

الإعاقة العقلية أو الفكرية

مقدمة

تعد الإعاقة العقلية أو الفكرية *intellectual disability* كما ورد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) *WHO* بمثابة حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله، وتتسم باختلال في المهارات يظهر أثناء دورة النمو، ويؤثر بالتالي في المستوى العام للذكاء أي القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية. وقد تحدث الإعاقة مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر، ومع ذلك فإننا قد نجد أن أفراد المعوقين عقلياً أو فكرياً *individuals with intellectual disability* قد يتعرضون في الواقع لكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بينهم يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين ممن لا يعانون من أي إعاقة. وإضافة إلى ذلك فإن مثل هؤلاء الأفراد يتعرضون بدرجة أكبر لمخاطر الاستغلال والاعتداء الجسدي والجنسي. كما يكون سلوكهم التكيفي *adaptive behavior* من جانب آخر مختلفاً دائماً في بعض جوانبه على الأقل، ولكن في البيئات الاجتماعية التي تكفل الوقاية والتي يتوفر فيها الدعم اللازم لهم قد لا يكون مثل هذا الاختلال ظاهراً خاصة بين الأفراد ذوي المستوى البسيط من الإعاقة.

وتعد الإعاقة العقلية أو الفكرية من أشد مشكلات الطفولة خطورة إذ أنها كمشكلة يمكن النظر إليها على أنها مشكلة متعددة الجوانب؛ فهي مشكلة طبية ووراثية ونفسية وتربوية واجتماعية وقانونية، وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض بما يجعل منها مشكلة مميزة في تكوينها إلي جانب حاجة الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً إلى الرعاية والمتابعة والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به، والمجتمع ممثلاً في بعض مؤسساته المختلفة إضافة إلى ما يمكن أن تتركه مثل هذه الإعاقة من آثار نفسية عميقة لدى أسرة الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً، وكل من له علاقة بمثل هذا

الطفل . كما أن هذا النمط من أنماط الإعاقات العقلية يعد هو أكثر تلك الأنماط شيوعاً وانتشاراً على مستوى العالم بأسره وفق الإحصاءات الصادرة عن الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية والتي صدرت في يناير ٢٠٠٣ . *National Alliance for Autism Research NAAR* .

مفهوم الإعاقة العقلية أو الفكرية

يعد مفهوم الإعاقة العقلية أو الفكرية *intellectual disability* – وهو ما كان يعرف من قبل بالتخلف العقلي *mental retardation* إلى أن تم التعديل وهو ما تم تطبيقه بداية من يناير ٢٠٠٧ عندما تم تعديل اسم الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي *American Association on Mental Retardation AAMR* ليصير في مسماها في ثوبه الجديد الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والاضطرابات النمائية *American Association on Intellectual Disability and Developmental Disorders AAID-DD* – يعد مفهوماً متعدد الجوانب حيث يمكننا أن ننظر إليه من زوايا عدة يهتم كل منها بمنظور معين بحيث يتباين ذلك بين المنظور الطبي، والمنظور الاجتماعي، والمنظور السيكومتري، والمنظور التربوي. ويمكن أن نتناول هذا المفهوم بجوانبه المتعددة على النحو التالي :

(١) الإعاقة العقلية أو الفكرية من المنظور الطبي

تعرف الإعاقة العقلية أو الفكرية *intellectual disability* من المنظور الطبي بأنها ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ، ويؤدي بالتالي إلى نقص في المستوي العام للنمو، وعدم اكتماله في بعض جوانبه، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي والفهم والاستيعاب، كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة بصورة عامة . ومن ثم فإنه يتم النظر إلى مثل هذه الإعاقة في إطار هذا المنظور في ضوء تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها مهما اختلفت المجموعة التي تنتمي إليها مثل هذه الأسباب سواء كانت تلك المجموعة من الأسباب ترجع إلى ما قبل الولادة، أو أثنائها، أو بعدها.

ومن ناحية أخرى فإن الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والاضطرابات النمائية
AAID- DD قد اقترحت في ديسمبر ١٩٩٠ وقت أن كان اسمها الجمعية الأمريكية
للتخلف العقلي AAMR تعريفاً لمثل هذه الحالة ينص على أن الإعاقة العقلية تشير
إلى أوجه قصور أساسية في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء
دون المتوسط للفترات العقلية يكون مصحوباً بقصور في المهارات التكيفية وذلك في
اثنين على الأقل من مجالات التواصل، والعناية بالذات، والمهارات الاجتماعية،
والأداء الأكاديمي، والمهارات العملية، وقضاء وقت الفراغ، والإفادة من مصادر
المجتمع، والتوجيه الذاتي، والعمل فضلاً عن السلوك الاستقلالي. وبذلك يصبح
هناك ثلاثة شروط للإعاقة العقلية أو الفكرية أقرتها الجمعية الأمريكية للطب
النفسي *American Psychiatric Association APA* في الطبعة الرابعة من
دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية
(١٩٩٤) *DSM- IV* وفي المراجعة النصية *text revision* لذات الدليل (٢٠٠٠)
DSM- IV- TR وهذه الشروط أو المحكات هي:

١- أداء عقلي عام دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالي ٧٠ أو أقل على أحد
مقاييس الذكاء الفردية للأطفال حيث تقل نسبة الذكاء عن المتوسط بمقدار
انحرافين معياريين على الأقل. ولما كان المتوسط يبلغ ١٠٠ على مقياس
ستانفورد- بينيه *Stanfrd- Binet* أو مقياس وكسلر *Wechsler* ويبلغ
الانحراف المعياري ١٥ تقريباً فإن نسبة الذكاء توازي آنذاك ٣٠ - ٧٠.

٢- قصور في السلوك التكيفي للطفل أي فيما يتعلق بكفاءته في الوفاء
بالمستويات المتوقعة ممن هم في نفس عمره الزمني وفي جماعته الثقافية
وذلك في اثنين على الأقل من مجالات التواصل، الاستفادة من إمكانات
المجتمع وموارده، والتوجيه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية،
والعمل، والفراغ، والصحة، والسلامة.

٣- أن يحدث ذلك خلال فترة النمو أي قبل سن ١٨ سنة.

(٢) الإعاقة العقلية أو الفكرية من المنظور الاجتماعي

يتم تعريف مثل هذه الإعاقة من المنظور الاجتماعي في ضوء الكفاءة
الاجتماعية للطفل المعوق عقلياً أو فكرياً حيث يعد غير كفاء اجتماعياً ومهنياً، ويعد

دون نظيره الذي لا يعاني من أي إعاقة في القدرة العقلية والاجتماعية حيث تعد تلك الحالة غير قابلة للشفاء التام، وتتسم بقصور واضح في الأداء السلوكي الوظيفي . ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية .

ويشير عبدالعزيز الشخص (١٩٩٧) إلى أنه عادة ما يتم تصنيف الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً بعد تطبيق مقاييس للنضج الاجتماعي، والسلوك التكيفي عليهم وذلك إلى أربع فئات على أساس درجة كل فئة في مقياس السلوك التكيفي كالتالي :

- ١- فئة الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة ؛ وتنحصر في الواقع نسب التكيف للأفراد فيها بين ٨٤ - ٧١ .
- ٢- فئة الإعاقة العقلية أو الفكرية المتوسطة ؛ وتنحصر نسب التكيف لما تضمنه من أفراد بين ٧٠ - ٥٨ .
- ٣- فئة الإعاقة العقلية أو الفكرية الشديدة ؛ وتنحصر نسب التكيف لما ينتمي إليها من أفراد بين ٥٧ - ٤٥ .
- ٤- فئة الإعاقة العقلية أو الفكرية الحادة أو الشديدة جداً؛ وعادة ما تكون نسب التكيف لأفرادها ٤٤ فأقل .

(٣) الإعاقة العقلية أو الفكرية من المنظور السيكومتری

يقوم المنظور السيكومتری في تحديده لمفهوم الإعاقة العقلية أو الفكرية على استخدام نسبة الذكاء التي يصل إليها الطفل بحيث تقل نسبة ذكائه عن ٧٠ ، أي تقل عن المتوسط بمقدار إنحرافين معياريين على الأقل . ووفقاً لما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية *DSM- IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* والمراجعة النصية له (٢٠٠٠) *DSM- IV- TR* فإن هناك أربع فئات للإعاقة العقلية أو الفكرية بناء على نسبة الذكاء كالتالي :

- ١- الإعاقة البسيطة ؛ *mild* وتضم ٨٥ % تقريباً من الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال فيها بين ٥٠ - ٥٥ إلى أقل من ٧٠ .

٢- الإعاقة المتوسطة؛ *moderate* وتضم حوالي ١٠ % تقريباً من الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيها بين ٣٥- ٤٠ إلى ٥٠- ٥٥ .

٣- الإعاقة الشديدة؛ *severe* وتضم حوالي ٣- ٤ % تقريباً من إجمالي عدد الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيها بين ٢٠- ٢٥ إلى ٣٥- ٤٠ .

٤- الإعاقة الحادة أو الشديدة جداً؛ *profound* وتضم حوالي ١- ٢ % تقريباً من إجمالي الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً، وتكون نسبة الذكاء فيها ٢٠- ٢٥ فأقل .

(٤) الإعاقة العقلية أو الفكرية من المنظور التربوي

يقوم المنظور التربوي *educational perspective* في الأساس علي قدرة هذا الطفل الذي يعاني من الإعاقة العقلية أو الفكرية *intellectual disability* على التعلم والتي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد حيث يعتبر الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً غير قادر على التعلم أو التحصيل الدراسي ، كما ينخفض أداءه السلوكي بشكل واضح في العمليات العقلية نتيجة لانخفاض نسبة نكائه، ويصاحب ذلك قصور في اثنتين على الأقل من تلك المهارات التي يتضمنها سلوكه التكيفي . وتضم الإعاقة العقلية أو الفكرية من هذا المنظور ثلاث فئات يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

١- القابلون للتعلم : *educable* وتكون لدى الفرد بعض القدرات الأكاديمية التي تساعده على التحصيل حتى مستوى الصف الخامس فقط بحد أقصى، ويكون المتوسط هو الصف الثالث أو الرابع .

٢- القابلون للتدريب : *trainable* وتكون لدى الطفل قدرات أكاديمية أقل تؤهله حتى مستوى الصف الأول فقط بحد أقصى بينما يقل المتوسط عن ذلك، ويمكن تدريب الطفل على القيام ببعض المهن البسيطة .

٣- المعتمدون : *custodial* وهم أولئك الذين تقل نسب نكائهم عن ٢٥ ، ويعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم .

وبذلك نلاحظ أن كل منظور يركز على وجود انخفاض واضح في القدرة العقلية العامة للطفل إلى جانب وجود قصور مصاحب في سلوكه التكيفي يحدث خلال مرحلة النمو والتي سنوضح أنها تمتد حتى سن الثامنة عشر، أي أن تلك الشروط الثلاثة التي أشرنا إليها من قبل ينبغي أن تنطبق تماماً على الطفل حتى مع اختلاف المعيار المستخدم، أو المنظور الذي نحكم على الطفل من خلاله وفي ضوءه. وبذلك فإن الاكتفاء بمقياس الذكاء فقط في التشخيص كما يحدث عندنا في مصر لا يمكن مطلقاً أن يكون صحيحاً حيث لا بد أن نقوم إلى جانب ذلك بتطبيق مقياس للسلوك التكيفي أيضاً .

خصائص الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً

تشير أسماء العطفية (١٩٩٥) إلى أن الإعاقة العقلية أو الفكرية تترك في واقع الأمر آثاراً سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات ونسب متفاوتة، فهي تنعكس على أدائه في القدرات العقلية والمعرفية، وتنعكس كذلك على قدرته على التكيف الاجتماعي ، وعلى اتزانه الانفعالي ، وعلى سمات شخصيته ككل . ومن هذا المنطلق نرى أنه بشكل عام هناك العديد من الخصائص التي يتسم بها الأطفال المعوقون عقلياً أو فكرياً والتي تعد من الأدلة التي يمكن الرجوع إليها عند التعرف على الحالة وتشخيصها . ومن أهم هذه الخصائص ما يلي :

(١) الخصائص الجسمية والحركية :

من الجدير بالذكر أنه لا توجد خصائص جسمية معينة تميز حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة عن أقرانهم ممن لا يعانون من أي إعاقات حيث نلاحظ أن الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً يشبهون أقرانهم الذين لا يعانون من الإعاقات - إلى حد ما- في الوزن، والطول، والحركة، والصحة العامة، والبلوغ الجنسي . وعلى هذا الأساس فإننا عادة لا نعتمد على الخصائص الجسمية في تشخيصنا للإعاقة العقلية أو الفكرية وذلك للعديد من الأسباب يأتي في مقدمتها ما يلي :

أ - أن الفروق بين معظم حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية وأقرانهم الذين لا يعانون من الإعاقات تعد في الواقع قليلة .

ب- أن مثل هذه الفروق لا تميز بطبيعة الحال بين الطفل المعوق عقلياً وقرينه غير المعوق عقلياً بشكل قاطع .

ج- أن حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية تنمو جسمياً في الطفولة مثل الأطفال الذين لا يعانون من الإعاقات تقريباً .

د - أن علامات البلوغ تظهر عليهم خلال مرحلة المراهقة كأقرانهم غير المعوقين.

هـ- عادة ما يكتمل نمو العضلات، والعظام، والطول، والوزن، والجنس من جانبهم في حوالي سن الثامنة عشرة كأقرانهم غير المعوقين .

و - أنهم يصلون إلى النضج الجسمي في نفس الوقت الذي يحدث فيه نفس الشيء تقريباً لدى أقرانهم غير المعوقين .

ز- على الرغم من ذلك فإن حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية المتوسطة، والشديدة، والحادة عادة ما يتأخر لديها النمو الجسمي والحركي، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما يصل إليه غير المعوقين .

ويذهب الخطيب (١٩٩٢) إلى أن الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً يعانون فيما يتعلق بالمهارات الحركية من مشكلات حركية مختلفة قياساً بأقرانهم غير المعوقين حيث أنهم يعانون من قصور واضح في مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة. وإلى جانب ذلك فإننا نرى أنه كلما زادت درجة إعاقتهم العقلية أو الفكرية زادت بالتالي معاناتهم الحركية بشكل دال حيث نجدهم آنذاك يتسمون بعدد غير قليل من الخصائص من أهمها ما يلي :

- ١- المعاناة من صعوبات حركية كثيرة .
- ٢- قصور واضح في الوظائف الحركية المختلفة، ومنها ما يلي :
 - أ - التوافق العضلي العصبي .
 - ب- التآزر البصري الحركي .
 - ج- التحكم والتوجيه الحركي .
- ٣- صعوبة استخدام العضلات الدقيقة من جانبهم .
- ٤- يغلب عليهم البطء والتثاقل وعدم الانتظام في الخطوات أثناء المشي .
- ٥- يصعب عليهم السير في خط مستقيم .

