقى إلى العواطف الناضجة ولقلة إدراكهم قد يخافوا من أمور لا تتعدى إلى الخوف ويستطيعون أن يتكلموا ولكن نطقهم يكون في العادة صبيانياً متعسراً ويمكن تعليمهم كتابة بعض الكلمات وتدريبهم على بعض الأعمال اليدوية التي لا تحتاج إلى كثير من المهارة ولكنهم لا يستطيعون أن يتعلموا في المدارس العادية وكثيراً ما يصابون بالدرن (السل).

٣ - التخلف العقلي الشديد Severe Mental Retardation

يمثلون حوالي ٣% . ٤% من المتخلفين عقلياً يكون درجة اتصالهم والتحدث إليهم شبه معدومة خلال فترة المدرسة يمكنهم تعلم التحدث والتدريب على مهارات العناية بالنفس ويحتاجون للمساعدة في جميع احتياجاتهم اليومية والكثير منهم يحتاجون للمساعدة في الحركة والطعام وفي سنوات البلوغ يمكنهم القيام بأعمال بسيطة تحت

أسس الإشراف القريب. وأغلبهم يتكيفون مع المجتمع في مجموعات أو مع أسرهم إلا في حالة وجود معوق مساعد يتطلب عناية أو معالجة متخصصة

٤ . التخلف العقلي العميق **Profound Mental Retardation**

يمثلون حوالي ١% . ٢% من المتخلفين عقليا وهؤلاء الأطفال عاجزون كلية عن القيام بشئونهم الخاصة أو حماية أنفسهم ويحتاجون إلى رعاية كاملة طيلة حياتهم وإلى من يتعدهم بالطعام والشراب وقضاء حاجاتهم الضرورية وحماية أنفسهم .ولا يبدو عندهم حب الاستطلاع أو الامتلاك أو الاهتمام بالذات ولا تظهر فيهم الدوافع الجنسية وهم لا ينجبون نسلًا وأكثر من نصفهم يصابون بنوبات صرع كبيرة هذا بالإضافة إلى الكثير من مظاهر الشذوذ في التكوين العضوي وأغلبهم يموتون صغارًا.

٥ . التخلف العقلي الشديد غير المبين

Mental Retardation Severity Unspecified

وتشخيص هذه الحالة أو الفئات يكون في حالات التسليم الشديد بالتخلف العقلي، وهذه الفئة لا يمكن اختبارها بالطرق التقليدية حيث لا يجد الباحثون أي تعاون من جانب هؤلاء الأفراد بقبول الاختبارات، ومن أمثلة هذه الاختبارات مقياس Bayley لقياس تطور الأطفال ومقياس كاتل Cattell لذكاء الأطفال وهذه المقاييس لا تعطي قيمة ذكاء وخالصة القول أنه كلما كان السن أصغر وجدت صعوبة في التأكد من وجود التخلف العقلي إلا في حالات التفاوت العميق وتؤكد الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على تسمية هذه الفئة السابقة "الفئة البينية" للتخلف العقلي، وتتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة ما

بين (٧٠ . ٨٥) درجة، وقد يكون الهدف من تحديد هذه الفئة يرجع إلى تقدم الحياة وتطورها وزيادة تعقيد أساليب الحياة في المجتمعات الحديثة، وهو ما يتطلب حتى في الوظائف الدنيا مستوى من المهارات الأكاديمية، وعلى ذلك يتم تصنيف الأفراد التي تقل نسبة ذكاءهم عن ٨٥ درجة بأنهم في حاجة إلى كل من المساعدة والتوجيه لتنظيم شؤون حياتهم؛ كالحصول على وظائف تناسبهم ومسكن يناسبهم وأيضا تنظيم النواحي المادية والحصول على التأمين ودفع الضرائب.

ج- تصنيف التخلف العقلي على اختباري (ستانفورد بينيه) ، (وكسلر بليفو للذكاء):

جدول رقم (١)

فئات التخلف العقلي ونسب الذكاء على

مقياس (ستانفورد وبينيه) ومقياس (وكسلر بليفو للراشدين)

نسبة الذكاء		مدى الانحراف المعياري لنسب الذكاء	درجة الانحراف	الفئات
وكسلر بليفو	ستانفورد بينيه			
٦٦-٥٥	٦٧-٥٣	٣.٠٠ إلى ٢.٠١ -	١	الإعاقة العقلية الخفيفة
٥٤-٤٠	٥١-٢٦	٤.٠٠ إلى ٣.٠١ -	٢	الإعاقة العقلية المتوسطة
٣٩-٢٥	٣٥-٢٠	٥.٠٠ إلى ٤.٠١ -	٣	الإعاقة العقلية الشديدة
أقل من ٢٥	أقل من ٢٠	٥- فأقل	٤	الإعاقة العقلية العميقة

ثانيا:-التصنيفات التربوية :

تهدف برامج التربية الخاصة بالمعاقين عقليا أساساً إلى معاونة الطفل المعاق عقليا، حتى يصبح مواطناً صالحاً ومعتمداً على ذاته،

ومساعدته على التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي، وذلك بطبيعة الحال في حدود ما تسمح به قدراته وإمكانياته التي منحته الطبيعة إياها، وفي ضوء خصائصه واحتياجاته الخاصة .

ويصنف علماء التربية المعاقين عقليا وفق مدى الاستفادة التي يحصل عليها المختلف العقلي من برامج التربية والتدريب المختلفة، وذلك كما يلي: .

١ . التخلف العقلي القابل للتعليم.

٢ . التخلف العقلي القابل للتدريب.

٣ . التخلف العقلي الحاد والتام.

١ . التخلف العقلي القابل للتعليم: .

يمثل التخلف العقلي القابل للتعليم التخلف العقلي المعتدل، ويرجع علماء التربية القابلية للتعليم لدى هذه الفئة من المتخلفين؛ لأنهم يستطيعون تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية؛ مثل: القراءة والحساب، وسوف نوضح فيما يلي خصائص المتخلف العقلي القابل للتعليم: .

أ . عدم الرغبة في التعلم؛ حيث يفشل دائما في التعليم المدرسي وفق النظام الرسمي.

ب . قد تتسبب الأسرة في إعاقة التعلم، وذلك بالأسلوب الخاطئ المتبع للتربية.

ج . القدرة البطيئة في التعلم بالنسبة لأقرانه في العمر.

د . الإصابة باضطرابات مختلفة في الشخصية نتيجة للصعوبات التي يلاقيها في المدرسة أو المنزل.

أما "كركشانك" "Cruickshank" فإنه يعرف هذه الفئة من الواجهة التعليمية بأنها تضم الأطفال الذين لا يستطيعون الإفادة بدرجة مناسبة من البرامج العادية التي تقدم للأطفال العاديين، وذلك بسبب قصورهم العقلي غير أنهم قابلون للتعلم، بمعنى أنهم يستطيعون أن يحصلوا من المعلومات والخبرات ما يكفيهم في حياتهم، وفي الحرف غير الفنية، وعندما يكبر هؤلاء الأطفال فإنهم يستطيعون تحقيق مستوى طيب من حيث الكفاية الاجتماعية والاقتصادية إذا ما قدمت لهم برامج تعليمية خاصة .

٢ . التخلف العقلي القابل للتدريب: .

هم فئة غير قابلين للتعليم ولكنهم قابلون للتدريب على أن يقوموا ببعض الأعمال اليدوية البسيطة، والتي لا تتطلب أي مهارة فنية؛ مثل العمل على النول، أو بعض أشغال النجارة والخيرزان والخزف والإبرة والسجاد كل هذا تحت توجيه وإشراف مستمر من الكبار .

ويمثل التخلف العقلي القابل للتدريب التخلف العقلي المتوسط.

٣ . التخلف العقلي الحاد والتام: .

وهؤلاء الأطفال عاجزون كلية عن القيام بشئونهم الخاصة أو حماية أنفسهم، ويحتاجون إلى رعاية كاملة طويلة حياتهم، وإلى من يتعهدهم بالطعام والشراب، وقضاء حاجاتهم الضرورية وحماية أنفسهم (حمايتهم من الأخطار التي تهدد الحياة) .

ثالثاً:-التصنيفات الطبية :

قد تنشأ الحالات الباثولوجية في التخلف العقلي من إصابات المخ المختلفة التي تنشأ عن أحد الأسباب الآتية: .
-اضطرابات الأيض: .

وهي اضطرابات التمثيل الغذائي في الجسم مما يؤدي إلى ظهور أحماض أمينية في البول توجهنا إلى طبيعة المرض، وأهمية التعرف على هذه الأعراض أنه إذا اكتشفنا المرض في أول الأمر نستطيع وقاية الطفل من القصور العقلي، وبالتالي تنتشته في حالة سوية، أما إذا ترك دون علاج فسوف تضعف قدرته العقلية، وأهم هذه الأمراض القصور العقلي الناتج عن حامض الفينيل بيروفيك، ويمكن اكتشاف هذا الحامض في الأسبوع الثالث بعد الولادة، ويعتبر الكشف عن هذا الحامض في بعض الدول المتحضرة أمراً روتينياً في كل الأطفال كذلك زيادة الجلاكتود في الدم، ونقص السكر الوراثي في والده

- التخلف العقلي من الناحية الحضارية الأسرية (Cultural Familial Mental Retardation)

تشمل هذه الفئة التخلف العقلي المعتدل مع عدم وجود أي أعراض مرضية للمخ وتفترض بعض الدراسات أن السبب وراء الإصابة بهذه الإعاقة يرجع إلى الجينات ذات الآفات وربما يؤكد هذا الفرض أنه غالباً ما يحدث التخلف العقلي في الأسر التي يتم فيها زواج الأقارب.

بينما تؤكد معظم الدراسات على أثر العوامل الحضارية الاجتماعية في الإصابة بهذه الإعاقة حيث يظهر هذا المستوى للتخلف العقلي بين فئات الطبقة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة من الجمهور

العام وغالباً ما يكون الأقارب هم أنفسهم معاقون عقلياً. ويمثل أفراد هذه الفئة النسبة الكبرى من المعاقين عقلياً والمصنفين إكلينكياً حيث يمثل نسبة (٣ : ١) ممن يلتحقون بمؤسسات الإعاقة العقلية، أي حوالي (٧٥%) من المتخلفين عقلياً في الجمهور العام ولا تظهر عاقبتهم في سنوات عمرهم الأولى وتكون المشكلة الأولى التي يواجهها معاقوا هذه الفئة هي الصعوبة في التعلم أثناء السنوات الدراسية الأولى وتتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٠-٧٥) وغالباً ما يكون رسم المخ سويماً.

ويتم تشخيص هذا النوع من الإعاقة العقلية على أساس
- غياب الإصابة بتلف المخ. -وجود تاريخ أسرى بانخفاض نسبة الذكاء.

-يكون الأشقاء وأقارب هذه الفئة هم أنفسهم معاقين عقلياً.

- زملة داون : Down Syndrome :

وسمي كذلك للتشابه الظاهري بين سحنة المريض وبين الشعوب المنغولية ونسبة هذا النمط نحو ٥% من ناقص العقل ولكن أغلبهم يموتون صغاراً فنقل نسبتهم كثيراً بين الكبار وهم بين بلة ومعتوهين، ومن الخصائص المميزة للمنغولية الرأس العريض ومحيط أقل من العادي والشعر قليل وجاف خال من التجاعيد والعينان منحرفتان لأعلى وخارجان وتميلان إلى الضيق وغالباً بهما حول والأنف عريض قصير وأفطس واللسان كبير عريض خشن متشقق وقد يبدو بارزاً خلال الفم المفتوح والأذنان صغيرتان ومستديرتان والقامة والأطراف قصيرة والكفان عريضان وسميكان مع وجود نمو مستعرض

غير راحة الكف والأصابع قصيرة وخاصة الخنصر وانحناء نحو الداخل والقدمان مفرطتان وأعضاء التناسل صغيرة الحجم والكلام متأخر والصوت خشن والنمو و التآزر الحركي مضطرب ويلاحظ الترهل الجسمي بصفة عامة. ومن الخصائص الانفعالية والاجتماعية للطفل المنغولي أن الطفل المنغولي لطيف ودود ومرح ونشط اجتماعي يحب التقليد والمداعبة متعاون يتسم بحب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض الأطفال السعداء .

ويبين يوسف الجداوى (١٩٩٠) إلى أن هناك ثلاثة أنواع من زملة داون وهم :

-النوع غير الملتحم :

وفيه يكون عدد الكرموسومات (٤٧) بدلاً من (٤٦) كرموسوم وهذا النوع يمثل (٩٠%) من حالة زملة داون .

-النوع المنتقل : ويمثل حوال (٨% - ١٠%) من مجموعة زملة داون وعدد الكرموسومات غالباً (٤٦) ولكن حدث اتحاد بين الكرموسوم رقم (٢١) وأحد الكرموسومات الأخرى وهو يحدث فى الغالب مع الكرموسوم رقم (١٤ أو ١٥)

-النوع الفسيفسائي :

وهذا يمثل (١-١.٥%) من مجموعة حالات زملة داون ويحدث نتيجة خلل بين الكرموسوم الإضافي رقم (٤٧) والكرموسوم رقم (٤٦) ويتسم مرضي هذا النوع بأنهم أعلي نكاء من الفئات الأخرى.

-القماءة : cretinism (القرمية) :

إن الاضطرابات في الغدة الدرقية عند مرضى القصاص ينتج من نقص هرمون التيروكسين، ويقع هؤلاء في فئة التخلف العقلي المتوسط والحاد.

ومن الخصائص المتميزة في هذه الحالة بجانب قصر القامة الشعر الخشن والخفيف والشفتان الغليظتان واللسان المتضخم، والرقبة القصيرة والسميكة والبطن البارزة والمستديرة، والصوت الخشن، والكسل الواضح، والحركة البطيئة، والنمو الجنسي المتأخر، والغدة الدرقية، وهم في العادة أطفال هادئون متبلدون انفعالياً.

ويرجع السبب في حدوث هذه الحالة إلى نقص أو انعدام إفراز الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى خلل في تكوين خلايا المخ أو تلف في بعض هذه الخلايا وإذا اكتشفت هذه الحالة مبكراً يمن علاجها طبيياً بإعطاء الطفل خلاصة إفراز الغدة الدرقية ويستمر العلاج لفترة طويلة من العمر

صغر الدماغ Microcephalous:

وهو فريق من ضعاف العقول يتميزون بصغر الرأس وفي العادة يكون حجم الوجه عادياً بينما يكون الدماغ صغيراً ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالات عن العته والبله ومن الخصائص المميزة صغر حجم الجمجمة وخاصة فوق الحاجبين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعي ويأخذ الوجه الشكل المخروطي ويفيض جلد الرأس على العظم الذي يغطيه فيبدو مجعداً والنمو اللغوي متخلف والكلام غير واضح وقد تصاحب هذه الحالة نوبات التشنج والصرع مع زيادة النشاط الحركي وعدم الاستقرار وترجع أسباب هذه الحالة إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية أو

حدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث (جنين) متتحي
مسئول عن الحالة أو التهام عظم الجمجمة مبكرًا بحيث لا يسمع
فينمو حجم المخ نمو طبيعياً

حالات الاستسقاء الدماغى Hydrocephalus:

تتصف هذه الحالة بتضخم حجم الرأس وبروز الجبهة وتحدث نتيجة
لزيادة السائل المخى الشوكى فى بطينات الدماغ فيضغط على مادة
المخ ويؤدى إلى تلف فى أنسجته ومن الملامح المميزة لهذه الحالة
اضطراب حاسة السمع والبصر وعدم التوافق الحركى كما يصاحبها
نوبات الصرع..

وترجع أسباب هذه الحالة إلى احتمال حدوث عدوى مؤثرة أثناء
الحمل مثل الزهري والالتهاب السحائى مع وجود عوامل وراثية مؤثرة،
ويمكن معرفة الحالة مبكرًا عن طريق قياس حجم الجمجمة والعلاج
الوحيد المعروف هو الجراحة عن طريق ما يسمى أنبوبة التحويل
لتصحيح دورة السائل المخى الشوكى وتخفيض ضغطه على المخ
وتصريفه إلى الوريد العنقى حيث يمتص بسهولة وبلا ضرر فى الدم

حالات كبر الدماغ Meloglencepholy of macrocephaly :

وتعتبر هذه الحالات نادرة، ويكبر فيها المخ والوزن لدرجة كبيرة،
وتنشأ بسبب تضخم أجزاء من المخ فيتبعها كبر حجم الجمجمة الذى
قد يلاحظ منذ الميلاد، فتظهر الجمجمة مربعة أكثر منها مستديرة،
ولا يتبعها كبر فى الفجوات داخل المخ، ويصاحب معظم هذه
الحالات تخلف عقلى شديد، ونوبات صرعية، وصداع وضعف

الإبصار، وقصر العمر ما عدا الحالات التي لا تصاحب بتشنجات عصبية.

ومن أسباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق المورثات (الجينات) أدى إلى نمو شاذ في أنسجة المخ وفي الجمجمة، ويلاحظ في هذه الحالة بالذات أن نمو حجم الدماغ لا يعني بالضرورة وجود الضعف العقلي؛ لأن حدوث الضعف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي

٧- حالة العامل (RH) أو العامل الريزيس: (R.H. Factor)

وهذه حالات ضعف عقلي ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزيس وهو أحد مكونات الدم ويتحدد وراثيا فإذا كان العامل الريزيس عند كل من الأم والأب سالبا أو موجبا فلا توجد مشكلة أما إذا كان العامل الريزيس عند كل من الأم والأب مختلفا (حيث يكون دم الأم سلبيا بينما يكون دم الأب موجبا) فهذا يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة وإلى اضطراب في توزيع الأكسجين وعدم نضج خلايا الدم وتدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين وبالتالي يؤثر هذا في تكوين المخ ما قد ينتج عنه تلف المخ والضعف العقلي .

وتظهر على الطفل عند مولده أعراض يمكن ملاحظتها مثل التشنجات والصراخ العالي ومن الجدير بالذكر أنه يمكن اكتشاف هذه الحالة أثناء الحمل وعلاجها عن طريق نقل الدم كاملا للطفل بمجرد ولادته وينصح المقبلون على الزواج بعمل تحليل مكونات الدم من حيث العامل (RH) عند الطرفين .

رابعًا: أسباب التخلف العقلي:

اختلف علماء النفس في تحديدهم للعوامل التي تؤدي إلى التخلف العقلي فذكر "يانت" (Yunne) أن هناك أكثر من مائة عامل من بين العوامل المؤدية للإعاقة العقلية إلا أن كثيراً منها يندر حدوثه حوالي ٢٠% منها تكرر ذكره في الأبحاث والمقالات المختلفة التي تناولت مصادر العلة في التخلف العقلي

ويحدث التخلف العقلي في الغالبية العظمى نتيجة عامل من العوامل الآتية أو تجميع متشابك من تلك العوامل: .

١ . قد ترجع حالة الإعاقة إلى حالة وراثية معقدة ليست واضحة أو مفهومة تماماً في الوقت الحاضر في مثل هذه الحالة يميل عدد كبير من أفراد الأسرة إلى الإصابة بالإعاقة العقلية.

٢ . قد يكون التخلف العقلي راجعاً إلى عوامل بيئية سيئة لا يتوافر فيها للفرد الاستثارة الذهنية الملائمة أو لا تتوافر للفرد فيها العلاقات الاجتماعية المناسبة التي تسمح بالنمو نمواً ملائماً.

٣ . قد تؤدي بعض الاضطرابات الصحية أو الأمراض إلى نوع من التلف البسيط في المخ مثل حالات سوء التغذية وعدم العناية بالأم والجنين بشكل ملائم

فتحديد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية عملية معقدة تتضمن اتخاذ القرارات فيها قدراً كبيراً من المجازفة ويرجع ذلك إلى أن لها أصولاً متعددة الأبعاد فهي تجمع بين عوامل بيولوجية طبية وأخرى بيئية إلا أن العنصر الوراثي قد حظي بأكبر قدر من الدراسة ورغم ذلك توجد عدة نظم لتصنيف أسباب الإعاقة العقلية. وأن معرفة هذه الأسباب تفيد في أغراض كثيرة منها:

-الإرشاد العائلي.

-التعرف على التاريخ الطبيعي المحتمل للإعاقة وعلى العلاج المناسب.

-تقديم البيانات والإحصائيات المرتبطة بأداء العيادات أو المؤسسات المعنية.

-تقديم أسس هامة للتخطيط للأنشطة الوقائية.

-توفير الرضا العقلي لمن يقدمون الخدمات اللازمة من خلال فهم خلفيات هذه الخدمات.

أ - الأسباب الوراثية:

١ - العوامل الوراثية المباشرة:

حيث تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه والتي تحمل الصفات الوراثية للفرد، وهذا لا يعني أن أحد الوالدين متخلف عقلياً فقد يحمل الأب أو الأم أحد الجينات المتنحية (Genes Recssive) التي تحمل صفات الإعاقة العقلية دون أن يتصف بها ولا يظهر أثر هذا الجين المتنحي إلا عند توافر شروط معينة .

٢ - العوامل الوراثية غير المباشرة:

قد يرث الجنين صفات تؤدي إلى اضطرابات أو عيوب في تكوين المخ فيكون الذي انتقل وراثياً في هذه الحالة هو الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدي إلى الإعاقة العقلية ومن أمثلة هذه الاضطرابات التكوينية: .

— "فينيلبيرك" "Phenylpyruric" ونجد في هذا النوع من الاضطرابات انعدام وجود الإنزيم الذي يحدد عملية تمثيل حامض الفينيل ألانين "Phenylalanine" .

- جالا كتوسيميا "Galactosemia" وفي هذه الحالة يوجد عيب في عملية تمثيل الجالاكتوز.

- حامض الهوموستين يوريا "Homocytinuria" وقد اكتشف هذا الحامض حديثاً في بول ودم بعض المتخلفين عقلياً بسبب اضطرابات في التمثيل الغذائي لحامض أمين "Amine" ويؤدي هذا الحامض إلى وجود كرات دم في البول.

- اضطرابات التمثيل الغذائي Neter Fdam ويعاني بعض المتخلفين عقلياً اضطرابات في التمثيل الغذائي خاصة حالات التخلف العقلي الشديد.

- حالات عامل (RH) يرمز لفظ عامل الـ (RH) إلى أحد مكونات الدم ويسمى بهذا الاسم لأنه اكتشف في البداية في دم نوع من القروذ يسمى "Rhesus" ومنه أخذ هذا الرمز (RH) وقد دلت البحوث التحليلية على أن ٨٦% من الآدميين يحتوي على هذا المكون ويرمز لهم بالرمز (RH+) وأن ١٤% منهم لا يحتوي دمهم على هذا المكون ويرمز لهم بالرمز (-RH) إلى أن اختلاف دم الجنين عن دم الأم يؤدي إلى عدم نضج خلايا الدم وبالتالي يؤثر في تكوين المخ مما ينشأ عنه تخلف عقلي . ويعتبر العقد الحالي هو نهاية لانتشار التخلف العقلي كنتيجة

للإصابة بـ (RH) حيث أن الوقاية أصبحت ممكنة، وقد أصبح علاج المصابين بهذا المرض يحقق نجاحات كبيرة ، ومن ثم فإن معدلات الإصابة بهذا المرض في الأعوام القادمة، أو القرون القادمة سيصبح ضعيفاً جداً وعلى العكس من ذلك فإن الإصابة الكاملة للأم بـ (RH) قد تؤدي إلى زيادة واضحة في معدلات الانتشار للتخلف العقلي بين الأبناء، ومن ثم فإن الاتجاهات نحو برامج الدراسة والوقاية من التخلف العقلي الناتجة عن أمراض جينية قد تؤثر بصورة جوهرية في فهم هذا المرض الناتج من ((RH) ، ويزيد من انتشاره في السنوات القليلة القادمة، ويعتبر ذلك عملاً صعباً وشاقاً، ومن الضروري على العاملين في المجال مواجهته.

إلا أن الرؤية العلمية الصحيحة يجب أن تدمج بين النوعين من الأسباب سواء كانت أسباب طبية أو بيئية حيث أن درجات التخلف العقلي المختلفة ترجع أسبابها إلى الجينات غير العادية في الطفل نفسه، ويحدث في بداية الحمل أو في المراحل المتتالية لانقسام البويضة المخصبة، وبعض الحالات الأخرى، ترجع الأسباب فيها إلى العوامل البيئية التي تتدخل أثناء نمو المخ في فترة الحمل أو أثناء الولادة، أو في أي مرحلة من مراحل حياة الطفل قبل السن التي يصل فيها إلى اكتمال ذكاؤه وعادة تكون هذه السن من ١٥ - ١٦ سنة. وفي بعض الحالات الأخرى تجتمع الجينات غير العادية (الشاذة) والعوامل البيئية معاً. ويجب التركيز على الفحص

الدقيق للتاريخ الأسري الخاصة بالطفل المتخلف، وبخاصة هؤلاء الأشخاص الذي لديهم تاريخ أسري في التخلف العقلي ، وليس بإمكاننا في هذه المرحلة العلمية أن نقرر بشكل حاسم أسباب هذه الحالات بكل دقة، ويرجع هذا إلى عدم الدقة الكافية في الأجهزة الميكروسكوبية، وكذا تكنولوجيا الكيمياء العضوية، ومن الظاهر أن هناك احتمال كبير في تقدم التكنولوجيا التي توضح أسباب كثير من هذه الحالات وتصنيفها .

ب . الأسباب البيئية: .

تسبب العوامل البيئية نوعًا من التخلف العقلي يسمى التخلف العقلي الثانوي أو المكتسب أو الذي يرجع في حدوثه إلى عوامل خارجية وتوجد عوامل بيئية كثيرة لا تقل أهمية عن العوامل الوراثية التي تسبب التخلف العقلي

ويمكن تصنيف العوامل البيئية إلى ما يلي: -

١ - عوامل تحدث قبل الولادة:

أ - إصابة الأم ببعض الأمراض أثناء فترة الحمل مثل:

- مرض الحصبة الألمانية Rubella .

- مرض الزهري Syphilis .

- مرض تسمم البلازما.

- مرض حمرة الصفراء الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة البيليرونين "Bilirubin" في الدم فيصيب الجنين بالصفراء المخية.

ب - تعرض الأم للإشعاعات وخاصة الأشعة السينية خلال الشهور الأولى للحمل.

ج - اضطرابات الغدد الصماء "Endocrine Disorder" حيث تؤدي هذه الاضطرابات إلى نقص أو انعدام إفراز هذه الغدد وخاصة إفراز الغدة الدرقية Thyroid Glands حيث تفرز هرمون الثيروكسين ويؤدي نقص هذا الهرمون أو انعدامه في الجسم إلى قصور في نمو المخ، ويولد الطفل معوقًا عقليًا وتظهر عليه بعض الأعراض الجسمية أهمها: قصر القامة الواضح ويطلق على هذه الحالة القصاص أو القزامة Cretinism ويمكن علاج الحالة إذا اكتشفت مبكرًا بإعطاء الطفل خلاصة الغدة الدرقية لمدة طويلة من العمر .

٢ - عوامل تحدث أثناء عملية الولادة:

أمثلة هذه العوامل التي ينتج عنها إصابة بالتخلف العقلي: -

تقدر نسبة الإعاقة التي نتج عن الإصابة أثناء الولادة من (٦ : ١٠%) من حالات الإعاقة العقلية وانخفضت هذه النسبة حالياً نظراً لتطور الأساليب الطبية الحديثة ولكن على الرغم من ذلك فإن صعوبات الولادة مازالت أحد أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية وقد يكون النزيف المخي من أكثر الاحتمالات شيوعاً نتيجة الإصابة أثناء الولادة المبكرة وقد يحدث بعد الولادة نتيجة الإصابة بأزمة قلبية.

-أمراض المخ الحادة:

ومن أهمها تصلب الأنسجة الدرني وهو اضطراب بيوكيميائي نادر الحدوث ينتج عنه أورام فى المخ والوجه والكليتين والعينين والقلب والرئتين وتتراوح حالة الإعاقة الناتجة عن تصلب الأنسجة الدرني ما بين البسيط والشديد .

- فقر البيئة الاجتماعية :

يعتمد التطور الذهني للأطفال الصغار على وجود من بينهم من الكبار أو الأطفال ، مما يساعدهم على نمو حصيلتهم اللغوية وهناك بعض العوامل التي لها أثر على تأخر الحصيلة اللغوية لدى الأطفال وهى :

-الفقر : فالآباء الذين يعانون صعوبة العيش مادياً لن يكون لديهم الوقت الذي يخصصونه لاحتياجات أطفالهم.

-الولادات المتقاربة.

-الاكتظاظ (الازدحام).

-مرض أحد الأبوين أو كلاهما مرضاً بدنياً أو ذهنياً.

-ضعف المستوى التعليمي للأبوين.

-النمو في دور الأيتام أو أي مؤسسات مندهورة المستوى لرعاية الأطفال.

-نقص أو انقطاع الأكسجين عن المخ.

فقد يحدث أثناء الولادة الجافة أو المتعسرة أن ينقطع وصول الأكسجين إلى دم الجنين مما يؤثر على كمية الأكسجين الذي يصل إلى

المخ، ومن المعروف طبيًا أن المخ لا يستطيع أن يقوم بوظائف دون كمية مناسبة من الأكسجين وأن انقطاع الأكسجين عنه ولو لفترة قصيرة يؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ.

- إصابة الدماغ:

قد تستخدم بعض الأجهزة لإخراج الجنين في حالات الولادة العسرة وفي بعض الحالات يؤدي الضغط الشديد لهذه الأجهزة على دماغ الجنين إلى إصابة المخ فتحدث الإعاقة الشديدة للطفل أثناء عملية الولادة .

٣ - عوامل ما بعد الولادة:

وفي بعض الأحيان يولد الطفل طبيعيًا ثم يصاب بالتخلف العقلي بسبب تعرضه لبعض الحوادث أو الأمراض ذات الأثر المتلف لخلايا المخ أو إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل. ومن أهم هذه العوامل:

-سوء التغذية: (Malnutrition)

تعتبر التغذية الجيدة عاملاً رئيسياً في نمو الخلايا الدماغية، في حين يؤدي نقصها إلى ضمور نمو الخلايا الدماغية وبالتالي تلفها ومن ثم حدوث حالات الإعاقة العقلية ومما يدل على ذلك انتشار حالات الإعاقة العكسية بنسبة عالية لدى أبناء الطبقات الفقيرة والمتوسطة،

-الحوادث والصدمات (Physical Trauma)

إن الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الطفل في مرحلة ما بعد الولادة هي السبب الرئيسي في ظهور حالات من التخلف العقلي، وبخاصة الحوادث والصدمات التي تؤثر على منطقة الرأس، ومنها حوادث السيارات والضربات المباشرة أو الوقوع على الرأس

-العقاقير والأدوية: (Drugs&chemicals)

فتلعب العقاقير والأدوية دوراً هاماً في حدوث حالات التخلف العقلي وغيرها من الإعاقات، فهذه العقاقير والأدوية، تعتبر مواد سامة

أذا أخذت بكميات مبالغ فيها، وتؤدي إلى تلف الجهاز العصبي المركزي، وإلى العديد من الأمراض العقلية والنفسية والعصبية.
- الأمراض والالتهابات: (Diseases & Infections) ومنها:

- التهاب السحايا Meningitis الذي يؤثر في القشرة الدماغية والجهاز العصبي المركزي.
- الالتهاب الدماغى Encephalitis ويؤدي إلى التخلف العقلي.

