

الفصل الخامس

الإعاقات الحسية العقلية

مُقَدِّمَةٌ

مما لا شك فيه أن هناك بعض الحالات التي يحدث فيها تلازم بين إحدى الإعاقات الحسية كالصمم أو الإعاقة البصرية مع إحدى الإعاقات العقلية كاضطراب التوحد أو التخلف العقلي على سبيل المثال بحيث توجد الإعاقان كلتاهما لدى الفرد الواحد في نفس الوقت بغض النظر عن أى منهما هي التي بدأت أولاً، وأى منهما هي التي حدثت بعد ذلك، أو حتى ما إذا كانتا قد بدأتا معاً كما هو الحال بالنسبة لما يمكن أن يترتب على متلازمة أوشر Usher أو غيرها من الأسباب على سبيل المثال. وفي مثل هذه الحالة تعد الإعاقة مزدوجة، ويصبح هناك تشخيصان لنفس الفرد يتعلق أحدهما بالإعاقة الحسية في حين يتعلق الآخر بالإعاقة العقلية فيكون الفرد مثلاً منتصباً إلى أحد الأنماط التالية من الإعاقات المزدوجة :

- ١- الإعاقة السمعية واضطراب التوحد.
- ٢- الإعاقة السمعية والتخلف العقلي.
- ٣- الإعاقة البصرية واضطراب التوحد.
- ٤- الإعاقة البصرية والتخلف العقلي.

وجدير بالذكر أن كل نمط من هذه الأنماط السابقة من الإعاقات يمثل في واقع الأمر مجرد فئة متميزة وفريدة تتبع في التصنيف فئة أخرى أعم وأشمل منها حيث تتضمن إلى جانبه أنماطاً أخرى عديدة تنتج عن التلازم بين إحدى الإعاقات الحسية والتي يتمثل أكثرها شيوعاً وانتشاراً في الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية وبين إحدى الإعاقات الإضافية أو الأخرى التي تتبع واحداً من الأنماط الرئيسية الثلاثة التالية :

١- الإعاقات أو الاضطرابات النمائية .

٢- الإعاقات الحسية .

٣- الإعاقات العقلية .

ومن هذا المنطلق يصبح أمامنا في واقع الأمر نوعان أو نمطان رئيسيان من الإعاقات تتفرع عنهما العديد من الإعاقات المزدوجة التي تمثل فئات فرعية تتبع في الأساس هذا النمط أو ذاك، ومن ثم تعد كل منها بمثابة فئة متميزة وفريدة . ويتمثل هذان النمطان الرئيسيان فيما يلي :

١- الإعاقة السمعية والإعاقات الإضافية أو الأخرى .

٢- الإعاقة البصرية والإعاقات الإضافية أو الأخرى .

١- اضطراب التوحد والصمم

مما لا شك فيه أن هناك بعض الأطفال أو حتى المراهقين الصم يعانون من اضطراب التوحد وهو الأمر الذي يعد جديداً على التراث السيكولوجي العربي، لكننا مع ذلك لا ننكر وجود مثل هذه الحالة. وسوف نلقى الضوء على تلك الحالة خلال الصفحات التالية.

تمهيد

يعد التوحد autism والصمم deafness أو فقد السمع hearing loss من أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً بين الأطفال إذ يدفع كلاهما بالطفل إلى حالة من الوحدة أو العزلة يتزوى على أثرها بعيداً عن الآخرين، ويتوقع في عالمه الخاص. وإذا كان الطفل الأصم يتمكن بعد ذلك من تعلم وربما ابتكار أساليب مختلفة للتواصل مع الآخرين كلغة الإشارة أو غيرها على سبيل المثال فإن الطفل التوحدي على الجانب الآخر وإن خفت عنده حدة التوحد يظل يعاني مع ذلك من قصور في الجانب الاجتماعي لديه لا يستطيع من جرائه أن يقوم بتكوين علاقات أو صداقات مع الآخرين أو يحافظ على علاقاته معهم. ويرى البعض أن هناك حالات معينة يكون فيها الطفل الأصم توحدياً، إلا أن تشخيصه كذلك قد يتأخر بعض الشيء وربما يتأخر كثيراً وذلك للعديد من الأسباب المتعددة والمتباينة، كما تلعب بعض المتغيرات الأخرى وأوجه التشابه بينهما أى بين الطفل الأصم والطفل التوحدي دوراً كبيراً في مثل هذا الإطار.

ويوضح التقرير الذي أصدره الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) The National Alliance for Autism Research NAAR أن ما يقدر بنسبة تتراوح بين ٣٠ - ٥٠ % تقريباً من الأطفال التوحدين يعانون من فقد للسمع يتراوح بين الفقد الجزئي والفقد الكلي. ويرى البعض أن أعداد الصم بين الأطفال التوحدين تزيد بكثير عن مثلتها بين الأطفال غير التوحدين، وربما يرجع ذلك إلى أن هناك بعض العوامل أو الأسباب المشتركة تعد مسؤولة في الأساس عن الإصابة بكل منهما. وحتى يتم تشخيص الطفل الأصم على أنه توحدي في ذات الوقت، وبالتالي تقدم الخدمات وبرامج التدخل المناسبة التي يمكن أن تعود بالفائدة المرجوة عليه ينبغي أن ينتبه الوالدان والمعلمون إلى بعض الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد من أهمها ما يلي :

- ١- بعض الإشارات والدلائل التي تصدر عن الطفل وتنبئ بأنه توحدي .
- ٢- ملاحظة سلوكياته بكل دقة حتى يقرروا ما يمكن أن يكون من بينها غريباً على الطفل الأصم ولا يحتمل صدوره من جانبه .
- ٣- التأكد من مدى توفر تلك السمات التي تميز الأطفال الصم الذين يعانون من اضطراب التوحد عن أقرانهم الصم الذين لا يعانون من التوحد .

التوحد والصمم أو فقد السمع

يشير عادل عبدالله (٢٠٠٢-ب) إلى أن التوحد يعد بمثابة مشكلة خطيرة تتبلور أساساً في تلك الطريقة التي يتطور بها مخ الطفل كي يقوم بأداءاته الوظيفية المختلفة، وهو ليس مرضاً ولا عدوى يمكن أن تنتقل من شخص إلى آخر. ورغم ذلك فإن التدخلات التي تتم مع الأطفال يمكن أن تأتي بنتائج فعالة وفقاً لما توصلت إليه وما كشفت عنه تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد. وهناك عدد من المشكلات التي يواجهها الطفل التوحدي والتي ترتبط به هي :

- ١- النظر إلى الأطفال الآخرين .

٢- اللعب مع غيره من الأطفال .

٣- التواصل مع الآخرين سواء كانوا أطفالاً أم كباراً .

٤- التحدث مع الآخرين أو استخدام الإشارات لنفس الغرض .

٥- التخيل أو الخيال .

٦- السلوكيات النمطية والمتكررة .

ومع ذلك فإن العديد من هؤلاء الأطفال يميلون إلى تكرار أدائهم لأشياء معينة مرات متعددة، كما يمكن أن يكون مستواهم جيداً في بعض المجالات كالرياضيات أو الموسيقى على سبيل المثال . وفي تقرير للاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) National Alliance for Autism Research NAAR هناك تأكيد على أن التوحد يعتبر اضطراباً عقلياً معقداً يعوق قدرة الطفل على التواصل مع المحيطين به، كما يعوق قدرته على تكوين صداقات مع الآخرين أيضاً . كذلك فإنه لا توجد هناك حالتان متشابهتان من هذا الاضطراب . ومن الأمور الهامة التي تلفت انتباهنا بالنسبة للطفل التوحدي أنه يتصرف أحياناً وكأنه أصم فلا يعبر الآخرين أى اهتمام، ولا يعبر الصوت أى اهتمام في كثير من الأحيان، بل والأهم من ذلك أنه لا يهاب الخطر فقد يعبر الطريق عندما تكون هناك سيارة قادمة بسرعة ولا يعبر أى اهتمام لذلك البوق الذي يسمعه كل المحيطين به آنذاك . وهنا قد يتيقن من يتعامل معه أنه أصم مع أنه ليس كذلك في الواقع حيث يعرف مثل هذا الأمر من جانبه باللامبالاة السمعية auditory indifference . وقد يكون الطفل من ناحية أخرى على العكس من ذلك تماماً إذ قد يكون حساساً للصوت بدرجة كبيرة .

ويعرض المعهد القومي للصمم واضطرابات التواصل الأخرى بالولايات المتحدة

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (٢٠٠٣)

Disorders لبعض المؤشرات التي يمكن أن تدل على التوحد والتي يجب على الوالدين أو المعلمين أن يلاحظوها، وأن يوجهوا عدداً من الأسئلة لأنفسهم وإذا وجدوا أن أياً

منها ينطبق على الطفل ينبغي عليهم أن يستعينوا بالطبيب أو الأخصائي على الفور كي يتأكدوا مما إذا كان الطفل يعاني من التوحد أم لا. وهذه الأسئلة هي :

١- هل يجد الطفل صعوبة في ملاحظة الآخرين عندما يتحدثون أو يشيرون إليه؟

٢- هل يتجنب الطفل اللعب مع الأطفال الآخرين؟

٣- هل لا يجد الطفل متعة في أداء تلك الألعاب التخيلية أو في الاشتراك فيها؟

٤- هل يجب أن نقوم بتعليمه بعض العبارات العديد من المرات حتى يتمكن من الحديث مع غيره ممن يحيطون به؟

٥- هل يميل الطفل إلى اللعب بأدوات معينة العديد من المرات أو يقوم بأداء أشياء معينة مرات عديدة، أو يجب القيام بذلك ويفضله؟

٦- هل يجد الطفل أنه يجب أن يقوم باتباع نمط معين أو روتين معين في أمور الحياة المختلفة بحيث لا يحدث أى خرق من جانبه لمثل هذا الروتين؟ وهل يترجع إذا ما حدث أى تغير ولو طفيف لذلك الروتين تحت أى ظروف؟

أما الإعاقة السمعية hearing impairment على الطرف الآخر فتعكس عدم قدرة الطفل على استخدام أذنيه لسماع الحديث وفهمه، وبالتالي لتعلم اللغة والكلام. ويتم التمييز في هذا المجال كما يرى القريطى (٢٠٠١) بين الصم deaf وهم من يفقدون هذه القدرة تماماً سواء تمت ولادتهم على هذه الشاكلة أو أصيبوا بذلك في أى وقت بعد الولادة، وبين ضعاف السمع hard of hearing وهم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعى معين أو بقايا سمع. ويشير مارك مارسكارك (١٩٩٧) Marschark إلى أن هذه الإعاقة بذلك تتراوح بين الفقد الكلى والفقد الجزئى للقدرة على السمع وهو الأمر الذى يؤثر بشكل فاعل في تعامل هؤلاء الأطفال في المواقف الحياتية المختلفة واندماجهم فيها، وعلى علاقتهم بالآخرين والاندماج معهم. وبالتالي فإن هذه الإعاقة تعد في أساسها مشكلة في التواصل مع الآخرين وهو الأمر الذى يدفعنا إلى تعليم

الطفل أساليب بديلة يتمكن بموجبها من التواصل مع هؤلاء الآخرين . ويواجه الطفل على أثر هذه الإعاقة قصوراً في استخدام اللغة، والاشتراك في الأحاديث والمناقشات مع الآخرين، واضطرابات أو عيوب في النطق والكلام إلى جانب التمرکز حول الذات، وانخفاض مستوى النضج الاجتماعي، والانطواء والعزلة، كما يبدى بعض السلوكيات العدوانية والسلوكيات المضادة للمجتمع .

وقد اعتقد البعض لفترة طويلة أن تلك المشكلات التي يسببها التوحد يمكن أن يسببها الصمم أيضاً واستندوا في وجهة نظرهم هذه على أن العديد من الأسباب التي تعد مسؤولة عن حدوث الصمم أو فقد السمع تعتبر مسؤولة في ذات الوقت عن حدوث التوحد أو على الأقل تسهم بدرجة كبيرة في حدوثه . ولهذا السبب فإن هناك كما يرون عدداً من الأطفال الصم الذين يعانون من التوحد قد يفوق ذلك العدد للأطفال التوحدين من غير الصم . ومن أهم هذه الأسباب التي تكمن خلف حدوث كلا الإعاقتين الصمم والتوحد ما يلي :

١- الإصابة بفيروس مضخم للخلايا . cytomegalovirus CMV

٢- الحصبة rubella أو على وجه التحديد الحصبة الألمانية . German measles

٣- أنواع أخرى من العدوى التي يتعرض لها الجنين في رحم الأم .

ومع صحة هذه النظرة في شقها الثانى الذى يتعلق بأعداد الأطفال الذين يعانون من التوحد والأسباب المشتركة للتوحد والصمم، فهى لم تعد صحيحة في شقها الأول الذى يتعلق بالمشكلات المشتركة التي يمكن أن يسببها كل من التوحد والصمم وذلك للعديد من الأسباب منها ما يلي :

١- أن الأطفال الصم يستخدمون أعينهم كى يتعلموا مختلف الأشياء عن العالم المحيط من حولهم، وعلى ذلك فهم يقوموا بملاحظة الآخرين . وحتى قبل أن يتعلموا التحدث أو استخدام لغة الإشارة فإنهم يتعلموا كيف يجعلوا الآخرين

يفهمونهم وذلك من خلال استخدامهم للإشارات المختلفة وهو الأمر الذى لا يقوم به الأطفال التوحديون أو الأطفال الصم التوحديون .

٢- أن الطفل التوحدى لا يستجيب لمشاعر الآخرين، ولا يكون بمقدوره أن يفهم مثل هذه المشاعر، ولا ينظر إلى وجوه الآخرين حتى يمكنه أن يميز مشاعرهم تلك، كما أنه عادة ما يتصرف وكأنه لا يعاب بها مطلقاً. أما الطفل الأصم فيمكنه أن يتعرف على تعبيرات الوجوه ولكنه يجد صعوبة فى فهم المشاعر الداخلية لأنه عادة لا تتاح له الفرصة كى يتحدث عنها، كما أنه لا يكون بمقدوره أن يعبر عنها بشكل دقيق . بينما نجد أن الطفل الأصم الذى يعانى من التوحد لا يستطيع أن يدرك مثل هذه المشاعر مطلقاً أو يفهمها، وبالتالي لا يكون بمقدوره أن يعبر عنها .

٣- أن الطفل التوحدى يأتى بسلوكيات متكررة أو يقوم بها بشكل متكرر كالهززة، والتأرجح، والدوران، وتشبيك اليدين، والتصفيق المستمر بهما، وما إلى ذلك، أما الطفل الأصم فلا يفعل شيئاً من ذلك إلا عندما يتم تجاهله أو تجاهل حاجاته لفترة طويلة من الوقت، فى حين نجد أن الطفل الأصم الذى يعانى من التوحد عادة ما يأتى بسلوكيات متعددة من هذا القبيل .

وعلى ذلك ينبغى علينا أن نعمل على مساعدة الطفل فى الحد من كثير من تلك الأعراض، وفى مواجهة الكثير من تلك المشكلات التى يمكن أن تترتب عليها والتى يواجهها من هذا المنطلق على أن يتم ذلك من خلال ثلاثة جوانب هامة وأساسية كالتالى :

١- أن يتعلم أمور الحياة وأن يصبح مستقلاً .

٢- أن يتعلم المشاعر وكيفية التعبير عنها .

٣- أن يتذكر تلك الأشياء التى يكون قد تعلمها .

ولا يخفى علينا أن مثل هذا الأمر يتطلب منا الصبر كثيراً عليه، وتشجيعه على القيام بذلك، والثناء على ما يحققه من إنجاز في هذا الصدد، والثقة فيه وفي قدرته على أن يقوم بذلك. ومما يساعدنا على إنجاز مثل هذا الأمر أن الأطفال التوحدين عامة يحبون اللعب والتعلم، وأن أفضل طريقة للتعلم بالنسبة لهم هي أن يقوم بتعليمهم شخص يحبونه ويميلون إلى اللعب معه، وأن يبدأ التعلم بأنشطة يحبونها ويفضلون القيام بها ثم تنطلق منها إلى ما سواها. ويذهب عادل عبدالله (٢٠٠٢) إلى أن هذه الفكرة هي التي تنطلق منها جداول النشاط المصورة في تقديمها لمختلف الأنشطة التي نود أن يتعلمها الطفل التوحدي وأن يقوم بأدائها.