- ٦- عادة ما يصيبهم التعب والإجهاد والإعياء بسرعة ولأقل مجهود .
- ٧- يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة قياساً بأقرانهم غير المعوقين .
- ٨- يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالإعاقات الحسية المختلفة .

(٢) الخصائص العقلية المعرفية :

هناك العديد من الخصائص التي تميز الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً عن غيرهم من الأطفال وفي مقدمتهم أقرانهم غير المعوقين وهو الأمر الذي يمكن أن نعرض له كما يلي :

أ- بطء معدل نموهم العقلي :

إذا كان الطفل غير المعوق ينمو بمقدار سنة عقلية واحدة كل سنة زمنية من عمره فإن الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً ينمو بمعدل أبطأ من ذلك إذ ينمو بمعدل يقدر بتسعة شهور عقلية أو أقل كل سنة زمنية، كما أن أقصى عمر عقلي يمكن له أن يصل إليه وذلك عندما يبلغ الثامنة عشرة من عمره لن يتجاوز مستوى النمو العقلي لطفل غير معوق في العاشرة أو الحادية عشرة من عمره، وربما أقل من ذلك . وإذا كانت هضبة النمو العقلي تظهر عند الأفراد غير المعوقين في المرحلة العمرية التي تتراوح بين ١٦ - ١٨ سنة فإنها تظهر لدى حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة في المرحلة العمرية التي تتراوح بين سن العاشرة والحادية عشرة. وإضافة إلى ذلك فإن أقصى مرحلة عمر عقلي يصل الفرد المعوق عقلياً أو فكرياً من المستوى المتوسط إليها توازي السابعة من العمر تقريباً بالنسبة لأقرانه غير المعوقين، أما الأفراد المعوقون عقلياً أو فكرياً من المستوى الشديد والشديد جداً فلا يتجاوز نموهم العقلي الثالثة من العمر وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم غير المعوقين .

ب- قصور الانتباه والإدراك :

يعاني الأطفال المعوقون عقلياً أو فكرياً من عدم قدرتهم على الانتباه للمثيرات المختلفة، وعدم قدرتهم على التركيز فيها لفترة طويلة حيث ينتشت انتباههم بسهولة

نتيجة لقابليتهم العالية للتشتت وذلك لأي مثير حتى وإن كان مثيراً دخليلاً، كما أنهم يتسمون بقصر مدى انتباههم . وتزداد تلك الخصائص تدريجاً مع زيادة درجة الإعاقة العقلية أو الفكرية . وإلى جانب ذلك فإنهم يتسمون بضعف مثيرتهم في المواقف التعليمية المختلفة، ولا يكون بإمكانهم تحديد تلك الأبعاد المرتبطة بالمهمة المستهدفة، أو تحديد المتغيرات التي ترتبط بها . كذلك فإنهم يتسمون بقصور الإدراك من جانبهم سواء الإدراك السمعي، أو البصري، أو إدراك الخصائص المختلفة المميزة للأشياء كالأشكال، والألوان، والأحجام، والأوزان إلى جانب عدم قدرتهم على إدراك وفهم المواقف المختلفة التي يتعرضون لها .

ج- قصور الذاكرة :

يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة واضحة وقصور كمي وكيفي في عملية تجهيز المعلومات، ويقومون بحفظ المعلومات والخبرات المختلفة في الذاكرة الحسية بعد جهد كبير فيتعلمون ببطء، وينسون ما يكونوا قد تعلموه بسرعة، ويعمل مثل هذا المستوى من الذاكرة على حفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط ، ولا يقوم بنقلها إلى المستويات الأخرى التي تؤكد على حفظها لفترات طويلة . ومن ثم فإنهم يعانون من قصور كبير في ذاكرتهم قصيرة المدى، ومع ذلك فإن التدخلات المختلفة من جانبنا يمكن أن تؤدي إلى حدوث بعض التحسن في تلك الذاكرة وذلك بالرغم من أن ذلك التحسن يكون محدوداً . وحتى يمكننا أن نتغلب على جانب من هذا القصور ينبغي أن نلجأ إلى التكرار الدائم والكثير لما نقوم بتقديمه لهم . وإلى جانب ذلك هناك قصور أيضاً في ذاكرتهم طويلة المدى، ولكنه يكون أقل بكثير من ذلك القصور في ذاكرتهم قصيرة المدى .

د- قصور التفكير :

إذا كان التفكير يعني ببساطة إعادة تنظيم وهيكل تلك المعلومات والخبرات التي يكون قد سبق للفرد المرور بها وتعلمها، ثم التوصل من خلال ذلك إلى حلول مناسبة للمشكلة التي تواجهه في هذا الموقف أو ذاك، وأن أهم ما يميزه هو تطوره مع زيادة عمر الفرد فإن تفكير الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً لا ينمو بمعدلات مماثلة بل بمعدلات منخفضة مما يجعله لا يتجاوز المرحلة المادية المحسوسة أو العيانية *concrete* كما يسميها بياجيه Piaget وهو ما يعني أن الفرد المعوق عقلياً أو

فكرياً يعاني بذلك من قصور في التفكير حيث لا يكون تفكيره على مستوى المواقف أو الأحداث التي يمر بها ويواجهها، كما يكون بسيطاً وسطحياً، وينعكس في قدرته العقلية العامة التي تتسم بالقصور. وقد يرجع قصور التفكير لدى هؤلاء الأفراد إلى العديد من الأسباب من أهمها ما يلي :

١- قصور الذاكرة .

٢- ضعف القدرة على اكتساب المفاهيم المختلفة .

٣- قصور تكوين الصور الذهنية المتباينة .

٤- ضعف المحصول اللغوي وضآلته .

٥- قصور في تجهيز المعلومات .

هـ- قصور التعميم وانتقال أثر التعليم أو التدريب :

تواجه الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً صعوبات جمة في سبيل القيام بالتعميم، أو نقل أثر ما تعلمه في موقف ما، أو ما تدرب عليه في ذلك الموقف إلى مواقف أخرى مشابهة، أو القيام بتعميم ما ساد في موقف معين على غيره من المواقف المشابهة . ومن الأكثر احتمالاً أن مثل هذا الأمر إنما يرجع إلى الأسباب التالية :

١- قصوره في اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف المختلفة .

٢- عدم قدرته على إدراك أوجه الشبه والاختلاف تلك .

٣- قصور في قدرته على إدراك العلاقة بين المواقف المختلفة .

٤- قصور في قدرته على التفكير في الحلول المناسبة للمشكلات والمواقف المختلفة .

٥- عدم قدرته على تذكر ما يكون قد مر به من خبرات مختلفة في المواقف المشابهة منذ فترة قريبة .

ولكي يساعد هذا الطفل في التغلب ولو جزئياً على هذه المشكلة يجب أن نقوم بعدد من الإجراءات من أهمها ما يلي :

١- الاعتماد على الأنشطة المختلفة .

٢- الاهتمام بتقديم مهام متعددة للطفل .

٣- تنويع المهام والأنشطة التي يتم تقديمها له .

- ٤- تعدد الأماكن التي نقوم بتعليمه فيها .
٥- الاهتمام بالتكرار المستمر للمهمة والنشاط والخبرة ككل .

و- قصور المهارات الأكاديمية الوظيفية :

يواجه الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً صعوبات ومشكلات متعددة في المهارات الأكاديمية المختلفة كالقراءة، والكتابة، وإجراء العمليات الحسابية المختلفة . وقد يرجع ذلك إلى جملة من الأسباب في مقدمتها ما يلي :

- ١- ضعف القدرة على التعلم بصفة عامة .
 - ٢- قصور في بعض القدرات النوعية .
 - ٣- قصور في جوانب النمو العقلي .
 - ٤- ضعف القدرة على القيام بالعمليات العقلية المعرفية المختلفة من انتباه، وإدراك، وتذكر، وما إلى ذلك .
- ويمكن باتباع أساليب تدريس معينة، والتدريب على الأنشطة المختلفة، واللجوء إلى الاستراتيجيات التعويضية أن نسهم في تحسين مهاراتهم الأكاديمية بصورة لا بأس بها .

(٣) الخصائص اللغوية :

تعد المشكلات اللغوية من أهم المشكلات التي ترتبط بهذه الإعاقة، كما أنها تزداد في الدرجة مع زيادة مستوى الإعاقة، وعلى ذلك فإن المعوقين عقلياً أو فكرياً من الدرجة البسيطة يصلون إلى مستوى معقول من الأداء اللغوي رغم تأخرهم في النطق، بينما يعاني ذوو الإعاقة العقلية أو الفكرية المتوسطة من مشكلات لغوية مختلفة من أهمها ما يلي :

- أ - البطء الملحوظ في النمو اللغوي .
- ب- التأخر في النطق .
- ج- التأخر في اكتساب قواعد اللغة .
- د - ضآلة المفردات اللغوية وبساطتها .
- هـ- بساطة التراكيب اللغوية وسطحياتها .

و- تدني مستوى الأداء اللغوي .

ومن ناحية أخرى يشير الشخص (١٩٩٧) إلى أن اضطرابات النطق المختلفة من إبدال، وتحريف، وحذف، وإضافة تنتشر بين هؤلاء الأطفال، كما تشيع أيضاً اضطرابات الصوت بينهم، ومن أهمها ما يلي :

أ - أن يسير الصوت على وتيرة واحدة .
ب- أن يتسم بالانتمطية .

ج- أن يكون الصوت مزعجاً وغير سار لدى الكثيرين منهم .

وإلى جانب ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام ترتبط كما وكيفاً بدرجة الإعاقة العقلية أو الفكرية حيث تقل في حالة الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة، وتزداد مع زيادة مستوى الإعاقة من المتوسط إلى الشديد، ثم تضطرب تماماً في حالة الإعاقة العقلية أو الفكرية الشديدة جداً أي الحادة .

(٤) الخصائص الانفعالية :

هناك العديد من الخصائص الانفعالية التي تميز الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً، وتزداد حدتها مع زيادة درجة أو مستوى الإعاقة . ومن أهم هذه الخصائص ما يلي :

أ- عدم الثبات الانفعالي : *emotional instability*

يمكن تصنيف الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً في هذا الإطار إلى فئتين كما يرى كمال مرسي (١٩٩٩) تتمثل أولاهما في تلك الفئة التي تعتبر مستقرة انفعالياً إلى حد ما، والتي تبدو متعاونة ومطبعة، ولا تؤذي أحداً، أما الفئة الثانية فهي تلك الفئة غير المستقرة انفعالياً التي تتسم بكثرة الحركة، وعدم الاستقرار في نشاط معين، والثورة والغضب لأسباب بسيطة، كما أنها تكون متقلبة المزاج حيث تكون هادئة أحياناً، بينما تكون شرسة في أحيان أخرى، ويمكن أن تؤذي نفسها أو غيرها. ويشير القريطي (٢٠٠١) إلى أن هناك العديد من الخصائص التي يمكن أن تميز مثل هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية والتي تعد الخصائص التالية في مقدمتها ومن أهمها :

١- عادة ما تكون انفعالات أولئك الأطفال غير ثابتة .

٢- تعد انفعالاتهم مضطربة .

- ٣- تتغير انفعالاتهم تلك من وقت إلى آخر .
- ٤- يميلون إلى التبدل الانفعالي .
- ٥- يبديون اللامبالاة فيظهرون غير مباليين بما حولهم ومن حولهم .
- ٦- عدم الاكتراث بما يدور حولهم .
- ٧- يتسمون بالانندفاعية .
- ٨- عدم التحكم في الانفعالات .

ب- اضطراب مفهوم الذات : *self- concept disorder*

من أهم الأمور التي شهدت جدلاً سابقاً والتي باتت شبه مؤكدة في وقتنا الراهن أن إدراك الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً لذواتهم عادة ما يكون سالباً إذ يكون مفهومهم لذواتهم في الغالب سيئاً نتيجة للعديد من الأسباب المتباينة، وهي تلك الأسباب التي يوردها كمال مرسي (١٩٩٩) فيما يلي :

- ١- تعرضهم الكبير لخبرات الفشل والإحباط سواء في المنزل أو المدرسة أو في المجتمع بصفة عامة .
- ٢- الشعور بعدم الكفاءة .
- ٣- الشعور بالدونية .
- ٤- عدم الرضا عن الذات .
- ٥- الاعتماد على الآخرين .
- ٦- الاستعداد للقلق (نتيجة لشعورهم بالدونية) .
- ٧- السلوك العدوانية .
- ٨- سوء التوافق .
- ٩- عدم الواقعية خاصة في مفهومهم لذواتهم .
- ١٠- عدم ثبات تقديرهم لذواتهم .

ج- الانسحاب الاجتماعي : *social withdrawal*

عادة ما يشعر الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً بالخوف من الجماعة، ولا يشعر بالأمن بينها، وبالتالي فإنه يميل إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية

التي تربطه بأعضائها، ويميل إلى العزلة، ويشعر بالدونية قياساً بأقرانه غير المعوقين، ويتوقع الفشل، وتضعف ثقته بنفسه، ويخبر الإحباط، ويتقلب مزاجه، ويعاني من الاضطرابات الانفعالية، وكلها أمور تدفعه إلى التحرك بعيداً عن الجماعة لو استعرنا ذلك المصطلح الذي قدمته كارين هورني Horney ويقوم بدلاً من ذلك بالإقبال على أو التحرك نحو الأطفال الأصغر منه سناً، ويتخذ منهم أصدقاء، ويلعب معهم وذلك بدلاً ممن هم في مثل سنه .

د- العدوان : *aggression*

ينتشر السلوك العدواني بين هؤلاء الأفراد بدرجة كبيرة قياساً بأقرانهم غير المعوقين، ويزداد بزيادة درجة أو مستوى الإعاقة العقلية أو الفكرية، ويرجع إلى عدم شعورهم بالأمن أو الاستقرار، وتعرضهم لخبرات مؤلمة ومحبطة في تفاعلهم مع الآخرين من حولهم . ومن أبرز أشكال العدوان التي يلجأ إليها عدم الطاعة، والهجوم البدني، والعدوان اللفظي، وتدمير الممتلكات، وإعاقة الآخرين، وإيذاء الذات.

(٥) الخصائص الاجتماعية :

لا يمكن النظر إلى الخصائص الاجتماعية لأولئك الأطفال بمعزل عن خصائصهم الجسمية، والعقلية، والمعرفية، واللغوية، والانفعالية حيث إن هناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية وبين تلك الخصائص فرادى وجماعات، ومن ثم فإن القدرة المنخفضة لهؤلاء الأفراد على التكيف الاجتماعي إنما تعد نتاجاً لتلك الخصائص . ومما لا شك فيه أن العديد من الأبعاد المرتبطة بالإعاقة العقلية أو الفكرية إنما تمثل في أساسها مشكلة اجتماعية حيث تؤدي القدرة العقلية المحدودة للطفل المعوق عقلياً أو فكرياً به إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي، وتجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة . ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المعوقين عقلياً أو فكرياً ما يلي :

١- قصور في الكفاءة الاجتماعية .