- اضطرابات الغدد وعدم قيامها بوظائفها الحيوية مثل اضطرابات الغدة النخامية الدرقية وغيرها من الغدد الأساسية.
- إصابة الدماغ Brain Injury بسبب حوادث السيارات والصدمات وغيرها.

- بعض الأمراض والفيروسات التي تصيب الطفل بعد ولادته مثل الحصبة الألمانية والسعال الديكي والحمى القرمزية وغيرها من الفيروسات والأمراض مثل الالتهاب السحائي والجزام والشلل اللحائي. ويعد تلف الدماغ الناجم عن العدوى سبباً هاماً من أسباب الإعاقة العقلية فالالتهاب السحائي والالتهاب السحائي الدماغى يحدثان نتيجة لأمراض جرثومية أو فيروسية شائعة فالحصبة أو الحمى القرمزية غالباً ما يصاحبها التهاب سحائي دماغي كإحدى المضاعفات وتعد المضاعفات الدماغية التي تصاحب السعال الديكي من أسباب الإعاقة العقلية وقد يؤدي ارتفاع درجة حرارة الطفل إلى إصابة الجهاز العصبي للطفل وبالتالي إلى الإعاقة العقلية كما تؤدي الاضطرابات التشنجية إلى التلف الدماغى.

- التسمم بأملاح الرصاص وأول أكسيد الكربون.:

قد يحدث تشوه تكويني للجنين ، كنتيجة لعدد من عوامل التسمم بدءاً بالأكسيد الأحادي للكربون carbon monoxide ، إلى الإصابة المخية اثناء الميلاد أو بعد الميلاد نتيجة لتعاطي مصل مضاد للنتانوس أو مصل التيفود وربما ينتج ذلك أيضا عن تعاطي الأم لبعض العقاقير أثناء الحمل يؤدي إلى تشويه خلقي للجنين.

إن تأثير العوامل البيئية يبدأ بمجرد حدوث الحمل ومن هنا يظهر مدى إشراك العوامل العضوية والبيئية وتأثيرها على تكوين صفات الجنين فقد يولد الطفل في بيئة بها عوامل بناءة تساعده على نمو وتطور ذكاؤه، والعكس صحيح فقد يولد الطفل بتكوين جنين جيد في البيئة المحدودة وتتسبب هذه البيئة في تقليل نسبة الذكاء لديه، لقد أثبتت الأبحاث أن الطفل المتخلف عقلياً عادة ما ينتمي إلى بيئة محرومة نفسياً واجتماعياً واقتصادياً وتتحكم عوامل مثل تكديس السكان، سوء الصحة، سوء التغذية، عدم توافر الرعاية الصحية، كثرة عدد الأطفال في الأسرة الواحدة، طبيعة الحياة في تلك الأسرة . عدم وجود عناية للنمو العقلي للطفل وذلك عن طريق الألعاب والأنشطة والمهارات التي تساعد على نمو القدرة العقلية.

رابعاً: خصائص المتخلفين عقلياً (Characteristics of mentally retarded)



إن التعرف على خصائص الأفراد المتخلفين عقلياً لأمر في غاية الأهمية وذلك أنها تقوم بتزويد المربي والأخصائي

والوالدين بالمعلومات الهامة عن جوانب النمو سواء الجوانب الأكاديمية ، أو الجسمية ، أو الاجتماعية ، أو الانفعالية ، أو العقلية ، وأيضا التعرف على هذه الخصائص يساعدنا فى إمكانية وضع تصميم المناهج الدراسية والبرامج اللازمة لإعداد هؤلاء المعاقين عقليا للحياة ، وفيما يلي أهم خصائص المتخلفين عقليا :

أ-الخصائص الجسمية والحركية :

لا توجد خصائص جسمية تميز ذوى الإعاقة العقلية الخفيفة عن أقرانهم العاديين فهم يشبهون العاديين إلى حد ما فى الوزن والطول والحركة والصحة العامة والبلوغ الجنسي لذلك لا يعتمد على الخصائص الجسمية فى تشخيص الإعاقة العقلية ولأن الفروق بين معظم حالات الإعاقة العقلية وأقرانهم العاديين فى هذه النواحي قليلة لا تفرق بين المعاق وغير المعاق بشكل قاطع ، وأن حالات الإعاقة العقلية الخفيفة تنمو جسياً مثل العاديين فى الطفولة وتظهر علامات البلوغ الجسمي والجنسي فى مرحلة البلوغ والمراهقة ويكتمل نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس فى سن ١٨ سنة مثل أقرانهم العاديين أى أن معظم المعاقين عقليا يصلون إلى الرشد الجسمي ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي قبل العاديين.

فالطفل المتخلف عقليا كلما قلت درجة ذكائه واقتربت من (٥٠) كلما بدأت الفروق فى مستوى النمو (الجسمي والحركي) تظهر فنجد أنهم أقل وزنا وأقل طولاً وأقل قدرة على المشي بطريقة صحيحة بالمقارنة إلى أقرانهم العاديين.

وعن الخصائص الحركية فإن التلاميذ المتخلفين عقليا يميلون بصفة عامة إلى البطء في المشي والتأخر في النمو الحركي والمهارى وهذا ما أكدت عليه بعض الدراسات والبحوث حيث دلت أبحاث ترمان (Terman) على بطء هؤلاء التلاميذ في المشي كما أنهم يعانون من صعوبة في التحكم والإمساك بالأشياء مثل الأقلام والأدوات المدرسية وغير ذلك.

كما أن المتخلفين عقليا أكثر عرضة للإصابة بقصور في الإبصار والسمع من الأسوياء ولديهم قصور في أداء وظائف اللمس والإحساس وهم أقل إحساساً بالألم من العاديين ومثل ذلك يوجد في حاستي التذوق والشم بدليل أن بعض المتخلفين عقليا قد يلقون مواد أو أشياء مثل الأزرار والدبابيس والحجارة الصغيرة في الفم - غير أنه يجب أن تفسر هذه الظاهرة على أنها قصور في الإدراك قبل أن تكون قصوراً في الإحساس.

ب- الخصائص العقلية - المعرفية :

يتسم الأطفال المعاقون عقليا بعدة خصائص أهمها :

أ- بطء النمو العقلي: إن الطفل المعوق عقليا لا يصل إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي الذي يماثله في العمر الزمني كما أن معدل نموه العقلي يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي.

فالطفل المعوق عقليا يكون معدل نموه العقلي (٨) شهور أو أقل كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة وعمره العقلي عندما يبلغ (١٨) سنة هو مستوى النمو العقلي عند الطفل العادي في سن

(١٠ - ١١) سنة أو أقل أي أن النمو العقلي عند العاديين يقف في مستوى سن (١٦ - ١٨) سنة بينما تظهر عند المعوق في سن من (١٠) سنة (الإعاقة العقلية الخفيفة) أما الإعاقة المتوسطة فتكون في سن (٧ أو ٨) سنوات. وبذلك نجد إن الأطفال المعاقين عقليا أقل تعلماً للمهارات والمعلومات التي لدى الأطفال العاديين في مثل أعمارهم.

٢- التخلف الأكاديمي العام:

التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة هم عادة لديهم نقص في القدرة على التعلم عندما تكون طريقة التدريس بنفس الأسلوب المستخدم مع الطلاب العاديين وهو ناتج عن مشكلات ترتبط بالإعاقة ولها أثرها على التعلم مثل تشتت الانتباه ونقص الإدراك وضعف البصر وضعف السمع والتخلف الأكاديمي ليس ضروري في الاستدلال على الإعاقة العقلية لكنها من الخصائص الأساسية الرئيسية لدى المعوقين عقلياً.

وتشير كثير من الدراسات إلى أن خصائص التعلم للأطفال المعاقين عقليا لا تختلف عنها لدى الأسوياء أي أنه يمر بنفس المراحل ولكن بمعدل أقل فنجد أنه يميز المواقف ويحل المشكلات ويتعلم تكوين المفاهيم والاستجابات اللفظية ولكن في مدى أطول وفيما لا يتعدى الصف الرابع أو الخامس الابتدائي.

٣- قصور الذاكرة :

إن المعوقين عقليا يتعرضون لنسيان المعلومات التي تعلموها في الماضي أكثر من الأفراد العاديين ، فالذاكرة قصيرة المدى

تستخدم لتخزين المعلومات لمدة ثوان قليلة أو ساعات قليلة ويتسم المعوقون عقليا بأن لديهم قصوراً في الذاكرة عن أقرانهم العاديين .
لذا يجب التركيز على أن يكون التعلم لهؤلاء الأطفال مساعداً لهم على تخزين المعلومات حيث إن القدرة اللغوية لهؤلاء الأطفال تحت المتوسط مما يدل على أن قدرتهم على التعلم منخفضة بسبب قصور الذاكرة لديهم.

فالأطفال العاديون يحفظون المعلومات في الذاكرة الحسية أسرع من المعوقين وينقلون الكثير منها إلى الذاكرة قصيرة المدى أو بعيدة المدى فلا ينسوها لفترة طويلة ولا يحتاجون إلى إعادة تعلمها من جديد أما المعوقون عقليا فإنهم يتعلمونها وينسون ما تعلموه بسرعة لأنهم يحفظون المعلومات في الذاكرة الحسية بعد جهد في تعلمها.

ولذلك ينبغي على المعلم ألا يعطي للطفل المعاق عقليا أكثر من أمر في آن واحد فلا يقول له مثلا أغلق الباب وأجلس ثم أحضر كراسة الحساب وإنما يعطي له أمراً واحداً وبعد تنفيذه يعطي له الأمر الثاني وهكذا. ولذلك يلجأ المعلمون إلى التكرار المستمر للموقف الذي يتم تدريب الطفل المعاق عقليا عليه وذلك لكي يحتفظ بالموقف في الذاكرة طويلة المدى.

٤- قصور الانتباه :

يزداد الانتباه عند العاديين في المدة والمدى مع زيادة اعمارهم الزمنية فإن انتباه المراهق العادي أطول مدة وأوسع مدى عن انتباه الطفل العادي مما يجعله قادراً على الانتباه لأكثر من موضوع في آن

واحد لمدة أطول أما انتباه المراهق المعاق عقليا يكون مثل انتباه
الطفل الصغير العادى الذى يتشتت انتباهه بسرعة.

ويعانى المعاق عقليا من نقص واضح فى الانتباه والتعلم
والتمييز بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها ، ويعانون
أيضا من مرحلة استقبال المعلومات فى سلم تسلسل عمليات أو
مراحل التعلم والتذكر ويميلون إلى تجميع الأشياء أو تصنيعها بطريقة
غير صحيحة ، ويرجع السبب فى ذلك إلى الطريقة التى يستقبل بها
الأطفال تعليمات ترتيب أو تصنيف الأشياء.

ولذا يجب استخدام اسلوب خاص فى التدريب يراعى
فيه قدراتهم والقصور الذى يتسمون به مع مراعاة التعزيز المستمر
للسلوك الايجابي حتى يظل ذلك محفوظاً فى ذاكرة الطفل المعاق
عقليا.

٥- قصور الإدراك :

يدرك الطفل العالم المحيط من خلال الحواس مثل النظر
السمع الاحساس الشم والتذوق وذلك عندما تبدأ هذه الحواس فى
العمل ويقصد بالإدراك تلك العملية التى يستطيع الفرد عن طريقها
تفسير المثيرات الحسية حيث تقوم عمليات الإحساس بتسجيل
المثيرات البيئية بينما تقوم عملية الإدراك بتفسير هذه المثيرات
وصياغتها فى صورة يمكن فهمها.

بينما تشير نتائج الأبحاث إلى أن المعوقين عقليا تكون
استجاباتهم قاصرة عن الأسوياء عندما يتعرضون لمؤثرات حسية على
سطح الجلد ويكون القصور واضحاً فى حالة تعدد المؤثرات كما وجد

أن العمر العقلي يعتبر من العوامل الهامة في مثل هذه التجارب، أي أن هناك فروقاً في الأداء بين المعوقين عقلياً والأسوياء في مجال الإدراك.

كما أن التلاميذ المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم يعانون من قصور في عمليات الإدراك لا سيما عمليتي التعرف والتمييز بين المتشابهات والمختلفات فهؤلاء التلاميذ لا ينتبهون إلى خصائص الأشياء فلا بد أن يدركونها إدراكاً كاملاً وينسون خبراتهم السابقة عنها ، فلا بد أن يتعرفوا عليها بسهولة مما يجعل إدراكهم لها غير دقيق أو يجعلهم يدركون جوانب غير أساسية فيها.

ج- الخصائص الانفعالية - الاجتماعية :

يتصف المعاق عقلياً ببعض الخصائص الانفعالية والتي تنعكس من خلال قدراته العقلية فقد لوحظ ان الطفل المعاق عقلياً يميل إلى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري والسلوك العدواني والنشاط الحركي الزائد وعدم قدرته على ضبط الانفعالات. وتمثل الاضطرابات الانفعالية عبئاً ثقيلاً على القدرات العقلية والتوافقية المحدودة للمعاق عقلياً مما يجعل من علاج تلك الاضطرابات ضرورة ملحة للإقلال من حجم الاضطرابات الوظيفية ولمساعدة المعاق عقلياً على القيام بالعمليات العقلية اللازمة لتحقيق التوافق على المستوى الشخصي مما يستدعي تصميم برامج للعلاج النفسي وفق حاجة الطفل المعاق مع الأخذ في الاعتبار طبيعة إعاقته العقلية.

ويصنف المعاقون عقلياً حسب النمو الانفعالي إلى فئتين :

فئة مستقرة انفعاليا :حسنة العشرة متعاونة مطيعة لا تؤذى غيرها لا تتعدى مشاكلهم مشاكل الأطفال العاديين.

وفئة غير مستقرة انفعاليا : كثيرة الحركة لا تستقر فى نشاط ، متعددة الاهتمامات ، تثور وتغضب لأسباب بسيطة ، وتتتابها نوبات هياج يصعب السيطرة عليها ،وهى متقلبة المزاج فأحيانا تكون هادئة سلسلة القيادة ، وأحيانا أخرى تكون شرسة تؤذى نفسها وتؤذى غيرها.

وفيما يلي أهم الخصائص الانفعالية لدى الأطفال المعاقين عقلياً :

١-عدم الاتزان الانفعالي :

يتسم المعاق عقليا بعدم القدرة على ضبط انفعالاته فهو يتصف فى معظم الأحيان بالبلادة وعدم التحكم فى انفعالاته والانفجار التلقائي لاتفة الأسباب تظهر لديهم الانحرافات السلوكية بين المعوقين عقليا أكثر من الأسوياء.

ويظهر المعاق عقليا اضطراباً انفعالياً ، وسهولة القابلية للإيحاء ، وسهولة القيادة واضطراب مفهوم الذات ، وعدم تناسب سلوكه وحركته لمستوى سنه ، وسرعة التأثر وعدم تحمل القلق ، كما أن مقاومته للإجباط ضعيفة ، وذلك لتكرار خبرات الفشل التي يمر بها في الحياة وفي المدرسة ، وهو بطئ الانفعال ، وغرابته ، ومزاجه متقلب ولديه صعوبة في الاتزان الانفعالي والخوف من الآخرين وعدم اللعب معهم ونقص اهتمامه بالعالم من حوله.

٢-الجمود والنشاط الزائد :

يرى كثير من الباحثين أن الجمود سمة من سمات الأطفال المعاقين عقليا ،حيث لاحظوا أن هؤلاء الأطفال يخطون في سلوك متكرر ومتقلب ، وهذا الجمود يظهر كنتيجة للفروق النوعية في عمليات التفكير لديهم.

كما أنهم يميلون إلى النشاط الزائد وإلى إصدار سلوكيات شاذة عن أقرانهم العاديين مثل نقر القدم -توجيه أسئلة متكررة - المشاجرة ، فضلا عن أنهم لا يمكنهم الاستقرار في مكان واحد دون أن يغيروه ولا يكفون عن الحركة المستمرة.

٣- الانسحاب والعدوان :

العدوان من المشكلات الكبرى التي تواجه العاملين في مؤسسات المعاقين عقليا كما تواجه الوالدين ، إذ إن ذلك يشكل خطراً على الجميع كما أنه يستنفذ قدرًا من الوقت والجهد يمكن بذلة في التدريب وغيره

والمعاقون عقليا يتعرضون للإحباط أكثر من العاديين ، وكثيراً ما يكون العدوان هو السلوك الرئيسي المؤدى إلى إرسال الطفل إلى المعهد أو المؤسسة للتخلص من مشاكله في المنزل أو مع الجيران والأصحاب.

وربما يكون العدوان هو وسيلة المعاق عقليا للتواصل يلجأ إليها الطفل المعاق عقليا لإبلاغ رسالة معينة إلى الآخرين. وهذا ما أكده إدر Elder (١٩٩٦) حيث ذهب إلى أن السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين خاصة ذوى الإعاقة العقلية ما هو إلا وسيلة من وسائل التواصل يستهدف منها المعوق إبلاغ رسالة معينة أو

التعبير عن رغبة أو حاجة أو كرد فعل طبيعي لفشله فى التواصل الاجتماعى أو تلقيه تدعيمات اجتماعية سلبية نتيجة هذا الفشل. بالعجز والدونية وأنه لا يستطيع القيام بأعمال يقوم بها أقران فى سنه وبصغرونه ، ولذلك يعتمد على الآخرين فى شئونه وتلبيه احتياجاته ، ولأن هذا الفرد يملك نفس القدرات التى يجب استثمارها وتدريبه على أعمال يمكن اعتماده فيها على نفسه ليقول اعتماده على الآخرين ويتحقق له التكيف والتفاعل الاجتماعى.

إن المعاقين عقليا يظهرون مشكلات عديدة فى التكيف مع الآخرين ويعتبر القصور الاجتماعى المعرفى والتواصل سمه أساسية لديهم هذا ما أكده (ميكينيلس ، Mcnellis ، ١٩٩٩) فى دراسته عن المعاقين عقليا والذي توصلت إلى أن القصور الاجتماعى له دور أساسى فى حدوث مشكلات سلوكية وعدوانية لدى المعاقين عقليا مما يتسبب فى إحالتهم إلى مراكز الصحة النفسية. كما أن هذا السلوك اللاتكيفى ناتج عن التعلم الخاطئ الذى يتعرضون له.

٤- سوء التوافق مع الآخرين :

أن الأطفال المعاقين عقليا لديهم بطء فى تفسير الإشارات الاجتماعية مثل الموافقة وعدم الموافقة ، ويميلون إلى تكوين علاقات اجتماعية مع الأطفال الأصغر سناً لأن مهاراتهم الشخصية والاجتماعية أكثر شبها لهؤلاء الأطفال الصغار.

كما أن لديهم انخفاض فى تقدير الذات ، والعزلة والانطواء وفى إحدى الدراسات اتضح أن المعاقين عقليا أقل كفاءة فى التعامل

في المواقف الاجتماعية مقارنة بالعاديين فغالبا ما يسهل إحباطهم ويظهرون دلائل على الصراع الداخلي.

هذا وتعتبر التخلف العقلي في كثير من أبعادها مشكلة اجتماعية فالمتخلف عقليا بقدرته المحدودة أقل قدرة على التكيف الاجتماعي والمواءمة وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية وفي تواصله مع الآخرين فالكثير منهم يأتون من بيئات منخفضة في مستواها الاجتماعي والاقتصادي حيث تتكاتف ظروف سلبية متعددة لتحرم الطفل من خبرات اجتماعية مناسبة أثناء فترات نموه الأولي التي تعتبر أساسية ولازمة لتكوينه الاجتماعي.

د - خصائص اللغة والتواصل :

يتسم الطفل المعاق عقليا بالقصور الواضح في استخدام اللغة والكلام فهو يتأخر في اكتساب النمو اللغوي بصورة واضحة وفي إخراج الأصوات ونطقه الكلمات واستخدام الجمل والتعبير اللفظي عن الأفكار والمشاعر فتظهر هذه العمليات في عمر متأخر ويتشابه تتابع مراحل النمو اللغوي لدى المعاق عقليا والطفل السوي إلا أن معدل النمو لدى الطفل المعاق عقليا يكون أبطأ و تكون عيوب النطق والكلام أكثر وضوحاً كما يتصف بالنقص في مستوى التعبير.



وتوضح أمال باظة (٢٠٠٣) إلي أن المهارات اللغوية منخفضة لدى المعاقين عقليا ويظهر ذلك بوضوح في الخصائص

اللغوية لهذه الفئة مما يتضح من خلال نقص مستوى التجريد في لغة المتخلفين عقلياً، ونقص كمية المنطوقات الصوتية بين المتخلفين عقلياً كلما قلت نسبة ذكائهم ، والنقص النسبي في اكتساب مفردات اللغة وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به ، وعدم إحسان الكلام حيث يبدو كلامهم مشوشاً وقريباً من لغة الأطفال ، ونقص كفاءة اللغة التي تؤثر بشكل سالب على عملية التعلم الاجتماعي بشكل مباشر أو غير مباشر لدى المعاقين عقلياً.

ويؤكد كل من فاروق صادق (١٩٨٢ ؛ محمد عبد المؤمن ١٩٩٦) إلى أن المعاق عقلياً يعاني من حذف الحروف وإبدالها وعدم وضوح مخارج الألفاظ ويميل إلى استخدام التعبير اللفظي بجزء من جملة للتعبير عن احتياجاته كما يشيع لديه عيوب النطق كالتهتهة واللججة مما يؤثر على تأخر القدرة على القراءة.

ويجد المتخلف عقلياً مشقة بالغة في التفكير الاستدلالي والتعبير اللفظي عن رغباتهم ونشاطهم وذلك لأن هذه القدرات أكثر ارتباطاً بالذكاء ، وهذا يجب مراعاته في البرامج التي تعد لهم.

وتوجد علاقة وثيقة بين النمو المعرفي والإدراكي والنمو اللغوي ، فالأفراد الذين يظهرون تأخراً في الأداء العقلي الوظيفي يظهرون تأخراً في نفس الوقت في النمو اللغوي وما يصاحب ذلك من قصور في مهارات التواصل الاجتماعي ، وعليه يواجه التلاميذ المعاقون عقلياً صعوبات كثيرة ترتبط بضعف قدرتهم على التعبير عن أنفسهم ، وما يترتب على ذلك من صعوبة في الفهم والتواصل نظراً لقدرتهم المحدودة في التعبير عن أنفسهم وفي فهم الآخرين والتي

تسمى بمهارات اللغة الاستقبالية ، وقد ينجم عن الإعاقة العقلية فقدان القدرة على الكلام أو استخدام الإيماءات أو ضعف وقصور الاستجابة أثناء التواصل مع الآخرين ، كما أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة يوجد لديهم تأخر دال وملحوظ في مهارات اللغة التعبيرية ومهارات اللغة الاستقبالية مما يعوق عملية التواصل مع الآخرين.

ناقش خصائص امعاقين عقلياً؟



الفصل الثالث ذوي الإعاقة البصرية



تلعب حاسة البصر دورًا عظيمًا في حياة الإنسان ،
 فهي تتفرد دون غيرها من الحواس بنقل معالم العالم سواءً أكانت
 طبيعية أو اجتماعية إلى العقل ؛ وذلك بما يشتمل عليه من وقائع
 وأحداث ومعلومات ، وصور حسية بصرية تتعلق بالهياكل والأشكال
 وتفصيلاتها وخصائصها وأوضاعها المكانية في الفراغ ، ومن ثم
 الإحساس بها وتشكيل المدركات للمفاهيم البصرية ، والتي تسهم بدورها
 في إرساء أساس قوي للنمو العقلي لدى الفرد ، فلحاسة البصر أهميتها
 الفائقة في عمليات التعليم والتعلم التي تستلزم استخدامًا واسعًا للمهارات
 البصرية في الأعمال ، والنشاطات المدرسية التي يؤديها المتعلم سواء
 أكان هذا في القراءة والكتابة أو في متابعة المعلم وسلوكه داخل الفصل
 ، إذ أن حوالي ثلثي معلومات الفرد عن العالم المحيط به تأتي عن
 طريق البصر .

لذا ، يعد الحرمان من حاسة البصر أسوأ شيء يمكن أن
 يحدث للإنسان ، لما لهذه الحاسة من دور وأهمية في حياته أكثر
 مما تؤديه أي من الحواس الأخرى ، فالإعاقة البصرية تؤثر على
 الكفاءة الإدراكية للفرد ، فيصبح إدراكه للأشياء ناقصًا لما يتعلق منها
 بحاسة البصر ، كاللون والمسافة والعمق والحركة وبالتالي فإن
 معرفة المكفوفين للأشياء قد تشمل كل خصائصها إلا ما يتعلق منها
 بحاسة البصر .

وتعمل الإعاقة البصرية على الحد من حركة الشخص الكفيف ، وكذلك وممارسته النشاطات والأعمال التي يمارسها الشخص المبصر ، كما تحد من تعرفه على البيئة الخارجية المحيطة به ، واستكشاف مكوناتها ومعالمها ، ومن ثم تقل فرص تعلمه ومروره بخبرات الحياة ، مما يؤدي إلى قصور في مهاراته الحركية ، وتجعله يعيش في عالم ضيق محدود لنقص الخبرات التي يحصل عليها .

وتؤثر الإعاقة البصرية سلبياً على الفرد وعلى صحته النفسية ، وربما أدت بالكفيف إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي ، والاضطراب النفسي ، نتيجة الشعور بالعجز والدونية ، والإحباط والتوتر ، وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن ، ونتيجة لآثار الاتجاهات الاجتماعية السالبة ، كالشفقة ، والحماية الزائدة ، والتجاهل والإهمال ، مما يسهم في تصاعد شعورهم بالعجز والقصور والاختلاف عن الآخرين

لذلك تؤكد الأدبيات على أن فقدان البصر لدى التلاميذ يتطلب استخدام طرق وتقنيات ومواد تعليمية بديلة أخرى ، تكون أكثر تلاؤماً مع طبيعة إعاقته من ناحية وتساعد على تحقيق معدلات تعلم أكثر فاعلية بالنسبة له من ناحية أخرى ، هذا ، وإن التحصيل الأكاديمي للمعاق بصرياً أقل منه لدى الفرد العادي إذا ما تساوى كل منهما في العمرين الزمني والعقلي ، إلا أنه قد يتقارب أداء المعاق بصرياً من أداء الفرد العادي من الناحية التحصيلية ، إذا ما توافرت المواد التي تساعد الكفيف على استقبال المعلومات والتعبير عنها

مفهوم الإعاقة البصرية :

الإعاقة البصرية مصطلح عام يشير إلي درجات متفاوتة من
الفقدان البصري ، تتراوح بين العمى الكلي (Totally Blind)
وحالات الإعاقة أو الإبصار الجزئي (Partially Sighted).

وهناك بعض التعاريف التربوية التي أضافت ضرورة تقديم
خدمات تربوية وتعليمية خاصة للمعاقين بصرياً وما يتضمنه هذا من
إعداد مناهج خاصة للمعاقين بصرياً وكذلك طرق تدريس معينة
تتناسب مع طبيعة تلك المناهج ومن تدرس لهم ، نذكر منها ما يلي
:

يعرف المعاق بصرياً بأنه ذلك الشخص الذي يتعارض
ضعف بصره مع قيامه بعملية التعلم والتحصيل بشكل جيد أو تحقيقه
لانجاز أكاديمي بشكل مثالي ما لم يتم ادخال تعديلا مناسبة في تلك
الطرق والأساليب التي يتم من خلالها تقديم خبرات التعلم له وادخال
تعديلات مماثلة في المناهج الدراسية المقررة وتعديلات أخرى في
طبيعة المواد المستخدمة إلى جانب تضمين بيئة التعلم لتعديلات
وتغييرات تساعده في تحقيق ما سبق بشكل جيد.

والمعاق بصرياً هو الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول
على المعرفة وعن تلقى العلم في المدارس العادية وبالطرق العادية والمناهج
الموضوعة للشخص العادي. كما يعرف بأنه هو الشخص الذي فقد حاسة
البصر أو كان بصره ضعيفاً بدرجة يحتاج معها إلى أساليب تعليمية لا
تعتمد على حاسة البصر ، ولا يستطيع التعامل البصري مع مستلزمات
الحياة اليومية بالقدر الذي يتيح له الأخذ والعطاء والكفاءة النسبية " .

ويعرف بأنه من فقد حاسة البصر كليةً (كف كلي) أو من فقد جزءاً منها (كف جزئي) مما لا يصلح معه طرق تعليم المبصرين ويحتاج إلى تقديم خدمات تربوية وتعليمية خاصة . أو هو ذلك الفرد الذي يعاني عجزاً بصرياً كلياً أو جزئياً بدرجة يحتاج معها إلى أساليب تعليمية لا تعتمد على حاسة البصر ، وتستدعي تعديل الخدمات التربوية والتعليمية اللازمة لنموه بأسلوب يتفق وذلك العجز "

فئات الإعاقة البصرية :

يشكل المعاقين بصرياً فئة غير متجانسة من الأفراد فهم وان اشتركوا في المعاناة من المشاكل البصرية ، إلا أن هذه المشاكل تختلف في مسبباتها ودرجة شدتها وفي زمن حدوثها من فرد إلى آخر ، فمن المعاقين بصرياً من يعاني من فقدان الكلي للبصر ، ومنهم من يعاني من فقدان الجزئي أو من بعض المشاكل البصرية ، كذلك منهم من حدثت إعاقة في مرحلة متأخرة من العمر أو من فقد بصره منذ الميلاد .

لذا ، فإنه توجد عدة تصنيفات تقسم المعاقين بصرياً إلى عدة أقسام تختلف فيما بينها حسب أساس التقسيم وهي على النحو الآتي :

١- تصنيفات حسب درجة الكف البصري

- فئات ضعاف البصر : Partially Seeing

وهم أولئك الذين تتراوح درجة إبصارهم بين ٢٠/٧٠ ، ٢٠/٢٠٠ في العين الأقوى بعد التصحيح بالنظارة الطبية .

- فئات المكفوفين : Blind

وهم أولئك الذين يقل بصرهم عن ٢٠/٢٠٠ بعد العلاج والتصحيح أو الذين يعانون من ضيق في مجال الرؤية .

٢-التصنيف تبعًا لأغراض تعليمية وتربوية :

المكفوفون : أي الذين فقدوا حاسة البصر أو كان بصرهم من الضعف بدرجة يحتاجون معها إلى أساليب تعليمية لا تعتمد على استخدام حاسة البصر ، ولا يستطيعون التعامل البصري مع مستلزمات الحياة اليومية بالقدر الذي يتيح لهم الأخذ والعطاء في يسر وكفاءة نسبية .

ضعاف البصر : أي الذين لا يمكنهم بسبب نقص جزئي في قوة الإبصار متابعة الدراسة العادية ولكن يمكن تعليمهم بأساليب خاصة تساعدهم في استخدام البصر .

خصائص المعاقين بصرياً



تؤثر الإعاقة البصرية على جوانب متعددة من شخصية الفرد المعاق بصرياً ، ويتوقف ذلك التأثير على العمر الذي حدثت فيه الإعاقة والأسباب التي أدت إليها ودرجة الرؤية المتبقية بعد حدوث الإعاقة . والظروف البيئية المحيطة بالمعاق بصرياً ، مثل الاتجاهات

الأسرية والاجتماعية ، وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصرياً ، ولذا فإنه من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصرياً بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة ، وذلك لأنهم ليسوا مجموعة متجانسة .