نسبة انتشار التوحد بين الأطفال الصم

من الجدير بالذكر أن نسبة انتشار التوحد وفقاً لتقرير الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America كانت قد بلغت ٠,٤ - ٠,٥ لكل ألف حالة ولادة أي ٤ - ٥ لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وأن أكثر من خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من التوحد وهو ما جعله ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً. إلا أن التقرير الذي نشره الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR يؤكد أن عدد الذين يعانون من هذا الاضطراب بالولايات المتحدة قد تجاوز المليون شخص، وأن نسبة الإصابة به قد تجاوزت نسبتها السابقة بكثير حيث أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة وهو الأمر الذي جعله ثاني أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً، وليس ثالثها كما كان من قبل، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط. second only to mental retardation

وتشير بيركي (٢٠٠٣ - أ) Berke إلى أنه قد يتم في بعض الأحيان إساءة تشخيص لكل من التوحد وفقد السمع أو بالأحرى الخلط بينهما حيث أن الطفل التوحدي قد يبدى بعض السمات التي يبدىها الطفل الأصم إذ نجد أنه يبدو أحياناً وكأنه لا يسمع، ومن هنا فقد يتم تشخيصه على أنه أصم. وقد يتم تشخيص الطفل الأصم

في الجانب الآخر على أنه توحدى نظراً لما قد يصدر عنه من بعض السلوكيات . إلا أن واقع الأمر يعكس أن الطفل قد يكون أحدهما فقد يكون توحدياً، وقد يكون أصماً، ولكن الأمر لا يسلم أحياناً فقد يجمع الطفل بين الاثنين معاً فيكون توحدياً وأصماً في نفس الوقت . ومع ندرة مثل هذه الحالات إلا أنها تحدث في الواقع، ولا يمكن لنا أن ننكر وجودها على الإطلاق . بل إن الأخطر من ذلك أن الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR قد أصدر في تقرير له أشرنا إليه سابقاً أن ما بين ٣٠ - ٥٠ % من الأطفال التوحديين يبدون أيضاً فقداً للسمع يتراوح بين الفقد الكلي والفقد الجزئي . وقد أشار كلين (١٩٩٣) Klin إلى ذلك عند مراجعته لإحدى عشرة دراسة تناولت الاستجابة السمعية المركزية (المخية) عند الأطفال التوحديين ووجد أن نتائجها قد أوضحت أن مثل هذه الاستجابات إنما تدل في جوهرها على وجود خلل في جذع المخ أو خلايا السمع بالمخ مما يدل على وجود فقد سمع مركزي لديهم . وإلى جانب ذلك فإن النتائج التي أسفرت عنها دراسة روزينهول وآخريين (١٩٩٩) Rosenhall et.al. التي أجروها على عينة ضمت مجموعة من الأطفال والمراهقين التوحديين قوامها ١٩٩ مفحوصاً من الجنسين بمعدل ١٥٣ ذكوراً، و ٤٦ من الإناث بعد تقييم السمع لديهم والتعرف على مدى حدته تؤكد أن هناك فقداً جزئياً للسمع لدى نسبة بلغت ٧,٩ % من أفراد العينة يتراوح بين الخفيف إلى المتوسط ، وأن هناك فقداً كلياً للسمع لدى نسبة أخرى بلغت ٣,٥ % من أفراد العينة . وهذه النسبة بطبيعة الحال لا تعد نسبة بسيطة مطلقاً حيث تقترب من نسبة انتشار التوحد بين الأطفال المتخلفين عقلياً وربما تزيد عنها بقدر ضئيل وهو الأمر المتفق عليه تقريباً في هذا الصدد .

الأطفال الصم التوحديون

مما لا شك فيه أن الأطفال الصم الذين يعانون من اضطراب التوحد يعدون من بين أولئك الأفراد الذين نعتبرهم من ذوي الإعاقات المزدوجة . ويشكل ذوو الإعاقات المزدوجة عامة فئة مستقلة، وعلى الرغم من أنها تعد فئة غير متجانسة، إلا أنها مع ذلك

تختلف كلية عن غيرها من فئات الإعاقة الأخرى. وعادة ما يأتي الأطفال الصم التوحيديون ببعض السلوكيات التي تميزهم عن غيرهم من الأطفال سواء التوحيديين أو الصم أو العادين وتجعل بذلك فئة تكاد تكون مستقلة. ومن ثم فإننا نلاحظ وجود بعض السمات التي تميز هؤلاء الأطفال عما سواهم والتي يمكننا أن نعرض لها على النحو التالي :

أولاً : خلال مرحلة المهد :

- ١- يكون النمو الحركي للطفل خلال العام الأول من عمره عادياً.
- ٢- يظل الطفل خلال مرحلة المهد يحمق في السقف أو في المصاييح.
- ٣- يقوم خلال تلك المرحلة بتقويس ظهره بشكل مستمر تقريباً.
- ٤- لا يبدى أى اهتمام بالمحيطين به كباراً وصغاراً.
- ٥- لا يحاول التواصل مع الآخرين بأى وسيلة أو الانشغال بهم.

ثانياً : بعد مرحلة المهد (من الطفولة المبكرة فصاعداً) :

(أ) من الناحية الاجتماعية :

- ٦- يستمر الطفل على حملته في السقف بعد مرحلة المهد وحتى نهاية العام الثالث من عمره بدلاً من الانتباه للآخرين الذين يحاولون اللعب معه مما يزيد من تلك المشكلات المتعلقة بالصمم بالنسبة له حيث يحتاج الطفل الأصم إلى أن ينظر إلى الآخرين حتى يتعلم.
- ٧- لا يبدى الطفل أى اهتمام بتعلم الإشارات كى يتمكن من التواصل مع الآخرين.
- ٨- لا يحاول أن يستخدم أى طريقة تمكن الآخرين من فهمه أو فهم ما يريد أن يقوم بتوصيله إليهم من أفكار وخلافه وذلك على العكس من الطفل الأصم

الذى يحاول اللجوء إلى أى طريقة كاستخدام الإشارات المختلفة حتى يصبح بإمكان الآخرين أن يفهموه أو يفهموا ما يريدوه هو منهم .

٩- قصور في تعلم الإشارات من جانب عدد لا بأس به منهم إلى جانب قصور من جانبهم في استخدام تلك الإشارات للتواصل أيضاً .

١٠- قصور في قدرتهم على التواصل مع الآخرين باستخدام تلك الأساليب التي يستخدمها الأفراد الصم كلغة الإشارة مثلاً ينتج عن قصور من جانبهم في تعلم تلك الإشارات .

١١- لا ينظر الطفل إلى أعين الآخرين عندما يتحدثون إليه أو يستخدمون الإشارات بدلاً من ذلك ولا عندما يتحدث هو إليهم أو يستخدم الإشارات لذلك، ومن ثم يصعب حدوث تواصل بينهم حيث يعد التواصل أو التلاحم البصرى من الأمور ذات الأهمية بالنسبة للأطفال الصم كى يتم التواصل بينهم .

١٢- لا يبدى الطفل أى استجابة عندما يقوم أحد الأشخاص بالنداء عليه بالاسم، أو بالربت على كتفه، أو حتى باستخدام الإشارة لذلك .

(ب) من الناحية الانفعالية :

١٣- عادة ما يكون الطفل غير قادر على إدراك مشاعر الآخرين أو فهمها .

١٤- يصعب عليه أن يستجيب لمشاعر الآخرين أو حتى يتعرف عليها وقد يرجع ذلك إلى عدم قيامه بالنظر في أعين الآخرين عندما يتحدث أحد الطرفين إلى الآخر أو يستخدم الإشارات لنفس الغرض .

١٥- يتصرف وكأنه غير عابئ بمشاعر الآخرين أو غير مكترث بها .

١٦- من الصعب عليه أن يدرك المشاعر الداخلية جيداً أو يعبر عنها كذلك .

(ج) من الناحية العقلية المعرفية :

١٧- مدى انتباهه للمثيرات المختلفة يكون قصيراً جداً.

١٨- عادة ما يكون لديه قصور في الانتباه.

١٩- قصور في قدرته على تذكر وجوه أولئك الأفراد غير المؤلفين له أو الذين لا يراهم كثيراً يقابلها تذكر جيد للمباني والأشياء والمناظر خارج المنزل وهو ما يدل على معدل نمو غير مستو لجوانب الذاكرة البصرية بحيث يأتي جانبها الخاص بالناحية الطبوغرافية في المقدمة وكأنه ينمو بشكل مستقل عن الذاكرة البصرية.

٢٠- أن نسبة ذكائه غير اللفظي أو الأدائي تكون في الغالب أقل من المتوسط ، وقد تصل إلى المتوسط في حالات قليلة جداً.

(د) السلوكيات النمطية والمتكررة :

٢١- يأتي الطفل بالعديد من السلوكيات النمطية التي غالباً ما تسبب القلق لكل من الوالدين والمعلمين، وقد تؤدي من ناحية أخرى إلى ردود فعل سلبية من جانب المحيطين به.

٢٢- أن نسبة كبيرة من أولئك الأطفال يأتون كذلك بكثير من السلوكيات التكرارية، أو يقومون بهذه السلوكيات بشكل متكرر.

٢٣- أن الأطفال التوحدين عادة ما يقوموا ببعض الأشياء بشكل متكرر كالهزهزة أو التأرجح، والدوران سواء بشكل سريع أو غير ذلك، وتشبيك اليدين، أو التصفيق المستمر بهما وهو ما يقوم به الأطفال الصم التوحدين أيضاً، أما الأطفال الصم غير التوحدين فلا يقومون بذلك إلا إذا تم تجاهلهم أو تجاهل حاجاتهم لفترة طويلة.

٢٤- أن نسبة من هؤلاء الأطفال يتمكنون من استخدام لغة الإشارة على الرغم من تلك الصعوبات التي تكتنف هذا الأمر بالنسبة لهم، ولكنهم عادة ما يصدر عنهم بعض اللزمات في لغة الإشارة وهي ما تساوى اللزمات الصوتية عند أقرانهم التوحدين الذين لا يعانون من الصمم.

٢٥- عادة ما يقوم الطفل بتكرار بعض الإشارات التي يصدرها الآخرون له على غرار التردد المرضي للكلام echolalia عند الأطفال التوحدين.

٢٦- لا يتقبل الطفل حدوث أى تغير في الروتين المعتاد بشكل يسير.

التشخيص المزدوج للتوحد والصمم أو فقد السمع

إذا كان تشخيص التوحد يعتمد في الأساس على تلك المحكات التي أوردتها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA فإن تشخيص الصمم أو ضعف السمع من ناحية أخرى يعتمد في الأساس على أساليب بعضها مبدئي كالملاحظة، واختبارات الهمس، والساعة الدقاقة وبعضها الآخر يعد بمثابة أساليب دقيقة كجهاز قياس السمع الكهربائي أو الأوديوميتر . audiometer ومن ثم فإننا عند تشخيص الأطفال الصم التوحدين نقوم بعمل تشخيص مزدوج لهم يعتمد على انطباق محكات التوحد على الطفل من ناحية، وحدة سمعه أو مدى فقد السمع من ناحية أخرى . وعلى ذلك فسيكون هناك تلازم مرضى بين الإعاقتين معاً، ويعد مثل هذا التلازم المرضى بين الصمم والتوحد أو أى تشخيص مزدوج آخر من أكبر التحديات التي يمكن أن يواجهها الوالدان والمعلمون والهيئات الطبية والتمريضية أو العاملون مع مثل هؤلاء الأطفال بشكل عام .

ويؤكد جور وآخرون (١٩٩١) Jure et.al. أن المشكلة الأساسية بالنسبة لهؤلاء الأطفال تتمثل في أنه غالباً ما يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم إما توحديون أو معوقون سمعياً، ويظل الحال على ذلك إلى أن يتم اكتشاف الجانب الآخر لديهم

فيصبح تشخيصهم مزدوجاً آنذاك. وبالتالي فإن الطفل يحرم من الاستفادة من تلك البرامج التي كان من المفترض أن يتم تقديمها له إذا ما أحسن تشخيصه منذ البداية. وهذا ما أوضحوه في دراستهم التي أجروها على عينة ضمت ٤٦ طفلاً تم تشخيصهم على أنهم توحيديون وصم في نفس الوقت، ووجدوا أن حوالي خمس هؤلاء الأطفال كانوا يتمتعون بمستوى ذكاء غير لفظي عادي أو يقترب من المستوى العادي، وأن حوالي خمس العينة فقط كان يعاني من قصور عقلي شديد، ومن ثم فقد تم إرجاع حوالي خمس السلوكيات التوحدية إلى حدة القصور العقلي لديهم وليس إلى فقد السمع من جانبهم حيث ازدادت تلك الحدة بشكل ملحوظ لدى أولئك الأطفال الذين اتضح قصورهم العقلي وذلك قياساً بأقرانهم من باقي أفراد العينة. كما وجد هؤلاء الباحثون أيضاً أن أحد عشر طفلاً من أفراد العينة وذلك بنسبة تقارب ٢٤ % لم يتم تشخيصهم على أنهم توحيديون إلا بعد أن تم تشخيصهم على أنهم صم. بمدة تزيد على أربع سنوات، وأن عشرة أطفال آخرين وذلك بنسبة تقارب ٢٢ % لم يتم تشخيصهم على أنهم صم إلا بعد تشخيصهم كتوحيدين بعدة سنوات. ومن ثم فإن مثل هذا التشخيص الخاطئ الذي تم لهم في البداية قد حرّمهم الاستفادة من تلك الخدمات التي يمكن تقديمها لأولئك الأطفال التوحيدين ذوي الإعاقة السمعية.

ويرى روزينهور وآخرون (١٩٩٩) Rosenhall et.al. أن التشخيص الجيد لأي حالة يعد هو الأساس أو نقطة الانطلاق لتقدم أساليب الرعاية المناسبة بما تضمنه وتتضمنه من خدمات واستراتيجيات وأساليب تدخل مختلفة. أما فيما يتعلق بهذه الحالة من التلازم المرضي بين الصمم والتوحد فإن أساليب التدخل المستخدمة تتحدد بشكل أساسي على ذلك التشخيص الذي يسبق الآخر من هذين التشخيصين؛ فإذا كان الطفل يعاني من فقد سمع شديد بعد ميلاده بفترة ليست طويلة، وتم تشخيصه بالتالي على أنه أصم فسوف يخضع بالتالي لبرامج تدخل مبكرة خاصة بالأطفال الصم. وإذا ما بدأت أعراض التوحد في الظهور بين سن عام ونصف إلى ثلاثة أعوام فإن المعلمين والوالدين قد يرون أن الطفل في تلك الحالة لا يستجيب لما يبذلونه معه من

جهود دون أن يتطرقوا إلى التوحد أو يفكروا فيه آنذاك حيث يظلوا على اعتقادهم أن المسألة كلها تتعلق بفقد السمع فقط . أما إذا ما لاحظوا أن هناك بعض السلوكيات التي تتكرر من جانب الطفل مثل قصور التواصل البصري، والانسحاب، والسلوكيات العدوانية فإنهم حينئذ ينبغي عليهم أن يعيدوا النظر في الأمر برمته، وأن يدخلوا التوحد في حساباتهم . وفي المقابل إذا تم تشخيص الطفل في البداية على أنه توحدى فإنه في تلك الحالة سوف يخضع لبرامج التدخل الخاصة بالتوحد، وسوف تكون هناك محاولات متعددة لتدريبه على التواصل استناداً على أن ما يديه من سلوكيات تتعلق بالسمع إنما هو من صميم سماته كطفل توحدى . لكن عند اكتشاف أنه أصم وذلك عن طريق فحص السمع فإن النظرة إليه آنذاك لا بد أن تختلف .

ونحن نرى أنه تحت أى ظروف ينبغي علينا عندما نكتشف مثل هذا الأمر، ونقوم بعمل تشخيص مزدوج للطفل، أن نبدأ أولاً بالتدخل الذى يناسب التوحد حتى نساعد الطفل كى يقبل على الآخرين، وعندئذ يمكننا أن نشرع فى تعليمه الإشارات حتى يتمكن من التواصل مع الآخرين والاندماج معهم إلى حد مقبول، ويمكن أن نلجأ بعد ذلك إلى أى تدخل يناسب الأطفال الصم . أى أن الصواب فى مثل هذه الحالة أن يتعلق التدخل بالتوحد أولاً ثم بالصمم بعد ذلك حيث يمكن أن نعمل على تعديل سلوكهم من خلال التواصل وذلك باستخدام برامج سلوكية تقوم بتوظيف استراتيجية تعرف اختصاراً ABC وتعنى تعليمهم السلوكيات الملائمة من خلال التواصل **Appropriate Behavior through Communication** حيث يتم خلالها اللجوء إلى العديد من الفنيات السلوكية المعروفة واستخدامها بالأسلوب المتبع فى العلاج السلوكي .

وبذلك فسوف نلاحظ أن مجمل القول فيما يتعلق بالتشخيص المزدوج لمثل هؤلاء الأطفال أنه ينبغي علينا فى سبيل التوصل إلى تشخيص جيد لهم أن نراعى بكل دقة عدداً من النقاط ذات الأهمية فى هذا الصدد يمكن أن نعرض لها كما يلى :

١- أن نراعى مدى انطباق تلك المحكات الخاصة بالتوحد كما أوردتها الدليل التشخيصى على الطفل .

٢- أن نراعى قياس حدة السمع للطفل بشكل دقيق على أن يتم ذلك منذ وقت مبكر فى حياته وذلك قبل وصوله الثالثة من العمر .

٣- أن نلاحظ مدى انطباق تلك السمات التى تميز كل من الفئتين (التوحد والإعاقة السمعية) عليه ومدى حدتها .

٤- أن نلاحظ مدى انطباق تلك السمات التى تميز الأطفال التوحدين الصم على الطفل وهى السمات التى عرضنا لها فى نقطة سابقة .

٥- ألا نتأخر فى اكتشاف ذلك الأمر بل يفضل أن يكون ذلك قبل وصوله الثالثة حيث هى السن التى يحددها الدليل التشخيصى لظهور التوحد .

٦- أن يقوم تشخيصنا للحالة بعد ذلك على كل هذه الأمور مجتمعة، فلا نأخذ بأحدها على حساب الآخر، أو نستبعد أياً منها بأى مبرر .

بعض المشكلات التى تواجهنا عند تشخيص هؤلاء الأطفال

هناك العديد من المشكلات التى يمكن أن تقف حائلاً أمام الوصول إلى تشخيص (مزدوج) جيد لمثل هؤلاء الأطفال، وبذلك يجب علينا أن نعمل على تلافي تأثيرها السلبى كى نتمكن من تشخيصهم بدقة . ومن هذه المشكلات ما يلى :

١- أن هناك تشابهاً كبيراً فى بعض السلوكيات التى تصدر عن الأطفال التوحدين مع تلك التى تصدر عن أقاربهم المعوقين سمعياً حيث غالباً ما يبدو الطفل التوحدى وكأنه أصم إذ يبدى لامبالاة للمثيرات السمعية .