- ٢- عجز عن التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها .
- ٣- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين .
- ٤- قصور في القدرة على التواصل .
- ٥- تدني مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي .
- ٦- عدم القدرة على المبادرة بالحديث مع الآخرين .
- ٧- قصور في المهارات الاجتماعية .
- ٨- صعوبة تكوين علاقات وصدقات مع الآخرين .
- ٩- صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم .
- ١٠- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم .
- ١١- الميل إلى مشاركة من يصغرونهم سناً في أي ممارسات اجتماعية .
- ١٢- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب .
- ١٣- عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .
- ١٤- قصور في مهارات العناية بالذات .
- ١٥- قصور في المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية .

تشخيص وتقييم الإعاقة العقلية أو الفكرية

وفقاً لما تقره الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية أو الفكرية والاضطرابات النمائية *American Association on Intellectual Disability and Developmental Disorders AAID- DD* منذ عام (١٩٩٤) فإن الإعاقة العقلية أو الفكرية هي حالة عامة من الأداء الوظيفي العقلي دون المتوسط، وأن هذا النقص في الأداء هو نقص دال إحصائياً حيث تبلغ نسبة ذكاء الطفل ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، ويتزامن هذا النقص مع بعض أوجه القصور الدالة في السلوك التكيفي من جانب الطفل والتي لا تقل عن اثنين . ويعتبر السلوك التكيفي *adaptive behavior* في الواقع بمثابة كفاءة الفرد في التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته . وقد يكون القصور في السلوك التكيفي في عدة نواحي مثل؛ النضج، والقدرة على التعلم، والتكيف الاجتماعي . وبالتالي فإنه ينعكس على مهارات العناية بالذات حيث تدل عليه (كالقدرة على أن يرتدى الطفل ملابسه بنفسه

بشكل مناسب، وأن يعمل بمهنة بسيطة على سبيل المثال) وهو ما يجعلها ضرورية للطفل كي يتمكن من أن يحيا بشكل مستقل . وعلى هذا الأساس فإن الطفل يجب أن ينطبق عليه عدد من الشروط كي نعتبره من ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية وذلك كما يلي :

- ١ - أن يكون أداؤه الوظيفي العقلي دون المتوسط وذلك بشكل دال .
- ٢ - أن يكون في الوقت ذاته غير قادر على أن يعتني بنفسه أو يحيا بشكل مستقل بمعنى أن يعاني من قصور في سلوكه التكيفي .
- ٣ - أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد بمعنى أن يحدث ذلك قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره، وليس بعد ذلك فيتجاوز أحد شروط الإعاقة .

ومن هذا المنطلق تتطلب الإعاقة العقلية أو الفكرية حدوث أوجه قصور في جانبين أساسيين هما الأداء الوظيفي العقلي والأداء التكيفي للطفل . وإذا كان الأمر كذلك فإن تشخيص الإعاقة العقلية أو الفكرية لا يجب بالضرورة أن يتطلب مقياساً وحيداً للتعرف عليه كأن نقوم مثلاً كما يحدث في كثير من الأحيان بتطبيق مقاييس الذكاء على الطفل وإذا وجدنا أن نسبة ذكائه دون المتوسط نقوم بتشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية أو فكرية حيث أنه إذا ما حدث ذلك فإننا نكون مخطئين بالفعل لأن نسبة الذكاء المنخفضة في حد ذاتها لا يجب بالضرورة أن تكون معياراً صادقاً للإعاقة العقلية أو الفكرية وإن كانت تمثل شرطاً ضرورياً لتشخيص الطفل كذلك . وفي مثل هذه الحالة يجب علينا إلي جانب ذلك أن نقوم بتطبيق أحد مقاييس السلوك التكيفي، وأن نتأكد من أن الطفل غير قادر على أن يعتني بذاته . ويوصي بعض المتخصصين في هذا المجال أن نقوم أولاً بتطبيق مقياس للسلوك التكيفي على الطفل، وإذا ما وجدنا أن هناك بعض أوجه القصور التي لا يستطيع الطفل من جرائها أن يعتني بذاته أو يحيا بشكل مستقل يكون من الضروري في مثل هذه الحالة أن نقوم على الفور بتطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال عليه حتى نتأكد من أن نسبة ذكائه إنما تبلغ آنذاك دون المتوسط . وفي مثل تلك الحالة يمكننا أن نصل إلى تشخيص نهائي للحالة بأن صاحبها يعاني من إعاقة عقلية أو فكرية، ويعرف هذا الاتجاه في التشخيص والقياس والتقييم بأنه الاتجاه التكاملية وهو الاتجاه الذي بدأ يسود في الآونة الأخيرة .

وتؤكد العديد من الدراسات الحديثة كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة انتشار الإعاقة العقلية أو الفكرية كما أظهرتها التقديرات المبكرة تتباين من بلد إلى آخر ، ولكنها تتراوح بشكل عام بين ١- ١٣% من المجموع العام . إلا أن التقديرات الحديثة قد أظهرت وجود نسب تختلف عن ذلك حيث أكدت أن نسب انتشاره تتراوح في واقع الأمر بين ١- ٣ % فقط ، ووجدت أن تلك النسبة تصل إلى ٣ % إذا ما اعتمدنا على نسبة الذكاء كمعيار أو محك وحيد فقط ، أما إذا ما لجأنا إلى السلوك التكيفي أو الأداء التكيفي للطفل كمعيار أو محك أساسي بجانب نسبة ذكائه فإن تلك النسبة تقل عن ذلك لتصل إلى ١ % فقط . أما فيما يتعلق بنسبة الذكاء فإننا نلاحظ أنها يجب أن تقل عن المتوسط بمقدار إنحرافين معياريين أو أكثر كما سنوضح فيما بعد . فلو أخذنا مقياس وكسلر لذكاء الأطفال كمثال سنجد أن الدرجة ١٠٠ هي التي تمثل المتوسط ، وأن إنحرافها المعياري هو ١٥ وهنا يصبح الطفل الذي يحصل على ٧٠ أو أقل ينطبق عليه أحد المحكات الأساسية للإعاقة العقلية أو الفكرية . ويتبقى له في مثل هذه الحالة أن ينطبق عليه المحك الثاني وفقاً للتشخيص التكاملي وهو السلوك التكيفي .

وتعرض الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية *DSM-IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* والمراجعة النصية *text revision* لذات الدليل التي تم القيام بها عام (٢٠٠٠) *DSM- IV- TR* تشخيصاً للإعاقة العقلية أو الفكرية على النحو التالي :

- ١ - أن يكون الأداء الوظيفي العقلي للطفل دون المتوسط بحيث تصل نسبة ذكائه إلى حوالي ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .
- ٢ - أن يتزامن ذلك مع وجود أوجه القصور في اثنين على الأقل من مجالات أو مهارات السلوك التكيفي أو الأداء التكيفي للطفل بحيث لا تنطبق على الطفل بعض المعايير المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية . وتمثل تلك المجالات في التواصل، والمهارات الاجتماعية أو بين الشخصية، والمهارات الأكاديمية، والصحة، والعناية بالذات، واستغلال مصادر أو موارد المجتمع والاستفادة منها، والعمل، والأمان، والحياة المنزلية، والتوجيه الذاتي، والاستفادة من وقت الفراغ والتخطيط له .

٣ - يجب أن يكون بداية ذلك قبل أن يصل الطفل الثامنة عشرة من عمره .
وجدير بالذكر أن الإعاقة العقلية أو الفكرية تحدث بدرجات تتباين في شدتها أو مدي حدتها . وعلى الرغم من ضرورة استخدام محكين اثنين لتشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية أو فكرية وذلك وفقاً للاتجاه التكاملية هما نسبة الذكاء والسلوك التكيفي فإن نسبة الذكاء تعد هي المحك الأساسي في التمييز بين مستويات الإعاقة العقلية أو الفكرية ومدى حدتها . وهناك أربعة مستويات للإعاقة العقلية أو الفكرية بناء على نسبة الذكاء يتمثل أولها في الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة *mild* (٥٥ إلى أقل من ٧٠) ، ويتمثل ثانيها في الإعاقة العقلية أو الفكرية المتوسطة *moderate* (٤٠ إلى أقل من ٥٥) ، أما المستوى الثالث فيتمثل في الإعاقة العقلية أو الفكرية الشديدة *severe* (٢٥ إلى أقل من ٤٠) ، ويتمثل المستوى الرابع في الإعاقة العقلية أو الفكرية الشديدة جداً أو الحادة *profound* والتي تقل نسبة ذكاء الطفل فيه عن ٢٥ ويبدو على الطفل بعض جوانب بسيطة من النمو الحركي .

ويرى مادل (١٩٩٠) Madle أن حوالي ٨٩ % من الأفراد المعوقين عقلياً أو فكرياً يعدون في المستوي البسيط للإعاقة في حين يوجد هناك حوالي ٧ % منهم يعدون في المستوي المتوسط ، وأن حوالي ٣ % منهم يعدون في المستوي الشديد، أما المستوى الشديد جداً أو الحاد فلا يوجد فيه من الأفراد المعوقين عقلياً أو فكرياً سوى حوالي ١ % فقط . ويضيف سكوت (١٩٩٤) Scott أن نسبة انتشار تلك الإعاقة تتأثر بعدد من العوامل تتضمن الجنس، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي، والسلالة *race* حيث نجد أن نسبة انتشار تلك الإعاقة بين البنين تعد ضعف نسبة انتشارها بين البنات حيث تبلغ النسبة بينهما ٢ : ١ وأن نسبة انتشارها تزداد بين السود قياساً بالبيض . كذلك فإن الطبقة الاجتماعية ترتبط هي الأخرى بهذه الإعاقة إذ تزداد نسبة انتشارها بين الجماعات من المستويات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا قياساً بغيرهم من الجماعات التي تنتمي إلى المستويات الأخرى .

ويشير إينفيلد وأمان (١٩٩٥) Einfeld&Aman وجونسون وآخرون (١٩٩٥) Johnson et al. أن هناك العديد من المشكلات الأخرى المترامنة التي يعاني منها الأطفال ذوو الإعاقة العقلية أو الفكرية من بينها تلك المشكلات التي تتعلق بالمشي، والمشكلات الحركية الدقيقة، والتحدث، والسمع، والإبصار ، كذلك

فإن بعض هؤلاء الأطفال قد يعانون من الصرع أو الشلل الدماغي . كما أن هناك بعض المشكلات النفسية التي قد تتزامن هي الأخرى مع إعاقتهم تلك حيث وجد سكوت (١٩٩٤) Scott أن حوالي ٢٢% من المراهقين المعوقين عقلياً أو فكرياً الذين يعانون من القلق يبدون بعض الاضطرابات السلوكية أو السلوكيات المضادة للمجتمع، كما أن بعضهم الآخر يبدون سلوكيات تتعلق بإيذاء الذات .

تصنيف الإعاقة العقلية أو الفكرية

هناك عدد من المحكات التي تستخدم في تحديد تصنيفات الإعاقة العقلية أو الفكرية . ونحن لا نفضل أحدها على الآخر نظراً لأن كل هذه التصنيفات تعمل على إجلاء الصورة من خلال تناول مثل هذه الإعاقة من كافة جوانبها المختلفة . وسوف نتناول ذلك كما يلي :

أولاً : مصدر الإعاقة :

وهنا يعد مصدر الإعاقة العقلية أو الفكرية سواء كان ذلك يرجع إلي عوامل داخلية أو خارجية هو الأساس الذي يقوم عليه مثل هذا التصنيف، ومن ثم تتراوح الإعاقة العقلية أو الفكرية وفقاً لذلك بين إعاقة أولية وأخرى ثانوية .

أ – الإعاقة العقلية الأولية :

وتعرف الإعاقة العقلية بأنها أولية إذا كان مصدرها يرجع إلي عوامل داخلية أي وراثية بيولوجية كما هو الحال في الشذوذ الكروموزومي للكروموزوم المحدد للجنس *fragile X chromosome*، أو الفينيلكيتونوريا *RKU*.

ب – الإعاقة العقلية الثانوية :

ويطلق علي الإعاقة العقلية أنها إعاقة ثانوية إذا كانت ترجع إلي أسباب بيئية أي عوامل خارجية كما هو الحال في الإصابة بالأمراض التي يمكن أن تؤدي إلي تلك الإعاقة كالسحايا والزهري وغيرها، أو التعرض للحرمان البيئي الشديد أو الصدمات الشديدة في الرأس خلال مرحلة الطفولة على وجه التحديد .

ثانياً : درجة شدة الإعاقة :

تعتمد درجة شدة الإعاقة العقلية أو الفكرية علي نسبة الذكاء كمحك أساسي ، ومن هذا المنطلق تضم تلك الإعاقة أربع فئات على النحو التالي :

أ - إعاقة عقلية أو فكرية بسيطة :

تتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٥٥ إلي أقل من ٧٠ ومع أنهم يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء فإنهم يصبحون قادرين على استخدام الكلام أو اللغة عامة لقضاء متطلبات الحياة اليومية، ويصبح بإمكانهم إجراء الحوارات البسيطة مع الآخرين . كما يكتسب أغلب الأفراد في هذه الفئة الاستقلال في رعاية الذات بما يتطلبه ذلك من مهارات كتناول الطعام، وارتداء الملابس، والتحكم في عمليتي الإخراج علي سبيل المثال إلي جانب بعض المهارات المهنية والمهارات اللازمة لأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية البسيطة. وتتمثل مشكلاتهم الرئيسية في مهام الدراسة الأكاديمية إلي جانب بعض المشكلات السلوكية والانفعالية والاجتماعية . ويرى عكاشة (١٩٩٢) أنه يمكن تحديد سبب عضوي مسنول عن تلك الإعاقة لدى نسبة ضئيلة منهم، كما أن بعض هذه الحالات يكون مصحوباً باضطراب التوحد أو غيره من الاضطرابات النمائية أو الإعاقات الجسمية الأخرى.