وعلى الرغم من صعوبة الوصول إلى خصائص عامة للمعاقين بصرياً إلا أن العديد من الدراسات والبحوث قد ألفت الضوء على بعض هذه الخصائص وذلك لارتباطها بالجانب التربوي والتأهيلي للمعاقين بصرياً ، وتشمل هذه الخصائص الجوانب الأكاديمية ، والعقلية ، والكلامية ، واللغوية ، والاجتماعية ، والانفعالية ، كما هو موضح فيما يلي :

أولاً: الخصائص الأكاديمية :

لا يختلف المعاقين بصريا ، بوجه عام ، عن أقرانهم من المبصرين فيما يتعلق بالقدرة على التعلم ، والاستفادة من المنهج التعليمي بشكل مناسب ، ولكن يمكن القول أن تعليم الطالب المعاق بصرياً يتطلب تعديلاً في أسلوب التدريس والوسائل التعليمية المستخدمة ، لكي تتلاءم مع الحاجات التربوية المميزة للمعاقين بصريا ، ولا شك في أن ضعف البصر ، أو كفه يحد من قدرة الطالب على التعلم بذات الوسائل والأساليب المستخدمة مع المبصرين ، ومن أهم الخصائص الأكاديمية للمعاقين بصرياً التي أوردتها واتفقت عليها الدراسات والبحوث في هذا المجال ما يلي :

١- انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي :

وفي هذا الصدد تشير أدبيات البحث إلى أن التحصيل الأكاديمي للفرد المعاق بصرياً هو أقل منه لدى الفرد العادي إذا ما تساوى كل منهما في العمر الزمني والعقلي ، وما يؤيد ذلك صعوبة التعبير الكتابي لدى الفرد المعاق بصرياً عند أداء الامتحانات ، وقد يقترب أداء الفرد المعاق من أداء الفرد العادي من الناحية التحصيلية إذا ما توافرت المواد التي تساعد المعاق بصرياً على استقبال المعلومات والتعبير عنها .

٢- أخطاء في القراءة الجهرية :

أن الأفراد المعاقين بصرياً تزيد لديهم أخطاء القراءة الجهرية مقارنة بالمبصرين خاصة فيما يتعلق بعكس الحروف والكلمات

٣- بطأ معدل سرعة القراءة بالنسبة للبرايل والكتابة العادية :

إن معدل سرعة القراءة للطلاب المعاقين بصرياً بالنسبة للبرايل أو الكتابة العادية يقل نسبياً عن معدل سرعة القراءة بالنسبة للطلاب المبصرين وتتراوح هذه النسبة ما بين الربع والنصف

ثانياً: الخصائص العقلية :

عندما تذكر الخصائص العقلية ، فإن أول ما يتبادر إلى الذهن هو الذكاء إلا أن الآراء تنقسم بشأن ذكاء المعاقين بصرياً إلى قسمين : فمنها ما يؤكد على وجود قصور في ذكاء المعاقين بصرياً ، ومنها ما ينفي ذلك ، ويرجع اختلاف أداء المعاقين بصرياً عن أداء المبصرين على اختبارات الذكاء إلى طبيعة الفقرات المتضمنة في اختبارات الذكاء .

فعلی سبیل المثال لا توجد فروق بين قدرات الفرد العادي والمعاق بصرياً على اختبار " ستانفورد بنيه " أو الجانب اللفظي من مقياس " وكسلر " ولكن توجد فروق بين قدرات الفرد العادي والمعاق بصرياً على اختبارات الذكاء التي تتضمن فقرات عملية مثل (بناء المكعبات أو تجميع الأشكالالخ) وبالطبع فهي غير ملائمة للاستخدام مع المعاقين بصرياً .

والمعاق بصرياً في مجال الإدراك أقل حظاً من المبصر ، وذلك لتأثير الإعاقة البصرية على الكفاءة الإدراكية للفرد ، حيث يصبح إدراكه للأشياء ناقصاً لما يتعلق منها بحاسة البصر ، كخصائص الشكل والتركيب والحجم والموضع المكاني ، واللون والمسافة ، والعمق والفراغ والحركة ، مما يستلزم تقديم خبرات بديلة تتيح تفاعلاً مباشراً بين المعاقين بصرياً والأشياء المحيطة بهم .

وعموماً فإن المعاق بصرياً يصاب بالقصور في العمليات العقلية العليا مثل القصور والتخيل والإدراك ، والتي تعتمد على معرفته بالبيئة الخارجية ، وعلى العكس من ذلك فإن الانتباه والذاكرة السمعية من العمليات التي يتفوق فيها المعاقين بصرياً على المبصرين وذلك بحكم اعتمادهم بدرجة كبيرة على حاسة السمع .

ثالثاً: الخصائص الاجتماعية والنفسية :

يجمع الباحثون في مجال الصحة النفسية والاجتماعية على أن للإعاقة البصرية بعض الدلائل الاجتماعية والنفسية ، والتي قد تتحوا بالطفل ناحية اللساوء في الشخصية نذكر منها ما يلي :

١- القصور في التكيف مع البيئة التي لم يخبرها أو يتعرف عليها ، وخاصة إذا كانت الإصابة بالإعاقة ولادية ، مما يترتب

عليه عدم الوعي بالبيئة ، وقد يتسبب ذلك في صعوبات التكيف وربما يؤدي ذلك إلى نوع من الوحدة النفسية.

٢- أن المعاقين بصريًا أكثر تعرضًا للاضطرابات والضغط النفسية من المبصرين ، ومن أبرز المشكلات السلوكية الحادة التي يعاني منها المعاقين بصريًا الحساسية الزائدة ، والسلوك الإعتمادي ، وسلوك الشرود ، والتشتت وسلوك التشكيك والشعور بالقلق المتخاذل والانسحاب من المشكلة الاجتماعية.

٣- أن المعاقين بصريًا يغلب أن تسيطر عليهم الدونية ، والقلق والصراع ، وعدم الثقة بالنفس ، والشعور بالاغتراب وانعدام الأمن ، والإحساس بالفشل والإحباط ، وانخفاض احترام الذات ، واختلال صورة الجسم ، وهم أقل توافقًا شخصيًا واجتماعيًا ، وتقبلا للآخرين وشعورا بالانتماء للمجتمع من المبصرين ، كما أنهم أكثر انطواء واستخدام للحيل الدفاعية في سلوكهم ، كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب ، كما أنهم أكثر عرضة من المبصرين للاضطرابات الانفعالية

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور في السلوك العدواني وسلوك الحركة الزائدة وسلوك التحرر والسلوك المخادع والسلوك المتخاذل ، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في الشعور بالقلق والانطواء والحساسية الزائدة.

ويرجع الباحثون أسباب شيوع بعض الاضطرابات الاجتماعية والنفسية بين المعاقين بصريًا إلى اعتبارات منها ، طبيعة الإعاقة ،

وما تفرضه من واقع معين على حياة المعاق بصرياً كالقصور في الحركة أو عدم التعامل مع الأعمال البصرية مما يجعله يعيش في بيئة محدودة ومقيدة ، مما يؤثر على تكيف المعاق بصريا وتقبله لإعاقته ، ومنها ما هو مرتبط باتجاهات المبصرين نحو المعاقين بصرياً ، حيث تؤدي الاتجاهات السلبية أو القصور في أساليب التعامل سواء على المستوى الشخصي التربوي أو التأهيلي أو العلاج إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية السلبية لدى المعاقين بصرياً .

رابعاً: الخصائص اللغوية والكلامية :

لا يعد ضعف حاسة الإبصار أو فقدانها من العوامل التي تعوق تعلم اللغة وفهم الكلام إلا أن نسبة شيوع المشكلات اللفظية بين المعاقين بصرياً تعد أعلى منها عند المبصرين نتيجة لحرمانهم من ملاحظة الشفاه لتعلم النطق السليم.

ويعاني الكثير من المعاقين بصرياً من الاضطرابات اللغوية والكلامية وهي:

- الاستبدال : وهو استبدال صوت كاستبدال " ش " ب " س " أو " ك " ب " ق " .
- التشويه أو التحريف : وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغير معناها وبالتالي عدم فهم ما يراد قوله .
- العلو : ويتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه .
- عدم التغير في طبقة الصوت بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة .

- القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام .
- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث : والذي يمثل بعدم التغير أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما .
- اللفظية : الإفراط في الألفاظ على حساب المعني ، وينتج هذا عن القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة ؛ فيعمد إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ حتي يستطيع أن يوصل أو يوضح ما يريد قوله .
- قصور في التعبير ، وينتج عن القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الأحداث وما يرتبط به من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها .

خامساً: الخصائص النفس حركية

- ١- قصور في المهارات الحركية.
- ٢- يستخدم في تنقله من مكان لآخر جميع حواسه ما عدا حاسة البصر.
- ٣- تزداد المشكلات والقصور الحركي لديه كلما اتسع نطاق بيئته أو ازدادت تعقيداً.
- ٤- حركته محدودة نتيجة تنمية قدرته المحدودة على إدراك الأشياء وخاصة البعيدة عنه
- ٥- يواجه صعوبة في ممارسة سلوكيات الحياة اليومية مما يعرضه للإجهاد العصبي والتوتر النفسي والشعور بانعدام الأمن إلى جانب الارتباك في المواقف الجديدة.

٦- القيام بأنشطة حسية نمطية غير هادفة كحركات الرأس والأطراف نتيجة عدم توافر فرص إشباع حاجاته الأساسية للحركة.

٧- تتمس حركته بالحدز واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات نتيجة تعثره بأي شئ أمامه.

سادساً: الخصائص الانفعالية

١- تؤثر الإعاقة على مفهوم الذات وعلى الصحة النفسية

٢- سوء التوافق الشخصي والاجتماعي

٣- الشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر

٤- فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة

٥- القلق اكثر الاضطرابات شيوعاً

٦- عدم الثقة بالنفس وكثرة استخدام الحيل الدفاعية

حاجات المعاقين بصرياً التعليمية في ضوء خصائصهم:

للمعاق بصرياً حاجات ضرورية يجب أن توضع في اعتبار كل من يتعامل معهم (الوالدين ، المعلمين ، القائمين على تخطيط برامج تعليمهم وتأهيلهم) هذه الحاجات هي : حاجات أكاديمية واتصالية ، وحاجات وجدانية واجتماعية ، وحاجات حسية ، وحاجات تتعلق بالتوجه والحركة ، وحاجات لمهارات الحياة اليومية ، وأخيراً حاجات مهنية ووظيفية وفيما يلي تفصيلاً لهذه الحاجات :

١- الحاجات الأكاديمية والاتصالية :

تتلخص أبرز الحاجات الأكاديمية والاتصالية فيما يلي:

أ- الحاجة إلى تعلم القراءة والكتابة بطريقة تختلف عن تعلم المبصرين :

فبحكم عدم قدرة المعاقين بصرياً على رؤية الحروف
فإنهم لا يستطيعون تعلم القراءة والكتابة بالطريقة العادية

ب- الحاجة إلى وسائل تعليمية تتناسب وطبيعة الإعاقة البصرية :

تعتمد الوسائل التعليمية المستخدمة في التعليم ، بصفة عامة،
على حاسة البصر وذلك من أجل تقديم صورة حسية للمفاهيم المجردة
أو النظرية للتلاميذ ، ولما كان المعاقين بصرياً يعتمدون في خبراتهم
الحسية على حاستي السمع واللمس بشكل أساسي ، فإن الوسائل
التعليمية المستخدمة في تعلمهم ، يجب وأن تركز على هاتين
الحاستين ، ومن جهة أخرى يعتبر المعاقين بصرياً أكثر حاجة من
أقرانهم إلى الوسائل التعليمية لتعويض الحرمان البصري ولتكوين
صورة حسية عن كثير من المفاهيم والظواهر سواء المتضمنة في
المنهج أو البيئة المحيطة .

لذا فالمعاقين بصرياً بحاجة إلى توفير النماذج والمجسمات
التي تمثل المفاهيم البصرية التي ترد في موضوعات المنهج وكذا
بحاجة إلى توفير الأجهزة والأدوات السمعية واللمسية التي تيسر على
الكفيف فهم الموضوعات الدراسية والتفاعل معها .

٢- حاجات وجدانية واجتماعية :

تتلخص الحاجات الوجدانية والاجتماعية للمعاق بصرياً (الكفيف) فيما
يلي :

- يحتاج الشخص المعاق بصرياً إلى تهيئة نفسية لتقبل إعاقته والرضا عن
ذاته .

- يحتاج الشخص المعاق بصرياً إلى الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية.

- يحتاج الشخص المعاق بصرياً إلى التأكيد على القيم الدينية وتقوية الإرادة والشعور بقيمة الحياة .

- يحتاج الشخص المعاق بصرياً إلى الإحساس بالقوة وتعزير الذات وذلك عن طريق مشاركته للأطفال المبريرين في الأنشطة والأعمال المختلفة .

٣- حاجات حسية :

فالمعاق بصرياً بحاجة إلى التدريب على الاستخدام الفعال للحواس السليمة وذلك من أجل تعويض الحرمان البصري والتعرف على البيئة المحيطة به والتعامل مع مكوناتها ومن هذه الحواس التي يجب تدريب المعاق بصرياً على استخدامها بفاعلية ، حاسة السمع ، واللمس ، والشم ، والتذوق .

-حاسة السمع :

المعاق بصرياً بحاجة إلى تنمية هذه الحاسة ، وتنشيطها ، وذلك عن طريق تنمية بعض المهارات الخاصة بها ومنها : تنمية مهارة تحديد هوية الصوت ، وموقعة وتنمية مهارات الإصغاء ، وتمييز الأصوات .

-حاسة اللمس : المعاق بصرياً بحاجة إلى تدريبه على استكشاف الأشياء عن طريق اللمس وتنمية قدرته على التمييز اللمسي برؤوس أصابع اليد .

-حاسة الشم والتذوق : المعاق بصرياً بحاجة إلى تنمية هاتين الحاستين وتدريبه على التمييز بين الأشياء التي يمكن إدراك خواصها عن طريق حاستي الشم والتذوق .

٤- حاجات تتعلق بالتوجه والحركة

تعرف عملية التوجه والحركة للمعاق بصرياً على أنها استخدام الحواس بشكل فعال ومفيد في معرفة الأماكن ، وكيفية الوصول إلى هذه الأماكن بأمان واستقلالية.

وتعد قدرة المعاق بصرياً على التنقل في البيئة المحيطة به بشكل فعال ومفيد و من أهم الاعتبارات التي تعزز استقلاليته واعتماده على نفسه من جهة وتكيفه في المجتمع واندماجه في الأنشطة المختلفة من جهة أخرى .

لذا فالمعاق بصرياً بحاجة إلى أن يتدرب على مهارات التوجه والحركة بشكل فردي ، وحتى يستطيع التنقل بحرية واستقلالية ، وكذا فتدريب المعاق بصرياً على مهارات التوجه والحركة تساعده على توسيع بيئته وامتدادها .

٥- حاجات تتعلق بمهارات الحياة اليومية :

المعاق بصرياً بحاجة إلى التدريب على الأنشطة والمهارات الحياتية المختلفة مثل مهارات اللبس ، والاهتمام بالمظهر والنظافة العامة وتناول الدواء واستخدام الهاتف ... الخ .

والمعاق بصرياً بحاجة إلى تعلم العادات المقبولة بطريقة مهذبة واستخدام أدوات المائدة وتنظيف الأسنان ، والتعرف على أدوات الحمام وأماكنها وكيفية استخدامها

٦- حاجات مهنية ووظيفية :

المعاقين بصرياً بحاجة إلى للتأهيل المهني والوظيفي لتدريبهم على وسائل كسب العيش كلما أمكن ذلك ، حتى يأخذوا دورهم كقوة

عاملة منتجة ويشعروا بقيمتهم وأهميتهم في المجتمع ، وكذا
تساعدهم على التكيف والاندماج في المجتمع .

أساليب التواصل مع المعاقين بصرياً

طريقة برايل

إن اختراع الكتابة الخاصة بالمكفوفين قد أكمل النقص الذي
كان يعانيه نظامهم التعليمي، حيث أصبح بواسطته يستطيع الطالب
الكفيف أن يمارس القراءة والكتابة كغيره من الأشخاص العاديين وإن
اختلفت الطريقة

و يعتبر لويس برايل هو المؤسس الأول لطريقة برايل وقد ولد لويس
برائيل سنة ١٨٠٩ ، وفقد بصره وهو في الثالثة من عمره ، وانضم إلى
معهد باريس في سن العاشرة، وقبل التحاقه بالمدرسة علمه أبوه استخدام
يديه بمهارة، وكان حاد الذكاء فأصبح تلميذا وموسيقيا بارعا، وبعد
تخرجه أصبح معلما بالمعهد واهتم برعاية المكفوفين، ولقد تمكن بريل
أن يكتب طريقة الشيفرة العسكرية التي كان قد اخترعها الضابط
الفرنسي بيير لسكي ليرسل التعليمات العسكرية إلى الجيش الفرنسي
وهو في حربه مع الألمان وتتكون أساساً من اثنتي عشرة نقطة، ويمكن
أن تتكون كل الكلمات بالتبادل ، إلا أن برايل استطاع تعديل واختصار
الاثنتي عشرة نقطة إلى ست نقط ليسهل الموقف التعليمي على
الكفيف، إلا أن طريقة بريل لم تكن الطريقة الوحيدة للكتابة البارزة فقد
كان هناك طرق أخرى مثل طريقة كتابة الحروف العادية ولكن بالبارز،
وطريقة أخرى تستعمل فيها خطوط ومنحنيات بارزة ، إلا أن سهولة
طريقة برايل وبساطتها أدت إلى إندثار جميع الطرق الأخرى .

وهناك خلاف في نشأة طريقة الكتابة هذه فبعضهم ينسبها إلى تشارلس باربير المهندس والمخترع والبعض الآخر يقول إنها نشأت عن الحاجة إلى قراءة الشيفرة العسكرية في الظلام وسمى باربير طريقته أولاً "الكتابة الليلية." وفي سنة ١٩١٥ نشر بحثاً لفت النظر إلى إمكان استخدام طريقته في كتابة النوتة الموسيقية للمكفوفين ، كما أنه اخترع أيضاً لوحاً ونوعاً من القلم يمكن استخدامه في الكتابة على الورق بدقة في خطوط موسيقية نقراً بالأصابع ويبدو أن اهتمام برايل باختراع باربير يرجع إلى ما أحس به من إمكانية استخدامه في كتابة النوتة الموسيقية للمكفوفين، فإذا كان الأمر كذلك فإنه من المفيد أن نلاحظ أن أسلوبه في ترتيب النقط في النوتة الموسيقية هو الجزء الوحيد من طريقته العامة

وكان أول شيء نشر عن طريقة برايل عام ١٨٣٧ أما عن طريقته بأكملها فلم تنشر إلا في سنة ١٨٣٩ ومع نجاح هذه الطريقة، إلا أنها قوبلت بعدة صعوبات من القائمين بالأمر في المدارس- فالمدرس أو التلميذ الذي أراد تعلمها كان عليه أن يفعل ذلك خارج ساعات الدراسة الرسمية وحتى المدرسة التي بدأت فيها طريقة برايل لم تستخدم رسمياً إلا بعد مرور ما يقرب من أربع عشرة سنة وذلك بعد وفاة برايل بسنين.

ولم تقبل طريقة برايل في بريطانيا إلا في عام ١٨٦٩ وأما في أمريكا فبدأ استخدامها سنة ١٨٦٠. وقد عدلت هذه الطريقة بعد عام ١٩١٩ وعرفت بطريقة برايل المعدلة.

أما كتابة برايل في اللغة العربية فقد دخلت على يد محمد الأنسي في منتصف القرن التاسع عشر حيث حاول التوفيق بين أشكال الحروف المستخدمة في الكتابة العادية وشكلها في الكتابة النافرة. وبهذه

الطريقة نقل الأنسي عددا من الكتب إلا أن هذه الطريقة لم تنتشر على نطاق واسع وبعد بذل محاولات عديدة اعتمد المهتمون بطريقة برايل لتطوير ما يتناسب واللغة العربية. وقد قامت منظمة التربية والعلوم والثقافة التابعة لهيئة الأمم المتحدة في عام ١٩٥١ بتوحيد الكتابة النافرة بقدر ما تسمح به أوجه الشبه بين الأصوات المشتركة في اللغات المختلفة. وقد نتج عن هذه الحركة النظام الحالي للرموز العربية.

وقد استفاد المختصون بطريقة برايل باللغة العربية من بحوث الدول العربية المتقدمة في هذا المجال من حيث جعل الكتابة البارزة سهلة. فقد عمل على أن تبدأ الحروف إما بالنقطة رقم ١ أو بالنقطة رقم ٢ وكما عمل على أن تكون الأحرف الأكثر استعمالا في اللغة ذات عدد قليل من النقاط. ولذلك فالأحرف الأكثر استخداما تشكل في معظمها ثلاث أو أربع نقاط. وقد توصلت هيئات المكفوفين العربية إلى اختصارات لأكثر من مائة واثنين وثمانين كلمة من الكلمات المتداولة على نطاق واسع، وبهذه الطريقة أمكن توفير الوقت والجهد اللازمين للكتابة.

حروف لغة برايل

تقوم كتابة برايل في الأساس على ست نقاط أساسية ثلاثة على

اليمين وثلاثة على اليسار كما يلي :

1	.	.	4
2	.	.	3
3	.	.	6

وتتكون من ستة نقاط بارزة

تسمى الوحدة الأساسية أو الخانة في

برايل ويمكن كتابة أى رمز من خلال

النقاط.

وكل نقطة مرقمة فأعلاها عن اليسار رقم ١ والوسطى ٢ والسفلي ٣ وعن اليمين في فأعلاها رقم ٤ والوسطى والسفلي ٦. ومن هذه النقاط الست تتشكل جميع الأحرف والاختصارات والرموز ومع دخول الكمبيوتر إلى عالمنا دخل نظام الثماني نقاط في نظام الكمبيوتر ليعطي مجالاً لاستيعاب أكبر عدد ممكن من الإشارات والرموز، ولكن هذا النظام ظل مستخدماً فقط في الكمبيوتر ولم يوسع لغيره.

أما طريقة قراءة هذه الأحرف فتتم من اليسار إلى اليمين حيث أن النقطة العليا إلى اليسار تسمى رقم ١ والتي تحتها ٢ والتي تحتها ٣ ثم ننتقل إلى الصف الثاني فالعليا نسميها ٤ والتي تحتها ٥ والتي تحتها ٦.

وعلى هذا الأساس تم وضع حروف اللغة العربية جميعها.

رموز طريقة برايل الموحدة

أولاً: رموز طريقة برايل الموحدة للغة العربية

يوضح الجدول التالي رموز برايل باللغة العربية للحروف

الهجائية

أرقامه	حر ف برايل	الحر ف العادي	أرقامه	حر ف برايل	الحر ف العادي
2،1	•• •• ••	ب	1	•• •• ••	ا

أرقامه	حر ف برايل	الحر ف العادي	أرقامه	حر ف برايل	الحر ف العادي
6,5,4,1		ث	5,4,3,2		ت
6,5,1		ح	5,4,2		ج
5,4,1		د	6,4,3,1		خ
1,2,3,5		ر	2,3,4,6		ذ
2,3,4		س	1,3,5,6		ز
1,2,3,4,6		ص	1,4,6		ث
2,3,4,5,6		ط	1,2,4,6		ض

أرقامه	حرف برايل	الحرف العادي	أرقامه	حرف برايل	الحرف العادي
1,2,3,5,6		ع	1,2,3,4,5,6		ظ
1,2,4		ف	1,2,6		غ
1,3		ك	1,2,3,4,5		ق
1,3,4		م	1,2,3		ل
5,2,1		هـ	5,4,3,1		ن
4,2		ي	6,5,4,2		و
6,1		ة	5,3,1		ى
			6,3,2,1		لا

الكتابة بطريقة برايل

للكتابة بطريقة برايل يستخدم الكثير والكثير من الآلات مثل :
مكتبة برايل آلة بيركينز، جهاز ابتكون وجهاز كمبيوتر برايل ولوحة تيلر
للحساب لكن لا يستخدم المكفوفون من هذه الآلات السابقة سوى مكتبة
برايل ولوحة بيلر وآلة بيركينز وهناك محاولات لإدخال الكمبيوتر فى تعليم
المكفوفين لما يمتاز به من دقة وسرعة فائقين . وهذا يحتاج إلى توافر أجهزة
الكمبيوتر والمعامل اللازمة لذلك وتوافر المعلمين المدربين على طرق
استخدام الكمبيوتر الخاص بالمكفوفين فضلا عن إتقان طريقة برايل بكفاءة .
وسوف نعرض تلك الآلات التى تستخدم فى الكتابة بطريقة برايل (الخط
البارز) للمكفوفين .

أولاً : مكتبة برايل

مكتبة برايل هو أهم أداة من أدوات الكتابة بطريقة برايل
والأكثر استخداما لدى معظم معظم المكفوفين ويستخدم معها حاسة
اللمس سواء أكان فى الكتابة أو فى القراءة . وتتكون مكتبة برايل من
(اللوح الخشبي، مسطرة برايل، القلم المسماري).

أ- اللوح الخشبي : يسمى بهذا الاسم لأنه يصنع من الخشب ويطلق غالبا
باللون البرتقالي أو اللون الأحمر ونادرا ما يطلق باللون الأسود وهو
ناعم اللمس حتى لا يصيب الكفيف بالجروح أو الالام ويشترط أن
يكون سميك نسبيا (١٠ مم) ومساحته تتراوح ما بين ٣٥ سم X 4
سم . يوجد بأعلى اللوح الخشبي مشبك مثبت يشبه مفصل الباب .
وبه مسماران بارزان لتثبيت الورقة عليه ء وبهذا اللوح الخشبي
أخودان أحدهما يقع على أقصى اليمين والأخر على أقصى

اليسار وبهما ثقب متوازنة لتثبيت المسطرة على اللوح باستخدام نتوئين بأسفل المسطرة . ويفيد هذان الأخدودان في تحريك المسطرة من أعلى أسفل وبالعكس عند الكتابة أو تصويب الأخطاء، وكذلك يوجد باللوح ثقبان لوضع المسطرة على شكل مستقيم مائل بعد الانتهاء من الكتابة .

ب- مسطرة برييل: مسطرة برايل في كتابة الحروف أو الرموز وهي تصنع من المعدن ، وقد تم إنتاج أشكال منها من البلاستيك ، وتتكون تلك المسطرة من : طبقتين من المعدن تكزان على مفصل ليتسنى للكيف فتحها أو إغلاقها بسهولة .

الطبقة السفلى: عبارة عن خلايا برايل غائرة بكل منها ست نقاط ثلاث عن اليمين وثلاث على اليسار ويقابل كل خلية في الطبقة العليا خلية كالنافذة بها ست نقاط ثلاث على شكل زوايا في الجهة اليمنى ومثلها في الجهة اليسرى للخلية .

- يوجد بالمسطرة أربعة أسطر في كل منها خلايا تتراوح ما بين ٢٠-٣٦ خلية حسب طول أو قصر المسطرة .

- يوجد بالمسطرة مسمار من أعلى يقابله ثقب من أسفل للإمساك بالورقة .

- يوجد نتوءان بارزان أحدهما يمينا والآخر يسارا مثبتان بجسم المسطرة الأسفل لتثبيت وضبط المسطرة على اللوح الخشبي ويمكن أن تستخدم المسطرة بدون اللوح الخشبي إذا توافر فيها أربعة مسامير اثنان من اليمين واثنان عن اليسار للإمساك بالورقة ، وللمسطرة أحجام وأشكال مختلفة وهذا يتوقف على الهدف الذي أعدت من أجله وتسمى (بلوح برايل) .

ج- قلم برايل: هو عبارة عن قطعة من الخشب أو البلاستيك، كما هو موضح بالشكل خفيفة الوزن وملساء حتى تستريح يد الكفيف للإمساك به وتنتهي بسن مسماري لئلا تخدش الورق عند الكتابة به ويستخدم لإبراز الحروف والرموز على الورق بالضغط على النقطة داخل خلايا المسطرة فتتكون الحروف أو الرموز على الوجه الآخر ليلمسها الكفيف بيده فيقرأها.

ثانياً: الآلة الكاتبة (آلة برايل) آلة بيركنز

- هي من أثر الأدوات استخداما للكتابة من قبل المكفوفين وتتكون من:
- ستة مفاتيح وكل منها مخصص لكتابة نقطة من نقاط خلية برايل الست ثلاثة منها فى الجهة اليسرى وعند الضغط عليها تشكل النقاط (الأولي، الثانية، الثالثة) من خلية برايل، ويتم الضغط عليها بالأصابع الثلاثة من اليد اليسرى (السبابة، الأوسط، البنصر) أما الثلاثة مفاتيح الباقية فى الجهة اليمنى وعند الضغط عليها تشكل النقاط (الرابعة، الخامسة ، السادسة) ويتم الضغط عليها بالأصابع الثلاثة من اليد اليمنى (السبابة و الأوسط و البنصر).
 - مفتاح مستدير بأقصى الطرف الأيمن لالة لتصحيح الأخطاء.
 - مفتاح مستدير فى أقصى اليسار للانتقال إلى السطر الجديد.

مهارات الكتابة باستخدام آلة بيركنز

مهارة ضبط الورقة على الآلة وتتطلب الآتى:

- اضغط على المفتاح المجاور للأسطوانة الخاصة بضبط الورقة حتى يكون هيئته إلى الخلف.
- ضع الورقة على الاسطوانة الخاصة بضبطها للإمساك بها.
- اعد المفتاح الذى تم إرجاعه إلى الحلف مرة أخرى ليأخذ موقعه الطبيعي.
- امسك الورقة بالاسطوانة الخاصة بذلك لتأخذ الورقة موضعها المراد الكتابة عليه .

- بعد الانتهاء من الكتابة ، لا تنتزع الورقة من على الاسطوانة بغتة حتى لا تتمزق إلا بعد إرجاع المفتاح المجاور للاسطوانة إلى الخلف .

- لتحريك الورقة إلى أعلى أو إلى أسفل حسب الطلب استخدم المقبض الذي فى نهاية الاسطوانة لتحريكها بالورقة .

- لا تكتب على الورقة إلا بعد أن يتم التأكد من ضبطها تماما فى الوضع المناسب على الآلة

- لا تضع ورقتين على الآلة مرة واحدة لأن ذلك مع تقادم الزمن يؤثر على كفاءتها.

مهارة الكتابة على الآلة ويراعى فى ذلك الأتى:

- لكتابة الرموز أو الحروف ذات النقطة الواحدة، أضغط على مفتاح واحد فقط بالإصبع المناسب حسب موقع انفتاح وملائمته لكتابة الرمز المراد كتابته.

- عند كتابة الرموز والحروف ذات النقطتين اضغط على المفتاحين المناسبين لكتابة الرمز. أو الحرف المراد كتابته مع مراعاة استخدام الإصبعين المناسبين لضغطة واحدة معا.

- لكتابة الرموز أو الحروف ذات الثلاث نقاط ، يتم الضغط على الثلاث مفاتيح المناسبة لكتابة الرمز أو الحرف المراد كتابته بضغطة واحدة منها باستخدام الثلاث أصابع المناسبة حسب طبيعة وشكل الحرف أو الرمز.