٢- أن اللغة قد لا تنمو أو تتطور على الإطلاق لدى بعض الأطفال التوحدين مما يجعلهم غير قادرين على إبداء أى أدلة يمكن لمن حولهم أن يستنتجوا من خلالها أن بمقدورهم التحدث فى أى وقت حيث يرونهم على أنهم صم .

٣- أن تشخيص أعراض التوحد لدى الطفل الأصم قد لا يتم في الغالب إلا في سن متأخرة وغالباً ما يكون خلال سنوات المدرسة مما يجعل البعض يستبعد أن يكون ذلك توحداً استناداً إلى السن الذي يجده الدليل التشخيصي لظهور التوحد وهو الثالثة من العمر .

٤- أن الأطفال التوحدين لا يبدون جميعاً على نفس الشاكلة بل إن هناك فروقاً كبيرة في الدرجة بين بعضهم البعض وهو ما قد يدفع إلى حدوث تداخل في التشخيص مع بعض الاضطرابات أو الإعاقات الأخرى .

٥- أن بعض الأطفال قد تخف لديهم حدة التوحد، وبالتالي يمكنهم النظر إلى عين الآخرين وإن كان مثل هذا الأمر من جانبهم تكتنفه بعض الصعوبات، لكن المهم في النهاية أنهم قد ينظرون إلى عين الآخرين، وقد يستخدمون بعض الإشارات كباقي الأطفال في مثل سنهم وهو ما قد يجعل البعض يستبعد لهم أن يكونوا توحدين .

٦- أن عدم إلمام الوالدين وحتى بعض المعلمين بأعراض التوحد، وعدم وجود فكرة واضحة عنه لديهم لا يجعلهم يعتبرون ما يصدر عن الطفل الأصم من سلوكيات توحديّة على أنه يعد بمثابة أعراض لاضطراب التوحد، وبالتالي فإنهم قد لا يبلغون الأخصائي بمثل هذه الأمور مطلقاً .

٧- أن عدم رغبة بعض الأخصائيين عند علمهم بأن الطفل الأصم يعاني من اضطراب التوحد في ذات الوقت بإبلاغ الوالدين بحقيقة وضع طفلها حتى لا يزيد من مأساتها اكتفاء منهم بعلمها أن طفلها أصم تحول دون التشخيص الدقيق للطفل، وبالتالي تحرمه من الاستفادة من تلك الخدمات التي يمكن تقديمها لأقرانه الصم التوحدين، كما تعوقه أيضاً عن الاستفادة من تلك البرامج والخدمات التي تقدم للأطفال الصم .

٢- اضطراب التوحد والإعاقة البصرية

من الجدير بالذكر أن ما ذكرناه عن الأفراد الصم التوحدين ينطبق أيضاً على أقرانهم المكفوفين التوحدين حيث أنه على الرغم من حداثة الموضوع بالنسبة للتراث السيكولوجي العربي فإننا لا ننكر وجود كل منهما كفئة مستقلة وإن اتفقت الفئتان في كونهما من ذوى الإعاقات المزدوجة مع كل ما يوجد بينهما من تفاوت. وسوف نلقى الضوء على هذه الفئة التي تتمثل في الأفراد المكفوفين التوحدين وذلك خلال الصفحات التالية.

تمهيد

يمثل التوحد زملة أعراض مرضية تكشف عن قصور في الأداء الوظيفي العقلي ينعكس في مجموعة ثلاثية من السلوكيات تمثل قصورا واضحا لديه هي الاجتماعية والتواصل والنمطية ينبغي أن تظهر على الطفل قبل أن يصل الثالثة من عمره، ومع ذلك فإن الطفل التوحدي لا تظل حالته على هذا النحو مع مرور الوقت ولكنه يتحسن في العديد من هذه المجالات، إلا أنه على الرغم من ذلك يظل توحدياً لأن التوحد ليس مرضاً ولا يوجد بالتالي شفاء تام له من خلال دواء معين أو خلافه. ومن ثم فإنه يظل يواجه العديد من المشكلات التي تقف حائلاً أمام تحقيقه قدر معقول من التوافق. ومن ناحية أخرى فإن كف البصر هو الآخر كإعاقة يؤثر على مستويات الأداء الوظيفي جميعها لدى الطفل، وقد يعوق العديد من الأطفال عن الاندماج مع الآخرين، وعن تحقيق القدر المناسب من التوافق الشخصي والاجتماعي. وجدير

بالذكر أن العديد من السلوكيات التي تصدر عن الأطفال المكفوفين تعد في الواقع بمثابة سلوكيات شبيهة بالتوحد autistic-like behaviors وعلى الرغم من وجود العديد من الأطفال غير المكفوفين الذين تصدر عنهم سلوكيات مشابهة، ووجود هذه الفئة الشبيهة بالتوحد أو شبه التوحدية في أرض الواقع فإن مثل هذه السلوكيات التي يأتي بها الأطفال المكفوفون يتم عزوها في واقع الأمر إلى كف بصرهم، وبالتالي فإن الأمر بذلك يختلف كثيراً في الحالتين .

وغنى عن البيان أن نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال والممارسات العملية المختلفة تشير بما لا يدع مجالاً للشك إلى أن هناك أطفالاً ومراهقين مكفوفين يعانون من التوحد مما يجعلهم ذوى تشخيص مزدوج حيث يعدون مكفوفين من ناحية وتوحيدين من ناحية أخرى . وتشير إنجشولت (٢٠٠٢) Ingsholt إلى أن هناك احتمالاً كبيراً أن تتطور لدى الطفل الكفيف سمات توحدية، وأن يصبح توحيداً بالتالى نظراً لوجود قدر كبير من التشابه في كثير من السمات التي ترتبط بالتوحد ومثيلتها التي ترتبط بكف البصر مما يسهم بشكل كبير في أن يصبح الطفل الكفيف توحيداً، وهو الأمر الذي يفسر ارتفاع نسبة التوحد بين الأطفال والمراهقين المكفوفين قياساً بنسبة انتشاره بين الإعاقات الأخرى العقلية والحسية . وقد يتمثل هذا التشابه بين الفئتين بدرجة كبيرة في مجالات القصور السلوكية الثلاثة التي تميز التوحد وهى القصور الاجتماعي، وقصور التواصل، والسلوكيات النمطية والتكرارية المقيدة . ومع اختلاف تلك الأسباب التي يمكن أن تدفع بكل منهما للقيام بمثل هذه السلوكيات، واختلاف أنماط الاستجابات السلوكية من جانب كل فئة فإنها تحدث في النهاية كسلوكيات، ويمكن لها أن تتطور بشكل يضيف أعداداً من المكفوفين إلى التوحيدين .

ومما يزيد من هذا الاحتمال أن هناك أسباباً مشتركة تعد هى المسئولة في الأساس عن حدوث كلتا الإعاقين، فإصابة الأم الحامل بالحصبة rubella على سبيل المثال يمكن أن تعرض الجنين لأى منهما . وعند حدوث ذلك الأمر فإن الظروف آنذاك تحتم

علينا ألا نتعامل مع الطفل على المستوى السلوكي فقط إذا كنا نود أن تكون جهودنا في هذا الصدد مثمرة. ومن هنا يجب أن نهتم بالجانب العقلي المعرفي كذلك، وأن نقيم علاقة طيبة مع الطفل لأن الطفل التوحدي يتعلم بشكل أفضل إذا قام بذلك شخص يحبه هو، وبدأ بتعليمه أنشطة يحبها ويفضلها.

التوحد والإعاقة البصرية

يشير عادل عبدالله (٢٠٠٢-أ) إلى أن التوحد autism يعد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر pervasive يتسم بضعف القدرة على الانتباه، وقصور في التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، إضافة إلى السلوكيات النمطية والتكرارية المقيدة، وقصور في القدرة على الاختلاط بالواقع، وقصور في اللغة والسلوك الحركي يظهر على الطفل قبل أن يصل الثالثة من عمره، ويتضح بشكل عام في أدائه السلوكي. ويذهب سيسالم (١٩٩٧) إلى أن الإعاقة البصرية visual handicap تتراوح بين الإعاقة الكلية والجزئية، وأن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي تبلغ حدة إبعاره ٢٠ / ٢٠٠ قدم أى ٦ / ٦٠ متراً أو أقل في أفضل العينين وذلك بعد استخدام المعينات البصرية اللازمة، أو هو الذى تكون حدة إبعاره أكثر من ذلك ولكنه يعاني من ضيق المجال البصرى بحيث تكون زاوية إبعاره أقل من ٢٠ درجة. أى أن الإعاقة البصرية بذلك تتحدد في ضوء حدة الإبصار ومجال الرؤية.

وجدير بالذكر أن الأطفال المكفوفين يكثر بينهم كما ترى باوليتكو وروسيسانو (٢٠٠٠ب) Pawletko&Rocissano سلوكيات شبيهة بالتوحد كالسلوك النمطي، والتمسك بطقوس معينة، واللعب المقيد. وغنى عن البيان أن مثل هذه السلوكيات تعمل في واقع الأمر على التعبير عن حقائق معينة، ومن ثم يمكن النظر إليها على أنها :

- ١- تعكس وجود اضطرابات انفعالية لديهم وتعتبر مؤشراً لذلك.
- ٢- ترتبط بإعاقتهم الحسية ولذلك فإنهم يبحثون دائماً في داخلهم عن الإثارة أو أن الإثارة بالنسبة لهم تصبح داخلية.

٣- ترتبط بالتعلق بين الطفل وأمه وتعكسه حيث يظل الطفل في حضانه أمه فترة أطول نتيجة عدم قدرته على التواصل البصرى الذى يجعله غير قادر على معرفة الإشارات المختلفة فيزيد من تعلقه بها، ولكن الإحباط الذى تخبره الأم من جراء إعاقة طفلها قد يحد بدرجة غير قليلة من انغماسها معه .

ومن ناحية أخرى يشير لينجسيت ونيهام (١٩٩٩) Lyngseth&Nyheim إلى أن هناك العديد من السمات المشتركة بين كل من الأطفال التوحدين وأقرانهم المكفوفين على الرغم من اختلاف أسبابها وربما وظائفها أيضاً. ومن هذه السمات ما يلى :

- ١- عدم ظهور النشاط الإنشائى أو التركيبى . constructive
- ٢- قصور فى القدرة على الانغماس فى اللعب .
- ٣- وجود معدل مرتفع من التردد المرضى للكلام .
- ٤- الحاجة إلى وجود أنساق تنبؤية .
- ٥- المعاناة من مشكلات متعددة تتعلق بالقواعد الاجتماعية للسلوك .
- ٦- وجود مشكلات تتعلق بالمعنى الحرفى للكلام .
- ٧- وجود مشكلات أخرى فى التعميم .
- ٨- العميانيات blindisms والسلوك النمطى .
- ٩- السلبية تجاه البيئة المحيطة .
- ١٠- القيام بقدر كبير من الأنشطة النمطية، من أمثلتها ما يلى :
 - أ - حركات نمطية غريبة أو شاذة .
 - ب- الدوران بالجسم للخلف والأمام .
 - ج- حركات دائرية باليدين والأصابع والضغط باليدين على العين .

د - الررفة بالذراعين كالطائر .

هـ - ضرب الرأس في الحائط وخلافه .

و - لف الشعر حول الأصابع .

ز - التكشير المستمر .

ح - اتخاذ أوضاع جسمية غريبة والإبقاء عليها .

ومن الملاحظ بالنسبة لتلك السمات أن درجتها ونسبة وجودها قد تختلف بالنسبة لكلتا الفئتين، وأن بعضها قد يتضمن قدرأ من الاجتماعية أكبر من بعضها الآخر . وأياً كانت تلك الأسباب التي تكمن خلف هذه السمات فإنها جميعاً تعمل على إعاقة تعلم الطفل ونشاطه الإنشائي أو التركيبي إلا إذا كانت تمثل ردود فعل لانتباهه الموجه نحو البيئة المحيطة . كما أن مثل هذه السمات يمكن أن تمثل من جانب آخر مشكلات مماثلة في السياق الاجتماعي . وتؤكد ريتا جوردان (Jordan,R(1996) وإنجشولت (2002) Ingsholt على أن هناك سلوكيات تصدر عن المكفوفين تشابه بدرجة كبيرة مع ما يصدر عن الأطفال التوحدين في جوانب القصور الرئيسية الثلاثة المميزة للتوحد، وذلك كما يلي :

(1) القصور في الجانب الاجتماعي :

يعاني المكفوفون من قصور واضح في الجانب الاجتماعي حيث يعانون من الوحدة أو العزلة الاجتماعية في حياتهم اليومية . ويتأخر معدل النمو الاجتماعي للطفل الكفيف منذ فترة مبكرة من حياته إذ يكون عليه أن يتعلم كيف يمكنه أن يحل مجموعة متباينة من المشكلات التي تواجهه آنذاك مما يؤدي إلى تأخر مماثل في تطور سلوكه الاجتماعي وتفاعلاته الاجتماعية مع الأقران علماً بأن بعض هذه المشكلات قد لا تحل وهو ما يؤدي بالضرورة إلى سلوك اجتماعي غير عادي من جانبه . وإلى جانب ذلك هناك قصور في انتباههم المشترك، وقصور في قدرتهم على التقليد وخاصة التقليد

الحركي، وفي القيام باللعب وأداء الأنشطة المختلفة. أما تواصلهم البصري (إن جاز التعبير) فيكون غير عادي أيضاً حيث يدير الطفل وجهه بعيداً عمن يتحدث وهو ما يفسر على أنه عدم اهتمام مع أنه يكون اهتماماً زائداً في الواقع إذ يعطيه أذنه بدلاً من وجهه حتى يسمعه جيداً، كما يتجنب التلامس الجسدي، ويستخدم الآخرين كأدوات للقيام بأشياء معينة. وبالتالي فهناك تشابه كبير مع التوحدين في هذا الجانب مع اختلاف السبب حيث يرجع السلوك الاجتماعي غير العادي من جانب التوحدين إلى قصور في الفهم الاجتماعي من جانبهم بينما يرجع بالنسبة للمكفوفين إلى كف البصر.

(٢) قصور في التواصل :

تتمثل مظاهر هذا القصور بالنسبة للمكفوفين في عدم المبادأة بالحديث مع الآخرين، وإبدال الضمائر، واستخدام الإيماءات بقدر ضئيل للغاية أو عدم استخدامها مطلقاً، والنظر للتواصل على أنه وسيلة لإثارة ذاتية، وقصور المفردات اللغوية، وانخفاض معدل النمو اللغوي وتأخره، والترديد المرضي للكلام إلى جانب قصور في الذاكرة. ومع ذلك فإن مظاهر القصور في هذا الجانب تكاد تتركز بالنسبة لهم في إبدال الضمائر، والترديد المرضي للكلام الذي قد يلجأون إليه لعدد من الأسباب كما يلي :

أ - جذب انتباه الآخرين .

ب- التعبير عن الانتباه المشترك .

ج- الدلالة على فهم ما يقال .

د - تمييز سؤال معين أو إجابة معينة .

هـ- الرد على تحية معينة .

و - كجزء من التعلم العادي للغة .

(٣) السلوكيات النمطية والتكرارية المقيدة :

هناك ميل من جانب الأطفال المكفوفين إلى الإبقاء على الأشياء كما هي مع توتر يصاحب حدوث أى تغير فيها ومقاومة شديدة لذلك، ووجود أسلوب معين ومحدد فى أداء الأشياء، وعميانيات blindsims ، وعدم انتباه للمثيرات المختلفة من البيئة المحيطة، وعدم ميل إلى أنواع معينة من الأنسجة والماكولات، ورد فعل أقل للمثيرات ذات الحرارة والأخرى ذات البرودة، وذاكرة جيدة للموسيقى . ويقوم المكفوفون بمثل هذه السلوكيات كأتماط من العميانيات، أما قيام الأطفال التوحدين بها فيرجع إلى خلل معين فى المخ . وترى جوردان (١٩٩٦) Jordan أن تمسك الطفل التوحدى بالروتين ومقاومته للتغير الذى قد يحدث فيه يشبه ما يعرف بغياب التوجيه أو التوجيه الخاطى عند الطفل الكفيف إذا ما حدث أى تغير فى محيطه البيئى، ولذلك فإنه يميل هو الآخر إلى الإبقاء على ترتيب ونظام الأشياء كما هو دون تغير .

وبذلك يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأطفال المكفوفين أن يقوموا بتطوير سمات توحدية تؤثر عليهم فيما بعد وتضيفهم إلى أعداد التوحدين حيث يكون من شأنها أن تؤثر على نموهم الاجتماعى وتجعلهم يواجهون نفس المشكلات فى فهم التفاعلات الاجتماعىة كالأطفال التوحدين. كما أن وجود صعوبات لديهم فى المهارات الاجتماعىة يتطلب القيام بتنميتها من خلال استغلال قدراتهم المعرفىة . وإلى جانب ذلك فإن القصور فى الانتباه المشترك من جانبهم، وفى فهم الإشارات الاجتماعىة، وفى تقليد السلوكيات المختلفة، وفى التعبير عن مشاعرهم للآخرين، وفى القيام باللعب الرمزى من شأنه أن يؤثر سلباً على قدراتهم الاجتماعىة والمعرفىة .