ب - إعاقة متوسطة :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٤٠ إلي أقل من ٥٥ ويعد هؤلاء الأفراد بطيئون في فهم واستخدام اللغة، ويتأخر اكتسابهم للمهارات اللازمة لرعاية الذات والمهارات الحركية . أما مهاراتهم الأكاديمية فهي محدودة جداً، ونادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً كاملاً عندما يصلون إلي مرحلة الرشد . ومع ذلك فإنهم عادة ما يكونوا قادرين على التحرك بشكل تام مع تمتعهم بالنشاط البدني ، كما يبدي غالبيتهم دلائل على نموهم الاجتماعي من خلال قدراتهم على التواصل والتفاهم مع الآخرين ومشاركتهم في بعض الأنشطة الاجتماعية البسيطة . ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الصور الوصفية لقدرات هؤلاء الأفراد تتباين، ففي حين يصل بعضهم

إلى مستويات أعلى في المهارات البصرية والمكانية قياساً بتلك المهام التي تعتمد على اللغة نجد أن بعضهم الآخر يتمتع بالتفاعل الاجتماعي والحوار البسيط . وفيما يتعلق بمستوى النمو اللغوي لأعضاء هذه الفئة فإنه يتباين بين ما يسمح لهم بالاشتراك في حوارات بسيطة، وما يسمح لهم بتوصيل احتياجاتهم الأساسية للآخرين، أو عدم استخدام اللغة مع أنهم يفهمون التعليمات البسيطة ويستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض هذا القصور اللغوي . وفي أغلب الحالات يمكن تحديد سبب عضوي للإعاقة، وقد يعاني الأفراد من اضطرابات أخرى شديدة سواء كانت نمائية كاضطراب التوحد أو غير نمائية .

ج - إعاقة شديدة :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٢٥ إلى أقل من ٤٠ وتتشابه هذه الفئة مع الفئة السابقة فيما يتعلق بالصورة الإكلينيكية، ووجود سبب عضوي للإعاقة، والحالات المصاحبة لها . ويتسم الأفراد في هذه الفئة بانخفاض مستويات الإنجاز بشكل عام مع المعاناة من خلل في الحركة، أو أنواع قصور أخرى مصاحبة تدل على وجود عيب تكويني في الجهاز العصبي المركزي .

د - إعاقة شديدة جداً أو حادة :

وتقل نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة عن ٢٥ ، وعادة ما يكونوا غير قادرين للمرة على فهم أو تنفيذ التعليمات أو الأوامر، ويكون أغلبهم غير قادر على التحكم في التبول والتبرز . ولا يستطيع هؤلاء الأفراد قضاء احتياجاتهم المختلفة، أو العناية بذواتهم مما يجعلهم في حاجة دائمة إلى الاهتمام والرعاية والمتابعة . ويمكن في الغالب التعرف على سبب عضوي للإعاقة، كما تشيع أشكال العجز الشديدة التي تؤثر على عمل الحواس إلى جانب شيوع بعض الاضطرابات النمائية وغير النمائية.

ثالثاً : توقيت حدوث الإعاقة :

ويعتمد هذا التصنيف على الترتيب الزمني لحدوث الإعاقة وما يمكن أن يؤدي إلى ذلك من أسباب . ومن هذا المنطلق يمكن تصنيف الإعاقة بناء على عوامل قبل الولادة، أو أثناءها، أو بعدها وذلك على النحو التالي :

أ - قبل الولادة :

وترجع تلك الأسباب في معظمها إلى عوامل وراثية جينية تترك آثاراً مباشرة على الجنين من خلال المورثات والجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية . وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ومنها تعرض الأم الحامل لأمراض الزهري، أو الجدري، أو أمراض القلب، أو حمى الصفراء، أو الحصبة الألمانية، أو السحايا، أو ضمور بالمخ، أو إصابتها بالتسمم العضوي وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل . وإذا ما حدث ذلك فإنه يسبب تلفاً وضموراً في مخ الجنين، ويؤثر سلباً على جهازه العصبي، ويعوق نموه . كذلك فهناك العامل الريزي سي RH والذي يقصد به اختلاف دم الأم عن دم الجنين وهو ما يؤدي إلي عدم نضج خلايا المخ لدى الجنين . وإلى جانب ذلك هناك إدمان الأم للمخدرات، أو الكحوليات، أو تدخين السجائر، أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب، أو اضطرابات إفراز غدها الصماء، أو تعرضها للأشعة السينية (X) ، أو محاولات الإجهاض المتكررة من جانبها . ومن هذه العوامل والأسباب أيضاً الأمراض والاضطرابات الدماغية والتي تشمل العيوب المخية التي تنتقل عن طريق الجينات والتي قد يصحبها نمو شاذ في الجمجمة قد يؤدي إلى صغر حجم الدماغ لدى الطفل أو كبره . كذلك هناك أسباب أخرى يأتي في مقدمتها اضطراب تكوين الخلايا، واضطراب التمثيل الغذائي، وجميعها يسهم بشكل مباشر في حدوث الإعاقة العقلية .

ب - أثناء الولادة :

ويحدث ذلك بسبب حالات الولادة غير الطبيعية كالولادات المتعسرة حيث قد يترتب عليها حدوث إصابات في الجمجمة نتيجة اضطراب الطبيب إلى استخدام الجفت أو الملاقط ، وقد تؤدي تلك الإصابات إلى حدوث خلل عقلي أو قصور في بعض النواحي الإدراكية أو العقلية . كذلك فقد يتعرض الجنين إلى نقص الأكسجين أثناء الولادة مما يؤدي أيضاً إلى الإعاقة حيث عادة ما يؤدي ذلك إلى حدوث تلف أو ضمور في خلايا المخ نتيجة لذلك .

ج - بعد الولادة :

قد يتعرض الطفل في واقع الأمر إلى بعض الحوادث المختلفة، أو الصدمات الشديدة بالرأس مما قد يؤدي في كثير من الأحيان إلى إصابة الدماغ . كما قد يتعرض لبعض الأمراض التي يمكن أن تؤدي أيضاً إلى الإعاقة العقلية أو الفكرية ومن أمثلتها الالتهاب السحائي *meningitis* أو الحمى الشوكية، أو الحمى القرمزية، أو التهاب الدماغ، أو الزهري، أو الالتهاب الرنوي، أو الحصبة، أو يحدث اضطراب في إفراز الغدد لديه وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية . وإضافة إلى ذلك هناك حالات سوء التغذية الشديدة أو نقص البروتينات خلال العام الأول من عمره، أو الحرمان البيئي والثقافي وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي إلي نفس النتيجة .

رابعاً : المظاهر الجسمية والأتماظ الإكلينيكية :

يعتمد تصنيف الإعاقة العقلية أو الفكرية في ضوء هذا المنظور على تلك المظاهر الجسمية التي تصاحب حالات الإعاقة والتي يمكن تناولها على النحو التالي:

أ – القماءة أو القصاع : *Cretinism*

تنشأ هذه الحالة عن نقص إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلي حدوث تلف أو ضمور في المخ تظهر أعراضه بعد الشهر السادس من الولادة وذلك بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من الأم . وتتسم الحالة بقصر القامة بدرجة ملحوظة حيث لا يصل طول الفرد إلى ٩٠ سم مهما كان عمره الزمني ، كما لا تزيد نسبة الذكاء عن ٥٠ . ويصاب الطفل عادة بالهبوط الحركي، ويتسم بغلظة وجفاف الجلد، وتضخم اللسان، وتخشن الصوت، وبروز البطن، وسقوط الشعر . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه إذا عولج الطفل خلال السنة الأولى من عمره فإنه يشفى من هذه الأعراض وينمو نمواً سوياً ، أما إذا تأخر العلاج إلى ما بعد هذه الفترة فإن الأعراض الجسمية تتحسن ولكن يبقى القصور العقلي ويستمر مع الطفل .

ب - استسقاء الدماغ : *hydrocephalus*

وتتميز هذه الحالة بتضخم الدماغ وامتلائه بالسائل الشوكي أو المخي، وبروز الجبهة نتيجة لذلك مع ضمور في أنسجة المخ نظراً للضغط المستمر لهذا السائل علي المخ . ويصل محيط الرأس إلى ٧٥ سم، وقد تنتج هذه الحالة عن إصابة الأم الحامل بالزهري أو التهاب السحايا . ويتوقف مقدار الإعاقة على مدي التلف الذي يحدث في أنسجة المخ . ويتم أحياناً اللجوء إلى عملية جراحية لخفض هذا الضغط، ولكن غالباً ما يصاب الطفل بإعاقة شديدة . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذه هي الحالة الوحيدة في الإعاقة العقلية أو الفكرية التي يمكن فيها استخدام الجراحة .

ج - كبر الدماغ : *macrocephaly*

وتتميز هذه الحالة بكبر محيط الرأس وزيادة حجم الدماغ بشكل عام، ويصاحب ذلك زيادة ملحوظة في حجم المخ خاصة الخلايا الضامة والمادة البيضاء . ويمكن ملاحظة هذه الحالة منذ العام الثاني من عمر الطفل حيث يمر عامان ونصف من عمر الطفل ولا تلتئم عظام الرأس، ومن المعروف أن المدة الطبيعية لالتئام هذه العظام يكون بين سن تسعة شهور وثمانية عشر شهراً . هذا وتتراوح نسبة الذكاء آنذاك بين ٢٥ - ٥٠ . ويصاحبها اضطرابات في الإبصار وتشنجات تعرف بالتشنجات الطفلية *infantile spasms* ، وقد يكون للوراثة دور في ذلك .

د - صغر الدماغ : *microcephaly*

وتتسم هذه الحالة بصغر الجمجمة أو محيط الرأس بشكل واضح ومتفاوت مع باقي أعضاء الجسم مما يعرض الطفل للإعاقة العقلية أو الفكرية الشديدة إذ أن صغر حجم الرأس أو الجمجمة يجعل عظام الجمجمة تضغط على المخ ولا تسمح له بالنمو. ويرجع سبب هذه الحالة إلى إصابة يتعرض لها الجنين في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، أو تعرض الأم للعدوى أثناء فترة الحمل مما يؤدي إلى التئام عظام الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح ذلك بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً حيث يكون ذلك في الغالب قبل أن يصل الطفل الشهر التاسع من عمره . وعادة ما يصاحب هذه الحالة حالات

تشنج ، ونوبات من الصرع مع نشاط زائد . وقد ترجع هذه الحالة إلى إصابة الأم أثناء الحمل بالتهاب السحايا، أو تعرضها لأشعة X ، أو صدمات كهربائية، كما قد تكون الجينات المتنحية هي أحد أهم الأسباب التي يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث هذه الحالة .

هـ - العامل الريزيسي : *RH factor*

وتحدث هذه الحالة بسبب اختلاف دم الأم عن دم الجنين ، وربما ترجع في الأساس إلى اختلاف دم الأم عن دم الأب فإذا كان دم الأم سالبا ودم الأب موجبا مثلا، وورث الجنين عن الأب وأصبح دمه موجبا ، هنا يختلف دم الأم عن دم الجنين مما يؤدي إلى ما يلي :

١- تكوين أجسام مضادة .

٢- اضطراب في توزيع الأكسجين .

٣- عدم نضج خلايا الدم لدى الجنين .

٤- تدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين .

وبالتالي فإن ذلك يؤثر في تكوين المخ مما ينتج عنه تلف وضمور في المخ ، ومن ثم الإعاقة العقلية أو الفكرية . ولرعاية هذه الحالة ينبغي أن تتم عملية تغيير دم للطفل بشكل مستمر .

و - اضطراب التمثيل الغذائي (الأيض) : *metabolism*

وتتسم هذه الحالة بالاضطراب في تمثيل الدهون، والبروتينات، والكربوهيدرات. وينتقل هذا الاضطراب عن طريق الجينات، وهناك العديد من المركبات والعناصر الكيميائية التي تسبب ذلك الاضطراب الجيني المسنول عن الإعاقة العقلية أو الفكرية وجدير بالذكر أن الإعاقة العقلية في حد ذاتها لا تكون موروثة في مثل هذه الحالة، ولكنها تحدث بسبب اضطراب الأيض أي التمثيل الغذائي أو عمليتي الهدم والبناء الناتج في هذه الجينات عن اختفاء نشاط أنزيمي معين أو اضطرابه فيما يتعلق بالعملية المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات . ويظهر ذلك في لون البول ورائحته الكريهة حيث تزداد نسبة حامض الفينيل في الدم مما يسبب تسمم الدماغ وهو ما يؤدي إلى اضطراب في الخلايا العصبية للدماغ ، ومن ثم الإعاقة

العقلية أو الفكرية التي لا تزيد نسبة الذكاء فيها عن ٥٠ فقط، وتعد هذه الحالة موروثاً كما أوضحنا منذ قليل . ولرعاية هذه الحالة نقوم بتحديد نظام غذائي معين ويتم الالتزام به، ويمكن التعرف على الحالة من خلال تحليل الدم .

خامساً : السلوك التكيفي :

يقوم هذا التقسيم على تحديد قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي، والاعتماد على النفس في الحياة اليومية، أي السلوك الاستقلالي من جانب الفرد وهو الأمر الذي نستخدم مصطلح السلوك التكيفي للدلالة عليه . ويشير الشخص (١٩٩٤) إلى أنه يتم تقسيم هؤلاء الأطفال بحسب نسب ذكائهم ودرجة تكيفهم الاجتماعي أو سلوكهم التكيفي على النحو التالي :

جدول (١) فئات المعوقين عقلياً ونسب الذكاء المقابلة لها ودرجة التكيف الاجتماعي

مدى الدرجات المحددة لنسب التكيف	البعد عن المتوسط في الذكاء	الفئة في السلوك التكيفي
١٣٦ درجة فأكثر	+ ٢ ع	فئة المتفوقين
١٣٥ - ٨٥	+ ٢ ع	فئة غير المعوقين
٨٤ - ٧١	- ٢ ع	فئة الإعاقة العقلية البسيطة
٧٠ - ٥٨	- ٣ ع	فئة الإعاقة العقلية المتوسطة
٥٧ - ٤٥	- ٤ ع	فئة الإعاقة العقلية الشديدة
٤٤ درجة فأقل	- ٥ ع	فئة الإعاقة العقلية الحادة

ويتضح من الجدول أن نسب ذكاء الأطفال المعوقين عقلياً تقل عن المتوسط بنسب تتراوح بين إنحرافين معياريين إلى خمسة إنحرافات معيارية، وأن الدرجات المحددة لنسب التكيف الخاصة بهم تقل عن ٨٥ درجة ويتباين ذلك من فئة إلي أخرى من تلك الفئات الأربع التي تتضمنها الإعاقة العقلية أو الفكرية .

سادساً : التصنيف التربوي :

يتم تقسيم الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً من المنظور التربوي إلى مستويات ثلاثة وفقاً للمواقف التربوية وذلك على النحو التالي :

أ – المعوقون عقلياً القابلون للتعلم : *educable*

وهم يقابلون فئة الإعاقة العقلية البسيطة الذين تتراوح نسب ذكائهم بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في الحادية عشرة من عمره فيحتاج الواحد منهم بالتالي إلى نوع من التربية الخاصة هو ما توفره مدارس التربية الفكرية حتى نستطيع القيام على تنمية قدراته الأكاديمية التي توازي هذا العمر العقلي .

ب – المعوقون عقلياً القابلون للتدريب : *trainable*

وهم يقابلون فئة الإعاقة العقلية المتوسطة الذين تتراوح نسب ذكائهم بين ٤٠ – ٥٥ والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في التاسعة من عمره، وبالتالي يتم تدريبهم على بعض المهام البسيطة مع تدريبهم على بعض المهارات البسيطة التي تساعدهم على أداء تلك المهام المختلفة التي ترتبط مثل هذه المهارات بها . كما يجب من جانب آخر أن يتم تدريبهم على بعض الحرف البسيطة أيضاً بما يساعدهم على العيش .