- لكتابة الرموز أو الحروف ذات النقط الرباعية يتم الضغط على أربعة مفاتيح فى آن واحد على أن تكون هذه المفاتيح هي المناسبة

لكتابته، وباستخدام أربعة أصابع ملائمة للضغط على هذه المفاتيح

- عند كتابة الحروف، أو الرموز الخماسية النقط، اضغط على خمسة مفاتيح مناسبة معاً في آن واحد، وباستخدام خمسة أصابع مناسبة .

- اضغط على الستة مفاتيح جميعاً في آن واحد بالأصابع الستة المناسبة لكتابة حرف الظاء وهو الحرف الذي يتكون من ست نقط في طريقة برايل وهو الذى يشكل خلية برايل التى تتكون منها جميع الرموز والحروف بطريقة برايل .

- استخدام كلتا اليدين فى الكتابة لا يدا واحدة .

مهارة الشكل والتنظيم باستخدام آلة برايل ويراعى فى ذلك الآتى:

- لكتابة الفقرات ، اترك قدر كلمة فى أول كل فقرة وذلك بالضغط بالإصبع السبابة من أي من اليدين اليمنى ، أو اليسرى على مفتاح ترك المسافات .

- للفصل بين الكلمة والتى تليها اضغط على مفتاح ترك المسافات السابقة بالإصبع السبابة ضغطة واحدة .

- للانتقال إلى سطر جديد أو ترك سطر فارغ بين الفقرات اضغط بالإصبع البنصر لليد اليسرى على المفتاح المستدير الواقع فى أقصى اليسار .

- لتصويب الأخطاء اضغط بالإصبع البنصر من اليد اليمنى على المفتاح المستدير الواقع فى أقصى الجهة اليمنى للآلة.

نقد استخدام آلة بيركنز (آلة برايل) فى الكتابة

مميزاتها:

- توفر الوقت والجهد تعطى الكفيف تغذية مرتدة وفوريه للوقوف على آخر ما انتهى إليه.
- تشعر الكفيف أن المعلم يهتم به مثلما يوفر له التكنولوجيا المناسبة له تماما كما يهتم بالمبصر.
- تحافظ على سلامة الورقة وسلامة النقط المكتوبة من القشط أو المسح أو الضياع

العيوب

- ثقيلة الحمل وصعبة التنقل بها فى أماكن شتى.
- لا تصنع محليا .
- لا توجد الأيدي المدربة ؟ لاصلاحها، و صيانتها.
- تحتاج إلى استخدام معظم أصابع اليدين تقريبا مما ينجم عنه - بالتقادم مشاكل صحة فى أصابع يدي الكفيف مع كثرة الاستخدام.
- تحتاج إلى درجة عالية من اليقظة، والانتباه عند الكتابة لتخيل شكل الحرف واعطائه المفاتيح اللازمة لكتابة الحرف مع انتقاء الأصابع الخاصة بالضغط على هذه المفاتيح .
- عالية الثمن جدا الأمر الذي يجعل هذه الآلة صعبة المنال بالنسبة للسواد الأعظم من المكفوفين ذوى الدخول المتدنية .
- تحدث صخبا وضجيجا عند الكتابة عليها مما يستلزم توافر مكان خاص بها عند القيام بعملية الكتابة .

ثالثاً: جهاز الأوبتاكون : (Optcon)

وهو من الأجهزة الحديثة التي أثبتت نجاحها في تعليم المعاق بصرياً بما تتيحه لهم من فرص للحصول علي المعلومات والبيانات اللازمة لدراسة المواد المختلفة ومواكبة التطور السريع في المعرفة . وهو عبارة عن جهاز يمكن الاحتفاظ فيه بالمعلومات ويظهرها في صورة حروف بارزة يمكن أن يقرأها المعاق بصرياً بسهولة ؛ حيث يتصل هذا الجهاز بكاميرا يمررها المعاق بصرياً علي صفحة أي كتاب فتتقلها إلى الجهاز الذي يقوم بدوره بتحويلها إلى حروف بارزة ، وهو يختلف عن كل ما أتيج للمعاقين بصرياً عن طريق القراءة والكتابة في أنه يتيح لهم قراءة كتب المبصرين في نفس الوقت

رابعاً: آلة التيرموفورم : **Thermoform**

تعتبر من أكثر الأجهزة أهمية في تعليم المكفوفين ، عن طريقها يمكن نسخ أي نوع من المعلومات وأي شكل من الأشكال وبالأعداد المطلوبة ، فهي آلة كهربية تستخدم في تشكيل الفراغات تحت تأثير الحرارة الشديدة فيمكن مثلاً كتابة صفحة علي طريقة برايل العادي ثم يعطي هذا الأصل بصفحة من البلاستيك ويدخل بها في فرن الموقد للآلة وفي بضع ثوانٍ يتم تشكيل نسخة طبق الأصل .

خامساً: كمبيوتر برايل :

وهو عبارة عن جهاز كمبيوتر عادي به مسطرة للبرايل تتكون كل خلية فيها من ثماني نقاط ويعمل هذا الجهاز على تخزين المعلومات وعرضها على الشاشة للمبصر كالمعتاد عند كتابة شي على الكمبيوتر ليقراه المبصر ، وفي نفس الوقت تظهر نفس المعلومات على مسطرة برايل على شكل حروف بارزة ليستطيع المعاق بصرياً قراءتها بطريقة للمس ، كما يستطيع المعاق بصرياً

كتابة وتخزين المعلومات على الكمبيوتر بنفس طريقة المبصر ، ويقراً ما كتبه أو خزنه على مسطرة اللمس بطرية المبصر ، أو يقراً ما كتبه أو خزنه على مسطرة اللمس بطريقة اللمس.

الفصل الرابع ذوي الإعاقة السمعية

تعتبر الإعاقة السمعية من أشد الإعاقات أثراً علي الفرد المعاق حيث لا يستطيع المعاق سمعياً التعامل والاتصال مع البيئة باستخدام حاسة السمع ، وتظهر مشكلة في التفاهم والتعامل مع هذا الشخص. وتعرف الإعاقة السمعية بأنها تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد علي سماع الأصوات المختلفة وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلي الدرجات الشديدة والتي ينتج عنها صمم . ومصطلح الإعاقة السمعية Hearing Impairment يستخدم لتمييز أي فرد يعاني من فقدان السمع بغض النظر عن درجات القصور السمعي التي يعاني منها.

وتعرف الإعاقة السمعية Hearing Impairment بأنها مصطلح عام يغطي مدى واسع من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم أو فقدان السمع الشديد جداً الذي يعوق عملية تعلم اللغة والكلام، وفقدان السمع الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم اللغة والكلام .

تعريف المعاق سمعياً:

يعرف المعاق سمعياً بأنه الفرد الذي يعاني من مشكلات سمعية متباينة ودرجات مختلفة تؤثر على تعلمه وتعليمه تأثيراً سلبياً وتأخر نموه اللغوي وقدرته على التحدث والكلام بطريقة صحيحة واكتساب المهارات والاتصال بالآخرين والتكيف معهم الأمر الذي يستلزم وجود معلم متخصص للتعامل مع تلك الفئة بفاعلية كبيرة من

منظور تربوي وإنساني واجتماعي . أو هو الشخص الذي ولد فاقداً لحاسة السمع أو أصيب بالصمم في طفولته قبل اكتساب أو تعلم اللغة والكلام وترتب على ذلك عدم استفادته من حاسة السمع .

ويقسم المعاقون سمعياً إلى فئتين هما:

١- الصم Deaf

يعرف الأصم بأنه الفرد الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة فقدان سمعي ٧٠ ديسيبل فأكثر يحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها . كما يعرف بأنه الشخص الذي لا يمكنه الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية سواء من ولدوا فاقدين السمع تماماً أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة أو من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة أو من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة لدرجة أن أثار هذا التعلم تلاشت تماماً مما يترتب عليه في جميع الأحوال فقد القدرة على الكلام وتعلم اللغة.

ويعرف الأصم بأنه الفرد الذي فقد حاسة السمع لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية لذلك فهو في حاجة ماسة إلى تأهيل يتناسب وقصوره الحسي . ويعرف الأصم إجرائياً بأنه الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي أعلى من ٧٠ ديسيبل يجعله غير قادر على الاستفادة من حاسة السمع في تعلم العلوم.

٢- ضعيف السمع Hard of Hearing

يعرف ضعيف السمع بأنه الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يتراوح بين ٣٥-٦٩ ديسيبل يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع سواء باستخدام السماعات أم بدونها. كما يعرف بأنه الشخص الذي لديه إعاقة سمعية دائمة أو مؤقتة تؤثر عكسياً على مهاراته في التعبير والاستقبال خلال اتصاله مع الآخرين مما يؤثر على تطور نموه وأدائه التعليمي مما يشكل صعوبة في مرور المعلومات اللغوية خلال حاسة السمع سواء باستخدام أو بدون استخدام معينات سمعية .

خصائص الصوت :

للصوت خاصتين هما الشدة والنغمة .

١- شدة الصوت Intensely

تشير إلى قوة الصوت ودرجة ارتفاعه وتقاس بوحدة تسمى الديسيبل ويرمز لها بالرمز (dB) وتتراوح شدة الحديث العادي من ٤٠-٥٠ ديسيبل ويصبح الصوت مؤذياً للأذن إذا تجاوزت شدته ١٢٠ ديسيبل.

٢- التردد Frequency أو النغمة Pitch

وهو عدد الموجات التي يحدثها مصدر الصوت في الثانية الواحدة ويقاس بوحدة قياس تسمى الهيرتز ويرمز لها بالرمز Hz ، وتستطيع الأذن السليمة سماع الأصوات التي تتراوح تردداتها بين ٢٠ ، ٢٠٠٠٠ هيرتز في الثانية ، وتتراوح نغمة الحديث العادي بين ١٢٥ ، ٨٠٠٠ هيرتز . وتجدر الإشارة إلى أن الحديث العادي لأي فرد يتألف من

أصوات ذات ترددات مختلفة تبعاً لأصوات الحروف التي يتألف منها الكلام فحرف السين تردده أعلى بكثير من حرف الفاء مثلاً.

خصائص المعاقين سمعياً وحاجاتهم التربوية

أولاً: خصائص المعاقين سمعياً.

أولاً : الخصائص الجسمية

أثبتت الدراسات أنه لا يوجد اختلاف بين المعاق سمعياً والشخص العادي في خصائص النمو الجسمي من حيث معدل النمو والتغيرات الجسمية في الطول والوزن، وبالرغم من سلامة جهاز النطق والكلام لديه إلا أن حاسة السمع معطلة تعطلاً كاملاً أو جزئياً ، ونتيجة لذلك يتلفظ الأصم بطريقة مكررة كما يعاني من صعوبة في تكيف حجم الصوت ، ولا يستطيع سماع الأصوات في البيئة، وهناك بعض الفروق التي تظهر في بعض الخصائص الجسمية وخاصة في التنفس، فالمعاق سمعياً أقل قدرة في التحكم في تدفق النفس . أنه لا يوجد اختلافاً جوهرياً بين النمو الجسمي للمعاق سمعياً وبين العادي إلا فيما يتصل بنمو الضبط الحركي لديه.

ثانياً: الخصائص الاجتماعية :

تعتمد عملية التفاعل الاجتماعي بين الأفراد على التواصل، ونظراً لأن المعاق سمعياً يعاني من قصور في السمع ومن فهم كلام الآخرين فإن سلوكه يتأثر بذلك . ويحاول المعاقون سمعياً تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي ويميلون إلى مواقف التفاعل التي تتضمن فراداً أو فردين كما يميلون إلى العزلة لإحساسهم بعدم المشاركة

والانتماء للآخرين ، ويسير النضج الاجتماعي لهم بمعدل أبطأ من السامعين.

وقد أوضحت نتائج الدراسات أن المعاقين سمعياً يميلون إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية وإلى عدم الاستعداد لتحمل المسؤولية. وسوء التكيف الاجتماعي والذي تتضح مظاهره في جمود وصرامة في شخصية المعاق سمعياً والإحساس بعدم القدرة على مسايرة الآخرين والحيرة الدائمة لأنه لا يستطيع التأكد من فهم الآخرين لحديثه وأفكاره عند التواصل

ثالثاً : الخصائص النفسية والانفعالية .

تؤثر الإعاقة السمعية على النواحي النفسية الانفعالية حيث تحرمه من سماع أصوات المحيطين به وقد أوضحت الدراسات أن المعاقين سمعياً أكثر عرضه للضغوط والقلق وانخفاض مفهوم الذات كما أنهم أكثر عرضه لنوبات الغضب وذلك بفعل الصعوبات التي يواجهونها في التعبير عن مشاعرهم كما أنهم أكثر ميلاً للعدوان الجسدي . كما أوضحت الدراسات أن الصم يعانون من الأعراض العصابية والتصلب والجمود وعدم الثبات الانفعالي والتمركز حول الذات وضعف النشاط العقلي ، كما يعانون من الشعور بالنقص وأحلام اليقظة ويتصفون بالإنطوائية والعدوانية ويعانون من الشعور بالقلق والإحباط والحرمان والانذافية والتهور وعدم القدرة على ضبط النفس. كما يعاني المعاقون سمعياً من الخوف وعدم الاطمئنان والانطواء وحب السيطرة والعدوان والتمرد والعصيان والشك وعدم الثقة في الغير .

رابعاً : الخصائص العقلية :

بالغ الباحثون في دراسة القدرات العقلية للمعاقين سمعياً وبذلت محاولات متعددة لقياس الخصائص العقلية لديهم منذ بداية ظهور مقياس بنية عام ١٩٠٥ ، وقد أكدت معظم الدراسات أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ونسبة الذكاء ، وقد أوضح فيرنون وهو من أشهر المختصين في دراسته للإعاقة السمعية أنه بعد مراجعته للدراسات المختلفة حول ذكاء المعاقين سمعياً استنتج عدم وجود أثر للإعاقة السمعية على الذكاء وقد قامت كلية جالدوت وهى كلية متخصصة لتعليم الصم بدراسة أوضحت أن متوسط مستوى ذكاء العينة الأدائي بلغ ٣٨ و١٠٠ أي أنه لا يقل من متوسط درجة الذكاء الأدائية للعاديين والتي تبلغ ٣٨ و١٠٠ إلا أن المعاقين سمعياً يظهرون انخفاضاً واضحاً في درجات ذكاءهم في اختبارات الذكاء اللفظية .

وقد تضاربت نتائج البحوث حيث انتهى بعضها إلى أن مستوى ذكاء الصم يقل عن مستوى ذكاء العاديين بحوالي ١٠-٢٥ نقطة ، وانتهى البعض الآخر إلى عدم وجود فروق في الذكاء بين الصم والعاديين إلا أن الباحثين يرون أن الدراسات التي أظهرت قصوراً واضحاً في ذكاء المعاقين سمعياً ربما تجاوزت المحاذير التالية :

١- لا يمكن الثقة بدرجة عالية بنتائج قياس صغار الأطفال المعاقين سمعياً إذ أن درجة الخطأ المتوقعة تزيد عن مثيلاتها عند قياس ذكاء السامعين .

٢- أن قياس ذكاء المعاقين سمعياً بدرجة من الدقة يتطلب أن يكون الفاحص مدرباً على العمل مع هذه الفئة إضافة إلى تدريبه المعتاد

في مجال قياس الذكاء، إلا أن نتائج دراسة ليفين أوضحت أن ٨٣% من أولئك الاختصاصيين لا يتوفر لديهم أي تدريب خاص كما أن ٩٠% منهم لا يجيدون استخدام لغة الإشارة .

٣- أن استخدام الاختبارات الجمعية في قياس الذكاء يعتبر ممارسة غير صحيحة .

٤- أن التعليمات الواجب اتباعها في معظم اختبارات الذكاء كالتوقيت للأداء وعدم تكرار العمليات تعتبر محددات غير ملائمة للمعاقين سمعياً .

٥- يلاحظ أن أخطاء الفاحصين في تقدير درجات ذكاء المعاقين سمعياً تأخذ المنحى السلبي الذي يؤدي إلى انخفاض في التقدير بفعل الاتجاهات السلبية أو التوقعات المنخفضة للفاحصين .

٦- هناك نسبة تبلغ ١١-٣٣% من المعاقين سمعياً يعانون من إعاقات أخرى كالتخلف العقلي أو صعوبات التعلم أو الاضطرابات العصبية .

وقد أكدت معظم الدراسات أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ونسبة الذكاء، حيث أوضح فيرنون أنه بعد مراجعته للدراسات المختلفة حول ذكاء المعاقين سمعياً استنتج أنه لا توجد أثر للإعاقة السمعية على الذكاء، وقامت كلية جالدوت المختصة بتعليم الصم بالولايات المتحدة بدراسة أوضحت أن متوسط مستوى ذكاء العينة الأدائي بلغ ١٠٠.٣٨ أي أنه لا يقل عن متوسط درجة الذكاء الأدائية للعاديين والتي تبلغ ١٠٠.٣٨ إلا أن المعاقين سمعياً يظهرون انخفاضا واضحا في درجات الذكاء في اختبارات الذكاء اللفظية.

الاستعداد للتعلم: أوضحت الدراسات ارتفاع مستوى الاستعداد للتعلم وبخاصة التعلم غير اللفظي لدى التلاميذ المعاقين سمعياً.

الإدراك: أن قدرة المعاق سمعياً على الإدراك تتوقف على درجة فقدان السمع فكلما زادت ضعفت القدرة على الإدراك.

التذكر: أن قدرة الصم على التذكر المباشر قصير المدى أقل من العاديين. كما أن الإعاقة السمعية لها تأثير واضح على الذاكرة طويلة المدى فقدرتهم على التذكر طويل المدى قليلة.

الانتباه: يعاني المعاقون سمعياً من ضعف الانتباه كما يعانون من تخلف واضح في القدرة على فهم المجردات إلا إذا استخدمت وسائل مساعدة توضيحية.

مما سبق يتضح أن القدرات الخاصة لدى المعاقين سمعياً تتفاوت كما لدى العاديين ، وإذا كان العمل الذي يقوم به المعاق سمعياً لا يحتاج إلى استخدام حاسة السمع فإن أداءه يكون عالياً.
خامساً: الخصائص الأكاديمية



تؤثر الإعاقة السمعية على التحصيل الأكاديمي تأثيراً كبيراً، فيعاني المعاقون سمعياً من انخفاض في مستوى التحصيل الأكاديمي مقارنة بأقرانهم، ويظهر هذا الانخفاض في معظم المناهج الدراسية خاصة في القراءة، ويرى بعض الباحثين أن المعاقين سمعياً لا يعانون من تدن ملحوظ في قدراتهم العقلية؛ لذلك فإن انخفاض التحصيل قد يرجع إلى عدم

ملاءمة المناهج الدراسية أو طرق التدريس أو تدني مستوى كفاءة العاملين معهم أو انخفاض مستوى دافعيّتهم.

وقد اختلفت آراء الباحثين في تحديد مستوى تحصيل المعاقين سمعياً مقارنة بالعاديين، فيرى البعض أن التحصيل لدى المعاقين سمعياً يتأخر من ٤-٥ سنوات دراسية عن العاديين. إلا أن معظم الدراسات المتعلقة بالتحصيل الأكاديمي للمعاقين سمعياً تكاد تتفق على أن مستوى تحصيلهم يقل في المتوسط بمقدار ٣-٤ سنوات عن مستوى تحصيل أقرانهم العاديين الذين يكافئونهم في العمر .

سادساً : الخصائص اللغوية

يظهر تأثير الإعاقة السمعية بصورة واضحة على النمو اللغوي للفرد المعاق سمعياً ، حيث يعاني من تأخر واضح في النمو اللفظي ، وتتضح درجة هذا التأخر كلما كانت درجة الإعاقة السمعية أشد وكلما حدثت الإصابة في وقت مبكر . ويشير مصطلح الأصم The Deaf Mute child إلى ارتباط ظاهرة الصمم بالكم ، حيث يؤدي الصمم بشكل مباشر إلى حالة البكم ومن خلال نتائج دراسة مسحية قام بها جنسيا وآخرون في الولايات المتحدة ، أوضحت نتائجها أن ١٥% من المعاقين سمعياً يتكلمون بطلاقة ، و ٢٩% يتقنون الكلام ، و ٩% و ٢١% يظهران أخطاء واضحة في الحديث ، و ٢٠% يتكلمون ولكن هناك صعوبة فهم كلامهم ، و ٨% و ١٢% لا يتكلمون مطلقاً ، وتوضح نتائج الدراسة السابقة والتي شملت كل فئات المعاقين سمعياً أن نسبة كبيرة منهم تتقن الكلام وهذا يوضح خطأ مصطلح الصمم البكم والذي لا يزال موجوداً في أرجاء عديدة من الوطن العربي .

ثانياً: حاجات المعاقين سمعياً تعليمية في ضوء خصائصهم المختلفة.

أولاً: حاجات المعاقين سمعياً في ضوء الجوانب الجسمية:

في ضوء الدراسة السابقة لأثر الإعاقة السمعية على الخصائص الجسمية ، هناك بعض الحاجات التي ينبغي مراعاتها عند التدريس لهذه الفئة منها:

- استغلال باقي الحواس للمعاق سمعياً كالبصر واللمس والشم والتذوق أثناء التعلم .

- الاهتمام بتنمية ما تبقى من حاسة السمع واستغلاله بأفضل ما يكون.

- الإهتمام بالمهارات لإكساب المعاق سمعياً قدر منها والتي تساعده في حياته اليومية في العصر الحالي.

- حاجات المعاقين سمعياً في ضوء الخصائص الاجتماعية:-

١- الاهتمام بالمعاق سمعياً من جانب المجتمع لكي يدرك أنه يحظى بتقدير المحيطين به.

٢- الاهتمام بالأنشطة الجماعية في تعليم العلوم لمساعدة المعاق سمعياً على التفاعل الاجتماعي.

٣- مساعدة المعاق سمعياً على تحمل المسؤولية بتوفير المواقف التي يمكن أن يحقق فيها ذاته.

٤- إعطاؤه قدرأً من الحرية في اختيار أوجه النشاط التي تناسب ميوله واهتماماته واستعداداته.

- حاجات المعاقين سمعياً في ضوء الخصائص الانفعالية والنفسية:-

- ١- الحب والاحترام من الآخرين وعدم الخوف منهم والابتعاد عنهم.
- ٢- الثقة بالنفس وذلك بتوفير سبل النجاح له من خلال إنجاز بعض الأعمال البسيطة المتدرجة الصعوبة.
- ٣- إكسابه اتجاهات إيجابية نحو ذاته ونحو الآخرين بحيث يتقبل الإعاقة بإيمان بالله وبالقضاء والقدر ويصبر عليها ويعمل لكي يكون عضواً نافعا لنفسه ولأسرته والمجتمع، وتحسين الاتجاهات السلبية لديه.

-حاجات المعاقين سمعياً في ضوء الخصائص العقلية:-

- ١- ربط ما يتعلمه المعاق سمعياً بحياته اليومية وحاجاته الشخصية والبيئة المحيطة به مما يساعده في التغلب على مشكلة ضعف القدرة على التذكر.
- ٢- ربط المفاهيم بمدلولاتها الحسية وتطبيقاتها في حياته.
- ٣- التركيز على الجوانب العملية للتغلب على مشكلة ضعف الانتباه.
- ٤- تنمية إدراك المعاق سمعياً بالتركيز على استخدام باقي حواسه وخاصة البصر.
- ٥- استخدام وسائل وتكنولوجيا التعليم ووسائل الإيضاح في تعليم المعاق سمعياً.

-حاجات المعاقين سمعياً في ضوء الخصائص اللغوية-

- ١- الاهتمام باستخدام أسلوب التواصل الكلي في التعامل مع المعاق سمعياً ولا يقتصر التعامل على لغة الإشارة فقط في تدريس العلوم لهذه الفئة.

٢- استخدام الأنشطة العملية التي تستخدم حاسة البصر التي تتبع من بيئة المعاق سمعياً.

٣- عرض المفاهيم والمصطلحات العلمية بطريقة مبسطة تسهل فهمها.

٤- استخدام المفردات العلمية البسيطة سواء في الشرح أو في الكتاب المدرسي أو في الامتحانات.

٥- ربط المفاهيم العلمية بمدلولاتها الحسية (صور أو رسوم) بقدر الإمكان.

أساليب التواصل مع المعاقين سمعياً

يحتاج المعاقون سمعياً في تربيتهم و تعليمهم إلى التدريب على طرق اتصال فعالة تتلاءم وطبيعة إعاقتهم بهدف مساعدتهم على التعبير عن أفكارهم واحتياجاتهم وتمكينهم من التفاعل مع بعضهم البعض ومع الآخرين والاندماج في الحياة الاجتماعية.

وتتباين الفلسفات التي تبني عليها هذه الطرق ،كما يعتمد استخدامها على درجة فقدان السمع ومن ثم الحاسة التي يتم استخدامها بدرجة اكبر في تعلم مهارات التواصل

وقد صنف طرق التواصل مع المعاقين سمعياً إلى ثلاث طرق رئيسية للاتصال هي :

أولاً: الطريقة اللفظية **Oral Communication**

ثانياً: الطريقة اليدوية **Manual Communication**

ثالثاً: طريقة الاتصال الكلي **Total communication**

وفيما يلي عرض لهذه الطرق

أولا الطريقة اللفظية :

تتضمن هذه الطريقة تدريب البقايا السمعية لدى الطفل المعاق كما تتضمن تعليم الطفل قراءة الكلام وتؤكد على ضرورة استخدام المعينات السمعية وتتضمن:

١. التدريب السمعي *Auditory Training*

ويقصد به تعليم المعاق سمعيا لتحقيق الاستفادة القصوى من البقايا السمعية المتوافرة لديه وتركز هذه الطريقة على استغلال بقايا السمع لدى الطفل و المحافظة عليها وتنميتها واستثمارها عن طريق تدريب الأذن والانتباه السمعي وتعويد الطفل على الوعي وملاحظة الأصوات المختلفة في البيئة والتمييز بينها ،وللتدريب السمعي دورا هاما في تطوير قدرة الطفل على السمع وتحسين النمو اللغوي لديه خاصة إذا تم في مرحلة مبكرة،ويستخدم في التدريب السمعي معينات سمعية تساعد في توصيل ما يصدر من أصوات وتمكين المعاق من تكرارها وتقليدها مع تدريبه على تهذيب وتنظيم عملية التنفس وعلاج عيوب النطق، وتلاءم هذه الطريقة ضعاف السمع الذين بإمكانهم التقاط بعض الأصوات باستخدام معينات سمعية أو بدونها أكثر من الأطفال الصم الذين لا يسمعون

٢. قراءة الشفاه *Lip Reading*

ويطلق عليها أحيانا قراءة الكلام *Speech Reading* وأحيانا اسم القراءة البصرية وذلك لتنبية الأذهان إلى المعنى الحقيقي لقراءة الشفاه. وتهتم بتعليم الطفل المعاق سمعيا استخدام ملاحظاته البصرية لحركة الشفاه ومخارج الأصوات بالإضافة إلى بقايا السمع من أجل فهم الكلام الموجه إليه .

وتعرف قراءة الشفاه بأنها فن معرفة أفكار المتعلم بملاحظة حركات فمه على أساس الربط بين صوت معين والحركة التي تصدر عن الشفاه أو الحلق أو اللسان وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية. وتعتمد قراءة الشفاه على عاملين أساسيين الأول هو الإدراك البصري المتمثل في ملاحظة حركات اللسان والشفاه والثاني هو الإدراك اللمسي المتمثل في وضع يد الطفل على فمه لكي يحس بالهواء الصادر منه عند نطق بعض الحروف أو وضع يده على الحنجرة أو الأنف ليحس بالاهتزازات أو الذبذبات عند نطق حروف أخرى .

وهناك ثلاثة أساليب مختلفة لتعليم قراءة الشفاه هي :

١. **الأسلوب التحليلي** : حيث يتم تجزئة الكلمة إلى مقاطع لفظية حيث يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة والحروف المتحركة ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة وهكذا ثم يجمع هذه المقاطع لتكوين كلمة كاملة.

٢. **الأسلوب الكلي**: ويهتم هذا الأسلوب بالوحدة الكلية حيث يتم تعليم الطفل فهم معنى النص أولاً ثم تمييز الكلمات المكونة للنص .

٣. أسلوب يقوم على إبراز الأصوات المرئية أولاً ثم الأصوات المدغمة بعد ذلك (**الطريقة التحليلية**).

ونظراً لأن هناك تشابهاً في شكل وحركة الشفتين عند نطق أصوات بعض الحروف علاوةً على أن بعض الحروف (الحروف الحلقية) لا تظهر على الشفتين فإن البعض يستخدم حركات اليد أمام الوجه لمساعدة قارئ الشفاه على تمييز تلك الأصوات الصعبة ويعرف هذا الأسلوب بأسلوب الكلام المرمز Cued speech وتتداخل عملية

تعليم قراءة الشفاه مع التدريب على النطق، وهنا يجب الإشارة إلى إحدى طرق التدريب على النطق وهي طريقة اللفظ المنغم وتقوم هذه الطريقة على استخدام الحركات الجسمية خاصة حركات الجزء العلوي من الجسم وتدريبات التنفس المختلفة في التدريب على النطق

وهناك عددا من القواعد التي يجب مراعاتها في تعليم قراءة

الشفاه وهي:

- ١- ربط منطوق الكلمة أو أشكالها الصوتية بمدلولاتها الحسية من خلال الإدراك الحسي البصري واللمسي للطفل حتى يكون لها معنى واضح في ذهنه.
- ٢- مراعاة مستوى نمو الطفل والبدء بالأمر التي تتصل اتصالاً مباشراً بحياته واحتياجاته الأساسية .
- ٣- يجب أن يكون الكلام واضحاً وبصوت عالٍ وبنغمة طبيعية وبطيئاً عن الكلام العادي كما تكون تعبيرات الوجه وحركات الشفاه واضحة.
- ٤- مساعدة الطفل الأصم على التدريب على ملاحظة الوجه والشفاه بدقة ثم الربط بين ما يراه من تعبيرات وحركات وبين المواقف وتعويدته على الفهم المجرد دون أن يرى مواقف مماثلة أمامه أثناء الحديث .
- ٥- استخدام المرآة في التدريب على عملية النطق وتصحيحه لمساعدة الطفل على الملاحظة البصرية والدقيقة لحركات الشفتين في أوضاعها المختلفة ثم تقليدها.

- ٦- مساعدة الطفل أثناء عملية التعليم على التفارقة بين الحروف الساكنة ذات الصور المتشابهة كالميم والباء أو التاء والذال من حيث طريقة إخراجها ونطقها.
- ٧- البدء بالطريقة الكلية التي تبدأ بالجملة وتنتهي بالكلمات والحروف.
- ٨- تشجيع الطفل على التعلم واستثارة دافعيته باستمرار.
- ٩- البدء بالكلمات السهلة والتي يمكن نطقها بسهولة ثم التدرج إلى تعلم الأصعب.
- ١٠- أن تتم عملية تعليم قراءه الشفاه من خلال الأنشطة والعمل وأثناء اكتساب الخبرات والتجارب مع جذب انتباه الطفل الأصم كلما أمكن إلى فهم الكلام وقراءة الوجه والشفاه أثناء قيامه بالأعمال المحببة إلى نفسه
- ١١- استخدام التدريب الموزع على فترات زمنية معقولة مما يساعد على تثبيت المعلومات.
- ١٢- ربط المهارات اليدوية والتدريب الحسي بالكلمات والمعاني باستمرار واستغلال ذلك في التدريب على قراءه الشفاه.