وعلى هذا الأساس يتضح لنا وجود العديد من أوجه التشابه التى يمكن لها أن تجمع بين هاتين الفئتين من فئات المعوقين كل على حدة بمعنى أننا إذا أمعنا النظر فيما يتسم به أعضاء كل فئة من هاتين الفئتين فسوف نلاحظ وجود قدر لا بأس به من التشابه بينهما وهو الأمر الذى قد يفرض مزيداً من القيود على عملية التشخيص لتلك

الفئة المشتركة التي تجمع بين الإعاقين معاً لتمثل بذلك فئة فريدة. هذا وتعرض مورس وآخرون (Morse et.al. ٢٠٠٠) لهذا التشابه بين الفئتين في عدد من النقاط على النحو التالي :

أولاً: النمطية :

- التوحيديون :

- ١- يبقى الطفل على أنشطة معينة أو مثيرات حسية معينة ويثبت عليها.
- ٢- يصر على أن تبقى الأشياء كما هي دون أن يتأها أى تغيير كوضعها في أماكن معينة، أو تتابع الأحداث على سبيل المثال .
- ٣- قد يكون أداؤه أفضل عند تناول أدوات معينة أو في ظل سياق مألوف له بينما تظهر إعاقته عندما يكون مثل هذا السياق جديداً عليه .

- المكفوفون :

- ١- يبقى على مثيرات حسية معينة كوضع الإصبع أو اليد أمام العين وكأنه ينظر إليها .
- ٢- قد يتحسن الأداء عند وجود مثيرات معينة دون سواها وفي سياق مألوف له، ولكن تظهر إعاقته عند وجوده في سياق جديد عليه .

ثانياً: تناول المشكلات :

(أ) الشكل والأرضية :

- التوحيديون :

- ١- لا يستطيع الطفل أن يميز بين مصدر الضوضاء سواء كانت من خلفه أو من أمامه، ومع ذلك يبدو منتبهاً لتلك المحادثات التي تدور في الغرفة من حوله في حين أننا إذا قمنا بتوجيه الحديث إليه فإنه يتجاهله وكأنه لا يسمعه .

٢- يعبث بالخيوط ويتجاهل اللعبة المثبتة في هذا الخيط .

- المكفوفون :

١- لا يرى الطفل أياً من المثيرات البصرية المختلفة وبالتالي لا يدركها .

٢- لا يستطيع أن يميز أى المثيرات البصرية هي الأكثر أهمية كى ينتبه إليها .

(ب) المدخلات الحسية المتعددة :

- التوحيديون :

١- يتوقف عن السمع إذا ما أتت قطعة على سبيل المثال إلى المكان، وهو ما يعنى

حدوث مدخل حسى أثناء حدوث مدخل حسى آخر .

٢- يمكن أن يؤدي زيادة المدخلات الحسية إلى توقفه عن الأداء كلياً أو جزئياً،

أو قد يمثل إثارة مفرطة له .

- المكفوفون :

١- يميل الطفل إلى التلفت حوله عندما يلمسه أحد .

١- يمكن أن يؤدي زيادة المدخلات الحسية إلى توقفه عن الأداء كلياً أو جزئياً، أو

قد يمثل إثارة مفرطة له .

ثالثاً : علم القسرة على التعميم :

- التوحيديون :

- قد يفهم التعليمات في سياق الموقف ولكن ليس خارج هذا السياق، وهو ما

يعنى أن كل موقف يحتاج إلى تعليمات خاصة به .

- المكفوفون :

- قد يتعرف على الأشياء أو الأفراد في سياق الموقف المؤلف له ولكن ليس في

سياق أى موقف غير مؤلف .

رابعاً : عدم ثبات الأداء الوظيفي :

- التوحيديون :

١- لا يوجد رد فعل من جانب الطفل للضوضاء العالية في وقت معين وفي موقف معين، بينما يبدى في وقت آخر وموقف آخر رد فعل مفرط لتلك الضوضاء، أى أن ذلك يتغير من موقف إلى آخر ومن حين إلى آخر .

٢- يبدو وكأنه يفهم التعليمات في وقت ما، بينما يبدو في وقت آخر وكأنه لا يفهمها .

- المكفوفون :

- يبدو مدركاً للأشياء أو الأشخاص في وقت ما، ولكنه يبدو غير مدرك لها هي نفسها في وقت آخر حتى لو كان بعد ذلك الوقت بفترة ليست طويلة .

الأطفال المكفوفون التوحيديون

من الجدير بالذكر أن هناك تشابهاً كبيراً بين الكثير من السلوكيات التي تصدر عن الأطفال التوحيديين وأقرانهم المكفوفين على الرغم من اختلاف تلك الأسباب التي تكمن خلف هذه السلوكيات، وما يمكن أن يترتب عليها من استجابات سلوكية متباينة وهو الأمر الذي يؤكد على حقيقة هامة يجب النظر إليها بدقة تتمثل في أن الفرق بين ما يصدر عن الأطفال المكفوفين من سلوكيات يشار إليها على أنها عميانيات ويرأها البعض سلوكيات شبه توحدية وإن تشابهت مع تلك السلوكيات التي تصدر عن أقرانهم التوحيديين وبين تلك السلوكيات التوحدية أى التي تصدر عن الأطفال التوحيديين أنها تختلف عنها في الدرجة . ولذلك فعندما يبدأ الطفل الكفيف في التصرف بشكل يغير ما يقوم به أقرانه المكفوفون، وتبدأ شخصيته في الاختلاف عن المتوقع فإن ذلك يعنى أنه قد بدأ يعاني من اضطراب التوحد أيضاً حيث يكون قد جمع بذلك بين الإعاقيتين معاً، وأصبح بالتالى كفيفاً توحدياً .

وتشير باوليتكو وروسيسانو (٢٠٠٠ب) Pawletko&Rocissano إلى أن الأطفال المكفوفين الذين يعانون من التوحد أو من يُطلق عليهم المكفوفون التوحيديون يواجهون العديد من المشكلات في مجالات عدة تصبح بمثابة سلوكيات معينة يمكن في ضوئها تمييزهم عن غيرهم وذلك على النحو التالي :

أولاً : من الناحية الاجتماعية :

- ١- يجدون صعوبة في الاشتراك في علاقات تبادلية مع الآخرين .
- ٢- ينظرون إلى الآخرين على أنهم مجرد أشياء ويتعاملون معهم على هذا الأساس .
- ٣- لا يبدون أى اهتمام بالأقران .

ثانياً : من الناحية اللغوية :

- ٤- يلتزمون بالمعنى الحرفي أو القريب للكلمة .
- ٥- لا يتمكنون من اتباع التعليمات .
- ٦- قصور في المستوى اللغوى العام .
- ٧- التردد المرضي للكلام .
- ٨- إبدال الضمائر .
- ٩- يستخدمون الكلمات دون أن يفهموا معناها .

ثالثاً : من الناحية الحسية :

- ١٠- يصدرون ردود فعل زائدة لبعض الضوضاء ويميلون إليها كصوت المنبه أو المكنسة أو المروحة على سبيل المثال .
- ١١- تعد بعض الخبرات اللمسية بغيضة أو كريهة بالنسبة لهم كاللمس من قبل شخص آخر مثلاً، أو الفراء الناعم، أو بعض الملابس، أو بعض الأطعمة .

- ١٢- يكرهون درجات الحرارة المرتفعة .
- ١٣- قد لا يبدي الواحد منهم أى رد فعل إذا ما ارتطمت رأسه بأى شيء، أو لوقوعه على الأرض، أو ما إلى ذلك .
- ١٤- ينصرفون من الاستماع إلى التعليمات إذا ما طلبنا منهم أن يفتحوا كتاباً .

رابعاً : من الناحية العقلية المعرفية :

- ١٥- يجدون صعوبة فى الانتباه لمثير معين .
- ١٦- مدى انتباههم قصير .
- ١٧- يجدون صعوبة فى نقل انتباههم من مثير إلى آخر .
- ١٨- غير قادرين على التعامل مع المعلومات الاجتماعية بفاعلية .
- ١٩- يجدون صعوبة فى الاستجابة للمثيرات المختلفة .
- ٢٠- يمثل قصورهم المعرفى عائقاً أمام حصولهم على المعلومات والمعاني المختلفة من البيئة المحيطة .
- ٢١- من السهل عليهم أن يفهموا الأحداث المتكررة قياساً بالمدخل الحسى متعدد الأوجه .
- ٢٢- ليس بإمكانهم التعامل مع أكثر من مدخل حسى واحد فى المرة الواحدة .
- ٢٣- التناول العقلى من جانبهم لبعض الأشياء كدرجة الحرارة، والمثيرات متعددة الحواس، والقماش أو النسيج يتم بشكل مختلف يميزهم عن غيرهم .

خامساً : التواصل :

- ٢٤- ينشغل الطفل بموضوع واحد فقط ويركز عليه .
- ٢٥- لا يبدي أى اهتمام لما يميل إليه الآخرون أو يفعلونه .
- ٢٦- عندما يتحدث فإنه يكون مقتضباً جداً أو بعيداً عما يريد .

٢٧- يتحدث بأشياء لا ترتبط بموضوع المحادثة .

٢٨- قد يغضب عندما يسمع كلمات معينة .

٢٩- غير قادر على تطبيق القواعد في سياق معين .

سادساً : الاهتمامات (ضيقة ومحدودة) :

٣٠- يصر على القيام بنفس الشيء .

٣١- يبدى الكثير من السلوكيات الحركية النمطية .

٣٢- يركز على أجزاء من الأشياء أثناء اللعب .

٣٣- لا يبدى أى لعب تظاهري .

٣٤- يبدى اهتمامات مقيدة ونمطية كالاتهام بكرسى أو ماكينة تصوير أو لعبة وخلافه .

٣٥- يتمسك بروتين معين أو طقوس معينة ولا يتجاوزها .

نسبة انتشار التوحد بين المكفوفين

مما لا شك فيه أن الأطفال المكفوفين التوحدين يمثلون فئة مستقلة يجمع أعضاؤها بين السمات الخاصة بكلتا الإعاقيتين معاً، وأن لهم كما أوضحنا سمات معينة تميزهم وتسهم بذلك في التعرف الدقيق عليهم . وإذا كان التشخيص الدقيق لأعضاء تلك الفئة يتأخر كثيراً عن ذلك الوقت الذى ينبغى أن يتم فيه فإن وجود هذه الفئة لم يصبح محل شك، ولم نعد ننكر وجودها، بل أن الأكثر من ذلك أن نسبة انتشار التوحد بين المكفوفين قد أوضحت تفوق بكثير نسبة انتشاره بين الإعاقات العقلية والحسية الأخرى باستثناء التخلف العقلى حيث يشير لينجسيت ونيهام (١٩٩٩) وLyngeth&Nyheim إلى أن المسح الذى تم إجراؤه بالنرويج فى عام ١٩٩٣ للأطفال المكفوفين الذين لم يصلوا الثالثة من أعمارهم قد أوضح أن ما بين ٤٠-٥٠% من هؤلاء الأطفال تنطبق عليهم المحكات الخاصة بالتوحد . وقد كان هذا المسح

في إطار دراسة طولية مدتها ست سنوات كشفت نتائجها عن أن هناك احتمالاً كبيراً أن يصبح الأطفال المكفوفين توحديين أو على الأقل تنطبق عليهم بعض المحكات الدالة على التوحد حيث كثيراً ما تصدر عنهم سلوكيات تتعلق بإلحاق الأذى بالذات، وغيره من السلوكيات التوحدية وهو الأمر الذي يزيد من نسبة انتشار ذلك التلازم المرضي.

وتضيف إنجشولت (٢٠٠٢) Ingsholt أن نسبة انتشار التوحد بين المكفوفين في الدانمارك تصل إلى ٥٥ % وقد يرجع ذلك إلى التشابه الكبير في العديد من السمات التي ترتبط بكلتا الإعاقين حيث يظهر الأطفال الذين يعانون من أي من الإعاقين قصوراً في جوانب ثلاثة هي التفاعلات الاجتماعية، والتواصل، والسلوكيات النم والتكرارية المقيدة، وأن هذه النسبة تتماشى مع مثيلتها في النرويج وأوروبا عموماً. وترى جوردان (١٩٩٦) Jordan أن وجود مثل هذا التشابه بين سلوكيات أعضاء الفئتين كليهما يزيد كثيراً من احتمال أن يصبح الطفل الكفيف توحدياً. وبذلك فإننا نلاحظ فيما يتعلق بنسبة الانتشار هذه ونظراً للتشابه الكبير بين الفئتين أن هناك طفلاً واحداً يعاني من التوحد من بين كل طفلين كفيفين مما يجعل نسبة انتشار التوحد التقريبية بين المكفوفين تصل إلى ٥٠ % على الأقل، وهي النسبة الشائعة في كل من أوروبا وأمريكا، بل إنها النسبة الشائعة في أكثر بلدان العالم حفاظاً على حقوق تلك الفئات عامة كالنرويج والدانمارك وغيرهما.

تشخيص التوحد بين الأطفال المكفوفين

تشير تيريز باوليتكو ولوريان روسيسانو (٢٠٠٠-أ) Pawletko,T.&Rocissano,L. إلى أن العديد من تلك السلوكيات التي يأتي بها الأطفال المكفوفين إنما تعتبر في أساسها سلوكيات شبيهة بالتوحد autistic-like وعندما يأتي بمثل هذه السلوكيات شخص مبصر فإن أول ما يتبادر إلى الذهن أنها ترجع إلى التوحد، أما عندما يأتي بها شخص كفيف فيتم عزوها إلى كف بصره. ومع ذلك هناك فئة من المكفوفين يعانون فعلاً من

اضطراب التوحد وهو الأمر الذي يمكن التأكد منه عن طريق الملاحظة، والتعرف الدقيق على مدى انطباق تلك المحكات الخاصة بالتوحد على الطفل من خلال ما يصدر عنه من سلوكيات مختلفة في المواقف المتباينة التي يتعرض لها في الحياة اليومية. وتعد المحكات الواردة في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA هي الأساس في التشخيص وهو ما سنعرض له مع توضيح الفرق بين استجاباتهم واستجابة أقرانهم المكفوفين عليها وذلك كما يلي:

١- وجود قصور كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح من توفر اثنين على الأقل من المحكات التالية :

أ- قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل البصري والتعبيرات الوجهية، وأوضاع الجسم، والإيماءات في سبيل تنظيم التفاعلات الاجتماعية.

ب- لا يمكن أن نضع في اعتبارنا تلك السلوكيات التي تتضمن الإبصار عند الحكم على الأطفال المكفوفين. ومع ذلك فمن الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال أن يعبروا عن اهتمامهم الاجتماعية من خلال تغيير أوضاع أجسامهم.

ب- عدم القدرة على إقامة علاقات مع الأقران تناسب مع مستواهم النمائي.

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحدين ؛

- قد تتأخر إقامة مثل هذه العلاقات ولكنها مع ذلك تقام وتتطور.
- يظهرون فضولاً اجتماعياً كأن يسألوا مثلاً عمّن يوجد في الغرفة، أو عن عدم وجود شخص معين في ذلك الوقت وهذا المكان.

- يدون تمتعهم بالعلاقات الاجتماعية كما هي عندما يتسمون مثلاً كاستجابة لسماعهم أن شخصاً معيناً قادم على سبيل المثال .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- لا تقام علاقات بين الأقران من الأساس، وبالتالي لن يكون هناك مجال لإثرائها حيث نجد أن الطفل قد يقوم بشد شعر طفل آخر كى يسمعه وهو يصيح ويبكى وكأنه لعبة تقوم فى أساسها على السبب والنتيجة .

ج- قصور فى البحث التلقائى لمشاركة الآخرين ما يستمتعون به، أو مشاركتهم اهتماماتهم أو إنجازاتهم كأن يبدى الطفل اهتماماً بأشياء معينة، أو يحضرها معه، أو يشير إلى مثل هذه الأشياء موضع الاهتمام على سبيل المثال .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحديين ؛

- يعملون على مشاركة الآخرين المعلومات والخبرات حتى ولو كانوا من المتخلفين عقلياً.

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- لا يوجد لديهم اهتمام اجتماعى حقيقى ، ولا يهتمون بمشاركة الآخرين ما يقومون به من أنشطة عديدة ويستثنى من ذلك الأطفال التوحديين ذوى الأداء الوظيفى المرتفع وهم أولئك الأطفال من متلازمة أسرجر بشرط أن تكرر سنهم وأن يتحدثوا عن موضوعهم المفضل.

- يجب اللجوء إلى القوائم والمقاييس الأخرى الخاصة بالتوحد بجانب ملاحظة سلوكيات الطفل حتى يتم تشخيص تلك الأمور بدقة .

د- قصور فى التبادل الاجتماعى والانفعالى

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحديين ؛

- يمكنهم إبداء تعاطفهم مع الآخرين فيبدون حزنهم إذا ما أصيب أى شخص آخر بمكروه .

- يمكنهم المشاركة في تلك المواقف التي تتضمن التبادل الاجتماعي كالأخذ والعطاء مثلاً.

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- يتعاملون مع الآخرين وكأن هؤلاء الآخرين أشياء .

- لا يفهمون الأخذ والعطاء من الناحية الاجتماعية .

٢- قصور كیفی فی التواصل كما يتضح من توفر واحد على الأقل من البنود التالية :

أ- تأخر واضح في اكتساب اللغة المنطوقة أو عدم نموها على الإطلاق (بشرط ألا يصاحب ذلك أى محاولة للتعويض من جانب الطفل عن طريق استخدام أساليب بديلة للتواصل مثل الإيماءات أو الإشارات أو التمثيل الصامت) .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحديين ؛

- يكتسبون اللغة بشكل عادي، وإذا كان هناك تخلف عقلي لدى الطفل يتأخر نمو اللغة، إلا أنه مع ذلك يبذل مجهوداً كبيراً كى يتواصل مع الآخرين، ويبدى متعة وسعادة بالتبادلات الاجتماعية المختلفة .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- قد لا تتطور اللغة لديهم على الإطلاق .