ج - المعوقون عقلياً غير القابلين للتعليم أو التدريب :

uneducable or untrainable (custodial)

وهم يقابلون فئتي الإعاقة العقلية الشديدة والحادة، والذين تقل نسب ذكائهم عن ٤٠ في الفئة الأولى وعن ٢٥ في الفئة الثانية، والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في الثالثة من عمره، وقد يقل المتوسط عن ذلك . ويمكن في بعض الحالات أن يستفيد الأطفال في الفئة الأولى من تدريبهم على القيام ببعض العادات المختلفة، ولكنهم مع ذلك يظلون هم وأقرانهم في الفئة الثانية في حاجة إلى رعاية خاصة .

أسباب الإعاقة العقلية أو الفكرية

يرى هالاهاان وكوفمان (Hallahan & Kauffman ٢٠٠٧ / ٢٠٠٨) أن نسبة حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية غير المعروفة في سببها العضوي تمثل نسبة كبيرة بين حالات الإعاقة حيث تتراوح بين ٨٠ - ٩٤ % ويطلق علي مثل هذه الحالات اسم الإعاقة العقلية ذي الأسباب الثقافية الأسرية *cultural familial* وهو ما ينسبها إلي أسباب اجتماعية وثقافية متدنية تكون موجودة في بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه يمكن الحد منه، وتؤدي في الغالب إلي إعاقته العقلية أو الفكرية مع أنه لا يتوفر حتى الآن دليل قوي علي صحة مثل هذا الافتراض وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية أو الفكرية والاضطرابات النمائية من قبل حيث أرجعت ذلك إلي أسباب نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها أسباب ثقافية أسرية وذلك في مقابل الأسباب العضوية التي قد تؤدي إلي الإعاقة العقلية أو الفكرية والتي تم حصرها في ثمانية أسباب علي النحو التالي :

- ١ - الإصابات والتسمم .
- ٢ - الإصابات والعوامل الجسمية .
- ٣ - الإصابات الدماغية العامة .
- ٤ - الشذوذ الكروموزومي .
- ٥ - اضطرابات الحمل .
- ٦ - اضطرابات عملية التمثيل الغذائي .
- ٧ - عوامل ما قبل الولادة (الوراثة والبيئة الرحمية) .
- ٨ - الاضطرابات النفسية للأم الحامل .

ومن ناحية أخرى يري شستيرنبرج وجريجورينكو (Sternberg & Grigorenko ١٩٩٩) أن للجينات الوراثية دوراً كبيراً في حدوث الفروق الفردية بين الأفراد سواء كانوا معوقين أم غير معوقين ، وأن مثل هذه الفروق تحدث في جميع جوانب النمو . وفيما يتعلق بمحور اهتمامنا هنا نجد أن تلك الجينات لها أثر كبير في حدوث الفروق الفردية في الدرجات الخاصة بنسب الذكاء حيث تسهم بدرجة كبيرة في حدوث مثل هذه الفروق إذ أنه كلما كان التشابه الجيني بين شخصين معينين كبيراً تقاربت كثيراً نسب ذكائهما، والعكس صحيح . وإذا ما عدنا إلي الإعاقة العقلية

أو الفكرية فسوف نجد أن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها كثيرة ومتعددة، ولا تقتصر على العوامل الجينية أو الوراثة فحسب، بل إنها في واقع الأمر تمتد إلى أبعد من ذلك لتشمل عوامل أخرى إلى جانبها يأتي في مقدمتها العوامل البيئية . ومن أهم هذه العوامل ما يلي :

أولاً : العوامل الوراثية :

تعد هذه العوامل مسنولة عن حدوث النسبة الأكبر من حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية والتي تبلغ حسب ما أوردته بعض التقارير حوالي ٨٠ % تقريباً من تلك الحالات وذلك لوجود تلف، أو ضمور، أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي وهو ما يؤدي إلى إعاقة في وسائل الإدراك، والوظائف العقلية المختلفة، وإلى حدوث مشكلات عديدة في عملية التعلم . وتلعب تلك العوامل دورها بطريق مباشر عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية، أو بطريق غير مباشر عن طريق نقل الجينات لعيوب تكوينية يمكن أن تؤثر على أنسجة المخ وخلاياه، وبالتالي تعوق نموه ووظائفه .

ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن هناك عوامل وراثية محددة تلعب دوراً هاماً في حدوث الإعاقة العقلية بصفة عامة، والإعاقة الفكرية على وجه التحديد إذ أنه قد يحدث شذوذ كروموزومي أو خطأ وراثي معين يمكن بالتالي أن يؤدي إلى حدوث أنماط مختلفة من الإعاقة كما يلي :

أ - شذوذ الكروموزوم (X) [أو ما يعرف بالكروموزوم (X) الهش]:

وتعد زملة أعراض شذوذ الكروموزوم (X) أو ما يعرف بالكروموزوم (X) الهش *The fragile x syndrome* كما يري كندول (٢٠٠٠) Kendall بمثابة نمط من تلك الأنماط التي تتضمنها الإعاقة العقلية أو الفكرية والتي ترتبط بالشذوذ الكروموزومي . وينشأ هذا النمط في الواقع عن وجود جزء منقبض أو متقلص عند نهاية أو طرف الكروموزوم (X) . وكغيره من الاضطرابات الكروموزومية الأخرى التي يمكن أن يتعرض الفرد لها هناك مجموعة من الخصائص الجسمية التي ترتبط به والتي تميزه إلى جانب العديد من أوجه القصور المعرفية المختلفة . وتتضمن الخصائص الجسمية قصر القامة، والجيبة العريضة

البارزة، والفك البارز، والأذنين الكبيرتين إلي جانب كبر اليدين والقدمين . ويرى مازوكو وآخرون (١٩٩٧) Mazzocco et al. أن هذا النمط من الإعاقة العقلية أو الفكرية يظهر بشكل كبير بين الذكور أو يتركز ظهوره بينهم، ومع ذلك فعندما يظهر هذا النمط بين البنات فإنه عادة ما يرتبط باضطراب التوحد أي أن التشخيص يكون مزدوجاً في مثل هذه الحالة .

ب - الفينيلكيتونوريا : PKU

وهناك اضطراب آخر يعرف بالفينيلكيتونوريا *phenylketonuria* الذي يكتب اختصاراً *PKU* والذي يتحدد بعوامل عضوية وأخرى وراثية . ويعد هذا الاضطراب بمثابة خطأ وراثي يتعلق بعملية الأيض أو الهدم والبناء *metabolism* ينشأ عن خمول في أنزيمات الكبد تؤدي إلى ظهور أحماض أمينية في البول تجعل رائحته كريهة . وهناك فحوص طبية يمكن من خلالها التعرف على هذه الحالة منذ وقت مبكر في حياة الطفل وذلك منذ الأسبوع الثالث بعد الولادة . وجدير بالذكر أن الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب يكونوا في الغالب غير معوقين عند الولادة، ولكنهم إذا لم يعالجوا عند اكتشاف الحالة وذلك خلال العام الأول من عمرهم فإن الأمر يتطور إلي حدوث الإعاقة العقلية أو الفكرية . وتوضح الدراسات الحديثة أنه إذا تم تشخيص الحالة بدقة في وقت مبكر من عمر الطفل، وتم تحديد نظام غذائي معين للطفل بعد ميلاده بوقت قصير فإن الأمر لا يصل إلى حدوث الإعاقة العقلية أو الفكرية، بل إن الطفل يكون في الواقع غير معوق . ومن جهة أخرى يشير روبنشتين وآخرون (١٩٩٠) Rubenstein et al. إلى أن مثل هذا الاضطراب يعد نادراً إذ تبلغ نسبة حدوثه بين الأطفال حالة واحدة لكل أربع عشرة ألف حالة ولادة . كما تتراوح حدة الإعاقة العقلية أو الفكرية الناتجة عن هذه الحالة بين الإعاقة المتوسطة إلى الإعاقة الحادة . ولا يرتبط هذا الاضطراب في الواقع بطبقة اجتماعية معينة أو بمستوى اجتماعي اقتصادي معين .

ج - حالات أخرى :

هناك عوامل وراثية وعضوية أخرى تلعب دوراً أساسياً في حدوث الإعاقة العقلية أو الفكرية يأتي في مقدمتها إصابة الحامل بالعدوى، أو تعرضها لبعض

الأمراض المعدية، أو تعرضها للتسمم، أو سوء التغذية مما قد ينتج عنه حدوث خطأ أو شذوذ كروموزومي ينتقل إلى الجنين من خلال المورثات . كذلك فإن الشذوذ في تركيب الجمجمة بالنسبة للطفل أو تعرضه لإصابات شديدة بالرأس يؤثر على أجزاء معينة في المخ وهو ما يؤدي إلى اختلال في الأداء الوظيفي العقلي للطفل . وتعد العوامل العضوية مسنولة عن حوالي ٧٠ % تقريباً من حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية الشديدة ، وعن حوالي ٥٠ % تقريباً من حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة .

ثانياً : العوامل البيئية :

وتضم هذه العوامل نوعين رئيسيين من العوامل المسببة للإعاقة العقلية أو الفكرية، يرتبط النوع الأول منهما بمجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين وهو في رحم أمه وتؤدي إلى إصابته بمثل هذه الإعاقة في حين يرتبط النوع الثاني بتلك العوامل التي ترتبط بالبيئة الاجتماعية للطفل والتي تلعب دوراً رئيسياً في هذا الصدد . ويمكن تناول ذلك كما يلي :

١ - البيئة قبل الولادة :

قد تتضمن تلك البيئة عدداً من المؤثرات السلبية التي قد يصل حجم تأثيرها الضار إلى تعطيل جانب كبير من قدرات الطفل العقلية . وجدير بالذكر أن هناك عدداً من العوامل التي قد تتعرض لها الأم الحامل والتي قد تؤثر سلباً على الجنين يأتي في مقدمتها المشكلات الصحية سواء كانت عضوية أو نفسية، وسوء التغذية، والتدخين، وتعاطي الكحوليات، وتعرضها للعدوى أو للأمراض المعدية، أو تعاطيها العقاقير دون استشارة الطبيب، أو تعرضها للإشعاعات الضارة إلى جانب نقص الأكسجين عند ولادة الطفل . ويلخص عادل عبد الله (١٩٩١) هذه العوامل كالتالي :

أ- سوء التغذية :

من المعروف أن الجنين يحصل على متطلباته الغذائية من مدخرات الأم، فإذا كانت تلك المدخرات كافية بمعنى أن غذاء الأم كان صحيحاً مناسباً فإن ذلك يساعد

الجنين على أن ينمو نمواً طبيعياً، أما إذا كانت تلك المدخرات غير كافية نتيجة معاناة الأم من سوء التغذية فإن ذلك لا بد أن يؤثر سلباً على نمو الجنين فينمو نمواً غير طبيعي ، وسوف يؤثر ذلك عليه عند الميلاد ، ويؤثر على صحته مدى حياته. كذلك فقد وجد العديد من الباحثين علاقة بين نقص التغذية خلال فترة الحمل وبين وجود نقص جسمي يتعرض له الجنين ويؤثر عليه منذ ميلاده إلى جانب حدوث خلل في جهازه العصبي ، أو تعرضه للقصور في قدراته العقلية، وتعرضه للعديد من الأمراض الجسمية المختلفة وهو الأمر الذي يترك أثراً سلبياً عليه .

ب - الحالة الصحية للأم :

إن تعرض الأم لأي مرض معد خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يترك أثراً بالغاً على الجنين . فإصابتها بالسحايا أو الحصبة الألمانية على سبيل المثال قد يؤدي بالجنين إلى الصمم أو البكم أو الإعاقة العقلية الفكرية . كما أن اضطراب إفرازات الغدد عند الأم من ناحية أخرى قد يؤدي بالجنين إلى أن يصبح من ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية .

ج - الحالة النفسية للأم :

تؤثر الحالة النفسية للأم بطريق غير مباشر على الجنين بشكل عام، فالمشاعر المتقلبة غير المستقرة التي قد تتعرض لها الأم الحامل تنعكس على النواحي الفسيولوجية المختلفة وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث شينين أساسيين يمكن لأي منهما أن يؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية أو الفكرية؛ يتمثل الأمر الأول منهما في إفراز الغدد لدى الأم وتغيير التركيب الكيميائي للدم ، بينما يتمثل الأمر الثاني في حدوث ما يعرف بمشكلات الولادة .

د - عمر الأم :

تدل الأبحاث على أن السن الأمثل للأم كي تحمل خلاله يتراوح بين ٢٠ - ٣٥ سنة حيث أن العوامل بعد هذا السن قد يتعرضن للمرض، وقد يتعرضن لصعوبات بالغة أثناء الحمل ومثلها أثناء الولادة، كما قد يزداد احتمال إصابة أطفالهن بحالات

قصور عقلي . كذلك فإن الحمل قبل سن العشرين قد توأكبه حالات ولادة مبتسرة وهو من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى القصور العقلي أيضاً .

هـ - تعرض الأم للإشعاع :

إن تعرض الأم الحامل لجرعات عالية من أشعة X (السينية) له تأثير بالغ الخطورة على الجنين حيث يؤدي ذلك إلى القصور العقلي أو حدوث تشوهات جسمية إلى جانب أنه قد يؤدي إلى الإجهاض .

و - تعاطي الأم للعقاقير :

يؤدي تعاطي الأم للعقاقير دون استشارة الطبيب خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل إلى تأثيرات سيئة على الجنين ، وأحياناً على الأم الحامل نفسها حيث قد يؤدي ذلك إلى ظهور أعراض فقر الدم عليها وحدث النزيف الدموي قبل الولادة وبعدها، كما قد يؤدي أيضاً إلى العديد من التشوهات الجنينية، أو بعض الأورام السرطانية، أو القصور العقلي . ومن المعروف أن تعاطي مثل هذه العقاقير خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل حتى وإن كان لأغراض طبية يعود بالسلب على الجنين .

ز - التدخين والمشروبات الكحولية :

يؤدي قيام الأم الحامل بالتدخين إلى زيادة احتمال وفاة الوليد في الأسبوع الأول من ولادته، وزيادة احتمال أن يكون هذا الوليد أقل وزناً من أقرانه، وأن يكون غير مكتمل النمو وهو ما يترك أثراً سلبياً عليه في العديد من الجوانب ومنها الجانب العقلي . أما تعاطي المشروبات الكحولية أثناء الحمل فيؤثر في معدل النمو الجسدي للأطفال ، وتزداد نسبة التشوهات الجسمية بينهم وخاصة في الأطراف، والقلب، والمفاصل، والرأس، والوجه ، كما يؤثر سلباً على معدل نكاه الأطفال ، وقد يؤدي إلى الإعاقة العقلية . ويرى أرونسون وآخرون (١٩٩٧) Aronson et al. أن تعاطي الأم للكحوليات قد يعرض الجنين لما يعرف بزملة أو متلازمة أعراض تعاطي الكحوليات *fetal alcohol syndrome* والتي تتضمن تأخراً في النمو

الجسمي والعصبي والعقلي . كما يرون أن الأطفال الذين يولدون لأمهات كن تتعاطين الكحوليات أثناء الحمل يتعرضون لمشكلات عديدة عقلية وسلوكية تستمر خلال مراهقتهم، ويكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأجنة الذين يتعرضون لمثل هذا الأمر أن يكونوا إما معوقين عقلياً أو توحديين وهو الأمر الذي يعد من الآثار المباشرة لتلك المتلازمة .