أنواع التدريب على قراءة الشفاه

هناك ثلاثة أنواع من التدريب على قراءة الشفاه هي

١- التدريب الفردي

وفيه يتم التدريب على الكلمات والحروف بصوره مفرده كل حسب قدراته ودرجة فقدان السمعى لديه.

٢- التدريب الروتيني

ويهدف إلى استغلال ما تعود عليه الطفل في حياته اليومية من عمل أشياء معينة أو ما يمكن أن يتعود عليه من تلقى بعض الأوامر وتنفيذها مثل اجلس، تعالوا، الخ.

٣- التدريب الجمعي

بعد أن يصل المعاق إلى استيعاب مجموعة من الكلمات والجمل القصيرة خلال التدريب الفردي والتدريب الروتيني، ويمكن للمعلم تدريب مجموعة من التلاميذ تدريباً جماعياً بشرط:

- أن تكون المجموعة صغيرة لا تزيد عن ٨ ولا تقل عن ٥ .
- أن تكون المجموعة متجانسة بقدر الإمكان في القدرات والميول .
- عدم الإطالة في الزمن المخصص لهذا التدريب لعدم قدرة الأصم على تركيز الانتباه فترة طويلة ويتم التدريب الجمعي عن طريق:
 - أ- دروس كسب المهارات اليدوية والتدريب الحسي
 - ب - القصص وما تحتويه من جمل وكلمات تكون موضوع القصة

مراحل تعلم قراءة الشفاه

يسير تعلم قراءه الشفاه في المراحل التالية .

١- مرحلة التطلع إلى الوجه

وفيها يطلب من الطفل المعاق سمعياً التطلع في وجه الآخرين متفرساً في وجوههم للتعرف عليهم و دراسة ما يقولون .

٢- مرحلة الربط (مرحلة بدء الفهم)

وهذه المرحلة هي مرحلة بدء الفهم وفيها يربط الطفل بين ما يراه على الوجه من تعبيرات وبين المواقف .

٣- مرحلة الفهم المعنوي (الفهم المجرد)

وفى هذه المرحلة يتم فهم المواقف وتعبيرات الوجه وما يظهر على الشفاه من كلمة أو كلمات
مزايا وعيوب قراءة الشفاه.

لقراءة الشفاه مميزات ولها أيضا عيوب

أولاً: المميزات.

- ١- تدريب الطفل على تعليم الكلام مما يبعد عنه البكم خاصة إذا كانت أعضاء صوته سليمة وقادرة على أداء وظيفتها
- ٢- تخرج المعاق سمعياً من الصمت والسكون الذي يكاد يلغى حياته وبذلك يمكنه التفاهم مع الآخرين.
- ٣- إذا تعود المعاق سمعياً على النطق و الكلام يجعله يفكر في شكل يتماثل و قواعد اللغة مما يسهل عليه تعلمها.

ثانياً: العيوب

- ١- يستغرق تعليمه وقتاً طويلاً و تدريباً شاقاً.
- ٢- يغلب على ما يقرب من نصف الحركات والكلمات العربية الغموض بالنسبة لقارئ الشفاه من المعاقين سمعياً بالإضافة إلى أن جزءاً كبيراً منها خفي غير منظور مما يدفع قارئ الشفاه الى تخمينه.
- ٣- عندما يتخاطب المعاقون سمعياً مع بعضهم يستخدمون لغة الإشارة ولا يستخدمون قراءة الشفاه لما يلاقونه من صعوبة وخرج في فهم الكلام.

ثانياً: طريقة التواصل اليدوي Manual Communication

وهذه الطريقة تلائم الأطفال المعاقين سمعياً ممن لا يمكنهم سماع ما يدور من حولهم وفهمه حتى باستخدام المعينات السمعية وتهدف مباشرة إلى إكسابهم المهارات التواصلية عن طريق الإبصار وذلك من خلال الإشارات والحركات اليدوية و الوصفية كبديل عن اللغة اللفظية. ومن أهم أشكال التواصل اليدوي :لغة الإشارة والهجاء الإصبعي

١. لغة الإشارة : Sign Language

هي لغة وصفية عبارة عن نظام من الرموز اليدوية والحركات المشكّلة أو المصورة التي تستخدم فيها حركات الأيدي وتعبيرات الأذرع والأكتاف لوصف الكلمات والمفاهيم والأفكار والأحداث التي يستجيب لها الفرد أو يرغب في التعبير عنهما. وللإشارة مظاهر خمسة هي الحركة والتحديد المكاني وشكل اليد وتحديد الاتجاه بالإضافة إلى الحركات غير اليدوية "نظرة العين وحركات الجسم والكتفين والفم والوجه .

والإشارات المستخدمة يتم التعارف عليها بعد شيوع استخدامها وفي كثير من الحالات يقوم المختصون بجمع هذه الإشارات التي يستخدمها المعاقون سمعياً في أماكن تجمعهم وتنفتح هذه الإشارات وتوثق وتستخدم في التعليم في مستوى أوسع، لذلك تختلف لغة الإشارة من مجتمع لآخر ،وقد تم تطوير معاجم خاصة تتضمن إشارات لتعليم المعاقين سمعياً ، وهناك في بعض الأقطار العربية مثل مصر وتونس والأردن

قواميس أوليه لإشارات الصم أما في الدول الغربية فالقواميس أكثر تطوراً وشمولاً.

تقسيمات الإشارة:

تقسم الإشارات إلى :

١ - الإشارات ذات الدلالة:

وهي التي يدل ظاهرها على الفكرة التي يحاول المعاق سمعياً التعبير عنها كالتمثيل بالقلم ليعبر عن فكرة الكتابة والتمثيل بالإبرة ليعبر عن الخياطة.

٢ - الإشارات التقليدية :

وهي إشارات تؤدي الفكرة بتوضيح جزء منها فقط وهي إشارات يصعب على الشخص فهمها دون فهم المغزى منها.

وتقسم الإشارات أيضا إلى

١ - الإشارات الوصفية :

وهي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة مثل رفع اليد للتعبير عن الطول وفتح الذراعين للتعبير عن الكثرة و يشنق المعنى من مضمون الكلمة وليس الكلمة نفسها.

٢ - الإشارات غير الوصفية:

وهي إشارات ذات دلالة خاصة تكون بمثابة لغة متداولة بين الصم أنفسهم مثل الإشارة إلى أعلى للدلالة على شئ حسن والإشارة بالإصبع إلى أسفل للدلالة على شئ رديء .

النقد الموجه إلى لغة الإشارة:

هناك نقدٌ موجهٌ إلى لغة الإشارة يشمل :

١- أن كثرة استعمال الإشارات يعمل على تكوين عادتين غير مرغوب فيهما وهما:

أ- تكوين عادة ملاحظة اليدين وإغفال ملاحظة الوجه.

ب- الاعتماد على الإشارة كالطريقة الأولى للفهم والتفاهم.

٢- قد يجد المعاق سمعياً صعوبة في الإلمام بمعاني الإشارة فمثلاً هناك إشارة واحدة قد تعبر عن كلمات (نعم - جيد - حسنى)

٣- أن لغة الإشارة ليس لها القدرة على بناء لغة رسمية قابلة للاستخدام ومن هنا فإنها أقرب الى المحلية وتعتمد على عاملين أساسيين هما

أ- درجة التقدم الحضاري للبيئة التي يعيش فيها المعاق سمعياً فهي تحدد نوع وكمية الإشارات التي يمكن أن يستخدمها المجتمع

ب- القدرة العقلية العامة (الذكاء) للمعاق سمعياً فكلما ارتفع مستوى ذكاء المعاق سمعياً ساعد ذلك على سرعة معرفة مضمون الإشارة ومعرفة أكبر عدد من الإشارات

٤- لا تحقق لغة الإشارة في معظم الأحيان اتصالاً متسلسلاً كاملاً أي لا تهتم بالترتيب العادي للكلمات

٥- من الصعب للغة الإشارة التغلب على صعوبات اللغة مثل الحركات والتشكيل وظروف المكان والزمان وصيغتي المثني والجمع والأفعال الشاذة.

الفصل الخامس

الاضطرابات الانفعالية

(التوحد)

مقدمة :



عندما نتحدث عن التوحد فإننا نتحدث عن إعاقة وإذا تحدثنا عن إعاقة فغالبا ما تكون للإعاقة إعاقة أخرى مصاحبة لها وهكذا التوحد قليلا ما نجد توحد ليس في إعاقة أخرى مصاحبة. ولكن التوحد شغل اهتمام مختلف الأوساط في هذه الأيام حيث بدأ ذلك في المقالات والتحقيقات والمقابلات التي شغلت حيز من الصحافة وشارك فيها العديد من المهتمين لعدم توافر الخدمات اللازمة للوفاء باحتياجات التوحد وقد نجح المهتمين في تسليط الضوء على التوحد وكان من أثرها الإيجابي تنوير وتوعية الرأي العام بهذه القضية.

يرجع الفضل إلى العالم ليوكانر leokanner (١٩٤٣) في بزوغ مصطلح الاوتيزم autism حيث لفت اهتمامه أنماطا سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفيين علي أنهم متخلفين عقليا فقد لاحظ استغراق هؤلاء الأطفال المستمر في انغلاق كامل علي الذات والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وبعدهم عن الواقعية بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث فهم دائمو الانطواء والعزلة لا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية الي داخلهم (Schopler, 1992:3;

1:1; Otten., et al., 2004:1; Wagner., 2001:1 ، عثمان
لبيب فراج (١٩٩٤)

كما اكد " ليوكانر " أيضا علي ان التوحد ليس هو
الفصام وان المرضين منفصلان تماما وربما كان هناك تشابها
فى الأعراض إلا أنهما ليسا نفس المرض (Mesibov &
Schopler, 1984: 6)

وقد بدأ الاعتراف بالتوحد كاضطراب مستقل وليس نوع
من الفصام الطفولى او ذهان الطفولة المبكرة حيث كان هناك
خلط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام ١٩٧٨ مع نشر
الدليل الدولى التاسع تحت عنوان التوحد الطفولى. إضافة الى
هذا يوجد فرق بين زملة اعراض التوحد، وزملة أعراض الفصام
فى الطفولة (رشاد موسى، ٢٠٠٢:٣٨٧).

كما استخدم الطبيب النفسى "اوجين بلولر" (Eugen
Bleuler) عام ١٩١٢ كلمة توحد وكان يقصد بها آنذاك
الهروب من الواقع فعندما نقول إن هذا شخص توحدى فنحن
نعنى بذلك انه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند
"بلولر" هو الذهان (Corbier, 2004:13).

فالطفل الاوتيستك عاجز عن التفاعل مع الآخرين مما
يجعله أبوية يصفونه بأنه مستقل وغير معتمد علي الآخرين
وانه يفضل الوحدة ولا يشعر بوجود الآخرين (Nelson &
Israel:1991)

ويبدو الطفل التوحدى قانعا وراض عن ذاته لا يبدي
انفعالا واضحا أو ترددا حين ملاحظته ولا ينتبه التي أي

شخص قادم أو خارج أمامه ولا تبدو عليه علامات السعادة حين رؤيته لأحد والديه أو أقرانه في اللعب بهذه الكلمات بدأ علماء النفس مارك دوران وكار (Durand can ، ١٩٨٨) بحثهما المنشور في كتاب " الإعاقات الجسمية والاضطرابات النمائية " وقد أشار موضوع التوحد أو الانطواء علي الذات انتباه واهتمام المتخصصين والأطباء والمربين الذين تساءلوا كثيرا عن سلوك الطفل التوحدي والأسباب التي تجعل هذا الطفل يعاني صعوبات اجتماعية وفشلا في التواصل أحيانا سلوكه المخيف والمؤذي ومنذ ان وصف (كانر) عام ١٩٤٣ متلازمة التوحد Autism synDROME بدأت الدراسات والبحوث الجادة لكشف طبيعة الاضطراب واسبابه من اجل الخطوة الثانية الأكثر صعوبة وهي تدبير الاضطراب ومعالجته (محمد شوقي، ٢٠٠٣:٨).

التوحد اضطراب عصبى . نمائى يتميز باستقلال مثير لاضطراب قوى فى النمو الاجتماعى والتواصل (Bailey et al, 1996, Kanner, 1943, Volkmar et al, 200 إلى فترة قريبة جدا ، فإن أعراضه المبكرة تم التحقق منها على نحو استعارى من خلال تقارير الوالدين لأن السواد الأعظم من الأطفال لم يتلقوا التشخيص حتى مرحلة ما قبل المدرسة أو فى بداية سن المدرسة. ومع ذلك ، فى العقد الأخير من الزمن ، أكدت التطورات فى حقيقتها البحوث والدراسات فى التشخيص المبكر ، والتي أكدت على فعالية التدخل المبكر. فقد جعلت هذه التطورات دراسة التوحد فى أول ثلاث سنوات من عمر

الطفل ممكنة وملحه (Natinoal research Council,) (2001).

يعد التوحد Autism من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة ، فهو شكل من أشكال الاضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض الذي يرتبط بأسباب الإصابة والتشخيص وطرق العلاج. فهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة Pervasive Development Disorder لأنه يبدأ في السنوات الأولى من العمر. ومثل كل الاضطرابات أو الإعاقات التي تبدأ مبكرا ، فإنه يؤثر في جوانب النمو المختلفة لدى الطفل ، فيترك آثارا سلبية على تلك الجوانب ، فقد يؤثر على النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام. بحيث يتشكل لدى الأشخاص ذوي التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١).

و التوحد بشكل عام هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تتضمن انحرافا في جميع جوانب الأداء النفسى بما فى ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع والمهارات الحركية، ومن الأعراض المميزة للتوحيدين: عدم القدرة على الاستجابة للآخرين ويتصرفون وكأنهم يعيشون فى عالم بمفردهم، وعدم الاستجابة للمسئولين عن رعايتهم بصورة مناسبة، فهم لا يميلون إلى معانقة الأم أو السرور والفرح لوجودها، والافتقار إلى ممارسة الكلام ذى المعنى، وممارسة أصوات غير ذات معنى بصورة نمطية مزعجة مثل الصراخ أو الصياح ،

والالتصاق ببعض الأشياء مثل لعبة أو جزء مكسور منها أو إطار سيارة، وممارسة بعض السلوكيات النمطية بصورة متكررة. و يبدي بعض التوحديون الكبار رغبة قهرية في الاهتمام ببعض الموضوعات مثل الطقس أو مواعيد القطارات فيحفظونها، كما يبدي بعضهم مستوى أداء متميز في مجال محدد وضيق. وقد تعددت الأساليب العلاجية المستخدمة مع التوحديون لتعدد الأسباب فمنها من استخدم العلاج بالعقاقير، ومنها من استخدم العلاج بالغذاء، ومنها من استخدم العلاج بالفيتامينات المركزة، ومنها من استخدم الأساليب العلاجية السلوكية، وكل من هذه الأساليب تحقق نتائج جيدة مع بعض الأطفال، بينما لا يتحقق ذلك مع البعض الآخر. ويتم التعامل مع هذا الاضطراب من خلال فريق متعدد التخصصات يضم الطبيب والأخصائي النفسي ومعلم التربية الخاصة وأخصائي التخاطب وأخصائي العلاج الطبيعي وأولياء الأمور (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢: ٦٥).

ومن ثم نري انه من الأشياء الغريبة والمدهشة في إعاقة التوحد الغامضة انه قد يولد الطفل في البداية بصورة طبيعية ولا يظهر عليه خصائص التوحديين بل من الغريب تواصله مع الآخرين بصريا واجتماعيا ولكن بعد فترة وجيزة ينقلب رأسا علي عقب وتظهر عليه خصائص وسمات التوحد وتتمثل في عدم التواصل البصري والاجتماعي واللغوي وغالبا ما يحدث ذلك في نهاية السنة الأولى أو في بداية السنة الثانية وهذا ما يعلل اضطراب إعاقة التوحد في الظهور والأسباب والخصائص.

وللتوحد معان كثيرة يشير إليها "انجلش و انجلش"
(English & English) بأنها نزعة في التفكير او الإدراك أو
الوعي والتي تحددتها الرغبات الشخصية او حاجات الإنسان،
وذلك على حساب الحقيقة الموضوعية أو هي نوع من تصور
او فهم او استيعاب العالم كشيء ملتصق برغباته أكثر مما هو
عليه الحال. ومن معانيها كذلك إيجاد الشعور باللذة من خلال
الخيالات والأوهام، وعلى ذلك تصبح كلمة توحد نوعا من
التفكير الموجه للذات أكثر من اللازم، فاللفظ يشير إلى النفس
أو الى الذات أو إلى الداخل، كما يشير المصطلح أيضا إلى
استخدام الأوهام المتعلقة بالرغبات الشخصية للشعور باللذة
(عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٨ : ٢٢٤-٢٢٥).

والتوحد نوع من الاضطرابات في النمو والتطور تظهر
خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر وتؤثر علي مختلف
جوانب النمو السالب والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية
التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ويستمر هذا النوع من
الاضطراب التطوري مدعي الحياة (أي لا يحدث شفاء منه)
ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة
للطفل (فاروق صادق، ٢٠٠٣ : ٦٢)

كما نري في تحسن حالات التوحد المتخلفين عقليا بان
التحسن يتم أو يزداد مع تقدم العمر وكذلك مع استيعاب
وفهم المفاهيم والحقائق ولا يتحقق ذلك إلا من خلال التحسن
في درجة الذكاء أي كلما تحسن ذكاء الطفل المتخلف عقليا
التوحيدي تحسن أدائه وتواصله مع الآخرين ويحاول أن يحقق
ذاته داخل مجتمعه .

التوحد أو الذاتوية وهو نوع من الإعاقة سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي ويتميز بنفس القدرة على الإدراك الحسي واللغوي والاجتماعي ويصاحب ذلك نزعة انطوائية تعزل الطفل عن الوسط المحيط فلا يكاد يحس بما يدور حوله هذا ويصاحب التوحيد متلازمات أخرى مثل متلازمة فرجايل أكس Fragile X Syndrome حيث بروز الأذن ومرونة المفاصل والإعاقة الذهنية كما يصاحبه مرض Asperger حيث طبيعي الذكاء لا يميلون لتكوين العلاقات الاجتماعية هذا وقد أكدت الدراسات في مركز الأبحاث بجامعة كامبريدج أن نسبة حالات التوحد تكون ٧٥ حالة لكل ١٠٠٠٠ حالة في حين أكدت الدراسات الأخرى خمس حالات لكل ألف. من هذا نستخلص نقاط تساعدنا على وضع تعريف إجرائي للتوحد من منظور الأسرة (محمد صبري وهبه: ٢٠٠٤).

هو اضطراب انفعالي من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة علي فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (إسماعيل بدر، ١٩٩٧ : ٧٣١)

وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية

American psychiaztric asseciation , 4 E 1994

الاضطراب التوحيدي هو فقدان القدرة علي التحسن في النمو مؤثرا بذلك علي الاتصالات اللفظية والغير لفظية

والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره علي الأداء في التعليم وفي بعض الحالات التوحد به تكون مرتبطة بتكرار المقاطع معينه ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود افعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (DSM:1994)

وهو نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعني انه يؤثر علي عمليات النمو بصفة عامه وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يقتصرون الي الكلام المفهوم ذي المعني الواضح كما يتصفن بالانطواء علي أنفسهم عدم الاهتمام بالآخرين وتبذل المشاعر (عبد العزيز السيد الشخص، عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٢: ٢٨٠)

كما تظهر علي الطفل التوحدي بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية المدهشة التي يعاني منها ظاهرة الشم لكل شيء حوله أو يحيط به مثال علي ذلك قبل تناوله للطعام يخالف في ذلك كل من حوله من أفراد الأسرة . ومثال آخر ظاهرة التوازن الحركي يقف الطفل التوحدي ويسير بمهارة علي أشياء يعجز الإنسان العادي علي الوقوف عليها أو الاقتراب منها . ومثال ثالث مدهش للغاية من الممكن أن بقراء الطفل التوحدي جريدة كاملة وهو لا يتعلم القراءة والكتابة وعندما نسأله علي حرف تكون إجابته لا اعرف .

هو نوع من اضطرابات النمو المقصودة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ويحدث هذا الاضطراب دائما قبل ٣ سنوات ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال وغالبا ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية ينسب متعاونة (Swethen , 1996 : 165 - 157)

ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشعوري والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتببا مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والتولب والإصرار علي الروتين والكثير من الحركات الاليه (نادية أبو السعود: ١٩٩٨)

الاولتيزم هو : حاله كاضطراب عقلي يصيب الأطفال وعلي الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا انه يلاحظ عليهم عدم الميل الي غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي . بالاضافه الي تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعال والذهني واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة (رمضان القذافي، ١٩٩٣ : ١٥٩)

ومصطلح او كلمة التوحد مشتقة في الأصل من الكلمة اليونانية الذات وربما تم اختيار تلك الكلمة او المصطلح هذا تحديدا ليصف أعراضا معينة لما لها من دلالة هامة وهي ان مصطلح التوحد يشير بشكل أو بآخر إلى أعراض محددة

وتظهر تلك الأعراض في الطفل المصاب حيث نجده كما لو انه يعيش في عالمه الخاص به أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لا يراهم (Davis, B., 2002:13).

أوضح بروان (Brown) انه يوجد أربعة محاور يعاني منها الطفل التوحدي وتظهر فيها القصور وهي كآلاتي:

علاقات مختلفة

صعوبات في التواصل

ضروب سلوكية ذات طابع متصلب

نمو مثبت ذات طبيعة خاصة

(Brown , 1990:25)

ويعاني الأطفال التوحد بين من انحرافات ارتقائية خاصة علي المستوي الارتقائي اللغوي والاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع (لويس كامل مليكه ١٩٩٨ : ٢٥٨)

وعرفته دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) علي انه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد علي التعلم واكتساب المعلومات وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشرا لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطور للمخ ولم يتعرف علي سبب حدوث هذا الاضطراب الي الآن (Michael: 1999)

حاله غير عادية لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم الإقامة جدا والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق علي الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجحا عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء ب التوحد مع الخيال وقد يكونوا طبيعيين أو أذكيا ١١٠. متخلفين عقليا

(كريستين مايلز ، ١٩٩٤ : ١٨٥)



كما نري أن التوحد لم يقتصر بتداخله مع مستويات الذكاء فقط بل يتداخل مع جميع الإعاقات الاخري خاصة الإعاقة العقلية والاضطرابات السلوكية والانفعالية. ليس ذلك فحسب بل يتخطي ذلك الموهبة والتفوق .

ويطلق علي الذاتويه " إعاقة التوحد " مصطلح الانشغال بالذات ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات اكثر من الانشغال بالعالم الخارجي والانشغال بالذات من وجهه نظرة - هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام والمسافر في الماء ويتخيل انه يري نبعاً عن بعد ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها (عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، : ٨٠-٨١)

ويصف مصطلح التوحد مجموعة من الأعراض التي تندرج تحت فئة تسمى باضطرابات النمو وتلك الفئة تتضمن بالإضافة للتوحد إمراضاً أخرى مثل اضطراب رت واضطراب

اسبرجر و أيضا الاضطرابات النمائية غير المحددة ،
والمصاب بهذا المرض يتأثر نموه بشكل كبير فى ثلاث نواحي
أساسية ، اولها العجز الواضح فى عملية الاتصال سواء كان
لفظيا او غير لفظي ، وثانيها القصور الواضح فى عملية
التفاعل الاجتماعى حتى داخل الأسرة ، وثالثهما السلوك
المتكرر او الروتين اليومى الثابت الذى يثابر التوحدى عليه
دون كلل او ملل بل انه يستمتع بذلك ويغضب بشدة لو قطع
احدهم ما يفعله (Yapko, 2003:24)

ويمكن تعريف التوحد إجرائيا من منظور أسرى فيما
يلى:

الفرد غير قادر على التواصل مع الآخرين.

عدم المقدرة على التواصل يمنعه من إقامة العلاقات مع
الآخرين.

يميل للتكرار العبارات التى يسمعها داخل الأسرة.

الشخص التوحدى يقم بنوبات غضب وعدوان نفسى.

يشعر الفرد التوحدى بالبرود العاطفى والعزلة العاطفية
تجاه الآخرين (الأم . الأب . الإخوة) (محمود على محمد ،
٢٠٠٤).

وهو زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة فى
الغالب بنسبة ذكاء منخفضة وتتسم بشذوذ فى التفاعل
الاجتماعي واتصال شاذ (Gilleberg 1992: 386)

كما أنه مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعانات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخذ في النمو وترعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش مغلقا علي نفسه لا يكاد يحسن بمن حوله ومن يحيط به من أفراد وأخوات أو ظواهر (عثمان فراج، ١٩٩٤ : ٣١)

فالتوحد هو أحد الاضطرابات النمائية الأساسية يصيب الأطفال منذ لحظة الميلاد، و تظهر عليهم السلوكيات التكرارية والروتينية وفي العادة يتم تشخيصهم في أعمار تبدأ من عامين ونصف إلى أربعة أعوام لوضوح الأعراض عليهم في تلك الفترة إلا أن حالتهم تكون واضحة نوعا ما منذ لحظة الميلاد (Fong & Roler, 1986:576).

والتوحد من الإعاقات التي تتدرج تحت اضطرابات التواصل فمن السمات الرئيسية عند الأطفال المصابين بالتوحد عدم القدرة علي التواصل مع الآخرين والتي تأخذ بعدا كبيرا في عمليه التشخيص والطفل المصاب بالتوحد يعاني من صعوبة في الجهاز التواصللي التعبيري فمعظم هؤلاء الأطفال بحاجة للمساعدة في بداية حياتهم لتحضير المهارات اللغوية التعبيرية لديهم ومن الواضح ان هناك نسبة كبيرة من الأطفال التوحد بين يبقون دون اتصال مع الآخرين ما لم يتم تدريبهم (محمد شوقي، ٢٠٠٣:٢).

أو هو حالة تؤثر على بعض الأطفال في كل من الميلاد والطفولة وتجعلهم غير قادرين على تشكيل علاقات اجتماعية مع أقرانهم او مع الآخرين بشكل عام، وذلك نتيجة

لمهارات الاتصال بالآخرين التي لا تنمو لديهم بشكل سوى ونتيجة لذلك يصبح الطفل معزولا عن الآخرين في عالمه المتكرر بأنشطته واهتماماته الاستحواذية والمتكررة (Cohen. & Bolton, 1994: 1).

كما أنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم يتحقق (احمد بدوي، ١٩٨٢ : ٣٢)

إلا إن الملمح الاساسى فى الاضطراب التوحدى هو وجود تضرر واضح وشاذ فى تطور التفاعل والتواصل الاجتماعى، والرصيد المحدود جدا لألوان النشاط والميول والاهتمامات. وهو ما ينعكس فى صورة نقص شديد فى الاستجابة للناس المحيطين بالفرد، والاستجابات العشوائية للجوانب المتعددة فى البيئة. وأساليب السلوك التي يفصح من خلالها الاضطراب عن نفسه تعتمد الى حد كبير على المستوى الارتقائى والعمر الزمنى للفرد . وبصفة عامة فإن هذه الأعراض التي تعبر عن الاضطراب تظهر فى غضون الثلاثين شهرا الاولى من عمر الطفل (علاء الدين كفاى، ٢٠٠١ : ٦).

كما نجد ان هناك شبه اتفاق بين العلماء ان التوحد هو احد الاضطرابات الغامضة حيث يشير مصطلح التوحد الى العديد من الاعراض منذ ان ذكرها "ليو كانر" (Leo Kanner) عام ١٩٤٣ (Alvarez& Reid1999:15).

وبالرغم من ان العديد من العلماء لا يوافقوا (كاتر) علي فهمة للاضطراب ولكنه أشار الي أهم الصفات التي تميز

الطفل التوحدي تبدأ بوحداية أو انعزالية متطرفة مع تجاهل وانغلاق أمام كل المثيرات والأصوات التي تأتيه من الخارج أن العزلة الاجتماعية التي يعانها تطهو منذ الولادة وتغذي الي عوامل بيولوجية أكثر منها اجتماعية ان وحداية الطفل التوحدي منذ بدء حياته تجعل من الصعب تحديد الصورة الخاصة لنمط العلاقات الوالدية المبكرة لهؤلاء المرضى وعلينا ان نفترض ان هؤلاء الأطفال يعانون عجزا فطريا مدعوما بيولوجيا في نواجههم مع الناس وحينما يأتون للعالم تظهر عليهم الإعاقات الجسمية والعقلية الفطرية . وقد حلل (كانر) الصعوبات الاجتماعية للطفل التوحدي . ولاحظ ان هؤلاء الأطفال يمكنهم التفاعل مع الموضوعات ولكنهم يحجمون عن التفاعل بحيث ان هذا العجز يتدخل بشكل اساس في العلاقات البيئية شخصية أو التبادلية حيث قال " يقدر هؤلاء الأطفال علي تكوين علاقات مع الموضوعات ولكنهم منذ البداية وعليهم الانزواء والابتعاد عن الناس حيث لا يملكون أي تواصل فعال " (في / محمد شوقي: ٢٠٠٣)

ويعد التوحد أيضا اختلال دماغى يؤثر بشكل كبير على قدرة الشخص على التواصل مع الآخرين المحيطين به سواء فى المجتمع الخارجى او مع إقرانه او حتى مع أفراد أسرته وكذلك فى علاقاته بهم، والاستجابة غير الملائمة للبيئة المحيطة بهم (Byrd, et al., 2002:2).

وبالرغم من هؤلاء الأطفال يرتبطون بالموضوعات والأشياء اكثر من ارتباطهم وتفاعلهم مع الناس فإن مشكلاتهم ليست فى حاجاتهم للوعي (أو نقصان الوعي عندهم) لانهم

علي دراية ووعي بالآخرين ووجودهم ولكنهم محدودين في تفاعلهم معهم وقد لاحظ (كانر) انه علي الرغم من رغبتهم في البقاء وحيدين ونمطيتهم وتفضيلهم اللعب بالشيء نفسه إلا انهم يتقبلون عددا محدودا من الناس يمكن ان يخرجهم من العزله وان هذه الاجتماعية تزداد مع تقديمهم في العمر (Bergman:1998)

أحد مظاهر الاضطراب الارتقائية وهو يحدث كنتيجة مباشرة لاختلالات هرمونية في الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلاف في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قله الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة علي استخدام اللغة في التواصل بشقية اللفظي والغير لفظي بالإضافة إلي وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ويغلب القصور المعرفي علي صورة الإكلينيكية للطفل الذاتوي من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين بهم من جهة أخرى (السيد الرفاعي، ١٩٩٩ : ٨٧ - ٨٨) .

كما نري أن التوحدي لديه علاقات اجتماعية خاصة به تتمثل في ظاهره الارتباط ببعض الأفراد الذين يعيشون معه وكذلك بعض الأفراد الذين يجد احتياجاته لديهم فيحاول التمسك والارتباط بهم مع إقامة حياة اجتماعية جديدة خاصة به .