- إذا اكتسبوا بعض الكلمات فإنهم عادة ما يستخدمونها في التردد المرضي للكلام .

- لا يبدون أى اهتمام بالتواصل مع الآخرين .

ب- قصور واضح في القدرة على المبادأة بإجراء محادثات مع الآخرين أو الإبقاء على مثل هذه المحادثات وذلك بالنسبة للأطفال الذين يكون لديهم كماً معقولاً من المفردات اللغوية .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحديين ؛

- تتطور مهاراتهم على إجراء المحادثات خلال المدى الطبيعي لذلك .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- لا يوجد أى تبادل للمحادثات بينهم، وإن وجد فإنه يكون بقدر ضئيل جداً .

- يمكن أن يوجد تبادل للمحادثات بين الأطفال من ذوى زملة أسرجر بشرط أن

تدور تلك المحادثات أساساً حول موضوع معين يمثل محوراً لاهتمامهم .

ج- الاستخدام النمطى والمتكرر للغة أو للغة غريبة أو شاذة .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحديين ؛

- قد يدون إبدالاً للضمائر كما يحدث مع الأطفال المبصرين إلا أن ذلك يستمر معهم

لفترة غير طويلة، ومع ذلك فإن اللغة تنمو لديهم بشكل يشبه ما يحدث للأطفال

المبصرين .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- يستمر إبدال الضمائر من جانبهم لفترة طويلة .

- التردد المرضى للكلام .

- الاستجابات اللغوية غير المناسبة إذ قد يردون بكلمات غير مناسبة للحديث مطلقاً،

وقد يقولون أشياء خاطئة في أوقات غير مناسبة لها .

د- قصور فى اللعب التظاهرى أو الإدعائى make-believe التلقائى والمتنوع، أو

قصور فى اللعب الاجتماعى القائم على التقليد imitative play الذى يتناسب مع

مستوى نموهم .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحديين ؛

- يتأخر اللعب القائم على التقليد واللعب التظاهرى من جانبهم بسبب كف-بصرهم،

ومع ذلك فمع نموهم يشتركون مع الآخرين فى ألعاب الأدوار .

- يلعبون مع الأشياء المختلفة كالدمى وخلافه بشكل مناسب فيقوم الطفل باحتضان الدمية، ويدفع بالسيارة اللعبة كى تدور عجلاتها وتحدث ضوضاء.

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- بشكل عام لا يلعب الأطفال بأدوات اللعب بطريقة مناسبة فقد يقوم الطفل بترع إطارات السيارة كى يقوم بتدوير تلك الإطارات، وقد يمسك بقطعة من الحبل أو الخيط ويقوم ببرمها أو لفها، كما يقوم بقدر كبير من الأفعال أو السلوكيات التكرارية عند تناوله لأى من الأشياء المختلفة وذلك بدلاً من قيامه بسلوكيات هادفة تتعلق بها.

٣- أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية مقيدة كما يتضح من توفر واحد على الأقل من البنود التالية :

أ- إبداء الاهتمام والانشغال بموضوع اهتمام واحد أو أكثر يتسم بالنمطية والتقييد ويكون شاذاً إما فى درجة حدته أو محور اهتمامه.

* بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحديين ؛

- تكون اهتمامات الطفل الكفيف مقيدة قياساً بقرينه المبصر وذلك بسبب كف بصره.

- يمكن للطفل الكفيف أن ينفخس نسبياً فى مجموعة من الأنشطة إذا ما دفعه إلى ذلك أحد الأشخاص الراشدين ممن يدون اهتماماً بتلك الأنشطة.

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- تكون اهتماماتهم مقيدة بدرجة كبيرة فقد يلعبون بلعبة واحدة فقط أو اثنتين على الأكثر، ويقومون بذلك بشكل متكرر.

- يصعب بدرجة كبيرة على أى شخص راشد مهما أبدى اهتماماً بأى نشاط أن يجعل الطفل يشترك فيه.

- إذا ما قاطعه أحد أثناء قيامه بنشاطه المفضل فإنه عادة ما يقابل ذلك بمقاومة شديدة جداً.

- ب- التمسك الصارم بطقوس معينة أو روتين معين غير وظيفى أو غير فعال .
- * بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحدين ؛
- يدون قدرأ معقولأ من المرونة فى مواجهة الأحداث العادية المتضمنة فى الحياة اليومية .
- * بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحدين ؛
- التمسك الصارم بالروتين الذى لا طائل منه .
- يبدى الطفل صرامة شديدة عند حدوث أى تغير فى الروتين .
- ج- إتباع أساليب حركية معينة نمطية وتكرارية (كالتصفيق باليدين أو الأصابع على سبيل المثال، أو الدوران السريع، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم) .
- * بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحدين ؛
- يقوم بشكل مستمر بالهزهزة أو التأرجح، أو ضرب العين بجمع الكف، إلا أنه عادة ما يمكن إعادة توجيهه مثل هذه السلوكيات .
- يمكن له التحكم فى تلك السلوكيات مع زيادة سنه .
- لا يشيع بينهم التصفيق باليدين أو الدوران .
- * بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحدين ؛
- قد يبدى الطفل عدداً من السلوكيات الحركية كهزهزة رأسه، أو التصفيق باليد، أو القيام بهزهزة إحدى قدميه وضربها فى الأخرى، وما إلى ذلك، كما يقابل أى مقاطعة لمثل هذه السلوكيات بمقاومة عنيفة .
- د- انشغال شديد بأجزاء من الأشياء .
- * بالنسبة للأطفال المكفوفين غير التوحدين ؛
- لا يدون أى اهتمام أو انشغال بأجزاء من الأشياء .
- عادة ما يستخدمون الأشياء المختلفة بشكل جيد وفعال عندما تكون التعليمات واضحة ومفهومة من جانبهم .

* بالنسبة للأطفال المكفوفين التوحديين ؛

- يصر الطفل على العبث بجزء واحد من الشيء أو بنمط واحد فقط من هذا الشيء .
- يقاوم بشدة أى محاولة لمقاطعته أو إعادة توجيه نشاطه .

مشكلات تشخيص التوحد بين المكفوفين

هناك العديد من المشكلات التي تواجهنا عند تشخيص التوحد بين المكفوفين والتي يكون من شأنها أن تعوق التوصل إلى تشخيص دقيق لهم يمكننا على أثره أن نحدد الأساليب المناسبة لرعايتهم بما تضمنه وتتضمنه من خدمات وبرامج وأساليب تدخل . وتعد المشكلات التالية من أهم الأمثلة لتلك المشكلات .

١- أن نسبة كبيرة من السلوكيات التي تصدر عن كلتا الفئتين تتشابه في غالبيتها وإن اختلفت تلك الأسباب المسئولة عنها والمؤدية إليها إلى جانب ما يترتب عليها من استجابات سلوكية متباينة .

٢- أن الفرق بين العميانيات أو السلوكيات شبه التوحدية التي تصدر عن الأطفال المكفوفين والسلوكيات التوحدية يعد في أساسه فرق في الدرجة فقط وهو الأمر الذي لا يفتن إليه الكثيرون ممن يتعاملون معهم .

٣- أن عدم إلمام بعض الأخصائيين بأعراض التوحد وطبيعته يجعلهم يرون في تلك السلوكيات التي تصدر عن الأطفال المكفوفين أو ما تعرف بالعميانيات سلوكيات عادية بالنسبة لوضع هؤلاء الأطفال، وبالتالي لا يبحثون خلفها، ولا يهتمون بالتعرف على أى تغير يمكن أن يطرأ عليها ودراسته .

٤- أن تشخيص التوحد لدى أولئك الأطفال يتأخر كثيراً عن ذلك السن الذي يحدده الدليل التشخيصي لظهور التوحد مما يجعل البعض لا يرى في تلك السلوكيات توحداً خاصة وأنها تعد بمثابة سلوكيات تميزهم كفتة .

٥- أن عدم إلمام الوالدين وبعض المعلمين بأعراض التوحد وتطورها، وعدم وجود معلومات كافية عنه لديهم يؤدي بهم إلى تجاهل كثير من تلك الأمور التي تحدث، بل وقد يتجاهلون الأمر برمته ولا يقوموا بالتالي بإبلاغ الطبيب أو الأخصائي به مما قد يؤدي بطبيعة الحال إلى تفاقم الحالة، ويضيع عليها فرصة الاستفادة من البرامج المناسبة التي كانت ستقدم لها إذا ما أحسن تشخيصها.

٦- أن عدم رغبة بعض الأخصائيين في زيادة القلق والتوتر عند والدي الطفل الكفيف من خلال إبلاغهما بوجود إعاقة أخرى لدى طفلهما وهو ما قد يؤثر سلباً على تطور حالته حيث تضيع عليه أيضاً فرصة الاستفادة من البرامج المناسبة.

٣- التخلف العقلي والصمم أو فقد السمع

ليس من الغريب أن نجد بين الفئات المختلفة للإعاقة من يعانى من إعاقة مزدوجة وهو الأمر الذى أشرنا إليه كثيراً من قبل حيث يجمع الطفل الواحد في مثل هذه الحالة بين أكثر من إعاقة واحدة في ذات الوقت. وتجمع الحالة التى نحن بصددنا الآن بين إعاقة حسية هى الصمم وأخرى عقلية هى التخلف العقلي، وهو ما سنعرض له هنا.

تمهيد

يعد الأطفال الصم المتخلفون عقلياً فئة فريدة بين فئات الإعاقة الأخرى، كما أنهم يعتبرون كذلك بين تلك الفئات الفرعية التى تتضمنها فئة الأطفال الصم الذين يعانون من إعاقات إضافية أخرى يعد التخلف العقلي أحدها. وغالباً ما يتم إلحاق مثل هؤلاء الأطفال على الرغم من ذلك بتلك الفصول الخاصة بالفئة الأم التى ينتمون إليها وهى فئة الصم ذوى الإعاقات الأخرى رغم ما يوجد بينها من عدم تجانس واضح. ويكاد ينتشر هذا الوضع بين دول العالم كلها حتى المتقدم منها باستثناء السويد حيث توجد بها مدرسة خاصة بأولئك الأطفال الصم المتخلفين عقلياً.

ونظراً لذلك التفرد الذى يتسم به مثل هؤلاء الأطفال فإنه ينبغى بالتالى أن يقوم على تعليمهم وتأهيلهم فى الوقت ذاته معلمون يتم تأهيلهم وإعدادهم للقيام بهذه المهمة بشكل يتناسب مع تلك التبعات التى تترتب عليها وهو الأمر الذى يختلف كثيراً عما يتم مع معلمى أى من الفئتين على حدة سواء الصم أو المتخلفين عقلياً حيث يتم إعداد كل منهما لمهمة تختلف عن تلك التى تتم لأقرانهم الذين يتعاملون مع تلك الفئة

التي تضم هاتين الفئتين معاً، وبالتالي لا يصح أن يقوم معلمو الأطفال الصم أو المتخلفين عقلياً بتعليم وتدريب ورعاية الأطفال الصم المتخلفين عقلياً لأنهم يختلفون كفئة عن كلتا الفئتين معاً، ولهم خصوصياتهم، وسماتهم الفريدة، ومتطلباتهم الخاصة التي يتم إعداد هؤلاء المعلمين للتعامل معهم من خلالها، وإشباع تلك الحاجات .

ومن الجدير بالذكر أننا يجب أن نلفت الأنظار إلى قضية هامة في هذا الإطار قبل أن نصل هؤلاء الأطفال إلى التشخيص المزوج الذي يجعل منهم صماً ومتخلفين عقلياً في نفس الوقت وهي أن الأطفال الصم في حد ذاتهم قد يساء تشخيصهم إذ قد يعتبرهم البعض متخلفين عقلياً وخاصة عندما نشرع في تطبيق اختبارات ذكاء لا تتناسب معهم فيحصلون بالتالي على درجات منخفضة في تلك الاختبارات . وإذا كان مثل هذا الأمر يتم تناوله في الوقت الراهن بشكل مختلف حيث يتم تطبيق الجانب العملي من اختبارات الذكاء المختلفة إلى جانب تلك الاختبارات التي تتناول مهارات حل المشكلات غير اللفظية، فإن الأمر لا يزال يحتاج إلى وقفة رغم ذلك إذ يجب أن يتم تصميم اختبارات ذكاء خاصة بهم حتى نتجنب إساءة تشخيصهم لأننا قد نجد على الرغم من ذلك أن بعض هؤلاء الأطفال قد لا يفهم بنود الاختبار جيداً، أو قد ينخفض أداؤهم على تلك المقاييس نتيجة لأي ظروف فيصّل بالتالي إلى الحد الأدنى الذي يفصل فيما يتعلق بالذكاء بين المتخلفين وغير المتخلفين عقلياً وهو الأمر أو الوضع الذي يسبب كثيراً من الخلط، ويؤدي إلى إساءة تشخيصهم .

ويشير سيدليكي وسميث (١٩٩٨) Siedlecki & Smith إلى أننا نلاحظ بشكل واضح من خلال استجابات الأفراد الصم على النسخة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised (WAIS- R) أن أداءهم على الجانب العملي منه يقل عن أداء أقرانهم العاديين على نفس الاختبار بشقيه اللفظي والعملي بحوالي عشر نقاط، في حين نجد أن أداءهم على الجانب العملي يكاد لا يختلف عن أداء أقرانهم العاديين عليه، وبالتالي فإن هؤلاء الأفراد الصم إذا ما كانت لديهم أي مهارات لفظية حتى وإن كانت بسيطة فإنهم كانوا سيحصلون بطبيعة الحال

في ذلك الوقت على بضع نقاط أخرى من شأنها أن تغير من وضعهم ودرجاتهم على الاختبار عامة وهو الأمر الذي يدعو بل ويحث على ضرورة تصميم وتطوير اختبار ذكاء خاص بالصم أطفالاً ومراهقين أو راشدين حتى نتجنب مثل هذه البلبلة.

وإذا كان الأمر يعد كذلك بالنسبة للأفراد الصم فإنه قد يختلف كثيراً بالنسبة لأقرانهم ضعاف السمع حيث يمكن اللجوء إلى الأساليب التكنولوجية الحديثة المتعددة التي تمكنهم من سماع المثيرات الصوتية بشكل شبه عادي ما لم يكن عادياً، وبالتالي يصبح بمقدورهم الاستجابة على تلك البنود التي يتضمنها الجانب اللفظي من المقياس. وهذا يدفعنا إلى القول بأننا ينبغي أن نستخدم الجانب اللفظي من مقياس وكسلر أيضاً بشرط أن يتم ذلك من خلال أحد أساليب التواصل مع الصم وعلى رأسها لغة الإشارة وهو الأمر الذي يتطلب ضرورة توفر شرطين على درجة عالية من الأهمية يتمثل أولهما في الإلمام الجيد من جانب الطفل بلغة الإشارة، أما الشرط الثاني فيتمثل في وجود مترجم بارع للإشارات فلا يحدث بالتالي أي خطأ أو التباس في فهم المعنى المقصود من السؤال ومن الإجابة. وإلى جانب ذلك يمكن استخدام مقياس للقدرة على التواصل في الحياة اليومية نتعرف من خلاله أيضاً على نسبة ذكاء مثل هؤلاء الأفراد بناء على وجود معايير لهذا الاختبار خاصة بهم تعكس درجة الطفل في الاختبار على أثرها عمره العقلي، ثم نحسب عمره الزمني، ونقسم عمره العقلي على عمره الزمني ونضرب الناتج في ١٠٠ % فنحصل بذلك على نسبة ذكائه. وعلى هذا الأساس حينما نقرر في النهاية أن هذا الطفل أو المراهق الأصم يعد متخلفاً عقلياً في الوقت ذاته نكون على حق في ذلك، ويكون تشخيصنا له دقيقاً ولا لبس فيه.

الأطفال الصم المتخلفون عقلياً

من المعروف أن الطفل الأصم قد يعاني من بعض الإعاقات الأخرى إلى جانب إعاقته الحسية التي يعاني منها مما يجعله من ذوي الإعاقات المزدوجة ويكون له تشخيص مزدوج على أثر ذلك. ومن ثم فإن الفئة العامة التي تضم مثل هؤلاء الأفراد تتمثل في

الإعاقة السمعية والإعاقات الإضافية الأخرى، وهى الفئة التى تضم العديد من الفئات الفرعية الأخرى التى تجعل من هذه الفئة الأصلية فئة غير متجانسة حيث تتسم كل فئة من تلك الفئات الفرعية الأخرى بسمات معينة تجعلها متفردة على ما سواها. ويمثل التلازم بين الإعاقة السمعية وأى إعاقه أخرى مشكلة معقدة وفريدة للمختصين، والوالدين نظراً لما يرتبط بها من عوامل، وما يترتب عليها من نتائج، وما يتسم به هؤلاء الأطفال من سمات تعد فريدة على أثر ذلك. وتتنوع تلك الإعاقات الإضافية أو الأخرى التى يمكن أن تتزامن أو تتلازم مع الإعاقة السمعية لتضم الإعاقات التالية :

- ١- التخلف العقلي .
- ٢- صعوبات التعلم .
- ٣- اضطراب الانتباه المصحوب أو غير المصحوب بالنشاط الحركى المفرط .
- ٤- الإعاقة البصرية .
- ٥- الشلل الدماغى .
- ٦- اضطراب التوحد .
- ٧- الإعاقة الجسمية .