٢ - البيئة الاجتماعية :

هناك العديد من العوامل التي تتضمنها البيئة الاجتماعية التي يشب الفرد فيها تترك آثاراً سلبية عديدة عليه . ومن هذه العوامل الحرمان الاجتماعي والنفسي الشديد في الطفولة المبكرة، والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم، وعدم توفر فرص التعليم، والحرمان الثقافي ، والفقر وسوء أو تدني الحالة الاقتصادية مع كبر حجم الأسرة، وسوء التغذية على سبيل المثال . وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدي بالفرد إلى النضج العقلي والنفسي والاجتماعي والانفعالي حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه ، وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يحد كثيراً من نموه العقلي . كما أن التنشئة غير الملائمة لا تتيح الفرصة المناسبة لنمو الطفل العقلي حيث تعوق قدراته العقلية وإمكاناته الوراثية من الوصول إلى النضج ليس في هذا الجانب فحسب ، بل في جميع جوانب الشخصية. كذلك فإن الحرمان الاجتماعي في الطفولة المبكرة يترك آثاراً سلبية على النمو العقلي للطفل وهو الجانب الذي قد تتم إعاقته في هذه المرحلة سواء بسبب ذلك أو نتيجة لاضطرابات نفسية، أو انفعالية أخرى . ومن ثم فإن هذه المجموعة من العوامل لها دور بالغ الأهمية في هذا الصدد بحيث لا يمكن لنا أن نتجاهله بأي حال من الأحوال، بل إن علينا أن نوليها اهتمامنا، وأن نحاول الإقلال من أثره السلبي قدر الإمكان .

مستويات الوقاية من الإعاقة العقلية أو الفكرية

يذكر كمال مرسي (١٩٩٤) أننا عندما نطبق مفهوم الوقاية في الصحة العامة والصحة النفسية في مجال الإعاقة العقلية عامة، وفي مجال الإعاقة الفكرية على وجه التحديد فإنه يصبح لدينا مستويات ثلاثة من الوقاية يمكن تحديدها على النحو التالي :

أ - الوقاية الأولية : *primary prevention*

ويقصد بها الجهود والإجراءات التي يتم بذلها لرعاية الأجنة بهدف متابعتهم وتقليل احتمالات ولادة أطفال معوقين عقلياً أو فكرياً، أو مشوهين وذلك بتوفير الرعاية للأم الحامل، ومراجعتها المستمرة للطبيب، واستشارته الدائمة في كل ما تتعرض له، وتغذيتها جيداً، وحمايتها من أي أخطار يمكن أن تسهم في ولادة طفل من هذا القبيل سواء تمثل ذلك في شكل صدمات، أو أشعة، أو عقاقير، أو مخدرات، أو كحوليات، أو تدخين، أو أي نقص في عنصر اليود، أو ما شابه ذلك . وبالتالي يتم توفير التوعية اللازمة سواء من خلال زيارة الوحدات الصحية، أو الزيارات المنزلية، أو حملات التوعية بوسائل الإعلام، والاهتمام بالإرشاد الزواجي، وإجراء الفحوص اللازمة للشباب المقبلين على الزواج، وتوعيتهم بالأمراض الوراثية . كما تتضمن الوقاية الأولية أيضاً رعاية الأطفال منذ ميلادهم وحتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة ، وتوفير البيئة الملائمة التي تساعد على النمو السوي .

ب - الوقاية الثانوية : *Secondary Prevention*

ويتمثل هذا النوع من الوقاية في تلك الجهود والإجراءات التي تبذل وتتخذ في سبيل تغيير وتحسين الظروف البيئية التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالإعاقة العقلية أو الفكرية والتي يمكن لها أن تؤدي إلي حدوث تلك الإعاقة وهو الأمر الذي يمكن أن يقلل بدرجة كبيرة من احتمال أن تلعب تلك الظروف البيئية دوراً في حدوث الإعاقة . هذا إلى جانب تقديم الرعاية المطلوبة لأطفال الأسر الفقيرة ثقافياً واجتماعياً وذلك منذ سن مبكرة في حياتهم ، وتوفير السبل التي يمكن أن تسهم في أن يتطور نموهم العقلي المعرفي ويستمر في مساراته الطبيعية الصحيحة .

ج - الوقاية الثلاثية : *tertiary prevention*

ويتمثل هذا المستوى من الوقاية في تلك الجهود التي تبذل والإجراءات التي تتخذ في سبيل رعاية المعوقين عقلياً أو فكرياً، وتعليمهم، وتأهيلهم، وتشغيلهم في أعمال مفيدة لهم، وتعود بالنفع والفائدة على مجتمعاتهم .

رعاية الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً

يري كندول (٢٠٠٠) kendall أن برامج وأنماط الرعاية التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً قد تعددت منذ أن بدأت دول العالم المختلفة في الاهتمام برعايتهم وتأهيلهم . ويمكن تصنيف مثل هذه الرعاية في ثلاثة أنماط أساسية تتمثل في الأنماط التالية :

١ - الإقامة . *placement*

٢ - التعليم المدرسي . *education*

٣ - التدخلات العلاجية . *interventions*

وجدير بالذكر أن الإجراءات التي تتخذ في كل نمط من الأنماط الثلاثة قد تعرضت لتغيرات كثيرة كان سببها الأساسي هو التطوير وذلك في سبيل تقديم خدمات بشكل أفضل وتوفير أفضل سبل الرعاية والتأهيل لهم . وسوف يتم تناول تلك الأنماط كما يلي :

أولاً : الإقامة :

يشير تعيين المكان الملائم للفرد المعوق عقلياً أو فكرياً وتسكينه فيه إلى إجراءات أو ترتيبات الإقامة التي تتخذ لهذا الفرد . ومن الجدير بالذكر أنه كان يتم في الماضي وضع هؤلاء الأفراد في مؤسسات عامة تقوم فقط على تقديم الرعاية النهارية أو اليومية لهم . وبعد ذلك ضرباً من ضروب الرعاية البديلة التي كانت تقدم للأطفال غير المعوقين لفترة من النهار عندما يتطلب الموقف ذلك، غير أن الرعاية النهارية بالنسبة للأفراد المعوقين عقلياً أو فكرياً ليست بنفس الدرجة من الوضوح والتحديد حتى يتم تفسيرها على أنها أي نوع من الرعاية يتمثل في نمط أو آخر من الأنماط الثلاثة التالية من البرامج التي يتم تقديمها للأفراد المعوقين عقلياً أو فكرياً والتي تتحدد فيما يلي :

أ - برنامج رعاية الطفل أثناء النهار لإتاحة الفرصة للتخفيف عن الوالدين من تلك الضغوط والتوترات التي يتعرضان لها على مدى أربع وعشرين ساعة يومياً من الرعاية لطفهما المعوق عقلياً أو فكرياً .

ب - برنامج إعدادي يومي يهدف إلى مساعدة الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً على الانتقال إلى المدرسة بمعنى أن هذا البرنامج يعد بمثابة برنامج تهيئة .

ج - برنامج يومي يهدف إلى توفير الرعاية بعد اليوم المدرسي للأطفال المنتظمين في المدارس والذين لا يستطيع أسرهم أن تقدم لهم الرعاية اللازمة فيما بين انتهاء اليوم المدرسي وفترة المساء .

ومما لا شك فيه أن مثل هذه البرامج إنما تعمل في الواقع على تقديم العديد من الأنشطة ذات الأهمية لهؤلاء الأطفال فضلاً عن بعض الخدمات التعليمية، والترويحية، والصحية ذات الطبيعة الخاصة حيث يتم تصميمها بما يتفق مع الخصائص التي يتسم بها هؤلاء الأطفال حتى يتسنى في النهاية إشباع ميولهم ورغباتهم وذلك من خلال ما تتضمنه من ألعاب، وأنواع لعب، وما يتم تقديمه لهم من خدمات متعددة، وبرامج صحية متباينة، إضافة إلى إعداد هؤلاء الأطفال للانتقال إلى المدرسة .

ومنذ الستينات من القرن الماضي ظهر ما يعرف بمراكز المجتمع المحلي *community centers* والتي تعمل على توفير مناخ أسري شبيه بما يوجد في المنزل، وتوفير فرص التفاعل مع الآخرين، ومع البيئة المحلية التي ينشأ هؤلاء الأطفال فيها وهو الأمر الذي يمكن أن يساعدهم على الاندماج مع الآخرين المحيطين بهم . وإلى جانب ذلك وفي سبيل تحقيق الأهداف المحددة لها عملت تلك المراكز على توفير الإشراف اللازم على الطفل وتوجيهه أثناء فترة وجوده فيها . وتتراوح الأهداف التي تتبناها مثل هذه المراكز والتي تقوم على أساس مجتمعي ، وتتسم برامجها بشبهها بالحياة الأسرية وتقديم الخدمات لكل شخص مقيم بها بين إعداد هؤلاء الأفراد للاندماج في المجتمع المحلي من خلال ما يعرف بالمراكز المرحلية *halfway* ، وتقديم الرعاية الجماعية ، وتوفير الجو الأسري خاصة فيما يعرف بمراكز الإقامة *boarding* والتي تعمل أيضاً على إعداد هؤلاء الأفراد للانخراط في المجتمع . وسوف نعرض لذلك كما يلي :

أ - المراكز المرحلية : *halfway centers*

وتعمل تلك المراكز على تقديم الخدمات العلاجية قصيرة المدى للأفراد الذين لم يعودوا بحاجة إلى الرعاية الداخلية، ولكنهم لا يزالوا يحتاجون في الوقت نفسه إلى فترة من الإشراف والعلاج حتى يستطيعوا الاندماج مع الآخرين في مجتمعاتهم.

ولذلك تعمل هذه المراكز علي توفير مواقف للحياة الفعلية الواقعية يكتسب خلالها هؤلاء الأفراد المهارات الاجتماعية والمهنية اللازمة للأداء الوظيفي المقبول في إطار مجتمعهم المحلي .

ب - مراكز الرعاية الجماعية : *Group care centers*

وتقدم هذه المراكز الرعاية الجماعية على أسس مجتمعية، وتوفر برامج شبه أسرية للأفراد المعوقين الذين يحتاجون إلى إشراف يمتد على مدي الأربع وعشرين ساعة يومياً . ومن يلتحق بها من الأطفال يكون قادراً نوعاً ما على الرعاية الذاتية ولكنه في الوقت ذاته يكون غير قادر على الحياة المستقلة . ولذلك يكون الإشراف في تلك المراكز مباشراً مع توفير الأنشطة الاجتماعية المتنوعة التي يتم تدريب هؤلاء الأطفال علي المشاركة فيها .

ج - مراكز الإقامة : *boarding centers*

وتقدم هذه المراكز خدماتها المختلفة للأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً من الدرجة البسيطة، ولا يخضع الأطفال فيها لأي قواعد أو نظم باستثناء تلك التي تقرر بشكل عشوائي من جانب إدارة كل مركز من تلك المراكز . كما أنه لا يوجد بها أي شكل من أشكال الإشراف المباشر مما يتيح الفرصة لأي طفل معوق عقلياً أو فكرياً أن يلتحق بالمركز في أي لحظة . وتعمل البرامج المختلفة التي يتم تقديمها من خلال هذه المراكز على إعداد الأطفال للاندماج في مجتمعهم المحلي . وربما يرجع عدم وجود إشراف مباشر في تلك المراكز إلي أنها تقبل الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة والذين يتمكنون من خلال اشتراكهم في الأنشطة المختلفة من الأداء السلوكي بشكل مقبول ومستقل إلى حد كبير .

ثانياً : التعليم المدرسي :

يصنف الأطفال المعوقون عقلياً أو فكرياً وفقاً للتصنيف التربوي إلى قابلين للتعليم، وقابلين للتدريب، وغير قابلين للتعليم أو التدريب . وقد اهتمت دول العالم منذ وقت طويل بتقديم الخدمات التعليمية للأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً من فئة القابلين

للتعلم . وإلى جانب ذلك فقد تم سن القوانين التي تكفل لهم الحق في أن يتلقوا هذا النوع من التعليم . ويشير أمجد عبد الله (٢٠٠٠) إلى أن مصر كأحد المجتمعات النامية تهتم بتربية وتعليم هؤلاء الأفراد منذ الخمسينيات تحقيقاً لمبادئ رعاية حقوق المعوقين عقلياً التي أصدرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في ديسمبر ١٩٧١ والتي تنص في مادتها الثانية على حق الشخص المعوق عقلياً في الرعاية الطبية المناسبة، والعلاج الجسمي ، وحقه في أن ينال من التعليم، والتدريب، والتأهيل، والإرشاد ما يمكنه من تنمية قدراته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن . وقد صدر قانون الطفل رقم ٢١ لسنة ١٩٩٦ والذي جعل بمصر لأول مرة في تاريخها قانوناً متكاملًا للطفل يتضمن كافة الحقوق المتعلقة به ، ومنها ما يلي :

١ - حق الطفل المعوق في التمتع برعاية خاصة :

تذكر المادة ٧٦ من قانون الطفل أن للطفل المعوق الحق في التمتع برعاية خاصة اجتماعية، وصحية، ونفسية تنمي اعتماده علي نفسه، وتيسر اندماجه في المجتمع .

٢ - مجالات اهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعوقين (إنشاء معاهد ومدارس لهم) :

تضمنت المادة ٧٨ من قانون الطفل مجالات اهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعوقين سواء من جانب وزارة الشؤون الاجتماعية (وزارة التضامن الاجتماعي حالياً)، أو وزارة التربية والتعليم حيث يجوز لوزارة الشؤون الاجتماعية الترخيص في إنشاء المعاهد والمنشآت اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للأطفال المعوقين وذلك وفقاً للشروط والأوضاع التي تحددها اللائحة التنفيذية، كما أن لوزارة التربية دوراً بارزاً في هذا المجال حيث لها أن تنشئ مدارس أو فصولاً لتعليم هؤلاء الأطفال بما يتلاءم مع قدراتهم واستعداداتهم . وتحدد اللائحة التنفيذية شروط القبول، ومناهج الدراسة، ونظم الامتحانات فيها .