و تعرف الجمعية الأمريكية للتوحد على انه " اضطراب عصبى يلزم الفرد طوال حياته ويكون نتيجة لذلك ظهور عجز فى عملية التعلم بشكل عام وعملية التنشئة الاجتماعية بشكل خاص " (Davis, 2002 :13) .

كما يقصد به :

انه تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات ادراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلا من الواقع الانكباب علي الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية

(فاخر عاقل ١٩٨٨ : ٤٥)

والأطفال التوحيديون هم أطفال معاقون بشكل واضح فى مجال استقبال المعلومات او توصيلها للآخرين، وهذه الاعاقه تؤدى بهم الى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة أو الوسط الاجتماعى المحيط بهم مما يؤثر بالتالي فى قدرة الطفل على التعلم، وفى توافقه بشكل عام. ويشير "ارونز" و "جيتينز" (Aarons & Gittens) ١٩٩٢ إلى وجود مجموعة من الاضطرابات المصاحبة للتوحد والتي تظهر قبل ان يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهرا تتمثل فى اضطرابات فى الاستجابة الحسية للمثيرات واضطرابات فى الكلام واللغة والسعة المعرفية واضطراب فى التعلق بالأشخاص أو بالأشياء أو الأحداث أو الموضوعات (أميرة بخش، ٢٠٠٢ : ١٢٩).

فالتوحد مصطلح يطلق علي أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة علي التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المصرفي والاجتماعي ويصاحب ذلك نزعة انسيابية انطوائية وانغلاق علي الذات مع جمود عاطف وانفعالي ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال إيه مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو احاسيسة وأصبح الطفل يعيشه متخلقا علي ذاته في عالمة الخاص فيما عدا إدماجه في أعمال أو حركات نمطيه عشوائية غيرها دفه لفترات طويله أو في ثورات غضب عارمة كرد فعلي لأي تغييرا أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص (Howlin, 1995 :31)

لذلك ، نري أن التوحد إعاقه تصيب الجهاز العصبي والتي تسبب خلل بالمخ والذي يرجع أثره في تدني العلاقات الاجتماعية واللغوية والبصرية والتي تظهر في جميع أعمال التوحديين وعلاقاتهم مع الآخرين وعدم فهم بعض المفاهيم التي تجعلهم روتينيين وشاردين بنظراتهم في الأفق الواسع مع قلة الإدراك بمن يعيشون حوله .

أو هو مرض يصاب به الأطفال في الطفولة المبكرة ولقد تم تعريفه بشكل محدد علي انه "الضعف الشديد في التفاعلات الاجتماعية والاتصال والسلوك التكرارى أو النمطى"،

كما تم تحديده في الدليل الاحصائي الرابع لجمعية علم النفس الأمريكية ١٩٩٤ إكلينيكيًا على أنه "يشخص بشكل متغير حيث أن بعض الأطفال تكون الأعراض واضحة لديهم أكثر وآخرون الأعراض تكون أقل وذلك في ثلاثة مستويات رئيسية وهي المستوى الأول : من نسبة ذكاء منخفضة جدا إلى نسبة ذكاء فوق المتوسط، والمستوى الثاني: هو من يستطيع دخول المدارس المعتادة، والأخير: هو من يستطيع ان يعيش حياة طويلة ولكنه يحتاج إلى رعاية اجتماعية ومساندة اجتماعية بشكل كبير (Miles, et al., 2005:171).

وهو يشير الي تلك الحالة من الانطواء التام علي الذات وتحقيق اللذة في تلك التخيلات التي تحقق رغباته الذاتية مهما كانت بعيدة من الواقع (فرج عبد القادر، ١٩٩٣ : ٣٤)

يعد التوحد احد اكبر الاضطرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابه غير واضحة بشكل حاسم وان هذا الاضطراب يؤثر في كل أنماط النمو بشكل خطير وان هذا الاضطراب يولد الطفل به بالرغم من أن أعراضه لا يمكن التأكد منها بشكل حاسم قبل ثلاثين شهرا

(Moyes2001:33; Biklen. & Attified, 2005:66).

ونري أننا نختلف في وجهات النظر مع من يقول أن الطفل التوحيدي يولد بهذا الاضطراب فقد مرت علينا العديد من الحالات التي ولدت طبيعية ومتواصلة اجتماعية ولغويا وبصريا

ولكن تغيرت خصائص الطفل بعد نهاية السنة الأولى أو بداية السنة الثانية وظهرت عليه أعراض التوحد قبل بلوغه السنة الثالثة . وبناء علي ذلك نري أن التوحد إعاقة لم نجد بداخلها اتحاد الخصائص بين طفل وآخر بل نجد دائما الاختلاف في الظهور والأعراض وكثرة التفاوت بين الأطفال التوحديين .

كما أنه اضطراب اتصالي خطير يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل ويؤثر علي جميع جوانب النمو الطبيعي للفرد بما في ذلك التواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي وينتشر بين الذكور بنسبة أكثر من الإناث ويتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوبا بأنماط سلوكية نمطية ورغبة في المداومة علي الأعمال الروتينية والإصرار علي طقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف ايذاء أي تغيير ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدي الحياة (أي لا يحدث الشفاء منه) ولكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية المقدسة للطفل التوحدي(محمد شوقي، ٢٠٠٣:١٧).

والطفل التوحدي ليس له ثقافة خاصة لأن التوحد عجز نمائي ناتج عن خلل عصبى ، وبغض النظر عن الطريقة التي يفكر بها الطفل التوحدي او يأكل او يلبس او يقضى وقت فراغه او بالطريقة التي يفهم بها عالمه الخاص او اتصاله فإن هذا كله لا يعد ثقافة خاصة به لأنه لو كان كذلك لكان من الممكن نقل ثقافته الينا كما يحدث عندما ينتقل شخص من

ثقافة إلى أخرى حيث يمكنه أن يتعامل مع ثقافته الجديدة
اوينقل اليها ثقافته الأصلية إلا أن هذا ما لا يحدث فى حالة
التوحد (Mesibov& Schopler, 2004:19)

وهناك بعض التعاريف الخاصة بالتوحد والتي تتحدث
عنه وعن خصائصه وسلوكياته وتصرفاته البيئية وكذلك بعض
علمائه والأمراض المصاحبة له فهي كالآتى:

١- سلوك ذاتوى:

إن من أهم السمات المميزة للمصابين بالذاتوية
هى الوجدانية (الميل إلى الوحدة) والإصرار على تكرار
المواقف المتشابهة وكذلك ميلهم إلى تصرفات روتينية فى
الوقت نفسه يستطيع بعض المصابين بالذاتوية أداء مهام معقدة
شرط ألا يتطلب منهم ذلك النشاط أن يحكموا على ما قد يدور
فى خلد الآخرين وتؤدى هذه السمات إلى أشكال مميزة من
السلوك فى المواقف.

٢- ليوكانر:

هو الذى نسب إليه التوحد وقالوا عن المتوحد
(مركانر) أو (زملة كانر) وهو طبيب نفسى أمريكى متخصص
فى الأطفال ولد فى المجر عام ١٨٩٤هـ وهو مؤلف كتاب طب
نفس الطفل عام ١٩٣٥م واشتهر بدراسة إعاقاة التوحد.

٣- شخصية منغلقة:

هو فرد منسحب ومنعزل وغير اجتماعى وتشيع
الظاهرة بين الأشخاص الذين يصبحون فصاميين ، إنسان

يعيش بين الناس وليس معهم ويوصف هذا النمط بأنه شبه فصامى أو منفصم.

٤- فصام الطفولة:

هو عدم الاستجابة الانفعالية والفشل فى الارتباط بالآخرين اضطراب فى الوظائف اللغوية. انخفاض مستوى تحمل الإحباط والتفكير الاجترارى الذى هو عبارة عن عمليات تفكير نرجسية متمركزة حول الذات كأحلام اليقظة وليس له علاقة بالواقع وهذه العمليات لإشباع الرغبات وتأخذ أوضاع مثل الوضعية الشاذة والقلق والرفس والصراخ المفاجئ ورفض الطعام ورفض التواصل مع الآخرين والحمق وفقدان اللعب وضرب الرأس والنوم غير المنتظم وهذا الاضطراب هو مجموعة من الاضطرابات.

٥- قصور أو نقص أو عيب:

هو بصفة عامة عدم نمو أحد أجزاء الجسم أو عضو من أعضائه نموا طبيعيا وبصفة خاصة هو غياب أو إخفاق فى التكون الجسمى والنقص فى عملية النمو.

٦- زملة أسبيرجر:

نسبة إلى الطبيب النمساوى هانز أسبيرجر وهى حالة مشابهة للتوظيف العالى فى إعاقة التوحد وتتميز بقصور وعجز ملحوظ فى السلوك الاجتماعى واهتمامات محدودة للغاية وصعوبات فى الاختبارات المعرفية ومشكلات

فى الوظائف التنفيذية لا يوجد تفكير معرفى أعلى لا يوجد نموذج للفكر لا أسلوب معين فى حل المشكلات.

٧- ضمور . توقف نموه . نحول:

ضمور الجسم بسبب سوء التغذية أو عدم الاستعمال أو تحليل الأنسجة العضوية أو اضمحلال بعض الوظائف العقلية ، أو تدهور النمو فى أحد أعضاء الجسم أو عضلاته أو هزلة نتيجة الإصابة بالمرض أو سوء الاستعمال أو سوء التغذية.

٨- حبسه لغوية:

هى فقدان القدرة على الكلام أو التعبير والسبب خلل بالمخ والعجز عن فهم الكلمات والرموز أو الإيماءات يضر جسمه وعجز عن النطق والكتابة وقد تكون الأسباب الرئيسية لتلف المخ القلبية ، ورم بالمخ ، التهاب الدماغ.

وهناك بعض المظاهر الإكلينيكية للتوحد مثل:

اضطراب الانتباه ، الإدراك ، القلق ، السلوك العدوانى ، والنشاط الزائد المفرط بالإضافة إلى عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

مما سبق عرضه ، يتضح أن التوحد أو الذاتوية هو حالة من حالات الإعاقة التى لها تطوراتها، وتعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها. كما أنها تؤدى إلى مشاكل فى اتصال الفرد بمن حوله، واضطرابات فى اكتساب

مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي كما أنه إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة ١ من بين ٥٠٠ شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الذكور عن الإناث بنسبة ٤:١ .

اسباب التوحد:

لم يصل العلماء والباحثون بعد إلى سبب أكيد يمكن الاستناد إليه حتى الآن، فهذا المرض لا يزال في مجال البحث والدراسة متعدد الأسباب، ولا نستطيع القول إنه مرض وراثي، لأنه أيضا يرتبط بالعامل البيئي، فقد يكون الطفل حاملا «الجين» المسبب للمرض، ثم لم يتعرض لبيئة مواتية لنشاطه فلا تظهر أعراض المرض، كما أن التوحد يرتبط بعدد من الجينات، وليس جينا واحدا، وسأعرض فيما يلي بعض النظريات التي توصلت إليها الأبحاث العلمية المفسرة لأسباب مرض التوحد: بالنظرية الأولى تقول إنه لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون في نفس الوقت من حساسية من مادة الكازين وهي موجودة في لبن الأبقار والماعز، وكذلك «الجلوتين» وهي مادة بروتينية موجودة في القمح والشعير. والنظرية الثانية أرجعت الإصابة بالتوحد إلى المضادات الحيوية، فعندما يأخذ الطفل «المضاد الحيوي» يؤدي ذلك إلى القضاء على البكتيريا النافعة والضارة في أمعائه في الوقت نفسه، ما يؤدي إلى تكاثر الفطريات فيها التي تقوم بدورها في إفراز المواد الكيماوية مثل حمض «الطرطريك» و«الأرابينوز»

والتي تكون موجودة أصلاً، ولكن بكميات صغيرة، وقد لوحظ زيادة ونمو وتكاثر الفطريات في الأطفال الذين يعانون من التوحد بسبب كثرة استعمال المضادات الحيوية، وكذلك احتواء الجسم والوجبات الغذائية على كميات كبيرة من السكريات. توجد نظرية ثالثة لم يتم إثباتها في العالم العربي بشكل قاطع تُرجع أسباب الإصابة بمرض التوحد إلى لقاح «النكاف» و«الحصبة» و«الحصبة الألمانية»، حيث وجد أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطرابات في جهاز المناعة مقارنة بالأطفال الآخرين، وهذه اللقاحات تزيد هذا الخل، وبعض الدراسات في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أثبتت أن هناك علاقة بين حدوث التوحد وهذه اللقاحات. كما أنه بحساب كمية «الزئبق» التي تصل للطفل عن طريق تلقي اللقاحات وجد أنها أعلى بكثير من النسبة المسموح بها، حسب لوائح منظمة الأغذية العالمية والأدوية الأمريكية، وهذه النسبة تعتبر سامة وضارة بصحة الطفل، وقد تكون من الأسباب التي تؤدي إلى التوحد. (الوفاق، ٢٠٠٠)

ولا يعد التوحد مشكلة نفسية في حد ذاته فلا نستطيع أن نرجع أسباب التوحد إلى التنشئة الوالدية أو الفقر البيئي ولكن هي مشكلة ترجع بشكل أساسي إلى الخلايا والاعصاب والانزيمات والهرمونات وان هذه الأشياء هي ماتدفع الشخص التوحدى لأن يسلك على هذا النحو (Davis, 2002:14).

والاضطراب التوحدي هو أكثر الإعاقات التطورية ورغم التطور الحادث في تشخيص الاضطراب التوحدي والأساليب العلاجية الحديثة والأجهزة الطبية إلا ان السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب مازال غير معروف أو غير واضح فبعض الدراسات أرجعته لاسباب نفسية واجتماعية والعلاقة بين الوالدين والطفل وما بينهما من تفاعل وهناك من أكد علي الأسباب والاحتمالات المتعلقة بالأعصاب كما أشارت بعض الدراسات الي وجود أسباب تتعلق بالجنينات وظروف الحمل والولادة إلا انه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد فقد يكون أحد هذه الأسباب أو الأسباب مجتمعه هي التي تسبب المرض ولكن في الآونة الأخيرة زاد الفهم لهذا حد الاضطراب من الجهود لمساعدة هؤلاء الأطفال وأسرههم باستخدام العلاج السلوكي التعليمي والعلاج الطبي والإرشاد الأسرى وغيرها من البرامج التقليل من أعراض هذا الاضطراب والمشكلة التي تواجه الأطفال الاونيستك هي عدم القدرة علي التواصل مع الآخرين أي لديهم اضطراب في العلاقات الاجتماعية والذي ينتج عنه خلل لغوي أي ان الاضطراب الرئيسي في التوحد هو عجز لغوي شديد لذلك في هذه الدراسة يحاول الباحث الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردي في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدي الأطفال الاوتيستك والمهارات التي يتضمنها البرنامج هي (الاستماع - الفهم - التعرف - التحدث) علي أساس أن تلك المهارات تعد جوهر عملية التواصل وخاصة أن الطفل التوحدي يتمتع بحاسة سمع وجهاز كلامي لا يفرقه عن الأطفال العادين (عثمان فراج : ١٩٩٦)

كما نرى أن كثير من البحوث والدراسات أشارت إلي أن هناك أسباب كثيرة ترجع إلي عوامل جينية وقد تكون هذه العوامل كامنة داخل أحد الأبوين أو متنحية تجاه الوالدين كما أنها تتداخل في الأسباب مع شتي الإعاقات خاصة الإعاقات التي تعاني من اضطرابات وخلل بالمخ وقلة الإدراك .

و يرى البعض أن المشكلة كلها تتلخص في الجينات تلك الجينات الساحرة التي تجعل لون العينين والبشرة لشقيقك او لشقيقتك يختلف او يتشابه معك، ومعنى ذلك أن الأمر قد حسم (بإصابة الطفل بالتوحد) قبل حتى ان يولد بفترة طويلة وربما كان ذلك كله ينسج عبر الأجيال السابقة وان نهاية هذه المعادلة الجينية قد انتهت بأبوي الطفل التوحدي. ولا يعنى التوحد حياة اقصر لصاحبه و لكنه عجز نمائي مرتبط بالأعمال التي تحدث داخل المخ وهذا يعنى أن تأثيره موجود فى كيفية نمو الشخص وكيفية تعلمه (Richer & Coates, 2001:8).

ويحدث التوحد بنسبة ٥.١٤ حالات فى كل ١٠ آلاف مولود، والتوحد لا يحدث نتيجة ضغط عاطفى، أو عدم الرغبة لأي قرب اجتماعى، أو نتيجة رفض الوالدين له أو لعواطفهما الباردة، أو مرض عقلى، أو انسحاب نحو حياة خيالية، ولكن قد يرجع إلى الإصابة بالحصبة الألمانية أو الحرارة العالية أثناء الحمل، أو تلف المخ، أو شذوذ الكروموسومات. ومما يؤخر من تشخيص حالات التوحد، أن هؤلاء الأطفال يكونون طبيعيين عند الولادة، ولا توجد لديهم أى إعاقات جسدية ظاهرة وهناك نقص كبير فى الوطن العربى فى البرامج المقدمة لهؤلاء

الأطفال نظرا لندرة البحوث في هذا المجال، ولكن يمكن عن طريق التعاون مع الأسرة إعداد بعض البرامج للأسرة هي التي تعبر عن الاحتياجات التدريبية، ففي دراسة "سميرة السعد" (٢٠٠٠) تبين أن من أهم الاحتياجات التدريبية من وجهة نظر الوالدين: التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة، وتطوير مهارات الاعتماد على النفس، والتدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية، وتطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلا في المجتمع، والتدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين لفظية كانت أو غير لفظية، والتدريب على كتابة الكلمات البسيطة (سميرة السعد، ١٩٩٢: ٢٦١ - ٢٧٤)

ولا ترجع الإصابة بالتوحد للعرق او الظروف الاجتماعية مثل العائلة ونمط الحياة ومستوى التعليم حيث ان كل ذلك لا علاقة له بظهور التوحد (Gerlach, 2003:1).

عوامل جينية وراثية:

حيث يكون للطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة بالتوحد ولقد أشارت الأبحاث الخاصة بالجينات بوجود ارتباط بين الإصابة بالتوحد واحد الكر وموسومات وان هذا الكروموسوم أيضا موجود في حالات التخلف العقلي وان هذا الكر وموسوم يسبب مشاكل في اللغة والنمو الحركي كما تزداد نسبة الإصابة في حالة التوائم المتطابقة أيضا حيث تشير الدراسات إلى أن نسبة حدوث هذا المرض في التوائم المتطابقة

قد وصلت ل ١٠٠% في حاله إصابة احدهما (Mesibov. & Adams1998:26).

وقد ارجع البعض السبب الي وجود خلل في النظام البيولوجي للفرد مما ينتج عنه الإصابة بالاضطراب إذا لوحظ تشابه في الأعراض بين الاختلال النفسي والسلوكي الناتج عن اذي أو تلف الجزء الأيسر معه المخ وبين تصرفات هؤلاء (زينب شقير ٢٠٠٢: ٤٠)



ولقد ذكر عدة باحثين أن الكر وموسوم المسئول عن التوحد تحديدا هو كروموسوم Frgil X وانه يتدخل من ٥% إلى ١٦% من كل الحالات ، وقد اقلت الدراسات عن الأسرة والتوائم ضوءا أكثر على موضوع الوراثة فقد وجد حوالي ٢% من الأسر لها طفلان متوحدان وهو أكثر من احتمال الصدفة حتى بالتقديرات المنخفضة. وان عددا قليلا من الأسر لها ثلاثة أو أربعة أطفال متوحدين لم يذكر لها اي سبب طبي مشترك بينهم، ونجد أيضا أن هناك دليل على وجود أعداد غير متجانسة لآباء أطفال توحديين لديهم عيوب في اللغة وعيوب معرفية (نادية ابو السعود، ٢٠٠٠: ١٧).

وهنا نري أن الاحتمال الأكثر في ميلاد طفل توحدي هو الطفل الأول وذلك عندما تتوفر الأسباب ثم يأتي بعده الطفل الرابع وهذه الحالات موجودة بين طوائف المجتمع ولكنها لا تتكرر بكثرة وقد يتأثر التوائم بذلك . خاصة مع وجود العامل

الجيني المسبب لذلك إلى جانب تراكم بعض الأحماض خاصة الدهنية المسببة لذلك .

هذا وقد وجد أن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات × الهش × fragile وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساسا وراثيا ولكن نظرا لغياب عمليات المسح حتى الآن لم يتم معرفة نسبة الأطفال الذين يعانون من الإعاقتين معا وإذا أخذنا في الاعتبار أن هناك تشابها بين الإعاقات الثلاث فهل يوحي هذا بأن التوحد كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتا علي عينة من أسرة وجد أن من بينهم ٢٠ أسرة (٩.٧ %) لدي كل منها أكثر من طفل يعاني من التوحد كما وجد ان نسبة انتشار التوحد بين الأطفال الذين يولدون أخوة لأطفال يعانون من التوحد يصل الي ٤.٥ % بينما ينتشر التوحد في المجتمع الأمريكي عامة ينسب اقل من ذلك بكثير (من ١٠ - ٢٠ حالة من بين عشرة آلاف مواطن وبذلك يتضح من الإحصاء التحليلية لهذه الدراسة أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد ٢١٠ ضعفا عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام (Howlin, 1998 :39)

والأسباب الأساسية له هي الوراثة وإصابات المخ، واختلفت نتائج البحوث في تحديد الأماكن المسؤولة عن هذه الحالة بالمخ، فبعض نتائج الأبحاث أشارت إلى أن الإصابات تحدث بقشرة المخ، والبعض حددها بالدهلز الذي يوصل بين الأذن الداخلية والمخ، وفريق ثالث من العلماء ارجع ذلك إلى العناصر الكيميائية المسؤولة عن توصيل الإحساس من الحواس إلى المخ هي السبب (عثمان فراج، ٢٠٠١: ٦٥)

وهناك من يعزي الإصابة باللاوتيزم الي خلل في بعض الجينات حيث ربطوا بين اللاوتيزم وضعف نوع معين من الكروموزومات حيث ان اضطراب هذا الحين يسهم بنسبة ١٦.٥ % من الإصابة باللاوتيزم كما تبين ان ٢ % من اسر الأطفال المصابين باللاوتيزم يعاني اثنان من أقاربهم من اللاوتيزم كما تبين أيضا ارتفاع نسبة انتشار اللاوتيزم بين التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية (رشاد عبد العزيز موسي ٢٠٠٢ : ٤٠٩)

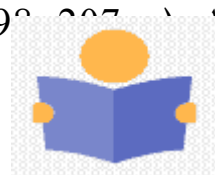
وفي دراسة متشابهه تماما للدراسة السابقة وجد ان التوحد منتشر بنسبة ٩٦ % في أزواج التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وبنسبة ٢٧ % بين أزواج التوائم المتشابهة (من بويضتين) وفي هذه الدراسة نقطة ضعف وهي أن اجل التوائم عن بويضة أو بويضتين لم يكن معروفا عن يقين إلا في ٥٠ % من افراد العينة (National center for Autism, 1986: 77)

عوامل بيوكيميائية :

وفي هذا المجال تتفق معظم الدراسات علي أن مستوي السيروتونين في الدم المحيطي PERIPHERAL اعلي لدي الأطفال التوحيدين مقارنة بالأطفال الأسوياء إلا انه يبدو ان السيروتيميا SERVOTONEMIA الموجودة في حوالي ٣٠ % من الأطفال التوحد بين اكثر ارتباطا بانخفاض مستوي الذكاء عنة باللاوتيزم في التوحد بين أكثر ارتباطا بانخفاض مستوي الذكاء عنة باللاوتيزم في حد ذاته وفي عينة صغيرة من المرضى وجدت ارتباطات داله بين hyperserotonemia ونقص السائل المخي النفاعي : حامضي

hydroxyindoleacetic acid وهو المستقلب السيروتين الرئيسي main servotomin metabolite وقد وجد hydroxy-dimethyltryptamine (baufotenine) في بول التوحد بين وعائلاتهم ولكن لم يوجد في بول الأسوياء في المجموعة الضابطة (لويس مليكه ، ١٩٩٨ : ٢٦٨)

وفي دراسة قام بها كل من kan , patricia & kan edwar 1998 للتعرف علي شذوذ الايض Metabolic aderrations من خلال عينات لدم وبول ٥٠ طفل يعانون التوحد وكشفت النتائج ان هناك ارتفاع ممزق سلسلة طويلة من الأحماض الدهنية Pily acids وهو ما تم تفسيره بان تراكم الأحماض الدهنية لدية تأثيرات ضارة علي المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة وكلها مميزة في الاضطراب التوحدي كما أن معدل البيتا اندورفت Beta endorphins (مواد تشبه الافيونات وتغرز داخليا في الجسد) المناعية التفاعلية في بلازما التوحديين كانت ناقصة بدرجة داله إحصائيا مقارنة بالأسوياء (Kan patricia & Kan edward 1998)



(218

عوامل بيولوجية و نيورولوجية:

في دراسة قام بها موترون وآخرون ١٩٩٧ Morton etal (علي طفل عمرة عامين يعاني من الاوتيزم ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة في الفص الصدغي الأيمن وفي دراسة أخرى قام بها كاتس ١٩٩٨

للتعرف علي الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية
Neuranatomical and neurocognitive بين زوجين من
التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية تم عمل رنين مغناطيس
وتحليل كم لتشريح المخ كشف أن التوائم المصابة لديها سبب
ملحوظ في حجم كل من نواه الكودات Caudate والاميجدالا
Amygdaloid وقرن أمون Hippocampal وصغر حجم
القصيصات الفرمية في المخيخ Cerebellar vermis
lobules وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح
أعمارهم من ٦.٥ - ٣.٨ سنة (إلهامي عبدالعزيز امام ١٩٩٩
: ٤٥ - ٤٦)

كما نري أن الأسباب النفسية لها آثارها الشديدة في
إصابة الطفل بالتوحد بداية من العوامل المؤثرة نفسيا علي
صحة الأم النفسية خاصة في فترة تكوين الجنين أي في
الشهور الأولى إلي جانب تأثر الطفل بعد الولادة بحالة
الوالدين النفسية بالنسبة له وإحساسه بعدم الرغبة فيه أو تركة
او عدم الاهتمام به أو الاختلاف لاضطراب المستمر بين
الوالدين والذي يعطي له عدم الاهتمام وإحساسه بأنه غير
مرغوب فيه مما يؤدي الي توحد ما بعد الولادة .

ويعتقد الباحثون أن عدم الاتساق الإدراكي هو الخلل
الوظيفي الأساسي في الاوتيزم مع وجود افات Lesions في
المناطق الشبكية Reticular والدهلير Vestibular وجذع
الدماغ Brain stem وينظر الي الشواذ الإكلينيكية بعرضها
نتيجة شواذ في مدخلات التشغيل الحسية او في المخرجات
الحركية في هذه المناطق وثمة نظرية أخرى تفترض أن

التوحيديون يفشلون في تنمية التخصص النصفى كروي وبخاصة في ضوء القصور الذي يعانونه في الوظائف اللغوية والوظائف المعرفية الاخرى المرتبطة بالنصف الكروي الأيسر ورغم أنهم اقل قصورا في وظائف النصف الايمن والمتضمنة في محاولة بين الأعراض السلوكية المختلفة بطرق الاستنتاج الإكلينيكي وبين المناطق الآتية في الدماغ . القشرية الوسطى Mesocortex او الحوفية Mesolimbic والمخطط Stratum (لويس مليكه، ١٩٩٨ : ٢٦٧ - ٢٦٨)

ويشير "دايكن" و "ماكملان" (Dyken & Mac Malan ١٩٩٣ الى ان تعرض الام لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية او الولادة المبكرة أو إدمان إلام للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأكسجين كلها أسبابا لإصابة الطفل بالتوحد. وبعد تطوير تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي ظهرت اختلافات فى المخ والمخيخ لدى التوحيديون عن الأطفال الطبيعيين فقد اكتشف ضمور فى بعض الفصوص المخية (Clarke, R., 1992, p. 53).