ومن هذا المنطلق يعد التخلف العقلى هو أحد تلك الإعاقات الأخرى أو الإضافية التى يمكن أن يعانى الطفل الأصم منها، والتى تؤثر سلباً على مستوى أدائه الوظيفى عامة . ومن الجدير بالذكر أن الطفل الأصم المتخلف عقلياً هو ذلك الطفل الذى يجمع بين التشخيصين معاً فى ذات الوقت، أى يجمع بين كونه أصم أو حتى ضعيف السمع توجد لديه بعض البقايا السمعية، ويندرج بذلك فى أحد أنماط الإعاقة السمعية بحسب نسبة فقد السمع من جانبه، وبين كونه متخلف عقلياً تنطبق عليه تلك المحكات الخاصة بالتخلف العقلى بداية من حدوث قصور فى أدائه الوظيفى العقلى تقل على أثره نسبة ذكائه عن ٧٠ على أحد مقياس الذكاء الفردية للأطفال مع وجود قصور فى سلوكه

التكيفي إلى حدوث ذلك خلال مرحلة طفولته بحيث يكون في أحد الأنماط أو المستويات الأربعة للتخلف العقلي والتي تتحدد بحسب نسبة الذكاء وهي التخلف العقلي البسيط، والمتوسط، والشديد، والشديد جداً. وهذا يعني كما أشرنا سلفاً أنه يجمع بين الإعاقيتين معاً، أو بين إعاقتين إحداهما حسية وهي الصمم أو فقد السمع، والأخرى عقلية وهي التخلف العقلي. ولا يخفى علينا أن هناك نسبة من الأطفال الصم لا يكون بمقدورهم أن يتكلموا وخاصة أولئك الأطفال الذين يعانون من الصمم الوراثي، أو من يفقدون سمعهم في طفولتهم المبكرة قبل أن يتمكنوا من إجادة استخدام اللغة، والتعرف على تراكيبها المختلفة، ومفرداتها المتعددة مما يصبح معه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للطفل في تلك الحالة أن يصبح أبكماً mute فيكون بذلك أصماً وأبكماً في ذات الوقت بجانب تخلفه العقلي وهو الأمر الذي يتطلب توفير كم كبير من الخدمات يتجاوز ما يتم تخصيصه للطفل الأصم فقط أو للطفل المتخلف عقلياً فقط.

وإذا كانت المشكلة الرئيسية للطفل الأصم تعد في أساسها مشكلة في التواصل حيث تتأثر قدرته على التواصل سلباً بدرجة كبيرة من جراء إعاقته تلك، ومن ثم يصبح غير قادر على أن يتواصل مع الآخرين مستخدماً اللغة العادية للتواصل لفظية وغير لفظية، وسواء كان ذلك التواصل تعبيرياً أو استقبالياً. ومن هذا المنطلق يتم اللجوء إلى أساليب أخرى بديلة حتى يمكن لها على أثر تعلمها من جانب الطفل، والتدريب عليها أن تكون عوضاً له عما فقده، ويصبح بمقدوره بالتالي أن يتواصل مع الآخرين على الرغم مما يحيط بذلك من محاذير، وما يجب أن يتوفر لها من شروط حتى يتمكن الطفل من استخدامها بشكل سليم، وتؤدي بالتالي إلى تلك النتيجة التي تم في الأساس اللجوء إلى مثل هذه الأساليب من أجلها. أما الطفل المتخلف عقلياً على الجانب الآخر فتمثل مشكلته الرئيسية في الجانب العقلي المعرفي عامة، وإن كان الأمر لا يتوقف عند هذا الحد حيث تحدث انعكاسات عديدة لذلك الجانب على الجوانب الأخرى الاجتماعية، والانفعالية، والحسية، وخلافها فتتأثر سلباً بها، ومن ثم فإنه يعاني هو الآخر من مشكلات في التواصل، وعدم القدرة على إقامة علاقات ناجحة وحميمة

مع الآخرين . وعندما يجمع الطفل بين كلتا الإعاقتين معاً في ذات الوقت فإن الأمر يبدو مختلفاً تماماً، ويصبح أكثر سوءاً إذ أن الطفل ضعيف السمع حينما يصبح من المتخلفين عقلياً يجد صعوبات حمة في عملية التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، فما بالنا إذن بالطفل الأصم أو الأصم الأبيكم؟

ومما لا شك فيه أن مثل هذا الوضع سوف يضيف كثيراً بطبيعة الحال إلى المشكلة الأصلية، وسوف تزداد المعاناة بدرجة أكبر من جراء ذلك حيث تتضاعف المشكلة بشكل كبير للغاية على أثر تلك الإعاقة المزدوجة وإن كان هذا لا يعني مطلقاً أنه يعاني ضعف ما يعانيه قرينه ذو الإعاقة الواحدة إذ أن الطفل الأصم غير قادر على السمع، والطفل المتخلف عقلياً غير قادر على الفهم، أما الطفل الأصم المتخلف عقلياً فلا يسمع ولا يفهم . ومن جانب آخر فإن ذلك الطفل إذا سمع فلن يفهم، وهذا ما يحدث مع الطفل ضعيف السمع المتخلف عقلياً .

وعلى هذا الأسس يرى مارسكارك وكلارك (Marschark&Clark 1998) أن الجمع بين مثل هاتين الإعاقتين في شخص واحد يجعل من أولئك الأفراد الذين يعدون على شاكلة فئة فريدة جداً، تواجهها مشكلات معقدة وفريدة أيضاً، وتختلف بطبيعة الحال عما يمكن أن تواجهه كل فئة من أولئك الذين يعانون من إحدى هاتين الإعاقتين على حدة . كما أن هذه الفئة تكون غير متجانسة وذلك استناداً إلى نسبة الفقد السمعي، والأسباب التي تؤدي إلى ذلك، والمتغيرات التي ترتبط به، وكذلك الحال بالنسبة لما يمكن أن يرتبط بالتخلف العقلي، هذا إلى جانب السن الذي بدأت فيه كل إعاقة منهما، والسن الذي اكتشفت فيه الحالة، والسن الذي بدأ فيه تقلم البرامج التربوية المناسبة وهو الأمر الذي يضيف كثيراً إلى تلك المشكلات التي تواجهها تلك الفئة، ويمثل مشكلة كبيرة في سبيل القيام بتصنيف هؤلاء الأطفال لوضعهم في فصول خاصة بهم، واختيار ما يمكن أن يناسبهم من برامج وخدمات مختلفة .

وكما أشرنا سلفاً فإن هذه الفئة تمثل فئة فرعية يتم تصنيفها في إطار فئة أخرى أساسية تعرف بفئة الأطفال الصم ذوي الإعاقات الإضافية deaf children with

additional disabilities تضم العديد من الفئات الفرعية الأخرى. وإذا كانت هذه الفئة أى التى تضم الصمم والتخلف العقلى تعتبر فئة غير متجانسة فإن مثل هذا الأمر ينعكس على الأداء الوظيفى من جانب أعضائها وهو ما يجعلهم يحتاجون إلى العديد من الأساليب البديلة المختلفة للتعلم. ومع ذلك فإن أعضاء هذه الفئة يكرهون المدرسة، ويخبرون العديد من المشكلات السلوكية من جراء أسباب عديدة تعتبر الأسباب التالية فى مقدمتها ومن أهمها :

- ١- أنهم يخبرون العديد من خبرات الفشل بسبب إعاقاتهم المزدوجة.
 - ٢- عدم وجود معلمين مؤهلين للتعامل معهم.
 - ٣- عدم وجود مدارس خاصة بهم.
 - ٤- عدم تقديم البرامج المناسبة لهم التى يكون من شأنها إشباع حاجاتهم المختلفة.
 - ٥- عدم القدرة على فهم الآخرين لهم فى أغلب الأحيان.
- هذا وهناك العديد من السمات التى يتسم بها هؤلاء الأفراد والتى يمكن أن تميزهم عن غيرهم من الأفراد حتى من فئات الإعاقة الأخرى، وبالتالي يكون من شأنها أن تجعل منهم فئة فريدة. ومن أهم هذه السمات ما يلى :
- ١- يتشنت انتباههم بسهولة وبسرعة.
 - ٢- قصر مدى الانتباه من جانبهم.
 - ٣- قصور فى الانتباه سواء السمعى أو البصري.
 - ٤- قصور فى الإدراك.
 - ٥- ضعف الذاكرة وعدم قدرتهم على تذكر ما يكون قد مر بهم من أحداث أو مواقف.
 - ٦- عدم قدرتهم على الاستفادة مما مروا به من خبرات.

- ٧- عدم قدرتهم على القيام بتعميم ما يكونوا قد تعلموه على مواقف مماثلة أو نقل أثر التدريب أو التعلم إلى مواقف مشابهة .
- ٨- فرط النشاط أو الحركة من جانبهم .
- ٩- قصور في مهاراتهم الاجتماعية بشقيها اللفظي وغير اللفظي .
- ١٠- قصور في قدرتهم على التواصل سواء التعبيري أو الاستقبالي .
- ١١- قصور في قدرتهم على إقامة علاقات ناجحة وحميمة مع الآخرين .
- ١٢- الميل إلى الإشباع الفوري لحاجاتهم .
- ١٣- عدم القدرة على تأجيل بعض متطلباتهم أو حاجاتهم .
- ١٤- تأخر في معدل نموهم اللغوي .
- ١٥- قد لا تنمو اللغة لدى بعضهم على الإطلاق .
- ١٦- قصور في مهاراتهم اللغوية .
- ١٧- قصور في استخدام التراكيب اللغوية المختلفة .
- ١٨- إذا كان الطفل قد فقد سمعه بعد طفولته فإنه يكون قد اكتسب بعض المفردات اللغوية رغم تخلفه العقلي، كما يكون قد اكتسب بعض المهارات اللغوية البسيطة، ومع هذا فإن ذلك كله يتعرض للتدهور بعد أن يفقد سمعه .
- ١٩- يتعرضون للعديد من المشكلات والاضطرابات الانفعالية .
- ٢٠- قصور في مهاراتهم الحركية المختلفة .

الأسباب المؤدية لهذه الإعاقة

هناك العديد من الأسباب المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى هذه الإعاقة المزدوجة يرجع بعضها إلى عوامل وراثية، في حين يرجع بعضها الآخر إلى عوامل غير وراثية، ويمكن تصنيف هاتين المجموعتين من الأسباب إلى ثلاث مجموعات من العوامل تعرف

أولى هذه المجموعات بعوامل ما قبل الولادة، في حين تعرف الثانية بعوامل أثناء الولادة، بينما تعرف الثالثة بعوامل ما بعد الولادة. وتكاد تتفق هذه الأسباب مع تلك التي تؤدي إلى كل إعاقاة منهما على حدة سواء الإعاقاة السمعية أو التخلف العقلي. وتشير جاميا بيركي (٢٠٠٣ - ب) Berke, J. إلى أن العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الصمم تعد هي نفسها تقريباً التي تؤدي إلى التخلف العقلي. ويأتي على رأس هذه الأسباب ما يلي :

- ١- الحصبة الألمانية . rubella, German measles
- ٢- الفيروس المضخم للخلايا . cytomegalovirus CMV
- ٣- الهربس . herpes
- ٤- الزهري . syphilis
- ٥- الملاريا خلال فترة الرضاعة تؤدي إلى التخلف العقلي والصمم في نفس الوقت .
- ٦- متلازمة داون، ويمكن لها أن تؤدي بالطفل إلى الصمم وذلك في سن مبكر من حياته .
- ٧- متلازمة أوشر Usher يمكن أن تؤدي أيضاً إلى تلك الإعاقاة المزدوجة .
- ٨- العوامل الوراثية أو الجينية، وتعد مسؤولة عن حدوث تلك الإعاقاة بين الأطفال بنسبة تتراوح بين ٣٠ - ٥٠ % .
- ٩- التعرض قبل الولادة للكحوليات .
- ١٠- التسمم بالمواد كالرصاص أو الزئبق .
- ١١- نقص الأكسجين أثناء الولادة أو الاحتناق .
- ١٢- الإصابات التي تحدث أثناء الولادة وتؤدي إلى نزيف بالمخ .

١٣- مرض الصفراء .

١٤- نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) . AIDS

١٥- التهاب السحايا . meningitis

١٦- التهاب الغدة النكفية . mumps

١٧- الإصابات الشديدة بالرأس التي تؤثر سلباً بشكل مباشر على مراكز السمع بالمخ، وتؤدي كذلك إلى ضمور بعض خلايا المخ .

ويرى مارسكارك وكلارك (١٩٩٨) Marschark&Clark أن مثل هؤلاء الأطفال لا يمثلون سوى نسبة ضئيلة جداً من أعضاء الفئتين معاً. كذلك فإنهم كما أشرنا سلفاً يمثلون فئة غير متجانسة من الأفراد، ومما يسهم في تحقيق عدم التجانس بينهم كفة أن الإعاقة الإضافية للسمع والتي تتمثل هنا في التخلف العقلي قد تتراوح في شدتها بالنسبة لهم بين المستوى البسيط والمستوى الشديد جداً. وتشير الإحصاءات إلى أن نسبة تتراوح بين ٢٠ - ٤٠ % تقريباً من إجمالي عدد الأطفال الصم وضعاف السمع يعانون من وجود إعاقة إضافية لديهم لا تتمثل في التخلف العقلي على وجه التحديد، ولكنها تتمثل في أي إعاقة من تلك الإعاقات الإضافية التي أشرنا إليها من قبل. أما عن الأعداد الدقيقة لأولئك الأفراد الذين يعانون من كل إعاقة إضافية على حدة ومن بينها التخلف العقلي بطبيعة الحال فهي لا تزال غير معروفة على وجه الدقة حتى وقتنا الراهن. ومع ذلك فإن البعض يرى أن نسبة انتشار التخلف العقلي بين الصم وضعاف السمع تكاد تصل إلى حوالي ٣٠ % تقريباً أو يزيد، وهو الأمر الذي يتطلب التأكد الدقيق منه .

التشخيص

يعتبر التشخيص الدقيق للحالة أمراً غاية في الأهمية حيث يتوقف عليه تحديد تلك الإجراءات التي يتم التدخّل من خلالها، وتحديد أساليب وبرامج التدخّل الملائمة،

واختيار ما يتناسب معها من خدمات مختلفة. أما عن الكيفية التي يمكن من خلالها أن نتعرف على هؤلاء الأطفال، وأن نصل إلى تشخيص دقيق لهم يكون مزدوجاً عادة فهي لن تخرج بشكل عام عن الرجوع لتلك المحكات الخاصة بتشخيص الصمم وضعف السمع من ناحية إلى جانب تلك المحكات المرتبطة بتشخيص التخلف العقلي من ناحية أخرى. وكذلك يمكن اللجوء إلى اختبارات وقوائم للسماح بتدرج في إطار المقاييس النمائية لتحديد تلك المشكلات التي قد يعاني منها مثل هؤلاء الأطفال في مجالات معينة تتمثل فيما يلي :

- ١- المهارات الحركية .
- ٢- المهارات الاجتماعية .
- ٣- مهارات العناية بالذات .
- ٤- المشكلات السلوكية .
- ٥- المشكلات الأكاديمية .
- ٦- الأداء الوظيفي اليومي .
- ٧- مهارات الحياة اليومية .

وإلى جانب ذلك يجب الاهتمام بالكيف وليس الكم، ومن هنا فإننا سوف نلاحظ بكل دقة كيفية أدائه للمهام المختلفة، ولن نتطرق إلى عدد مثل هذه المهام على سبيل المثال بمعنى أننا لن نلجأ إلى معيار معين كمحك نحتكم إليه في سبيل تحديد مستوى أداء الطفل، بل سنعطينه في الواقع فرصة مناسبة للأداء، ونرى كيف سيتمكن من القيام بذلك. ويتم في النهاية الوصول إلى تشخيص مزدوج للطفل وذلك على أنه أصم أو ضعيف السمع من ناحية، وعلى أنه متخلف عقلياً من ناحية أخرى. وغنى عن البيان أنه لا توجد هناك مقاييس خاصة بمثل هؤلاء الأطفال أنفسهم حتى نستطيع أن نحدد ذلك المعيار الذي يمكن أن نحتكم إليه لتقييم أدائهم على مختلف المهام

والأنشطة التي يؤديها. ويشير بياسيني وآخرون (١٩٩٨) Biasini et.al. إلى أن التشخيص المزدوج لهؤلاء الأفراد له أهميته القصوى للأسباب التالية :

١- أنه يمكن من خلاله تحديد نمط التدخل المناسب الذي يمكننا إتباعه في هذه الحالة .

٢- أنه يمكن من خلاله تحديد تلك الخدمات الخاصة التي يجب أن نقوم بتوفيرها لهم وما تتطلبه من نفقات .

٣- أنه يمكن من خلاله تقييم التدخلات اللاحقة التي ينبغي أن تتبعها معهم ونوفرها لهم .

أساليب الرعاية

تعدد أساليب الرعاية التي يمكن تقديمها لهؤلاء الأطفال، وتقوم كما يشير درنكووتر وديمشاك (١٩٩٥) Drinkwater&Demchak على عدد من الإجراءات المختلفة التي يتم من خلالها تقديم مثل هذه الرعاية لهم، وتوفير الخدمات المختلفة وما تتطلبه من نفقات عليها، واختيار استراتيجيات وأساليب التدخل المناسبة لهم ولوضعهم الفريد كفتة مستقلة. ومن أهم الإجراءات التي يجب الانتباه إليها والاهتمام بها ومراعاتها ما يلي :

١- يجب أن يتعلم الوالدان لغة الإشارة مع الطفل حتى يتمكنوا من التواصل معه، ويصبحا قادرين على تحقيق رغباته، وإشباع حاجاته .