٣ - الأحكام والقواعد التي يجب مراعاتها في نظام التعليم للمعوقين عقلياً :

هناك من الأحكام والقواعد التي تتعلق بنظام التعليم لهؤلاء الأطفال ما كان موجوداً من قبل، واستمر العمل به حتى صدرت أحكام وقرارات أخرى في هذا

الشان . ويحدد القرار الوزاري رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ في المادة ١٧٨ من اللائحة التنفيذية لقانون الطفل أن يكون نظام التعليم للمعوقين عقلياً الذي يتمثل في التربية الفكرية وفقاً للأحكام التالية :

أ - فترة تهيئة :

وتبلغ مدة هذه الفترة سنتان ، وخطّة الدراسة فيها عبارة عن تدريبات حسية، وعقلية، وفنية، ورياضية، وموسيقية .

ب - الحلقة الإبتدائية :

وتصل مدتها إلى ست سنوات، وتتضمن حلقتين تتألف كل منهما من ثلاث سنوات. وتتضمن المواد الثقافية البسيطة إلى جانب المواد العملية المناسبة .

ج - الإعدادية المهنية :

وتبلغ مدة الدراسة بها ثلاث سنوات، وتتضمن خطة الدراسة التدريبات المهنية. ويمنح المتخرج شهادة مصدقة بإتمام الدراسة بمرحلة التعليم الأساسي لمدارس التربية الفكرية .

وتتحدد شروط القبول بمدارس التربية الفكرية علي النحو التالي :

- يقبل الأطفال المعوقون عقلياً الذين يتم تحويلهم إليها من المدارس الابتدائية، أو ممن لم يلتحقوا بالمدارس الابتدائية من سن ٦ - ١٢ سنة متي توافرت فيهم شروط القبول . ولا يجوز بقاء التلميذ بهذه المدارس بعد بلوغه ١٨ سنة في أول أكتوبر من العام الدراسي .

- يجب أن تتوافر الشروط الطبية والنفسية التالية للقبول بهذه المدارس :

أ - أن تتراوح نسبة ذكاء المقبولين بها بين ٥٠ - ٧٠ .

ب - ألا تكون لدي المقبولين إعاقات أخرى غير الإعاقة العقلية الفكرية تحول دون استفادتهم من البرنامج التعليمي الخاص بهم .

ج - يوضع جميع التلاميذ المقبولين تحت الملاحظة لمدة لا تقل عن أسبوعين

وذلك للتحقق من شروط الاستقرار النفسي ، ويتم إعداد تقرير عن حالة كل

تلميذ أثناء الملاحظة يرفق بأوراق التحويل إلى العيادة النفسية .

د - لا يتم القيد النهائي بالمدرسة إلا بعد إجراء الاختبارات النفسية والفحوص التي تقوم بها الجهات المختصة وذلك بعد أن يتم استيفاء الشروط السابقة .

وهناك أهداف متعددة تعمل مدارس التربية الفكرية على تحقيقها، وهي :

أ - تدعيم الصحة النفسية كي تساعد على الشعور بالأمن .

ب - تنمية الثقة بالنفس .

ج - تنمية القدرات البصرية، والسمعية، والحركية، والعقلية .

د - تنمية القدرة على الكلام والنطق الصحيح .

هـ - تنمية المهارات اللغوية والحسابية والمعلومات .

و - تنمية المهارات اليدوية .

ز - تنمية العادات والاتجاهات الاجتماعية السليمة، وغرس القيم الدينية والخلقية.

ح - تحسين العلاقات الاجتماعية مع أفراد المجتمع .

ط - تنمية العادات الصحية السليمة .

ي - إعداد التلميذ المعوق عقلياً للحياة العملية وذلك بتدريبه علي مهنة مناسبة .

ك - مساعدة هذا التلميذ على استغلال وقت الفراغ استغلالاً سليماً عن طريق برنامج النشاط الترفيهي .

ل - تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتي للطفل في الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل للصحة النفسية وتوفير التوعية اللازم، وتوطيد العلاقة بين المدرسة والمنزل في سبيل تحقيق مصلحة الطفل .

٤ - اعتبارات رعاية المعوقين عقلياً أو فكرياً :

هناك عدد من الاعتبارات التي ينبغي الأخذ بها لرعاية هؤلاء الأطفال يأتي في مقدمتها الاعتبار الديني والأخلاقي حيث يحثنا الدين والأخلاق علي رعايتهم كما ورد في الحديث الشريف (إنما ينصر الله هذه الأمة بضعفها) و (إيغوني الضعفاء فإنما ترزقون بضعفانكم) . ويقر الاعتبار الاجتماعي بحق كل فرد في المجتمع أن ينال الرعاية التربوية والنفسية المناسبة . وينظر الاعتبار الإنساني الحضاري إلي حق الشخص المعوق كإنسان في أن ينال الاهتمام الملانم . في حين ينظر الاعتبار الاقتصادي إلي أن تربية هؤلاء الأطفال لها عائد إنتاجي حيث يمكن

لنسبة كبيرة منهم تقدر بحوالي ٧٥ % تقريباً إذا ما أحسنا توجيههم وتعليمهم أن يحققوا التكيف النفسي، والاجتماعي، والمهني .

ثالثاً : التدخلات العلاجية :

تشير التدخلات العلاجية إلى تلك التدخلات التي تهدف إلى خفض حدة المشكلات الانفعالية والسلوكية المصاحبة للإعاقة العقلية أو الفكرية إلى جانب ما يمكن أن يصاحبه أيضاً من مشكلات واضطرابات نفسية . وتتضمن المشكلات المصاحبة للإعاقة العقلية أو الفكرية كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall اضطرابات معرفية كالهالوس ، *hallucinations* واضطرابات انفعالية كالاكتئاب، *depression* واضطرابات سلوكية كالعدوان *aggression* وإيذاء الذات . *self-injury* كما يرى أن حوالي ٣٨ % - ٦٥ % تقريباً من المعوقين عقلياً أو فكرياً لديهم مشكلات سلوكية . كذلك فإن هذه التدخلات العلاجية تهدف إضافة إلى ذلك إلى تعديل سلوك هؤلاء الأطفال . ومن أهم التدخلات والأساليب العلاجية الفعالة في هذا المجال ما يلي :

أ - العلاج الطبي .

ب - العلاج السلوكي .

ج - جداول النشاط المصورة .

د - العلاج باللعب .

هـ - السيكودراما .

و - الإرشاد الأسري .

ز - العلاج المعرفي السلوكي .

وسوف يتم خلال الصفحات التالية تناول هذه التدخلات العلاجية بشيء من

التفصيل وذلك على النحو التالي :

١ - العلاج الطبي :

مما لا شك فيه أن الهدف من العلاج الطبي لا يتمثل بأي حال من الأحوال في التخلص من الإعاقة العقلية أو تحسين القدرات العقلية للطفل، ويرجع ذلك إلي أن

الإعاقة العقلية ليست مرضاً بل إنها تعد بمثابة حالة عامة، ومن ثم فالهدف من العلاج الطبي يتمثل كما يري هانسن (١٩٩٨) Handen في الحد من تلك المشكلات السلوكية والانفعالية المصاحبة للإعاقة، ومن أمثلتها السلوك الفوضوي، *disruptive behavior* والأعراض الذهانية، والمشكلات المرتبطة بالانتباه . كما أن مضادات التشنج يتم استخدامها بانتظام وذلك بغرض التحكم في تلك النوبات التي قد يصاب الطفل بها . وإلى جانب ذلك هناك نسبة من الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً يبلغ قوامها تقريباً ما بين ٩ - ١٨ % يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط *ADHD* وهو ما يتطلب علاجاً طبياً هو الآخر .

وعلاوة على ذلك هناك علاج طبي للأم الحامل يعمل على الوقاية من حدوث الإعاقة العقلية كأن يتم إعطاؤها التطعيمات اللازمة ضد الأمراض المعدية التي لها علاقة بالإعاقة العقلية، ووقايتها من التعرض لأمراض فقر الدم والأنيميا، ومراجعة الطبيب باستمرار أثناء الحمل، والعمل على تجنب حدوث الولادة المتعسرة، وإعطاؤها حقنة تتعلق بالعامل الريزيسي . ويجب أن نوضح أنه على الرغم من أهمية هذا الجانب الطبي فيما يتعلق بالأم الحامل فإنه في الأصل يرتبط بالوقاية من الإعاقة مما يجعله ضرورياً . وإلى جانب ذلك فإنه تتم عملية تغيير دم للطفل الذي يعاني من الإعاقة نتيجة للعامل الريزيسي ، أما الطفل الذي يعاني من استسقاء الدماغ فيتم اللجوء إلي عملية جراحية (بزل) للتخلص من كمية من السائل المحيط بالمخ ، في حين يتم تحديد نظام غذائي معين للطفل الذي يعاني من اضطراب التمثيل الغذائي، وهكذا .

٢- العلاج السلوكي :

تشبه التدخلات السلوكية التي تستخدم للحد من المشكلات السلوكية والانفعالية للمعوقين عقلياً أو فكرياً تلك التدخلات التي يتم استخدامها مع الأفراد غير المعوقين مع بعض التغييرات فيها حتى تتلاءم مع أولئك الأفراد المعوقين عقلياً . وتعد التدخلات السلوكية هي أنسب التدخلات العلاجية معهم وأكثرها فائدة لهم .

وتركز برامج التدريب السلوكية على تعليم الأفراد المعوقين عقلياً مهارات معينة للوصول بهم إلى أداء وظيفي أكثر تكيفاً . وتعمل مثل هذه البرامج علي تطبيق نظام

المكافآت التي تأخذ أشكالاً متعددة، كما تعتمد أيضاً على استخدام التعزيز الاجتماعي كالاتساق، أو الثناء اللفظي، أو الربت على الظهر وهو الأمر الذي يكون له أثر إيجابي على مثل هؤلاء الأفراد . هذا وقد تم استخدام الأساليب السلوكية بشكل جيد معهم في سبيل الحد من سلوكهم الفوضوي أو غير المرغوب اجتماعياً، أو للسيطرة على سلوكهم العدواني، أو لتدريبهم على استخدام التواليت، أو ما شابه ذلك، أو إكسابهم سلوكيات مرغوبة . ومن الفنيات التي يتم استخدامها في هذا الصدد التلقين اللفظي ، والتقليد، والنمذجة، والتركيز على الاستجابة الصحيحة دون الخاطئة، والتعزيز، والتغذية الراجعة أو المرتدة .

وتكون البرامج السلوكية المستخدمة مع هؤلاء الأفراد إما برامج فردية يستطيع المرشد أو المعالج في ضونها أن يستخدم الأسلوب الإرشادي أو العلاجي المناسب مع كل حالة في ضوء طبيعة المشكلة من ناحية، وخصائص الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً من ناحية أخرى، كما يمكن أن تكون برامج جماعية بشرط توفر عدد من المحكات الهامة من بينها ما يلي :

- ١- ألا يزيد عدد أفراد المجموعة العلاجية عن ستة أفراد .
- ٢- أن يكونوا جميعاً ممن يعانون من مشكلات متشابهة .
- ٣- أن تكون ظروف إعاقتهم وشدتها تقريباً واحدة .
- ٤- أن يكونوا متشابهين فيما بينهم من حيث العمر الزمني، والمستوي العقلي، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، ونسبة الذكاء .
- ٥- أن يتم تدريبهم جميعاً على نفس المهارة .

٣ - جداول النشاط المصورة :

يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) أن جداول النشاط المصورة تأتي في إطار التوجه السلوكي في تعديل السلوك، وتعد أحد أحدث الاستراتيجيات التي يتم استخدامها مع هؤلاء الأطفال، كما أنها تتبع أحدث التوجهات التي تنظم العمل في هذا الإطار والتي تتمثل في المثبرات البصرية حيث أنها تعمل على استخدام الصور الثابتة، ومع ذلك يمكن تطويعها واستخدامها كصور متحركة وذلك من خلال برنامج كمبيوتر، كما أن بإمكاننا أيضاً أن نستخدمها في إطار التوجه الآخر الحديث في هذا الصدد والذي يتمثل في الإرشاد الأسري وذلك من خلال تقديمها للوالدين، وشرح فكرتها لهما،

وكيفية القيام بتصميم جداول شبيهة، ثم نطلب منهما أن يستمرا في استخدامها مع أطفالهما بالمنزل كنوع من استئناف التدريب عليها . وتهدف مثل هذه الجداول إلى تحقيق أهداف أو أغراض محددة تتمثل في ثلاثة أهداف أساسية هي :

- ١- تدريب الطفل على السلوك الاستقلالي .
- ٢- إتاحة فرصة أكبر للاختيار أمام الطفل وتدريبه على القيام بذلك .
- ٣- تدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي .

وحتى يمكن للطفل أن يقوم بذلك وفق هذا النسق الذي تقوم عليه جداول النشاط المصورة، فإنه ينبغي عليه أن يدرك الصور المتضمنة جيدا، وأن يتعرف على ما تتضمنه من أدوات مختلفة، وأن يقوم بإحضارها من حيث يتم وضعها حتى يقوم بذلك النشاط المستهدف، ويقوم عقب الانتهاء من أدائه له بإعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلي من جديد، ولذلك فهناك في الواقع ثلاث مهارات أساسية يتطلبها استخدام مثل هذه الجداول، ويجب أن يتم تدريب الأطفال عليها، ويتم في سبيل ذلك إعداد جدول خاص بكل منها، وهذه المهارات هي :

- ١- التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية .
 - ٢- التعرف على الأشياء المتشابهة، وإدراكها، وتمييزها .
 - ٣- إدراك التطابق بين الصورة وذلك الموضوع أو الشيء الذي تشير إليه .
- كما أن تلك الجداول تقوم في الأساس على تحليل الأنشطة المتضمنة إلى عدد من الخطوات والمهام الصغيرة التي تمثل في مجملها ذلك النشاط الذي تعكسه الصفحة، ويمثل أداء تلك الخطوات أو المهام أو الوحدات الصغيرة أداء للنشاط المتضمن بالصورة التي توجد في الصفحة المستهدفة . ويتم أداء كل نشاط يتضمنه الجدول من خلال التدريب على مكونات النشاط ، والقيام بها أو أدائها بشكل صحيح .

٤ - العلاج باللعب :

يري سعيد العزة (٢٠٠١) أننا يمكن أيضا أن نستخدم العلاج باللعب مع الأطفال المعوقين عقليا أو فكريا . ويمكن أن يتم هذا التدخل العلاجي إما بشكل فردي أو بشكل جماعي ، فإذا كانت مشكلات الفرد المعوق عقليا أو فكريا من النوع الذي ترتبط بالتكيف الاجتماعي فإنه يفضل استخدام النمط الجمعي في حين إذا كانت تلك

المشكلات من النوع الذي يتصف بالاضطراب الانفعالي فيفضل استخدام النمط الفردي . ويمكن من خلال العلاج باللعب الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعياً، أو إكساب الطفل سلوك مرغوب، أو حتى تنمية مهارة معينة لديه . ولذلك يجب أن تتوفر للعلاج باللعب غرفة تحتوي على أنواع وأشكال مختلفة من الألعاب، وأدوات اللعب غير القابلة للكسر حتى لا يؤذي الطفل بها نفسه أو غيره من الأطفال .