وتشير العديد من الأبحاث إلى أن التوحد متعلق بأشكال إعاقات عصبية محددة بالرغم أن الضعف العصبي المحدود نفسه مازال محيرا ولم يعرف بعد وقد بين العديد من الباحثين علاقة عصبية ظاهرة مع التوحد بالرغم أن هذه العلاقة المحددة بالإعاقة مازالت غير واضحة والأطفال التوحيدين لديهم إشارات

عصبية تظهر في الرسم الكهربائي للمخ أكثر ليونة من الأطفال العاديين وتقرر الدراسات أن بين ٤٠ - ١٠٠ % من الأطفال التوحيديين يظهرون علي الأقل واحدة من هذه الإشارات كما أن الأشخاص التوحيديين لديهم أيضا احتمالات عالية في ظهور إشارات غير طبيعية في فحص الرسم الكهربائي للمخ (EEG) ودلت الدراسات علي ان (EEGS) غير طبيعية في ٢٠ - ٦٥ % من الأطفال التوحيديين بين توصف بميلان حاد أو نوبات من موجات حادة منطلقة بالإضافة الي EEG غير الطبيعي للأطفال التوحيدين فان لديهم إمكانية حدوث نوبات الصرع (سميرة عبد اللطيف السعد ١٩٩٢ : ١٧)

لذلك ادي الاهتمام بالعوامل البيولوجية إلي تأسيس وعمل بنوك للمخ والأنسجة التي تجمع من الأشخاص الذاتويين المتوفين حديثا وجعل هذه الأنسجة متاحة للبحث وهو ما أشار إليه Zielke ,et al 1996 وقد أشارت دراسة قامت بها Lanker,et al 1988 بهدف اختبار تعرف الأطفال الذاتويين علي الأصوات البيئية من خلال المقارنة بين التعرف علي صورة الشيء المتقدم مع الكلمة الدالة عليها (يرتبط عامة بوظيفة الشق الأيسر من المخ) مقابل التعرف علي الصورة مع الصوت الناتج عم الشيء (يرتبط بنصف قشرة المخ اليمني) وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق بين الأصوات والتشريف علي الكلمة بين الأسوياء والتوحد بين ولكن كان لديهم درجات عالية علي مقارنة النمط البصري واغلب هؤلاء يتمتعون بقدرات ومهام بصرية جيدة غالبا مرتبطة بالشق الأيسر وعملياته كما لوحظ عند تحليل الأخطاء الخاصة بارتباط الكلمة بالصورة انها

تزداد علي الكلمات التي تشير إلي البشر (إلهامي عبد العزيز
١٩٩٩ : ٤٢)

عوامل عضوية / بيئية / سيكودينامية :

يمكن تصنيف معظم النظريات التي تناولت مسببات التوحد الطفولي إلي ثلاث توجهات أساسية أما عضوية أو عضوية بيئية أو بيئية وتركز النظريات العضوية عموما علي العوامل الوراثية للطفل والتفاعل بين تلك العوامل الوراثية وبيئة الرحم أو بعض أشكال الإصابات أو الأمراض التي قد يتعرض لها الجنين قبل أو أثناء الولادة أو عقب الولادة فترة وجيزة وتفترض نظريات الطبع Nature theories هذه ان الطفل التوحدي يعاني من خلل عضوي وان الوالدين أو غيرهم من المؤثرات البيئية ليست لها تأثير يذكر علي حالة الطفل وعلي العكس من ذلك فهناك نظريات التطبع التي تذهب إلي أن الطفل التوحدي يعد عادي من حيث الجانب العضوي غير انه يتعرض لمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة جدا من حياته تسفر عن إصابته بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسئولية تعرض الطفل للاضطراب علي الوالدين بصفة خاصة أما أصحاب النظريات التي تجمع بين الطبع والتطبع فيذهبون إلي أن حدوث التوحد ينتج عن تعرض الطفل الذي لديه استعداد عضوي لذلك لمؤثرات بيئية سلبية قوية مثل الحرمان العاطفي أو الرفض الوالدي الشديد (عبد العزيز الشخص ، زيدان السرطاوي ، ١٩٩٤ : ٣٩٣ - ٣٩٤)

واكدت الدراسات والتحليل الطبية معاناه طفل التوحد من حالات قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي

Organic neurological biological منها ما يحدث اثناء فترة الحمل وبالتالي تؤثر علي الجنين ومن امثلتها اصابة الام اثناءها بالحصبة الالمانية Rubella أو حاله من حالات قصور التمثيل Metabolie ومنها حاله

(Phynyl keton uria pku) أو حالات التصلب

الدربي Tuberos Selirosis ومنها حالات الدرين Rett وقد وجد في الكثير من حالات التوحد أن الأم قد عانت من تعقيدات أثناء الحمل وقبل الولادة اكثر بكثير من الأطفال الأسوياء أو غيرهم ممن يعانون من اعاقات أخرى خلال التوحد ويؤكد العديد من الأطباء المختصين تأثير تلك التعقيدات كمسبب لإعاقة التوحد وخاصة تلك التي تحدث خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل حيث كانت تظهر عليهم أعراض قصور جسمية لا تظهر عند إخوانهم أو غيرهم الذين لم تعاني أمهاتهم من تلك التعقيدات أثناء أوائل فترة الحمل (عثمان فراج، ٢٠٠٢ : ٦١)

وفيما يتعلق بالأسباب السيكودينامية فقد افترض البعض ان السبب يمكن في نبذ الوالدين للطفل وغضبهما والتدعيم الوالدي لقيام الأعراض وذلك دون تقديم أي سند أو دليل علمي ويعتقد كاميل وجريني ان الاسباب السيكودنامية يبدو انها ليست عوامل مسهمة رئيسية في تيولوجية الاوتيزم الطفلي لكن ذلك لايعني ان السيكوديناميات ليست هامة علي الإطلاق بل علي العكس فإن الأطفال يتأثرون بالسيكوديناميات وبالتفاعلات مع من يرعونهم ومع البيئة وان هذه التفاعلات قد يكون لها تأثيرات سلبية أو ايجابية علي الاوتيزمين إلا أن

التأثيرات الضار لهذه النظرية التي تنادي بأن الوالدين هما سبب الاوتيزم لازال قائما ومستمراف بفضل وسائل الإعلام وهو ما يثير الشعور بالذنب من قبل الآباء ومن المهام الرئيسية في علاج عائلة الطفل الاوتيزمي مساعدة الوالدين مع التخلص من هذا الشعور بالذنب (لويس كامل مليكه ، ١٩٩٨ : ١٦٢ - ١٦٣)

العوامل النفسية والأسرية:

النمو النفسي البشري هو حصيلة نتائج عوامل تتداخل مع بعضها تؤثر علي المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية حيث يظهر آثار هذه العوامل أثناء الحمل ، وبعد الميلاد وفي امتداد حياة الإنسان والأم هي الوعاء الذي ينمو بداخل الجنين وبهذا فان الرعاية الصحية والنفسية والحالة الجسمية التي تكون عليها الأم أثناء الحمل تؤثر بدرجة كبيرة أثناء النمو والانفعالات الحادة التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل تؤثر علي الجنين داخل الرحم وبعد ولادته أيضا فالخوف والغضب والتوتر والقلق كلها انفعالات تؤثر في الجهاز العصبي للام ، ويؤثر ذلك في النواحي الفسيولوجية مما يؤدي إلي اضطراب في إفراز الغدد وتغير التركيب الكيميائي للدم مما يؤثر بدورة علي نمو الجنين كما أن اتجاهات الأم نحو الحمل تؤثر علي توفير شروط مناسبة للجنين (عبد المجيد سيد احمد ، زكريا الشربيني ١٩٩٨ ، : ٦١ - ٧٩)

كما تساهم العوامل النفسية في إبراز أهمية التكوين الأول لشخصية الطفل كما يبرر مدي احتياج الطفل لبيئة آمنة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة ايجابية من خلال لقاءه

مع الأشخاص الذين يكلفوا له الحماية ويشبعون احتياجاته كما يساعده على اتساع افقه ، ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية (ميريلا كيارايد ، ١٩٩٢ : ٧٣)

ومن الدراسات التي تؤكد علي دور العوامل النفسية في الإصابة بالاوتيزم دراسة Burd kerbeshan 1988 والتي هدفت إلي التعرف علي التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال دراسة لحاله طفلة تعاني من التوحد عمرها ٢٢ شهر يشير تاريخ الحالة الي قيام الوالدين برحلة تركت فيها الابنة مع الجدة فأخذت تبكي من ٨ ٩ ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت وعندما استيقظت صباحا ذهبت للنافذة وكررت أمي ذهبت ، وبعدها بساعة أصبحت هادئة وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض الذاتوية الأخرى كالحملقة واللعب بشكل غير مميز الخ ورغم عودة الأم والأب استمرت الحالة وعندما وصلت الي سن ثلاث سنوات لم تتغير وأصبحت مدمرة وغير قابلة للتعديل في سن أربع اسنوات مما استوجب دخولها للمستشفى ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا ان التوقف عن الكلام وفرط الحركة ظل ملازما لها حتى سن ٦ سنوات وقت كتابة التقرير عن حالتها وهذه الحالة تؤكد علي دور العوامل النفسية في حدوث الذاتوية (إلهامي عبد العزيز امام ، ١٩٩٩ : ٤٠)

ويري البعض أن أسباب الإصابة باللاوتيزم إنما ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة والتي شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية الذي يسهم في حدوث الاضطراب، كما وجد ان آباء الأطفال المصابين باللاوتيزم يتسمون بالبرود الانفعالي والوسايسة والعزوف عن الآخرين والذكاء والميل الي النمطية ومن ثم ونتيجة لهذا الجهود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسرى عامة يؤدي الي عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة (رشاد عبد العزيز موسي، ٢٠٠٢ : ٤٠٧)



١ التعرف علي التوحد

إن التوحد من الإعاقات النمائية المحيرة الغامضة الغريبة المعقدة صاحبة الاضطرابات المختلفة والمتعددة التي لم يتحدث عنها عالما العري إلا في الآونة الأخيرة فلقد شغلت الكثير من علماء النفس والطب والاجتماع ولقد زاد الاهتمام بها في الأوساط الإعلامية من مجلات وجراند وأصبحت تتقدم المقالات الصحية والنفسية والتعليمية كما عقدت لها الكثير من الاجتماعات والندوات العلمية فإذا تحدثنا عن بعض تصرفات هذا الطفل التوحدي فهي كالآتي:

يتصرف كأنه وحيد ومنعزل كأنه لا يسمع الأصوات والضجيج من حوله.

كأنه لا يرى الناس المحيطين به وكأنهم غير موجودين بالنسبة له.

تضهر عليه أحيانا نوع من الاستجابات الغريبة ويسمع الصوت الخافت ولا يسمع الصوت العالى. غير متواصل اجتماعيا.

نظرته بعيدة كأنه ينظر للأفق نظرة شاردة تائهة وغير متواصل لغويا.

لا يهتم بالقليل ولا الكثير. رفض واضح للاتصال والارتباط بالغير.

عندما نحاول إجباره على المحاورة يرفض ويسقط فى نوبات عصبية حادة مع صياح وعدم استقرار أن الاتصال من طرف الغير يعتبر تطفلا على عالمه الخاص بالعزلة والبرود العاطفى.

مجرد من العواطف والانفعال والأحاسيس.

لا يبالي بالنسبة للذى يدور حوله. يصر على المواقف المتشابهة.

يتصرف وكأن جسمه مكون من كل جزء على حده.

الإدراك والحس منفصلين.

النمطية والتكرار التصرف بجانب واحد. نشاط واحد.

لعبة واحدة. إرتباط بشخص واحد.

وضع كل شئ فى مكانه النهائى والمعين.

تكرار الكلمات والحركات ، نلاحظ عليه بعض البكاء والحساسية المفرطة ، لديه ضعف فى انفعالاته وتواصله الإنفعالى.

تكرار الكلمات والحركات ، نلاحظ عليه بعض البكاء والحساسية المفرطة ، لديه ضعف فى انفعالاته وتواصله الإنفعالى.

يستطيع أداء مهمات معقدة وصعبة شريطة ألا تتطلب منه ذلك. لا يشارك إلا إذا كان مرتبط بشخص ما يشاركة. وتؤدى هذه الأشكال إلى أشكال مميزة من السلوك نصورها ونتحدث عنها فيما يلى:

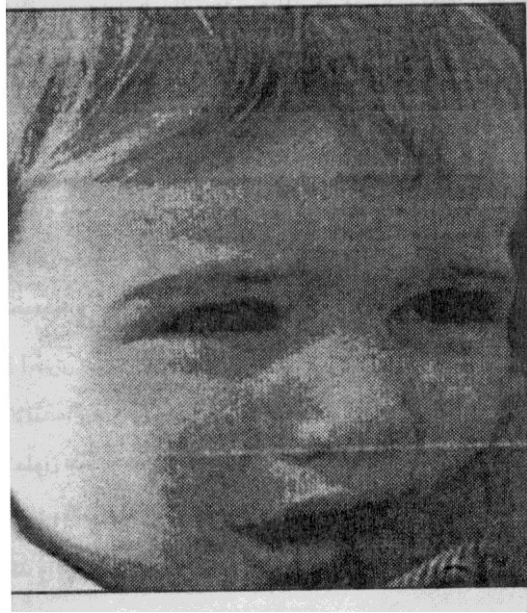
طفلة توحدية تعاني من اضطرابات الانعزالية والإنغلاق ، الحيرة فى تصرفاتها ، منسحبة من المجتمع لا تريد مشاهدة من حولها ، تحب التقوقع فى أركان الغرف بين الماصات والكراسى وإخفاء عيونها عن الناس ، تأتأة داخل المجتمع غير متواصلة اجتماعيا ولا تستطيع التعبير عن انفعالاتها كما أنها روتينية حتى فى التقليد ، غامضة عن المجتمع ، سلوكياتها غير مألوفة ، من لا يعرفها يتهمها بالحدق على المجتمع والبعد عنه وعدم الدخول فيه ، لا تهتم بما حولها ولا بحول بخاطرها إلا عندما تحتاج لذلك فقد تتهم بالأنانية.



ويعبر هذا الشكل عن أن الطفل التوحدي يريد أن يقول أنا لا أري لا اسمع لا أتكلم فالبعد عن المجتمع من ابرز الصفات التي تميزه والانغلاق علي ذاته من هواياته المفضلة والحبس داخل الأماكن المغلقة ورؤية الناس وكل من حوله بما يحب أن يراه هو من منظوره الشخصي فهو عالمة الخاص به ولا يريد أي شخص مهما كانى ان يري ما يحب هو أن يراه فهو ظالم لنفسه ومجتمعه . له حياته الخاصة لفظيا وبصريا واجتماعيا .

مرحلة الالتصاق

وفيها نجد أن الطفل يشد فى ساق أمه أو يلقي بجسمه فى أحضانها أو يلف ذراعية حول رقبتها باكيا على أمل ألا تتركه للمربية أو الخادمة أو لغير أمه وذلك لشدة ارتباطه بأمه والتوحد معها دون التآلف مع غيرها.



خلال الشهور الأولى من حياته يشعر الطفل بالسعادة حين يحملة ويهدده أى شخص لديه ذراعان ، دون أن يلاحظ فى الغالب ما إذا كانت حوله أم لا. لكن فى مرحلة ما من عمره يصبح فجأة واعيا بأنه وحيد دون وجود أمه معه ، بحيث ينخرط فى البكاء على شئ يبدو لا معنى له حين تغادر الأمر الغرفة وتتركه وحده.

وبحلول الشهر الثامن يبدأ الطفل فى استيعاب أنك كأمه. لست مجرد امتداد له ، وإنما فرد منفصل عنه ، يمكن أن تذهبى إلى أماكن من دونه وفى الفترة نفسها تقريبا قد يتشكل لديه خوف من الغرباء.

يعزز خبراء التربية "التصاق الأطفال بأمهاتهم فى هذه المرحلة العمرية ، لكونهم يبدأون فى الزحف أو التحرك فى المكان ، بحيث يحدثون جلبة أو صخبا ويعبرون عن انزعاجهم بصورة أوضح. حين تغادرهم أمهاتهم. أما قبل تلك السن ، فلا يتخيلون أنهم يستطيعون التحكم فى بقاء الأم أو مغادرتها. ولكى يمنعك من الذهاب يبدأ صغيرك فى البكاء ومن شأن هذا أن يخلف تأثير كبيرا فىك ، بحيث قد تقررین البقاء إلى جانبه ، لذا بالطبع وفى المرة المقبلة التى يشعر فيها بالهشاشة والضعف ، ولا يريدك أن تذهبى ، يبدأ فى البكاء ثانية.

وهناك فترة أخرى يشعر فيها الأطفال ، والرضع من كل الأعمار بأنهم يرغبون فى الالتصاق بأمهاتهم ، وهى

حين يمرضون أضف إلى ذلك أن الأطفال يستغلون مخاوفك وقلقك ويتصرفون بناء عليها ، فإذا أبدت ترددا من جانبك ، بشأن تركه في عهدة شخص آخر تراه يصبح أكثر ميلا إلى النكد والبكاء ، والتعبي عن رغبته في البقاء معك ، من خلال الإلتصاق بك.

وفى الأوقات التى تشهد تغييرا كبيرا فى حياته كالانتقال إلى بيت جديد أو الالتحاق بحضانة أو قدوم شقيق جديد له ، من الطبيعى أن يحتاج الطفل إلى ضمانة أو تأكيد إضافى بأن الأم مازالت معه وموجودة من أجله.

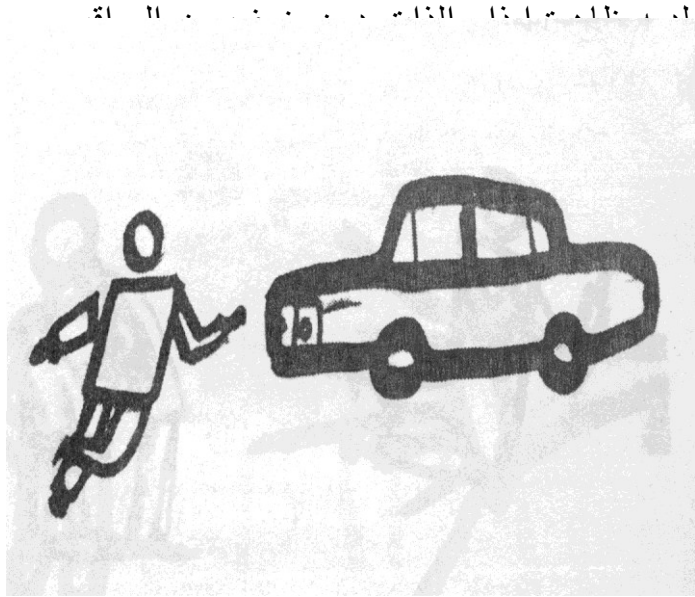
مهارات فردية أحادية فى نوع معين

مهارته الحركية غير متوافقة فى المستوى بعضها مرتفع وبعضها منخفض ، قد لا يحب دفع الكرة بينما يستطيع بناء مكعبات ، قد يستطيع فعل الأشياء الصعبة وتسهل عليه ، بينما يصعب عليه أسهل وأبسط الأشياء.



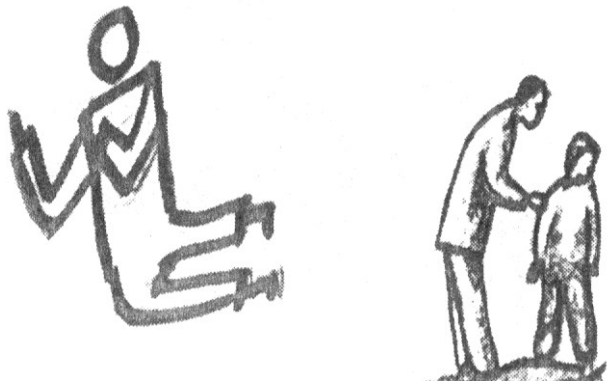
لا بخاف الخطر

فهو يجرى أما السيارات أو يقفز من أعلى الأشياء أو يدخل إلى أماكن غير آهلة للسكن ولا الدخول فيها.

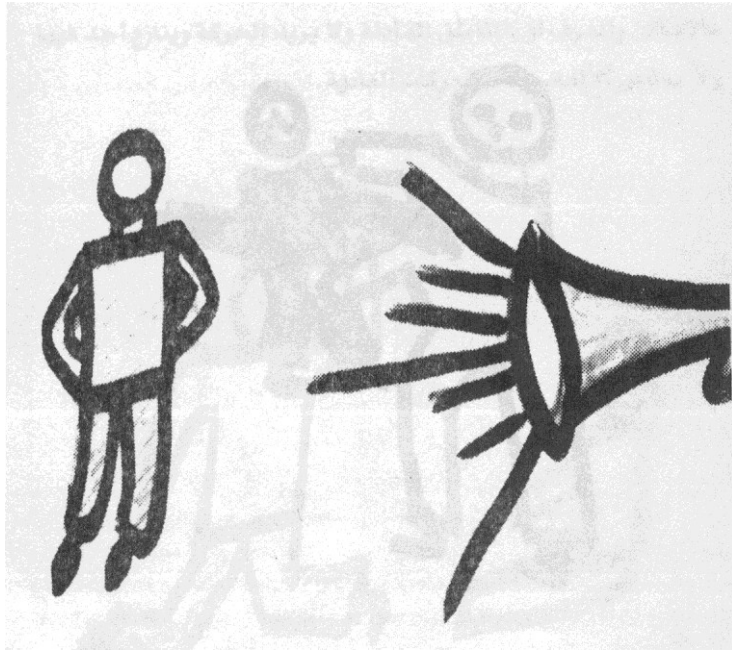


يجد صعوبة في الإختلاط

يجد صعوبة في الإختلاط بالآخرين فلا يحب اللعب ولا التحدث إلى زملائه ولا المناقشة والتعرف على المجتمع. لديه صعوبة في التواصل الاجتماعي.



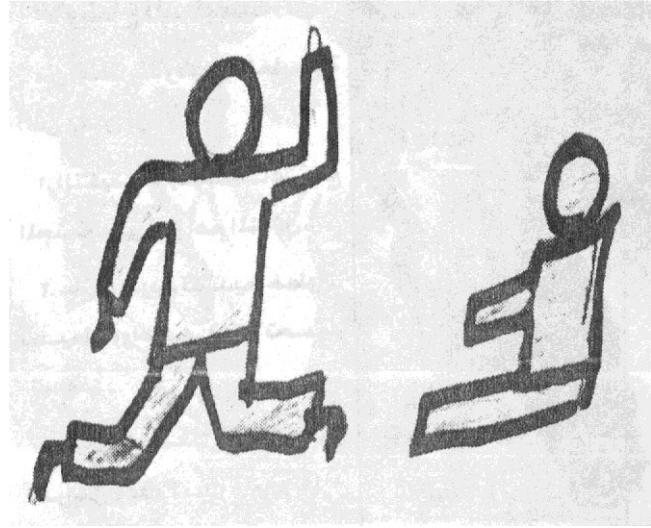
يتصرف كالأصم الذى لا يسمع إلا إذا وجهت إليه أصواتا عالية رغم أن الصوت العالى يعتبر إزعاجا لغيره من التوحدي ين. أى أنه لا يستجيب للأصوات بسرعة وأحيانا لا تعنية هذه الأصوات أو الاستجابة لما يتحدث إليه.



لا يظهر عواطفه ولا يحب أن يحتضنه أحد فهو لا يحب
الملاطفة الجسمانية ولا يحب أن يداعبه ويلاعبه أحد وإذا
تعامل مع الغير يتعامل عن بعد دون الملامسة الجسمية.



إما أن يظهر نشاط جسدى زائد أو خمول مبالغ فيه
فتجد بالنشاط يجرى ويقفز إلى أعالي الأشياء ومن فوقها وإلى
الأماكن الغير مألوفة للطفل مثله أن يفعلها من أن يقفز فوق
سيارة أو أعالي الألعاب أو على ترازين السلالم. أو تجده
هادى لا يتحرك ويحبس نفسه داخل الأركان بالأماكن والغرف
أو بالمناطق الهادئة ولا يريد الحركة وينازع أحد فيها ولا يمارس
الألعاب ولا التحركات العادية.



الأوضاع التعليمية

من أفضل الأوضاع التعليمية التي يمكن أن:

- ١- التكيف الاجتماعي مع المجتمع وهي من أهم المشاكل.
- ٢- على المدرس تقديم خطوات بسيطة وواضحة مع تحديد الهدف.

٣- عدم التعديل فى الجدول الدراسى وعدم تغيير المعلم خلال السنوات الأولى.

الانغلاق

هذا الشكل يصعب عليه استقبال المثيرات بسهولة فتثيره الأصوات العالية وتزعجه إنه يقلق من سماع أصوات ممن حوله ولا يريد مشاهدة ما حوله يحب الانغلاق ولا يريد أن تلتقى عينه بعيون الآخرين داخله مجتمعه.
يقول عنه البعض:

إنه حاقد على المجتمع. أنانى يحب نفسه ولكنه فى الحقيقة مظلوم لأن إعاقته منعه من التواصل.



المعاناه

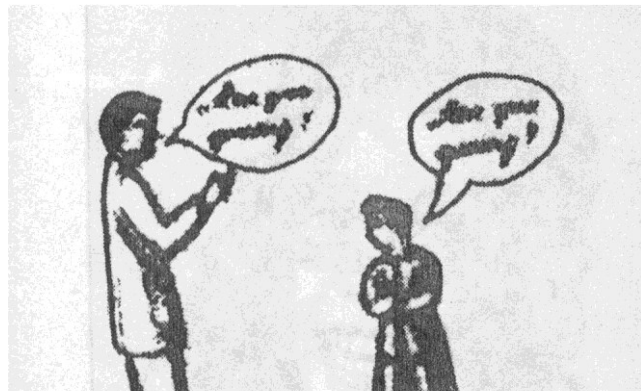
هذا الشكل يوضح ويشير إلى علاقة التوحد بالإعاقة العقلية مع المعاناه فى عدم الإنسجام مع المجتمع... بل يسحب ذاته من المجتمع وحبس نفسه داخل صندوق بعيد عن كل ما حوله... كما أنه لا يريد مشاهدة ما حوله ليس لديه عزيز ولا يريد مشاهدة ما هو جديد ولا يقبل التغيير.



من متلازمات التوحد

يتكلم مثل البيغاء.

ترديد الكلمات التي يسمعا التوحيدي مثل من أنت فيردد قائلا من أنت وهكذا فهو يردد الكلمات التي تكون غير معروفة لديه أو يكرر ما هو جديد عليه.



يقهقه ويضحك

لدى التوحدي الكثير من المتلازمات الغريبه
مثل الضحك والقهقهة الغير مناسب وتكرار حركة الجسم الغير
مناسبة.



لا يواجه بالنظر

نادرا ما تجد توحدي ينظر إلى المتحدث إليه
وإن حدث ذلك يحدث بعد الألفة والتدريب ويكون بشكل قليل.



ويعبر الشكل عن أن الطفل التوحدي غير متواصل بصريا ولا يواجه بالنظر لدرجه انه يحتاج في بعض الأحيان إلي طريقة التدريس بالتجاهل فيقوم المعلم أو المدرب بإعطاء ظهره للطفل ويقوم بأداء المعلومة ويكررها عدة مرات في النهاية يجد أن الطفل يستطيع القيام بالمهارة الشفهية والتعليمية ثم يبدأ في تغيير الطريقة ليستطيع دمج الطفل اجتماعيا

بعض المظاهر في العلاقات الاجتماعية

يظر اللامبالاة:

يوضح الشكل أنه يتعامل مع الآخرين مثل الأصم كما أنه لا ينشغل فيما يجرى حوله إلا إذا كان له حاجة فإنه يطلب المساعدة.



يشير إلى ما يحتاجه بأيدى أحد الكبار

من الأشياء الغريبة لطفل التوحد الإشارة إلى
احتياجاته ورغباته بأيدى أحد الكبار أو المساعدين والمدربين
حتى عند لعبة ألعاب غريبة أو حتى إيذاء الغير فيستعين
بالغير فى تحقيق ما يريد.

من بعض ما يصدره التوحدي

يتصرف بطرق غريبة فجأة تجده يصدر حركات
غريبة مثل رفع يديه بسرعة وتحريك كف يديه بصورة شبه
دائرية وبسرعة شديدة.



يفتت الأشاء باليدين

غالبا ما يتناول الأشاء بكتتا يديه مثل تناول الطعام والشراب وأيضا واللعب.



لديهم قدرات عجيبة.

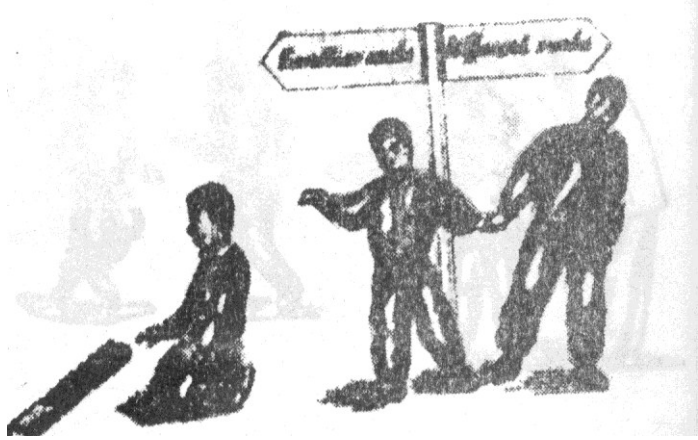
مع بعض الأعمال فالموسيقى مفضلة لدى الكثير وأيضا تركيب المكعبات فلهيها مهارات تفوق الموازين لهم في العمر.

ما يفضلة التوحيدي

يفضل الأعمال المتشابهة.

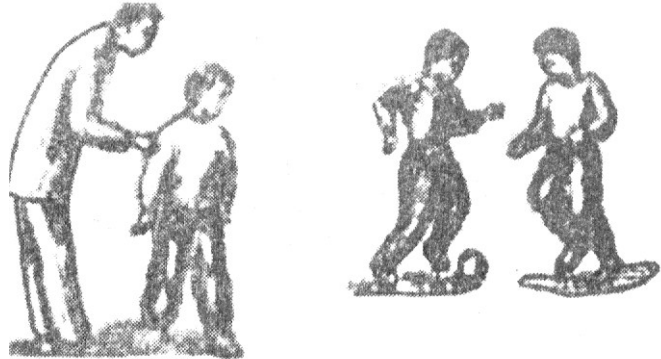
يلعب عفويات دون تصنع.

يفضل عهدم التغيير والبعد عن التعبير ويحب المسالك
الموحد بشكل دائم ومستقيم ويقاوم تغيير الاتجاه يصحبه
الصراخ أحيانا.



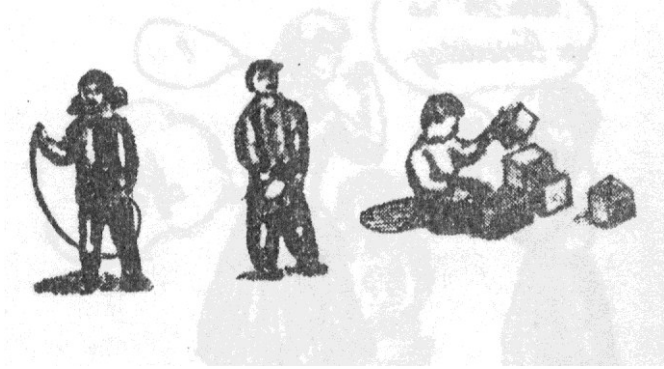
لا يحب مشاركة الآخرين

توحي لا يحب مشاركة الآخرين إلا إذا أصر
أحد المدربين أو المرين ذلك مع مساعدته على الاشتراك في
هذه الألعاب وتدريبه على المشاركة.



لا يلعب مع الآخرين

دائماً يفضلون اللعب بشكل منفرد ويفضلون
المكعبات عن كثير من الألعاب الأخرى.



أحادى التفاعل

أحادى الجانب يتعامل شخص واحد

من المعروف أن أطفال التوحد تتمثل مشكلتهم
فى عدم وجود مهارة التواصل مع الآخرين وإذا وجد التواصل
فيكون أحادى أى مع شخص واحد من المتعاملين معه وذلك
بعد وقت من الألفة أو التدريبات الكثيرة المتواصلة.

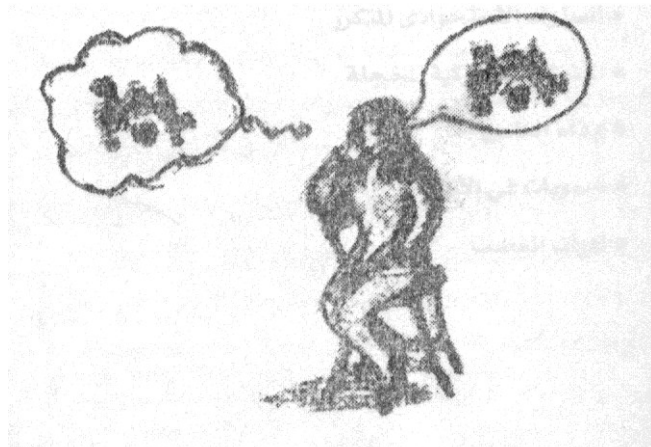


أحادي الجانب يتعامل مع شخص واحد

يكرر الحديث حول موضوع واحد

غالباً نجد أن طفل التوحد يكرر الحديث حول موضوع واحد وقد يمر وقت كبير وهو لا يزال عن نفس الموضوع.