٢- ينبغي أن نعمل على تعليم الطفل أساليب بديلة للتواصل تتعلق بما يجب أن يقوم به أقرانه الصم في مثل سنه تقريباً .

٣- أن نقوم بدمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم الصم حيث أن وجودهم وسطهم يعطيهم شعوراً بالأمان، والهوية، ويكسبهم الثقة بالنفس .

٤- ضرورة العمل على توفير رياض أطفال على الأقل خاصة لهؤلاء الأطفال حيث لا توجد روضة خاصة بأعضاء هذه الفئة على الرغم من أنه قد توجد

رياض خاصة بأعضاء الفتيين الصم والمتخلفين عقلياً كل على حدة، وهنا يمكن إلحاق الطفل الأصم المتخلف عقلياً بإحدى هاتين الفتيين من الرياض وذلك بحسب درجة فقد السمعى من جانب هذا الطفل أو ذاك .

٥- يمكن أن يلتحق الطفل في سن المدرسة بفصول خاصة في مدرسة للصم أو فصول مماثلة في مدرسة للمتخلفين عقلياً، ويتم استخدام لغة الإشارة في تعليمه وتدريبه . ومما تجدر الإشارة إليه أن السويد بها مدرسة خاصة بتلك الفئة .

٦- ضرورة أن يتم الاكتشاف المبكر لهؤلاء الأطفال حتى تتمكن من اللجوء إلى أساليب التدخل المبكر وهو ما يمكن أن يفيدهم كثيراً .

٧- تقديم الدعم والمساندة اللازمة للأسرة حتى تتمكن من القيام بالرعاية المطلوبة لأولئك الأطفال، ولا تتحمل أى أعباء مالية قد تزيد عن طاقتها .

٨- تعليم هؤلاء الأطفال أساليب مناسبة للتواصل يكون من شأنها أن تساعدهم على الاختلاط بالآخرين، وأن تحد مما يتعرضون له من مشكلات مختلفة .

٩- إعداد وتوفير المعلمين المؤهلين للتعامل مع هؤلاء الأطفال كفئة مستقلة، وتقديم الرعاية المناسبة واللازمة لهم .

١٠- العمل على توفير المواد والموارد اللازمة لهم .

وجدير بالذكر أن هناك كما يرى مارسكارك وكلاارك (١٩٩٨) Marschark&Clark عدداً آخر من الإجراءات التي ينبغي أن نلجأ إليها ونتبعها في سبيل تقديم الرعاية التي يحتاجها هؤلاء الأطفال، وتوفير ما يحتاجون إليه من خدمات، وذلك كما يلي :

١- تدريب أولئك الأطفال على كيفية قضاء أوقات الفراغ، أو بمعنى أدق تدريبهم على القيام بالأنشطة الترفيهية المتضمنة في أنشطة وقت الفراغ .

٢- توفير البرامج الملائمة لهم التي يمكن أن تعمل على تطوير وتنمية ورعاية مهارات معينة من جانبهم .

٣- أن يتم تنمية المهارة الواحدة في عدة خطوات تعمل كل خطوة منها على الاهتمام بجانب معين من هذه المهارة أو تلك .

٤- أن يتم تعليم وتدريب كل طفل منهم في ضوء خطة تربوية فريدة وفردية لا تصلح سوى له هو فقط دون سواه حيث تقوم على حاجاته وسماته .

٥- أن تتم رعاية الطفل عن طريق فريق متكامل يضم الوالدين، والمعلم، والمؤسسات المجتمعية المعنية، وكل من له صلة بالطفل كالأطباء، والأخصائيين المختلفين .

٦- أن يتم عمل تقييم شامل للطفل يتضمن الجوانب الاجتماعية، والحسية، والأكاديمية إلى جانب تحليل لتلك المواقف التي يستطيع أن يؤدي فيها بشكل أفضل وذلك حتى تتمكن من تحديد برنامج معين يساعده على الأداء الوظيفي الجيد والمستقل .

٧- أن يتم التركيز على ما يمكن للطفل القيام به في تلك المواقف التي يتضمنها البرنامج، وليس على جوانب القصور التي يعانى منها .

٨- أن نقوم بقدر كبير من التكرار لما نؤديه للطفل حتى بعد أن يجيد بعض المهارات، وينبغي أن يتضمن هذا التكرار تلك المهارات التي يكون الطفل قد أجادها أيضاً .

٩- يجب أن يكون الهدف الرئيسى من البرنامج المستخدم موجهاً نحو المستقبل بمعنى أن يعمل على إعداد الطفل للقيام بالسلوك الاستقلالى بعد أن ينتهى البرنامج، أو حتى بعد أن ينهى الطفل تعليمه بالمدرسة .

١٠- ينبغي أن يعمل البرنامج للمستخدم على دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم الصم الذين لا يعانون من أى إعاقات أخرى وهو الأمر الذى قد يساعدهم على الأداء الجيد، وبالتالي تحقيق الثقة فى أنفسهم وفى الآخرين.

وتشير بيركى (٢٠٠٣- ب) Berke إلى أنه لا توجد فى الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال أى مدرسة خاصة بالأطفال الصم للتخلفين عقلياً، ولكنهم عادة ما يلتحقون بتلك الفصول الخاصة بالأطفال الصم ذوى الإعاقات المتعددة. إلا أنه توجد مدرسة فى السويد خاصة هؤلاء الأطفال حيث أنهم عندما يكونون يحتاجون إلى إشراف تام عليهم وعلى ظروفهم للعيشية المختلفة. ويجب عند تقديم الرعاية المناسبة للطفل أن يتم تحديد الخطة التربوية الفردية التى يقوم الوالدان والعلم بإعدادها وفقاً لحاجات الطفل، ورغباته، وسماته الفريدة. كما يجب أن يقوم فريق متكامل بتنفيذ تلك الخطة بحيث يضم هذا الفريق الوالدين، والعلم، والمهنية للمعونة، وأى اختصاصى غيرهم تكون له صلة بسلوكيات الطفل المختلفة، وأن يكون الغرض من هذه الخطة هو تطوير قدرة الطفل على أن يؤدي بشكل مستقل قدر الإمكان. وحتى ينجح هذا البرنامج يجب الالتفات إلى النقاط التالية :

- ١- تحديد أهداف صريحة وواضحة للبرنامج.
- ٢- التركيز على الحاجات الفردية لكل طفل.
- ٣- أن يتم التعليم خطوة خطوة.
- ٤- أن تتناسب المواد المقدمة خلاله مع عمر الطفل وقدراته.
- ٥- أن يعمل على إكساب الطفل السلوك الاستقلالى فى المواقف للشاشة بمحرد الانتهاء من هذا البرنامج.
- ٦- أن يهدف إلى دمجهم مع الأطفال الصم فى التعليم والتدريب.
- ٧- أن تتم الاستعانة بالأساليب والوسائل التكنولوجية الحديثة فى هذا الإطار.

٤- التخلف العقلى وكف البصر

من الجدير بالذكر أن هناك أطفالاً مكفوفين يعانون من التخلف العقلى أو غيره من الإعاقات المختلفة الأخرى، وهم بذلك يمثلون فئة عامة تعرف بفئة الأطفال المكفوفين ذوى الإعاقات الأخرى أو الإضافية والتي تضم نفس الإعاقات التي أشرنا إليها عند الحديث عن الأطفال الصم المتخلفين عقلياً مع استبدال الإعاقفة البصرية هناك بالإعاقفة السمعية هنا. ومن هذا المنطلق فإن الأطفال المكفوفين المتخلفين عقلياً يمثلون فئة فرعية داخل هذه الفئة العامة تتسم بتفردھا من ناحية، وعدم التجانس من ناحية أخرى.

تمهيد

يرى بياسيني وآخرون (١٩٩٨) Biasini et.al. أنه يمكن النظر إلى التخلف العقلى على أنه حالة، وعرض، ومتلازمة، ومصدر للألم والأسى للعديد من الأسر. بما يرضه ويتضمنه من سمات، وخصائص، وأعراض، وصعوبات تتعلق بالمجالات التالية :

١- التعلم .

٢- المهارات الاجتماعية .

٣- الأداء الوظيفى اليومي .

ومن هذا المنطلق فإن التخلف العقلى يعتبر (حالة) حيث يمثل وضعاً معيناً، وصفة معينة، ولا يعد مرضاً، أو اضطراباً، بل يعكس حالة معينة لانخفاض الأداء الوظيفى العقلى، وقصور السلوك التكيفى، ولا يوجد لها أى علاج حتى وقتنا الراهن. ومن

جانب آخر يعتبر التخلف العقلي (عرضاً) حيث يعد بمثابة إحدى السمات الأساسية المميزة لبعض الاضطرابات الأخرى وعلى رأسها متلازمة داون . كما أنه يعد أيضاً بمثابة (متلازمة) حيث يضم العديد من الأعراض المميزة له كإخفاض نسبة الذكاء عن ٧٠ على أحد مقاييس الذكاء الفردية، والقصور في سلوك الطفل التكيفي، وعدم وصول الطفل إلى تلك المعايير السلوكية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وذلك في اثنين على الأقل من المجالات التالية :

- ١- التواصل .
- ٢- العناية بالذات .
- ٣- الفاعلية في المنزل .
- ٤- المهارات الاجتماعية أو بين الشخصية .
- ٥- الاستفادة من موارد المجتمع واستغلالها .
- ٦- التوجيه الذاتي .
- ٧- المهارات الأكاديمية .
- ٨- العمل .
- ٩- الصحة .
- ١٠- الأمان .
- ١١- قضاء وقت الفراغ .

وإلى جانب ذلك يعد التخلف العقلي (مصدراً للألم والأسى والحزن) للعديد من الأسر نظراً لما يصاحبه من أحداث، وما يترتب عليه من آثار مختلفة، وما تتعرض له الأسرة من صدمة وخيبة أمل، وما تكبده من مشقة وعناء، إلى غير ذلك ومن جانب آخر يعتمد التخلف العقلي في تشخيصه على أداتين أساسيتين هما

١- اختبار ذكاء فردي للأطفال .

٢- مقياس للسلوك التكيفي .

ويعتبر مقياس وكسلر لذكاء الأطفال من أكثر مقاييس الذكاء المستخدمة شيوعاً، وكذلك الحال بالنسبة لمقياس بينيه Binet منذ أن تم تقديمه في بداية القرن الماضي بفرنسا، ثم قام هنري جودارد Henry Goddard مدير مركز البحوث والتدريب في فاينلاند Vineland بنيو جيرسي New Jersey آنذاك بترجمته إلى الإنجليزية عام ١٩٠٨ ونشره في عام ١٩١٠ ، أما بالنسبة للسلوك التكيفي فقد قام إدجار دول Edgar Doll عام ١٩٣٥ بتطوير مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale الذى يستخدم أساساً في سبيل قياس مهارات الحياة اليومية والسلوك التكيفي للأطفال المتخلفين عقلياً، وبعد أن تمت ترجمته للعديد من اللغات المختلفة أصبح يستخدم على نطاق واسع على المستوى العالمى حتى وقتنا الراهن، بل واشتقت منه مقاييس أخرى تهدف إلى قياس نفس الشيء ، أى أن هدفها العام أو الغرض منها لا يختلف عن المقياس الأصلي .

هذا ومن الممكن أن يصاحب التخلف العقلى أى إعاقة أخرى لتزداد بذلك المشكلة سوءاً، كما أن كف البصر من جانب آخر يمكن أن تصاحبه اضطرابات أو إعاقات أخرى عديدة تعد بمثابة إعاقات إضافية من بينها التخلف العقلى بطبيعة الحال . وتتنوع مثل هذه الإعاقات الإضافية الأخرى لتشمل ما يلي :

١- اضطرابات نمائية .

٢- إعاقات عقلية أخرى .

٣- إعاقات حسية .

ومن هنا المنطوق فإن التخلف العقلى كإعاقة عقلية يمكن أن يكون مصاحباً لكف البصر كإعاقة حسية ليشكلا معاً فئة من الأفراد متفردة وفريدة هي فئة المكفوفين

المتخلفين عقلياً. وتعد تلك الفئة من الفئات مزدوجة الإعاقة أى التى تجمع بين إعاقتين فى نفس الوقت، ونظراً لما يمكن أن يوجد بين أعضائها من فروق فإنها تعتبر فئة غير متجانسة. وحتى نستطيع تقديم الرعاية المناسبة لمثل هذه الفئة يجب أن يقوم فريق متكامل بالتشخيص، والتقييم، والتدخل الإرشادى أو التدريبي. ويضم هذا الفريق طبيباً، وأخصائى اجتماعي، وأخصائى نفسي، وأخصائى تخاطب، وأخصائى تأهيل، وأخصائى فى الحركة والتوجه، ومعالجاً وظيفياً، والوالدين، والمعلم. وينبغي أن يكون هناك تكامل، وترابط، وتشاور مستمر بين أعضاء هذا الفريق فى سبيل الوصول إلى القرار المناسب الذى يتعلق بالطفل، ويدعم ويعزز نموه وهو الأمر الذى يتطلب الاختيار الدقيق والملائم لبرامج التدخل التى تناسب كل طفل.

الأطفال المكفوفون المتخلفون عقلياً

يمثل الأطفال المكفوفون المتخلفون عقلياً فئة متميزة وفريدة بين فئات الإعاقة عامة حيث أنهم من هذا المنطلق يختلفون عن الأطفال المكفوفين من ناحية، وعن أقرانهم المتخلفين عقلياً من ناحية أخرى لأنهم لا يعانون من مجرد ما يعانیه أعضاء كل فئة من هاتين الفئتين فقط، ولا من مجرد ضعف ما يعانیه أعضاء كل فئة على حدة حيث تواجههم مشكلات خاصة بهم هم أنفسهم، ويتسمون بالعديد من السمات التى تميزهم عن غيرهم. ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يجمعون بين الإعاقتين معاً فى الوقت ذاته، أى بين إعاقة حسية تتمثل فى الإعاقة البصرية، وإعاقة عقلية تتمثل فى التخلف العقلى وهو ما يعنى أن لديهم تشخيصاً مزدوجاً. كذلك فإنهم يمثلون فئة فرعية تتبع لفئة رئيسية أخرى هى فئة الأطفال المكفوفين ذوى الإعاقات الإضافية أو الأخرى **blind children with additional disabilities** حيث من الملاحظ أن مثل هذه الإعاقات الإضافية أو الأخرى تتضمن كما أوضحنا سلفاً اضطرابات نمائية، وإعاقات عقلية، وإعاقات حسية وهو الأمر الذى يجعل من كف البصر المصحوب بالتخلف العقلى فئة فرعية فريدة فى إطار تلك الفئة الرئيسية.

وبما أن الأطفال المكفوفين المتخلفين عقلياً يجمعون بين الإعاقة البصرية والتخلف العقلي فإن المحكات الخاصة بكلتا الإعاقتين تنطبق عليهم تماماً إذ نجد أن المفهوم القانوني للإعاقة البصرية ينطبق عليهم من ناحية، وبذلك تكون حدة إصراهم ٦ / ٦٠ فأقل (٢٠ / ٢٠٠ فأقل) وهو ما يعنى أن بعض هؤلاء الأطفال تكون لديهم بقايا بصرية يمكن استغلالها في سبيل تعليمهم أو تدريبهم على أداء المهارات المختلفة، ومن ناحية أخرى نجد أن تلك المحكات الخاصة بالتخلف العقلي تنطبق عليهم هي الأخرى، كما يتحدد مستوى تخلفهم العقلي في ضوء نسبة ذكائهم، وبالتالي فإنهم يتوزعون على المستويات الأربعة للتخلف العقلي والتي تتمثل في التخلف العقلي البسيط، والمتوسط، والشديد، والشديد جداً . أما عن محكات التخلف العقلي التي تنطبق تماماً عليهم فتتمثل فيما يلي :

١- قصور في الأداء الوظيفي العقلي تصبح معه نسبة ذكاء الفرد ٧٠ فأقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .

٢- قصور في السلوك التكيفي بما يتضمنه من مهارات ضرورية تأتي في مقدمتها مهارات الحياة اليومية .

٣- أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو وبالتحديد خلال سنوات الطفولة .

وجدير بالذكر أن هؤلاء الأطفال يجمعون بين تلك السمات التي تميز المكفوفين ومثيلتها التي تميز المتخلفين عقلياً، بل إن هناك سمات أخرى تميزهم هم أنفسهم دون سواهم حيث تضيف إلى معاناتهم، وتحد من تعلمهم، ومن استفادتهم مما يكونوا قد تعلموه، وتؤثر سلباً على كافة جوانب نموهم . ومن أهم هذه السمات ما يلي :

١- أنهم غالباً ما يكونوا من المبترين .

٢- أن أوزانهم عند الولادة تقل بكثير عن المعدلات الطبيعية .