٥ - السيكودراما :

يمكن استخدام السيكودراما كأحد التدخلات العلاجية في هذا الصدد وذلك مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية مما يعطي للطفل الفرصة من خلال لعب الدور وعكس الدور أن يعبر عن انفعالاته ورغباته المكبوتة بشكل حر مما يعمل على تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة لديه . ومن ثم تعد السيكودراما وسيلة جديدة للتنفيس عن تلك الشحنات، ويمكن استخدامها لتحقيق نفس الأهداف التي نعمل علي تحقيقها باستخدام أي أسلوب آخر من أساليب العلاج النفسي . ومع ذلك لا بد من الحذر الشديد حتى لا نخلط بين كل من الدراما والسيكودراما .

٦ - الإرشاد الأسري :

تهدف برامج الإرشاد الأسري إلي إشراك أحد الوالدين، أو كليهما، أو أعضاء آخرين من النسق الأسري في العديد من البرامج التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال . ولا تركز تلك البرامج على مشكلات الطفل المعوق عقلياً أو فكرياً فحسب، بل تركز أيضاً على مشاعر أعضاء الأسرة تجاه هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل معهم مستخدمة في ذلك إجراءات تعديل السلوك في سبيل تربية طفلهم ذي الاحتياجات الخاصة . ولا يخفي علينا أن مثل هذه البرامج أو غيرها لا تهدف مطلقاً في واقع الأمر إلي القضاء على الإعاقة العقلية لأنها كما أوضحنا من قبل حالة وليست مرضاً، ولكن تلك البرامج تهدف إلي تعديل السلوك مما يساعد الفرد المعوق عقلياً أو فكرياً وذلك بدرجة كبيرة في أن يحيا بشكل أفضل، وأن يستفيد مما يكون قد تبقي لديه في الواقع من قدرات وإمكانات، وأن يسلك بشكل مستقل ومقبول .

٧ - العلاج المعرفي السلوكي :

تعد فئة ذوي الإعاقة العقلية بوجه عام وذوي الإعاقة الفكرية على وجه الخصوص كما يري عادل عبد الله (٢٠٠٠) من أكثر الفئات التي لم تتلق أي اهتمام من قبل في التطبيق الإكلينيكي للعلاج المعرفي السلوكي ، وربما يرجع ذلك إلي أن أعضاء هذه الفئة تنقصهم الكفاءة العقلية والقدرة علي التنظيم الذاتي . *self-regulation* وبالتالي فإن الاهتمام بهذه الفئة واتساع نطاق تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي عليها يمثل تطوراً جديداً لكل من العلاج المعرفي السلوكي والاهتمام بأعضاء هذه الفئة إذ يعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على ذوي الإعاقة العقلية من الاتجاهات الحديثة في هذا المجال بدأ في نهاية الثمانينيات وازدهر خلال التسعينيات، وازدادت الدراسات التي تناولته مع أعضاء هذه الفئة زيادة كبيرة تعكس مثل هذا الاهتمام المتزايد .

وإذا كان هذا الأسلوب العلاجي يهتم بالضبط الذاتي للسلوك من جانب أعضاء هذه الفئة فإن هناك اتجاهين للعلاج المعرفي السلوكي يرتبطان بالمعوقين عقلياً أو فكرياً يقوم الأول منهما على التعليم الذاتي *self-instruction* أو التنظيم الذاتي *self-regulation* لتعديل السلوك، ويهتم بتدريب أعضاء هذه الفئة على أداء مهارات معينة مع مراعاة العجز الموجود لدي هؤلاء الأفراد في الأداء اللفظي ، ومن ثم كان يقوم الباحثون بانتقاء أفراد عيناتهم ممن هم عند حد أدنى معين في الأداء اللفظي حيث يعتمد هذا الاتجاه على التعليمات اللفظية الذاتية . أما الاتجاه الثاني فقد تطور عن مناهج وأساليب العلاج النفسي ، ويهتم في الواقع بتلك المشكلات أو حتى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها أعضاء هذه الفئة والتي تعتبر محصلة لمعارفهم المشوهة بما تتضمنه من صور واستنتاجات وتقييمات تعد الاضطرابات السلوكية نواتج لها . ويسير هذا الاتجاه في ضوء اتجاهي بيك Beck وإليس Ellis . وفي هذا الإطار قام تراور وآخرون Trower et al. في نهاية العقد التاسع من القرن الماضي أي عقد الثمانينيات بتطوير نموذج في إطار هذا المنحى العلاجي يعد بمثابة نموذج للحدث - الاعتقاد - النتيجة - *antecedent - belief - consequence* والتي تكتب اختصاراً *ABC* على غرار نموذج إليس يصلح للاستخدام مع الأطفال المعوقين عقلياً أو فكرياً .

هذا ويمكن استخدام ذلك الأسلوب العلاجي لتدريب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية على حل المشكلات الاجتماعية وذلك بعد تدريبهم بطبيعة الحال على المهارات الاجتماعية من خلال الضبط أو التنظيم الذاتي للسلوك . ومن أهم المهارات الاجتماعية التي يمكن تعليمها لهؤلاء الأطفال التواصل بالعين، والتعبير الوجيه ، والإبقاء على المسافة الاجتماعية، وخصائص الصوت، والترحيب بالآخرين، والتحدث مع الآخرين، واللعب والعمل مع الآخرين، ولفت الانتباه، أو طلب المساعدة. أما فيما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية فلا تزال هناك صعوبات عديدة تحول دون استخدام العلاج المعرفي السلوكي معها بشكل مناسب وذلك بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية .

- نماذج حديثة في التدخلات العلاجية :

هناك نموذجان أساسيان يعدان في طبيعة الاتجاهات الحديثة التي يتم استخدامها في التدخلات العلاجية المختلفة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية حيث تقوم تلك البرامج على أحد هذين النموذجين الذين يتمثلان فيما يلي :

أ - نموذج تحليل العمليات :

يقوم هذا النموذج على أن هناك اضطرابات داخلية لدي الطفل تعد هي المسئول المباشر عن تلك المشكلات السلوكية والأكاديمية التي يتعرض لها . ولذلك يجب أن تكون مثل هذه البرامج العلاجية والتربوية بمثابة برامج تعويضية تعمل أو لا على معالجة الاضطراب الداخلي (الأسباب) وليس الأداء السلوكي أو الأكاديمي (النتيجة) . ومن الاضطرابات الداخلية لدي الطفل المعوق عقلياً اضطرابات إدراكية حركية، أو بصرية إدراكية، أو نفسية لغوية، أو سمعية إدراكية . ولذا يتم تدريب الطفل على المهارات الإدراكية والحركية كالوضع الجسمي ، والتوازن الجسمي ، والتصوير الجسمي ، وإدراك الأشكال، وإدراك الاتجاهات المختلفة .

ب - نموذج المهارات :

يعمل هذا النموذج على تحليل أنماط الاستجابات غير المناسبة، ويتحدد سبب المشكلة في ضوء هذا النموذج في الطفل وليس الاضطراب الداخلي، ولذلك يتم

اللجوء إلى تحليل المهارات، والتدريب المباشر والمتكرر فضلاً عن التقييم المباشر والمتكرر لمستوى التحسن في أداء الطفل .

تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة العقلية أو الفكرية

في الغالب ترتبط برامج التأهيل بمرحلة المراهقة، وعادة ما يكون من شأنها أن تعمل على إعادة الفرد الذي يعاني من قصور بدني أو عقلي إلى المجتمع بحيث يندمج فيه، ويتوافق معه بما فيه ومن فيه، ويعتمد على طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن . ويعني التأهيل *habilitation* مساعدة أولئك الذين لديهم جوانب قصور ارتقائية تبدأ منذ وقت مبكر من حياتهم على تحقيق الاستقلالية والاندماج في المجتمع، أما إعادة التأهيل *rehabilitation* فتعني إعادة الفرد ذي الإعاقة العقلية أو الفكرية إلى المجتمع، واندماجه فيه بشكل أكثر توافقاً . وفي مجال التربية الخاصة يتم استخدام هذين المصطلحين بنفس المعنى ، وسواء كان هذا أم ذلك فإن المقصود به هو الاستخدام المتكامل والمنسق للوسائل الطبية، والاجتماعية، والتعليمية، والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد المعوق عقلياً أو فكرياً بما يؤدي إلى تحسين قدراته الأدائية، ويساعده بالتالي على أن يتمكن من الاندماج في المجتمع . وإذا تم التعامل مع الجوانب المهنية للفرد المعوق عقلياً أو فكرياً، وتمت محاولة تنمية قدراته المهنية بما يساعده على أن يصبح فرداً منتجاً فإن ذلك يرتبط تماماً بالتأهيل المهني .

vocational

وعادة ما تتم عملية التأهيل في خطوات متتابعة وذلك على مدى ثلاث مراحل تتمثل أولها في دراسة الحالة وتقييمها، بينما تتمثل المرحلة الثانية في التشخيص والإرشاد، وتتم من خلال تشخيص الحالة وتحديد حاجاتها بدقة، وتحديد أوجه القصور التي تعاني منها . أما المرحلة الثالثة فتتمثل في تقديم الخدمات اللازمة لتأهيل تلك الحالة من كافة النواحي . يلي ذلك إلحاق الفرد بعمل معين يكون قد تم تدريبه عليه وتأهيله من هذا المنطلق، ثم متابعة الحالة للوقوف على مدى الاستفادة من البرنامج، ومتابعة مدى تطورها للتأكد من مدى تحقق الأهداف ومدى اندماج الفرد في المجتمع .

ويجب عند تأهيل حالات الإعاقة العقلية أو الفكرية أن يتم استبعاد الحالات ذات الإعاقات المتعددة حيث يتم تأهيلها في مراكز أخرى متخصصة في ذلك . ويتم

التأهيل من خلال مكاتب التأهيل المنتشرة في أنحاء كثيرة والتي تقدم خدمات التوجيه والإرشاد المهني، وتعتمد على مصادر وإمكانات البيئة في ذلك، فتستخدم المستشفيات الموجودة، والمدارس، ومعاهد التدريب، والورش، والمصانع، وما إلى ذلك . أما مراكز التأهيل المتخصصة فتشتمل على معظم خدمات التأهيل من الناحية الطبية، والتدريب المهني، والتدريب على الاستقلالية، والتوافق، والخدمات الاجتماعية . كما أن تلك المراكز تعمل إلى جانب ذلك على توفير الإقامة الداخلية لبعض الحالات التي يتم تأهيلها فيها . ومن ناحية أخرى فإن مراكز التأهيل الشاملة تضم أكثر من فئة واحدة من فئات الإعاقة وتعمل على تقديم التأهيل اللازم لها .

* * *

مراجع الفصل الثاني

أحمد عكاشة (١٩٩٢). الطب النفسي المعاصر (ط ٨). القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أسماء عبدالله العطية (١٩٩٥). تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق .

أمجد محمد عطية عبدالله (٢٠٠٠). مدى فاعلية برنامج مقترح للرعاية التربوية والنفسية في تنمية بعض جوانب الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة .

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم : مقدمة في التربية الخاصة (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧) .

جمال محمد سعيد الخطيب (١٩٩٢). تعديل السلوك للأطفال المعوقين : دليل الآباء والمعلمين . عمان: دار إشراق للنشر والتوزيع .

سعيد حسني العزة (٢٠٠١). الإعاقة العقلية . عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع .

سعيد عبدالله دبيس (١٩٩٨). فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر في خفض السلوك العدوانى للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم . ندوة علم النفس وأفاق التنمية في نول مجلس التعاون الخليجي . الدوحة : كلية التربية جامعة قطر .

عادل عبدالله محمد (١٩٩١). اتجاهات نظرية في سيكولوجية نمو الطفل والمراهق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات . القاهرة: دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢) . جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣) . تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة . القاهرة : دار الرشاد .

عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٩) . سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (ج٤): الأساليب التربوية والبرامج التعليمية . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

عبدالعزیز السيد الشخص (١٩٩٤) . مدخل إلى سيكولوجية غير العاديين . القاهرة : المكتبة الفنية الحديثة .

عبدالعزیز السيد الشخص (١٩٩٧) . اضطرابات النطق والكلام : خلفيتها- تشخيصها- أنواعها- علاجها . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

عبدالمطلب أمين القريطي (٢٠٠١) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم (ط٣) . القاهرة : دار الفكر العربي .

عمر بن الخطاب خليل (١٩٩١) . التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدية . مجلة دراسات نفسية ، ١ (٣) ، ٥١٣-٥٢٨ .

كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٤) . التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه . المؤتمر الدولي الأول لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس .

كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٩) . مرجع في علم التخلف العقلي (ط٢) . الكويت : دار النشر للجامعات .

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧) . التخلف العقلي: الأسباب- التشخيص- البرامج . القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) . المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-١٠ تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة) . الإسكندرية : المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية .

- American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), DSM-IV. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (4th ed.), DSM-IV- TR. Washington, DC: author.
- Aronson, M. et al. (1997). Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow- up study. *Developmental Medicine and Neurology*, 39 (4), 439- 455.
- Einfeld, S.& Aman, M. (1995). Issues in the taxonomy of psycho- pathology in mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25 (1), 37- 52.
- Hallahan. D. & Kauffman, J. (2007). *Exceptional Learners: An introduction to special education* (10th ed.). New York : Allyn& Bacon .
- Handen, B.(1998). Mental retardation. In E. Mash & R. Barkley (Eds.). *Treatment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hook, E. et al. (1990). Factual, statistical and logical issues in the search for a paternal age effect for Down syndrome. *Human Genetics*, 85 (3), 386- 402.
- Johnson, C. et al.(1995). Psychiatric and behavioral disorders in hospitalized preschoolers with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25 (1), 76- 91.

- Kendall, P. (2000). *Childhood disorders*. UK; Crownwall, TJ International Ltd.
- Madle, R. (1990) . Mental retardation in adulthood. In M.Hersen & C. Last (Eds.). *Handbook of child and adult psycho-pathology: A longitudinal perspective*. New York: Pergamon Press.
- Mazzocco, M. et al. (1997). Autistic behaviors among girls with fragile X chromosome. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 27 (3), 331- 347.
- Rubenstein, J. et al.(1990). The neurobiology of developmental disorders. In B.Lahey& A. Kazdin (Eds.). *Advances in clinical child psychology*, v13. New York: Plenum Press.
- Scott, S.(1994). Mental retardation. In M. Rutter, E. Taylor,& L. Hersov (Eds.). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell.
- Sternberg, R.& Grigorenko, E.(1999). Genetics of childhood disorders. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (4), 385- 399.
- World Health Organization . (1992). *International Classification of diseases* (10th ed.), ICD-10. Geneva, author.

* * *