بعض أطفال التوحد يستمر بالحديث عن صور حدثت بالمنزل فنجده يكررها بالمعهد والعكس. (في ربيع شكري ٢٠٠٧،)



المشكلات السلوكية عند ذوى التوحد



وهناك بعض المشكلات السلوكية الأكثر شيوعا لدى الأطفال التوحديين وأساليب التعامل معها والتي صدرت من جمعية التوحد في المملكة المتحدة عام ١٩٩١م منها :

١ - صعوبات فى الإخراج:

يمثل عدم القدرة على التحكم فى الإخراج مشكلة كبيرة لدى بعض الأطفال التوحديين مما يحتم إجراء تقييم دقيق لمعرفة أسباب التبول الإرادى أو عدم القدرة على التحكم فى إخراج البراز ، وعلى سبيل المثال قد يعود السبب فى ذلك إلى تأخر اكتساب القدرة على التحكم فى الأخراج ، وفى مثل هذه الحالات ينصح بتكثيف التدريب على استخدام دورة المياه ، وإذا كان الطفل يبلى نفسه أثناء النوم فهناك بعض الأساليب التى يمكن الاستعانة بها فى مثل هذه الحالات ومنها طريقة الجرس والفرش وتتلخص طريقة عمل هذا الأسلوب فى أن الجرس يرن أتوماتيكيا بمجرد أن يبلى الطفل نفسه ، وهذه الطريقة البسيطة تساعد الطفل على توقع الوقت الذى يجب عليه الذهاب إلى دورة المياه ، أو الطلب من والدته أن تأخذه إليه ، كما تستخدم بعض الأساليب السلوكية التى تساعد على تنمية قدرة الطفل على التحكم فى الإخراج ومنها استخدام النجوم التشجيعية أو غيرها من المعززات السلوكية لمكافأة الطفل على فترات الجفاف أثناء النهار والليل ومن المستحسن

أن يتم اختيار البرامج الأكثر ملائمة للطفل ولذلك لابد من استشارة الأخصائى النفسى والذى يكون فى الغالب مطلعاً على مختلف الأساليب والبرامج ومن جهة أخرى يلاحظ أن قليلاً من الأطفال التوحديين يتعودون على تلوين وجوههم أثناء وجودهم داخل دورة المياه ، وما من شك فى أن مثل هذا السلوك فى حاجة لتدخل سريع من خلال اتباع الأساليب السلوكية التى يتم بموجبها مكافأة الطفل على عدم تلوين وجهه ، وغنى عن القول ما يمثله هذا السلوك من خطر على صحة الطفل وعائلته.(عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٤)

٢- السلوك العدوانى:

لحسن الحظ أن غالبية التوحديين لا يظهر عليهم زيادة واضحة فى السلوك العدوانى ، وهذا لا يعنى أنهم لا يمرون بحالات غضب شأنهم شأن غيرهم عندما يتعرضون لمواقف محبطة ويبقى الاحتمال قائماً لممارسة بعض الأطفال التوحديين سلوكاً عدوانياً كأن يضرب أو يؤذى غيره ، وفى الغالب يتضح أن الطفل التوحدى لا يدرك مدى التأثير العاطفى على شخصيته حتى وإن كان يلاحظ الأثر المادى عليه (مثل البكاء مثلاً) ولذلك يكون من المجدى تعليم الطفل التوحدى أهمية تقدير مشاعر الأشخاص الآخرين واحترامهم وقد يكون من الضرورى فى بعض الحالات السلوك العدوانى الاستعانة بإرشادات الأخصائى النفسى لتحديد أفضل الأساليب والبرامج السلوكية للتغلب على سلوك الطفل التوحدى ذو النزعة العدوانية.(عثمان لبيب فراج ، ٢٠٠٤)

٣- أنماط السلوك الاستحواذية المتكررة:

يعتبر السلوك الاستحواذى من أبرز الأنماط السلوكية المصاحبة للإصابة بالتوحد فهل يجب تعديل هذا النمط السلوكى لمجرد كونه غير عادى؟ هناك من يعتقد أن مجرد كون السلوك الاستحواذى يمثل سلوكا غير عادى لا يعتبر سببا كافيا لطلب المساعدة فى تعديله أو علاجه فكل واحد منا لديه جوانب شخصية غير طبيعية ولكل منا الحق فى أن يكون الشخص الذى يريد بما فى ذلك ما تشتمل عليه شخصيته من غرابة فى السلوك ن هذا بشكل عام ، ولكن إذا كان السلوك الاستحواذى من غرابة فى السلوك ، هذا بشكل عام ، ولكن إذا كان السلوك الاستحواذى يعرقل أو يعوق نمو الطفل وتطوره عندها يجب البحث عن مساعدة أو علاج فعلى سبيل المثال الطفل الذى عندما بلغ سن العاشرة كان يصر على قراءة كتب الأبجدية (الألف باء) ويرفض قراءة غيرها ، وهذا السلوك يمثل عائقا لنموه التربوى والتعليمى ففى مثل هذه الحالات لا بد من التدخل بغرض توسيع دائرة اهتمام الطفل من خلال حثه وتشجيعه على قراءة كتب أخرى ومكافأته على ذلك ، وفى نفس الوقت محاولة خفض وتقليص الوقت الذى يمضيه فى ممارسة السلوك الاستحواذى بشكل تدريجى وهنا يجب التنويه إلى أن ما نحن بصدده تغييره ليس الاستحواذ بحد ذاته وإنما موضوع السلوك الاستحواذى والدليل على ذلك هو أن بعض الأطفال التوحديين يتمكنون من تطوير أنماط جديدة من السلوكيات الاستحواذية على حساب الأنماط التقليدية ولكنهم

يعودون إليها في مواقف وأوقات معينة.(سميرة السعد ، ١٩٩٣)

كما نرى أن معالجة السلوك الاستحواذي يكون من خلال تنمية السلوك الاستحواذي القرائي والكتابي والسلوكيات الحسنة وذلك بإتباع نفس أسلوب تعلم وطريقة الطفل من مدخل نفسي لكن دون شعور الطفل بالتدخل النفسي من جانب وتلبية رغباته واحتياجاته من جانب آخر.

٤- الأنماط السلوكية المخجلة:

من الأنماط السلوكية التي يمكن أن ينظر لها على أنها نوع من السذاجة الاجتماعية المصاحبة للتوحد ، أن يقوم الطفل التوحدي ببعض التصرفات المخجلة عندما يحدث ذلك يجب أن ندرك أنه سلوك غير مقصود كما يعتقد البعض أو أن الهدف منه إزعاج الأب والأم كما يتصور بعض الآباء والأمهات ، أنه ببساطة تجسيد لعدم قدرة الطفل التوحدي على تقدير واحترام أفكار الآخرين ومشاعرهم ومن أمثلة السلوكيات المخجلة الأكثر حدوثاً أن يعبر الشخص التوحدي عما يجول في خاطره دون أن يقدر مشاعر من حوله أو أن يتصرف بطريقة لا تليق بالموقف الذي هو فيه ولا تتسجم مع المعايير الاجتماعية التي تحدد طبيعة السلوك أو التصرف الملائم ولا بد من التأكيد على تعليم الطفل التوحدي طريقة التصرف الملائمة أو السلوك المناسب يجب أن يتم أثناء قيامه بالسلوك المخجل وأن تتكرر محاولة تعليمه بتكرار سلوكه المخجل ، ومن هنا يتضح أن التدريب على المهارات الاجتماعية يحتاج إلى عمل

فردى مكثف لأن قدرة الأطفال التوحديين على تمييز وتفسير المؤشرات المصاحبة للمواقف الاجتماعية هذه القدرة لا تنمو أو تتطور بشكل طبيعي. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٤)

كما نرى أن هذا الطفل غير متواصل اجتماعيا لذلك فهو يفعل تلك السلوكيات دون شعور منه فهو يزعج كل من يتعامل معه وهذا إن دل فيدل علي نقص في القدرات لدي هذا الطفل ، لذا يجب التعامل مع هذا الطفل بهدوء شديد دون إظهار أي علامات تعصب وإجراء التغذية الراجعة الفورية عند الكف عن السلوك غير اللائق وإبداله بسلوك سليم .

٥- إيذاء النفس:

يتصرف بعض التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم مثل ضرب الرأس فى الأرض أو الحائط أو أن يضرب نفسه فى مواقع مختلفة من جسمه أو أن بعض نفسه ، وتعتمد أفضل طريقة للتعامل مع السلوكيات المؤذية للنفس على تقييم العوامل التى تدفع الشخص التوحدى للبدء بممارسة إيذاء نفسه وتلك التى تجعله يستمر فى عملية الإيذاء ويعتبر العلاج السلوكى أفضل الأساليب العلاجية جدوى وفائدة ، وريثما تتم السيطرة على السلوكيات المؤذية بمساعدة الأخصائى النفسى يمكن استخدام بعض أدوات الحماية كخوذة الرأس ، أو قفازات الأيدي أو جبائر اليدين للحيلولة أو التخفيف من آثار السلوكيات المؤذية .

ومما لا شك منه أن منظر الطفل وهو يؤدى نفسه يعتبر من المناظر المزعجة سواء للشخص نفسه أو لمن حوله من

أفراد العائلة أو من يقومون على رعايته ، ولذلك فإن من الأهمية بمكان أن يتم التقيد بتنفيذ البرنامج السلوكى المطبق بانتظام قبل أن نتوقع إحراز أى نجاح فى معالجة السلوك المؤذى وعلى سبيل المثال إذا اتضح من عملية التقييم أن الطفل يستمر فى ممارسة السلوك المؤذى لأنه نجح فى جذب انتباه من حوله فقد يتطلب البرنامج السلوكى من أفراد العائلة أو من يقوم برعاية الطفل مغادرة المكان الذى يوجد فيه الطفل فوراً وعدم الإلتفات عليه وهو يؤذى نفسه ، وأن يقتصر منحه الإلتباه اللازم فقط عندما يتوقف عن إيذاء نفسه ، إن التعامل مع الموقف بهذه الطريقة لا يخلو من بعض الصعوبة لأنه لا يمثل التصرف الطبيعى المتوقع فى مثل هذه المواقف التى ربما تطلبت المساعدة ، وعلى الرغم من ذلك فإن تنفيذ البرنامج السلوكى بمنتهى الدقة هو الخيار الوحيد الذى نستطيع من خلاله معرفة ما إذا كان حذب الانتباه هو العام الأساسى لممارسة الطفل لسلوك إيذاء النفس وعندما نتعرف على السبب تبدأ فى تعليم الطفل وتدريبه على استراتيجيات بديلة تمكنه من الحصول على الانتباه الذى يريده دون أن يؤذى نفسه ، مثال آخر للأسباب الأكثر شيوعاً لممارسة السلوك المؤذى يتمثل فى لجوء الشخص التوحدى الذى لا يستطيع الكلام إلى ضرب رأسه فى الحائط أو الأرض كوسيلة للتخلص من الاستمرار فى أداء واجب صعب ، فى مثل هذه الحالة يمكن تعليم الشخص التوحدى أن يستخدم إشارة معينة للتعبير عن رغبته فى أخذ قسط من الراحة من الواجب الذى يؤديه وخلاصة القول أنه يمكن علاج أغلب حالات إيذاء النفس باتباع أساليب العلاج

السلوكى وتنفيذها بمنتهى الدقة ويفضل أن يتم ذلك بمعرفة واستشارة أخصائى نفسى واسع الاطلاع والتجربة (بايمون كوهين. باتريك بولتون : ٢٠٠٢)

كما نرى أن التدريب السلوكى فى حاجه إلى نظام دقيق وتنفيذ التدريب على مراحل وقد تزداد هذه المراحل من خلال التعاملات مع الطفل فرديا وكذلك العودة المستمرة إلى التغذية الراجعة لدعم السلوك السوي .

٦- صعوبات الأكل والطعام:



يعانى بعض التوحديين مشكلة مضغ أو كطلاًكأكأ:أكل مواد غير صالحة للأكل مثل التراب ، والحجارة والزجاج ، والدهان ن وفى مثل هذه الحالات يجب فى البداية إجراء فحص طبي شامل للتأكد من أن الطفل لا يعانى من مشكلة صحية مثل نقص الحديد أو الزنك ، أو إصابته بتسمم الرصاص ن التى ربما كانت السبب فى مثل هذا السلوك ن كما يمكن الفحص الطبي من التأكد من سلامة الطفل من أية أضرار نتيجة لتناوله مواد غير صالحة للأكل لا سيما جهازه الهضمي ، وبناء على ما تسفر عنه نتيجة الفحوص الطبية يتم وصف العلاج المناسب من قبل طبيب مختص وقد يؤدي إلى توقف عن تناول المواد غير الصالحة للأكل كما يمكن الاستعانة بالعلاج السلوكى والذى يعتمد على مكافأة الطفل على أكل المواد الصالحة للأكل.

ومن المشكلات الشائعة الأخرى المتعلقة بالأكل والطعام مشكلة المزاجية المفرطة إما فى الإصرار على تناول طعام معين أو الإصرار على أن يقدم الطعام ويرتب بنفس الطريقة على السفرة دون أدنى تغيير وقد يفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك الاستحواذى ، ومن العوامل التى تساعد على استمرار الطفل فى هذا السلوك ، خشية الأهل أن تؤدى أى محاولة للتغيير فى طريقة تقديم أو ترتيب الأكل إلى إصابة الطفل بنوبات الغضب وعلى الرغم من تفهم مبررات الأهل إلا أن عدم المرونة فى تقديم الأكل وترتيبه أمر لا يمكن الوفاء به فى كل المواقف والأوقات ولذلك يصبح من الضرورى بمكان محاولة تغيير سلوك الطفل المرتبط بتناول الطعام لضمان قدر أكبر من المرونة ، ومن الطرق التى يمكن تجربتها لتحقيق ذلك محاولة تقديم أنواع الطعام التى لا يرغب الطفل فى أكلها بكميات قليلة وبشكل تدريجى وكذلك الحال بالنسبة لتغيير الطريقة التى يقدم أو يرتب الطعام بموجبها ، هناك طريقة بديلة يمكن محاولتها يتم بموجبها إدخال التغيير دفعة واحدة على أن يصاحب ذلك إغفال تام لنوبات الغضب التى قد يمارسها الطفل وعندما يكتشف الطفل أن غضبه لن يخير من الأمر شيئاً فمن المتوقع أن تتلاشى نوبات الغضب أو تختفي كلياً ، لاسيما عندما يكون الطفل جائعاً ، ولكن يجب التنويه إلى أن الطفل يمكن أن يحاول الإضراب عن الطعام كأسلوب لمقاومة التغيير .

٧- نوبات الغضب:

تحدث نوبات الغضب عندما يطرأ تغيير على بيئة الطفل لاسيما إذا كان التغيير يمس جوانب السلوكيات الاستحواذية التي اعتادها الطفل مثل طريقة أو أنواع الأكل الذي يفضله وقد ثبت أن أفضل الطرق للتعامل مع نوبات الغضب هو إهمالها ، فمتى ما أيقن الطفل أن سلوكه لن يمكنه من تحقيق ما يريد فإن هذا السلوك يتلاشى أو يختفى ، ويخشى بعض الآباء والأمهات من تطور نوبات الغضب أو أن تتسبب في وقوع أذى أو مكروه للطفل وفي مثل هذه الحالات ينصح الأهل أو من يقومون برعاية الطفل بضرورة التأكد من توفر عوامل السلامة في المكان الذي يوجد فيه الطفل أثناء نوبات الغضب ، وعليهم أن يقوموا بإبعاد الكراسي أو قطع الأثاث ذات الزوايا الحادة ، أو أن يقوموا بنقل الطفل على مكان أو غرفة أخرى تكون أكثر أمانا ، وبهذه الطريقة تقل مخاوفهم ولكنهم لا يستسلمون لسلوك الطفل ، وبالتالي فإن سلوك نوبات الغضب لا يلبث أن يتلاشى ، ومن الأهمية بمكان أن تتم ملاحظة الطفل عن بعد أثناء نوبة الغضب خشية أن يؤذى نفسه ، ومن الأساليب المفيدة في التعامل مع نوبات الغضب أن يمسك الأهل بالطفل أثناء النوبة بطريقة لا تسمح له بأن يؤذى نفسه أو غيره.

ونري أن كل هذه المشكلات منها ما يحتاج إلي مدخل نفسي ومنها ما يحتاج إلي مدخل سلوكي ومنها ما يحتاج إلي مسانده طبية واختصاصي تغذية . لذا يجب وضع برامج متعددة المداخل لمساعدة الطفل التوحدي ومحاولة دمج داخل مجتمعة بقدر المستطاع .

المراجع :

أميرة طه بخش (٢٠٠٢): دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين وأقرانهم، مجلة علوم تربوية ونفسية جامعة البحرين، ٢ (٣)، ٤٥-٧٥.

أنور محمد الشرقاوي (٢٠٠٣) : علم النفس المعرفي المعاصر ، ط٢ ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

الأوتيزم. مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية وقائع ورشة عمل ديسمبر ١٩٩٣م.

إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠٤): التدخل المبكر لرعاية الطفل المعاق (مدخل إرشادي للأسرة) ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربى . الواقع والمستقبل، فى الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، المجلد الثانى، ص ص: ٥٩٧-٦١٢.

إيمان فوزى سعيد (٢٠٠١): التشخيص النفسى ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

بايمون كوهين. باتريك بولتون (٢٠٠٢) حقائق عن التوحد (سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة بالرياض) ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان.وزارة المعارف .

بتروفسكى ، م . ح يروشثكى (١٩٩٦) : معجم علم النفس المعاصر . ترجمة حمدي عبد الجواد وآخرون ، القاهرة ، دار العالم الجديد .

بدرية يوسف بوزيون (٢٠٠٠) : استخدام طريقة التواصل عن طريق تناول الصور كأسلوب لمعالجة الأطفال ، ندوة الإعاقات النمائية : قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية ، جامعة الخليج العربي - البحرين ، في الفترة من (٢٤ - ٢٦) ابريل، ص ص ٥ - ٣٥ .

برنارد ريملاند ، ستيفين إديلسون(٢٠٠١):قائمة تقييم أعراض التوحد ، ترجمه وتقنين / عادل عبد الله ، القاهرة ، دار الرشاد.

جمال الخطيب & منى الحديدى (١٩٩٦) : " الخصائص السيكولوجية للأطفال المعوقين سمعياً فى الأردن ، دراسة استطلاعية " حةلى كلية التربية جامعة قطر، العدد (١٣) ، ٣٠٤ : ٣١٦ .

جمال الخطيب ، منى الحديدى (١٩٩٩): مقدمة فى التربية الخاصة فى الطفولة المبكرة ، عمان ، الأردن ، دار إشراق.

جمال الخطيب ومنى الحديدى(١٩٩٧) : المدخل إلى التربية الخاصة، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع.

جمال عطية فايد ، السيد كامل الشربيني (٢٠٠٤): بعض المتغيرات المرتبطة بالتشاؤم والضغط النفسية لدى

أمهات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين، المؤتمر العلمى الثانى لمركز رعاية وتنمية الطفولة، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الوطن العربى الواقع والمستقبل ، فى الفترة من (٢٤-٢٥) مارس ، المجلد الأول ، ص ص: ١٤١-١٧٨.

جوزيف ريزو وروبرت زابل (١٩٩٩) : تربية الأطفال المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق) ، الجزء الأول ، ترجمة عبد العزيز الشخص ، وزيدان السرطاوي ، العين ، دار الكتاب الجامعي .

حلمى المليجى (٢٠٠٤): علم النفس المعرفى ، بيروت ، دار النهضة العربية.

خيري المغازى بدير عجاج ، وليد السيد أحمد خليفة(٢٠٠٦) ذوى الاحتياجات العقلية بين الواقع والمتوقع ، قيد النشر.

دانبال هلاهان ، جون لويد ، جيمس كوفمان ، مارجريت ويس (٢٠٠٨): صعوبات التعلم (مفهومها - طبيعتها - التعليم العلاجي) ، ترجمة /عادل عبد الله ، عمان ، دار الفكر العربي .

ديفيد ساوسا (٢٠٠٦): كيف يتعلم المخ الموهوب، ترجمة وليد السيد خليفة، مراد على عيسى، مراجعة علمية صلاح حوטר، فاطمة فريد، عادل العدل. رضا رزق، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

رأفت عوض خطاب (٢٠٠٥): فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة عين شمس

ربيع شكري سلامه (٢٠٠٥): محاضرات في التوحد، القاهرة، قيد نشر.

ربيع شكري سلامه (٢٠٠٧): التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء، القاهرة، النهار للنشر والتوزيع.

رشاد عبد العزيز موسى (٢٠٠٢): " علم نفس الإعاقة " ، القاهرة، الأنجلو المصرية.

رمضان القذافي (١٩٩٥): رعاية المتخلفين عقليا، المكتب الجامعي بالإسكندرية.

رمضان محمد القذافي (١٩٨١): سيكولوجية الإعاقة، القاهرة، الدار العربية للكتاب.

رمضان محمد القذافي (١٩٩٣): "سيكولوجية الاعاقه " ، الجامعة المفتوحة الجماهيرية العربية الليبية، الطبعة الثانية.

رمضان محمد القذافي (١٩٩٤): سيكولوجية الإعاقة، طرابلس: الجامعة المفتوحة.

روبرت كوجل ولن كوجل (٢٠٠٣). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد "استراتيجيات التفاعل الايجابية وتحسين فرص التعلم" ، ترجمة عبد العزيز السرطاوي ووائل أبو جودة، وأيمن خشان، دبي: دار القلم للنشر و التوزيع.

زكريا الشربيني ، يسرية صادق (٢٠٠٢): أطفال عند
القمة
(الموهبة والتفوق العقلي والإبداع) ، القاهرة ، دار الفكر
العربي.

زيدان السرطاوي وكمال سالم سيسالم (١٩٩٢) :
المعاقون أكاديمياً وسلوكياً خصائصهم وأساليب تربيتهم
الرياض ، مكتبة الصفحات الذهبية .

نادية إبراهيم أبو السعود(٢٠٠٠).الطفل التوحدي في
الأسرة.. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر و
التوزيع.

ناديه أديب(١٩٩٣) : " الأطفال المتوحدون (الأوتيستك
(" ، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتي كاريتاس
مصر . ديسمبر ٩٣

نيفين زيور(١٩٨٨) : " الامراض النفسسية لدى الطفل
والمراهق " ، بدون ناشر

وليد السيد أحمد خليفة (٢٠٠٥) : فاعليةبرنامج
باستخدام الكمبيوتر لتجهيز المعلومات في تحسين عمليتي
الجمع والطرح لدى الأطفال المتخلفين عقليا(القابلين للتعلم) ،
رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية - جامعة الزقازيق.

وليد السيد أحمد خليفة (٢٠٠٦) :الكمبيوتر والتخلف
العقلي(في ضوء نظرية تجهيز المعلومات) ، القاهرة ، مكتبة ألا
نجلو المصرية.

وليد السيد أحمد خليفة (٢٠٠٦ب):المهارات اللغوية والتخلف العقلي، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

وليد السيد احمد خليفة ، مراد على عيسى (٢٠٠٦ب): أثر التدريب القائم على بعض استراتيجيات الاعتماد المتبادل وأسلوب التعلم الفردي باستخدام الكمبيوتر فى مفهوم الذات الأكاديمي والسلوك العدوانى لدى التلاميذ الصم، المؤتمر العلمى الأول لكليتى: التربية والدراسات الإنسانية . جامعة الأزهر (١٧-١٨) إبريل ٢٠٠٦م.

وليد السيد احمد خليفة ، مراد على عيسى(٢٠٠٦أ)الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة، الإسكندرية ، دار الوفاء .

وليد السيد احمد خليفة ، مراد على عيسى(٢٠٠٧)الكمبيوتر والصم في ضوء علم النفس المعرفي، الإسكندرية ، دار الوفاء

وليد السيد احمد خليفة ، مراد على عيسى(٢٠٠٧)كيف يتعلم المخ التوحدي، الإسكندرية ، دار الوفاء

يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي وجميل الصماوي (١٩٩٥) : المدخل إلى التربية الخاصة الإمارات العربية المتحدة ، دبي ، دار القلم.

ابراهيم عباس الزهيرى (١٩٩٨). فلسفة تربية ذوي الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

ايراهيم عباس الزهيري (٢٠٠٣). تربية المعاقين
والموهوبين ونظم تعليمهم. إطار فلسفي وخبرات عالمية.
القاهرة: دار الفكر العربي.

اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين
(١٩٩٤). "نحو مستقبل أفضل للمعوقين" المؤتمر القومي
السادس للفئات الخاصة والمعوقين. القاهرة : ٢٨-٣٠ مارس.

اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين (١٩٩٨)
" ذوو الاحتياجات الخاصة والقرن الحادي والعشرون في الوطن
العربي" . المؤتمر القومي السابع لاتحاد الفئات الخاصة
والمعوقين ، القاهرة : ٨-١٠ سبتمبر.

السيد عبد الحميد عطية وسلمى محمود جمعة
(٢٠٠١). الخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة:
المواجهة والتحدي. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

امال عبد السميع مليجي باظه (٢٠٠١). تشخيص غير
العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة). القاهرة: مكتبة زهراء
الشرق.

بدر الدين كمال عبده ومحمد السيد حلاوه (٢٠٠١).
قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة. الجزء
الأول: رعاية المعوقين سمعياً وحركياً. الإسكندرية: المكتب
العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

حسين مصطفى عبد الرحمن (١٩٩٧). أساليب الاتصال
لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة : الصم وضعاف السمع.
القاهرة : دار الطباعة.

رمضان محمد القذافي (١٩٩٤) سيكولوجية الإعاقة.
ليبيا: الجامعة المفتوحة.

زينب محمود شقير (١٩٩٩). سيكولوجية الفئات الخاصة
والمعوقين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سمير محمد عقل (١٩٩٩)"استخدام مدخل التعلم
بالنمذجة وأثره في تحقيق بعض أهداف تدريس العلوم بالحلقة
الابتدائية من التعليم الأساسي" رسالة ماجستير. كلية التربية
بسوهاج، جامعة جنوب الوادي.

عاطف عدلي فهمي (١٩٩٥)"دراسة تقويمية لمنهج
المعلومات العامة للأطفال المعوقين سمعيا في المرحلة
الابتدائية" بحوث ودراسات في التربية الخاصة المجموعة الثانية
البرنامجية (المحتوي والعمليات). وزارة التربية والتعليم، ١٠٣ -
١٢٩.

عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٨). سيكولوجية ذوي
الحاجات الخاصة. الجزء الأول : ذوي الحاجات الخاصة (
المفهوم والفئات). القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

عبد المجيد عبد الرحيم (١٩٩٧). تنمية الأطفال
المعاقين. القاهرة : دار غريب للطباعة

عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٦). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة : دار الفكر العربي.

عواطف محمد محمد حسانين (١٩٨٥) "الخصائص السيكولوجية في علاقتها بالاستعداد للتعلم لدي المعوقين سمعياً دراسة تجريبية "رسالة دكتوراه، كلية التربية بسوهاج، جامعة أسيوط.

فاروق الروسان (١٩٩٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. مقدمة في التربية الخاصة. الطبعة الثالثة ؛ عمان : دار الفكر للطباعة والنشر

فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٩) قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين. النظرية والتطبيق. ط٣؛ الكويت: دار القلم.

فتحي السيد عبد الرحيم وحليم السعيد بشاى (١٩٩٥). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة. الجزء الأول. ط٤ ؛ الكويت : دار القلم.

مجدي عزيز ابراهيم (٢٠٠٣). مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء متطلباتهم الانسانية والاجتماعية والمعرفية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

محمد علي كامل (١٩٩٦). سيكولوجية الفئات الخاصة. طنطا: دلتا للكمبيوتر والطباعة والتصوير.

محمد علي كامل (١٩٩٩). لغة الاشارة للقائمين على رعاية الصم. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية

احمد توفيق شاولى " القولية أو التعلّم بالملاحظة " مجلة كلية التربية. مكة المكرمة. مركز البحوث التربوية والنفسية - كلية التربية. العدد التاسع، مايو ١٩٨٢.

ارنوف ويتيج. نظريات ومشكلات فى سيكولوجية التعلم. ترجمة عادل عز الدين الاشول وآخرون. القاهرة: دار ماكجروهيل للنشر، ١٩٨١.

جابر عبد الحميد جابر. نظريات الشخصية. البناء. الديناميات. النمو. التقويم. القاهرة : دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

رجاء محمود أبو علام. علم النفس التربوى. الطبعة الخامسة. الكويت : دار القلم، ١٩٩٢.

سيتورات ه هوليس وآخرون. سيكولوجية التعلّم. ترجمة فؤاد ابو حطب وأمال صادق. نيويورك: دار ماكجروهيل للنشر، ١٩٨٣.

عادل عز الدين الاشول. موسوعة التربية الخاصة. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٧.

عبد المجيد نشواتى. علم النفس التربوى. الطبعة الثالثة. عمان: دار الفرقان، ١٩٨٧.

فتحي مصطفى الزيات. سيكولوجية التعلّم بين المنظور الارتباطى والمنظور المعرفى. القاهرة : دار النشر للجامعات، ١٩٩٦.

كورنيليوس جى هولاند واكبر كوبا سيجاروا " التعلم
بالملاحظة : باندورا " فى جورج ام غازوا وآخرون. محررين.
نظريات التعلم دراسة مقارنة. ترجمة على حسين حجاج. سلسلة
عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون. الجزء
الثانى، العدد ١٠٨، ١٩٨٦.

لطفى محمد فطيم. نظريات التعلم المعاصرة. الطبعة
الثانية. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية، ١٩٩٦.

توفيق أحمد مرعي و محمد محمود الحيلة(١٩٩٨).تفريد
التعليم عمان: دار الفكر .

عفاف اللبابيدي،عبد الكريم خاليله(١٩٩٣). سيكلوجية
اللعب ، القاهرة :دار الفكر ، ١٩٩٣م

خليل يوسف الخليلي وعبد اللطيف حسين صبري ومحمد
جمال الدين يونس (١٩٩٦). تدريس العلوم في مراحل التعليم
العام. دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.

أمل عوض الهجرسي(٢٠٠٢). تربية الأطفال المعاقين
عقلياً. القاهرة : دار الفكر العربي.

عبد الرحمن إبراهيم حسن (٢٠٠٣). تربية المكفوفين
وتعليمهم. القاهرة: عالم الكتب.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). الاعاقات الحسية.
القاهرة: دار الرشاد.

محمد السيد أحمد الدمرداش (٢٠٠٣). دور المواد
اليديوية الملموسة في رفع مستوى تحصيل التلاميذ المعاقين

بصرياً في الرياضيات. رسالة ماجستير. كلية التربية بدمياط.
جامعة المنصورة.

Aaron's .,M. & Gitten. T.(1992): The hand
book of autism published by Rutledge , London.
U . K.

Alvarez, A. & Reid, S. (1999): Autism and
Personality. United Kingdom: Routledge
American psychiotric Assciation (1994).
Diagnostc and statistical manual of Mental
Disorders (4th ed) washington, DC: Author
American Psychiatric Association (APA) (
2000) Diagonistic and statistic manual of
mental disorders , 4th Edition . Text Revision (
DSM- IV) Washington , Dc: American
SPsychiatric Publishing Group .

Anderson, J. (1995): Cognitive psychology
and its implications fourth edition, New York,
W.H. Freeman and Company.

Bach-y-Rita, P (1981). Brain plasticity as
a basis of the development of rehabilitation

procedures for hemiplegia. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 13:73-83.

Bach-y-Rita, P (1987). Effects of the richness of the environment on the cat visual cortex. *Journal of Comparative Neurology* 266:478-494.

Bach-y-Rita, P.(1980). Brain plasticity as a basis for therapeutic procedures. In *Recovery of Function: Theoretical Considerations for Brain Injury Rehabilitation*, P. Bach-y-Rita, ed. Baltimore, MD: University Park Press.

Baddeley, A. (1996) : The fractionation of working memory. bristol university. *Proc. Natt. Acad. Sci.*, 93, 13468-13472.

Baddeley, A. (2000) : The episodic buffer : a new component of working memory ? Bristol University. *Trends in Cognitive Sciences*,. 4(11), 417-423.

Baddeley,A .(1992) : Working Memory . *Science* ,.255 (31) , 556 – 559 .