٣- أنهم يعدون أكثر عرضة لضمور الشبكية المرتبط بالولادات المبكرة .

retinopathy of prematurity

- ٤- أهم أكثر عرضة لحدوث تلف في بعض أجزاء المخ.
- ٥- يؤدي التلف أو الضمور الذي ينتاب بعض أجزاء من المخ إلى الحد بدرجة كبيرة من فرص التعلم التي يمكن إتاحتها لهم.
- ٦- يؤدي ذلك التلف أيضاً إلى الحد من فرص التعويض من جانبهم.
- ٧- ينخفض معدل أدائهم الوظيفي العقلي أو المعرفي عامة بشكل ملفت وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم المكفوفين فقط.
- ٨- تزداد الهوة بينهم وبين أقرانهم المكفوفين فقط فيما يتعلق بالأداء الوظيفي العقلي أو المعرفي مع الزيادة في أعمارهم.
- ٩- يعانون من العديد من المشكلات الانفعالية من جراء وضعهم هذا وما يترتب عليه من خبرات مؤلمة لهم.
- ١٠- يعانون من بعض المشكلات السلوكية نتيجة لما يخبرونه من فشل.
- ١١- لا يتجاوزون المرحلة الحس حركية في نموهم المعرفي كما حددها بياجيه.

Piaget

- ١٢- يعانون من قصور واضح في مهاراتهم الحركية عامة.
- ١٣- يعانون من قصور في التواصل سواء التعبيري أو الاستقبالي.
- ١٤- مهاراتهم الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية تكاد تكون منعدمة.
- ١٥- تأخر واضح وذو دلالة في معدل نموهم اللغوي.
- ١٦- قد لا تنمو اللغة لدى بعضهم على الإطلاق.
- ١٧- يعانون من قصور في مهارات الحياة اليومية من جانبهم، وقد لا يكون بإمكان بعضهم القيام بأي من هذه المهارات.

١٨- يعد أغلب هؤلاء الأطفال غير قادر على الاستفادة من التدريب على تلك المهارات المرتبطة بالحركة والتوجه.

الأسباب المؤدية لهذه الإعاقة المزوجة

تتعدد الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى هذه الإعاقة المزوجة، وتتراوح بين أسباب تؤدي إلى التخلف العقلي، وأخرى تؤدي إلى الإعاقة البصرية، وثالثة مشتركة يمكن أن تؤدي إلى كلتا الإعاقين معاً. ومن هذه الأسباب ما يلي :

- ١- صغر الدماغ . microcephalus
- ٢- كبر الدماغ . hydrocephalus
- ٣- ورم المخ .
- ٤- التسمم بالمواد كالرصاص أو الزئبق .
- ٥- الشذوذ الكروموزومي .
- ٦- عدم الحصول على الغذاء أو المعادن الكافية أثناء الحمل وهو ما يؤدي إلى القماءة أو القصاص . cretinism
- ٧- تلف الدماغ .
- ٨- الحصبة الألمانية .
- ٩- التهاب السحايا .
- ١٠- إصابات الدماغ .
- ١١- الإيدز . AIDS
- ١٢- الهريز . herpes
- ١٣- أسباب غير معروفة .

هذا وقد تناولنا تلك الأسباب بالشرح من قبل عند التعرض لتلك الإعاقات منفردة، أو مزدوجة وذلك على امتداد الفصول السابقة. ومن ثم فسوف نكتفى بذلك ولن نتعرض لمثل هذه الأسباب بالشرح والتفصيل .

التشخيص

إذا كان التشخيص الجيد هو الأساس الذى تنطلق منه أساليب الرعاية، والخدمات المختلفة، ويتم على أثره اختيار أساليب التدخل المناسبة، فإن تشخيص الإعاقة البصرية المصحوبة بالتخلف العقلى يحتاج إلى تشخيص مزدوج يتم من خلاله اللجوء إلى تلك الأساليب التى تستخدم فى سبيل تشخيص الإعاقة البصرية وهو ما عرضنا له عند الحديث عن الإعاقة البصرية وذلك خلال الفصل الثانى من هذا الكتاب، واللجوء من ناحية أخرى إلى تلك الأساليب التى تستخدم فى سبيل تشخيص التخلف العقلى والتى تتمثل فى الأساس فى اختبار ذكاء فردى مناسب، ومقياس للسلوك التكيفى. ومع ذلك فإن هذه الإعاقة المزدوجة تتطلب إلى جانب ذلك التعرض لجوانب النمو المختلفة، وجوانب الشخصية وذلك باستخدام أحد المقاييس المناسبة لهذا الغرض. ويرى سبون وبرامرينج (٢٠٠٢) Spohn & Brambring أن من المقاييس ذات الأهمية فى هذا الصدد استبيان جامعة بايفيلد Biefeld بألمانيا لوالدى الأطفال المكفوفين أو المكفوفين المتخلفين عقلياً. بمرحلة المهد وما قبل المدرسة. The Biefeld Parent Questionnaire for Blind Infants and Preschoolers والذى يتعرض للعديد من

الجوانب على النحو التالى :

- ١- الجانب العقلى المعرفى .
- ٢- الجانب اللغوي .
- ٣- الجانب الاجتماعى .
- ٤- الجانب الانفعالى .
- ٥- المهارات الحركية .
- ٦- مهارات الحياة اليومية .
- ٧- الحركة والتوجه .

٨- مشكلات السلوك .

٩- المزاج . temperament

١٠- إدراك الجسم .

وبعد ذلك يمكن أيضاً اللجوء إلى المقابلات الشخصية، والملاحظة المباشرة، وقوائم السمات ذات الصلة وهو ما يساعدنا في الوصول إلى تشخيص مزدوج لهؤلاء الأطفال .

أساليب الرعاية

تعدد أساليب الرعاية التي يمكن تقديمها لهؤلاء الأطفال، وتقوم على عدد من الإجراءات المختلفة التي يتم من خلالها تقديم مثل هذه الرعاية لهم، وتوفير الخدمات المختلفة وما تتطلبه من نفقات عليها، واختيار استراتيجيات وأساليب التدخل المناسبة لهم ولوضعهم الفريد كفتة مستقلة . ومن أهم الإجراءات التي يجب الانتباه إليها والاهتمام بها ومراعاتها ما يلي :

١- يجب أن يتعلم الوالدان أساليب معينة للتواصل مع الطفل حتى يتمكنوا من تحقيق رغباته، وإشباع حاجاته .

٢- ينبغي أن نعمل على تعليم الطفل أساليب بديلة للتواصل تتعلق بما يجب أن يقوم به أقرانه المكفوفين أو حتى المتخلفين عقلياً في مثل سنه تقريباً .

٣- أن نقوم بدمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم المكفوفين حيث أن وجود الطفل وسطهم يعطيه شعوراً بالأمان، والهوية، ويكسبه الثقة بالنفس .

٤- ضرورة العمل على توفير رياض أطفال على الأقل خاصة لهؤلاء الأطفال حيث لا توجد روضة خاصة بأعضاء هذه الفئة على الرغم من أنه قد توجد رياض خاصة بأعضاء الفئتين المكفوفين والمتخلفين عقلياً كل على حدة، وهنا

- يمكن إلحاق الطفل الكفيف المتخلف عقلياً بإحدى هاتين الفئتين من الرياض وذلك بحسب نسبة ذكائه، أى مستوى تخلفه العقلي .
- ٥- يمكن أن يلتحق الطفل فى سن المدرسة بفصول خاصة فى مدرسة للمكفوفين أو فصول مماثلة فى مدرسة للمتخلفين عقلياً، ويتم استخدام أساليب مناسبة للتواصل معه .
- ٦- ضرورة أن يتم الاكتشاف المبكر لهؤلاء الأطفال حتى تتمكن من اللجوء إلى أساليب التدخل المبكر وهو ما يمكن أن يفيدهم كثيراً .
- ٧- تقدم الدعم والمساندة اللازمة للأسرة حتى تتمكن من القيام بالرعاية المطلوبة لأولئك الأطفال، ولا تتحمل أى أعباء مالية قد تزيد عن طاقتها .
- ٨- إعداد وتوفير المعلمين المؤهلين للتعامل مع هؤلاء الأطفال كفئة مستقلة، وتقديم الرعاية المناسبة واللازمة لهم .
- ٩- العمل على توفير المواد والموارد اللازمة لهم .
- ١٠- تدريب أولئك الأطفال على كيفية قضاء أوقات الفراغ، أو بمعنى أدق تدريبهم على القيام بالأنشطة الترفيهية المتضمنة فى أنشطة وقت الفراغ .
- ١١- توفير البرامج الملائمة لهم التى يمكن أن تعمل على تطوير وتنمية ورعاية مهارات معينة من جانبهم .
- ١٢- أن يتم تنمية المهارة الواحدة فى عدة خطوات تعمل كل خطوة منها على الاهتمام بجانب معين من هذه المهارة أو تلك .
- ١٣- أن يتم تعليم وتدريب كل طفل منهم فى ضوء خطة تربوية فريدة وفردية لا تصلح سوى له هو فقط دون سواه حيث تقوم على حاجاته وسماته .
- ١٤- أن تتم رعاية الطفل عن طريق فريق متكامل يضم الوالدين، والمعلم، والمؤسسات المجتمعية المعنية، وكل من له صلة بالطفل كالأطباء، والأخصائيين المختلفين .

١٥- أن يتم عمل تقييم شامل للطفل يتضمن الجوانب الاجتماعية، والحسية، والأكاديمية إلى جانب تحليل لتلك المواقف التي يستطيع أن يؤدي فيها بشكل أفضل وذلك حتى تتمكن من تحديد برنامج معين يساعده على الأداء الوظيفي الجيد والمستقل.

١٦- أن يتم التركيز على ما يمكن للطفل القيام به في تلك المواقف التي يتضمنها البرنامج، وليس على جوانب القصور التي يعاني منها.

١٧- أن نقوم بقدر كبير من التكرار لما نقدمه للطفل حتى بعد أن يجيد بعض المهارات، وينبغي أن يتضمن هذا التكرار تلك المهارات التي يكون الطفل قد أجادها أيضاً.

١٨- يجب أن يكون الهدف الرئيسي من البرنامج المستخدم موجهاً نحو المستقبل بمعنى أن يعمل على إعداد الطفل للقيام بالسلوك الاستقلالي بعد أن ينتهي البرنامج، أو حتى بعد أن ينهي الطفل تعليمه بالمدرسة.

١٩- يجب أن نراعى الشروط اللازمة لنجاح البرنامج والتي تعرضنا لها عند تناول الأطفال الصم المتخلفين عقلياً.

٢٠- ينبغي الاستفادة من الأساليب والوسائل التكنولوجية الحديثة في هذا المجال.

أما بالنسبة للوسائل التكنولوجية الحديثة فإنها تعد كما يرى كوبل (١٩٩١) Copel بمثابة أجهزة يستخدمها أولئك الأفراد الذين يعانون من أى إعاقة بشرط تناسبها مع تلك الإعاقة وذلك كي تعوضهم عن ذلك القصور الذي يتتاب أداءهم الوظيفي، كما أنها تعزز وتزيد من التعلم، والاستقلالية، والحركة، والتواصل، والتحكم في البيئة، والاختيار من جانبهم. كذلك فهي تشير أيضاً إلى تلك الخدمات التي يتم تقديمها لهؤلاء الأفراد كي تساعدهم على اختيار واستخدام مثل هذه الأجهزة، ومن ثم تختلف تلك الأجهزة باختلاف الإعاقة التي يعاني الفرد منها. ومن الآثار الرئيسية التي تترتب على مثل هذه الأساليب التكنولوجية أنها تسهم بدور فاعل في دمج هؤلاء

الأفراد مع أقرانهم الأقل منهم في الإعاقة حيث يمكن لها أن تساعدهم على التواصل مع الآخرين، ومشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية، وفي التعلم، والعمل، وتزويد من استقلاليتهم في أداء مهارات الحياة اليومية وأنشطتها المختلفة، كما تسهل من نموهم اللغوي المبكر، وبالتالي فهي تشبع الكثير من حاجاتهم المختلفة، وهو الأمر الذي يصبح من شأنه أن يساعدهم على تحقيق التواصل مع هؤلاء الآخرين والتفاعل معهم.

ومن هذا المنطلق يمكن استخدام الكمبيوتر في التواصل وذلك كوسيلة تعويضية، كما يمكن استخدام وسائل أخرى تعينهم على الحركة في المكان، وعلى التعامل مع الأجهزة المختلفة الموجودة فيه كالأجهزة المتزلية على سبيل المثال، وتعينهم كذلك على فتح وغلق الأبواب وذلك في سبيل التحكم في البيئة المحيطة. وفي هذا الإطار يمكن استخدام الكراسي التي يتحكم الكمبيوتر فيها وذلك لمساعدة أولئك الأفراد على الحركة والتنقل، أما في مجال التعلم فيمكن استخدام الكمبيوتر لتنمية مستواهم اللغوي، ومهاراتهم التنظيمية، والرياضية. ويضيف براون وآخرون (Brown et.al. 1991) أن مثل هذه الأجهزة يمكن أن تساعد هؤلاء الأفراد على إتمام تلك المهام والأنشطة المتعلقة برعاية الذات حيث أن هناك أجهزة تساعدهم على تناول الطعام بشكل مستقل، وعلى الاستمرار في المهام التي تتعلق بالذاكرة وإكمالها وإنجازها بشكل معقول، وكذلك الحال بالنسبة للمهام التي تتعلق بترتيب السرير على سبيل المثال. كما يمكن لتلك الأجهزة من خلال إتباعنا للنسق الإرشادي في التوجه والحركة أن تساعدهم على الانتقال من مكان إلى آخر، وعلى التحكم في البيئة عن طريق برمجة تلك الأدوات الموجودة فيها باستخدام الكمبيوتر، ويمكن كذلك استغلال ألعاب الكمبيوتر لقضاء وقت الفراغ، وأداء الأنشطة الترفيهية والألعاب المختلفة.



المراجع

- ١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢-أ)؛ الأطفال التوحديون؛ دراسات تشخيصية وبرامجية. القاهرة، دار الرشاد.
- ٢- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢ب)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.
- ٣- عبدالمطلب أمين القريطى (٢٠٠١)؛ سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط ٣ - القاهرة، دار الفكر العربي.
- ٤- كمال سالم سيسالم (١٩٩٧)؛ المعاقون بصرياً؛ خصائصهم ومناهجهم. القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.
- 5.American Psychiatric Association(1994);Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV, Washington,DC: author.
- 6.Berke, Jamie (2003a); Deaf people with autism: A condition not easy to identify when the child is deaf.www.deafness.about.com.
- 7.Berke, Jamie (2003b); Deafness and mental retardation : some mentally disabled children are also deaf.www.deafness.about.com.
- 8.Biasini,Fred J.; Grupe, Lisa; Hoffman, Lisa;& Bray, Norman W.(1998); Mental retardation : A symptom and a syndrome . Birmingham , AL : Civitan International Research Center, University of Alabama.
- 9.Brown, C.; Sauer, M.; Cavalier, A.; Frische, E. & wyatt,C. (1991) ; The

- assistive dining device: A tool for mealtime independence. Proceedings of the 14th annual conference (pp.341- 343). Kansas city,MO: RESNA.
10. Copel, H.(1991); Tech use guide : Students with moderate cognitive abilities. Reston,VA: Center for Special Education Technology.
 11. Drinkwater, S.& Demchak, M.(1995);The preschool checklist:Integration of children with severe disabilities.Teaching Exceptional Children, v28, n1, pp.4- 8.
 12. Ingsholt, Anette (2002); Blindness, mental retardation and - or autism. Denmark, Kalundborg:National Institute for Blind and Partially Sighted Children and Youth.
 13. Jordan, Rita (1996) ; Educational implications of autism and visual impairment. Autism and Visual Impairment Conference, Edinburgh, March 27.
 14. Jure, R.; Rapin, I.;& Tuchman, RF.(1991); Hearing - impaired autistic children.Developmental Medical and Child neurology,v33,p1062-1072.
 15. Klin, Ami (1993); Auditory brainstem responses in autism: Brainstem dysfunction or peripheral hearing loss? Journal of Autism and Developmental Disorders, v23, n1, pp15-35.
 16. Lyngseth, Else Johansen & Nyheim, May (1999);Autistic persons with blindness as an additional handicap.Norway,Melhus:Tambartun National Research Centre of the Visually Impaired.
 17. Marschark, Marc (1997); Psychological Development of deaf children. New York: Oxford University Press, Inc.
 18. Marschark, M.& Clark ,D.(1998); Psychological perspectives on deafness. Mahwah, NJ: Erlbaum.
 19. Morse, Mary; Pawletko, Terese;& Rocissano, Lorraine (2000); Autistic Spectrum disorders and cortical visual impairment:Two worlds on parallel courses- Part 2. AER / Denver; Maryland School for The Blind.

20. National Alliance for Autism Research NAAR (2003); NAAR autism poll show Americans want more action on autism. Washington, DC: NAAR, January 21.
21. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2003); Autism is a serious problem. But treatment works. Bethesda, MD.
22. Pawletko, Terese & Rocissano, Lorraine (2000a); Examples of symptom presentation in blind /autistic children in contrast to blind / non- autistic a la DSM-IV criteria. AER /Denver; Maryland School for The Blind.
23. Pawletko, Terese & Rocissano, Lorraine (2000b); Autism in the visually impaired child. AER /Denver; Maryland School for The Blind.
osenhall, Ulf; Nordin, Viviann; Sandstorm, Mikael; Ahlsen, Gunilla; & Gillberg, Christopher (1999); Autism and hearing loss. Journal of Autism and Developmental Disorders, v29, n5, pp349-357.
25. Siedlecki, Theodore & Smith, Natalie R. (1998) ; Diagnosis of mental retardation in deaf persons: Is there a need for a measure of verbal intelligence? Proceedings of the first world conference on mental health and deafness (October 22- 24), Washington, DC: Gallaudet University.
26. Spohn, Birgit & Brambring, Michael (2002); Development from infancy to late childhood in children who are blind: A follow up to the Bielefeld longitudinal study. Bielefeld, Germany. Faculty of Psychology, University of Bielefeld.

