

الفصل الثاني

الموهوبون ذوو الإعاقة العقلية



الفصل الثاني

الموهوبون ذوو الإعاقة العقلية

مقدمة:

المتبع للغة العربية الحديثة يجد العديد من المصطلحات التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية ومنها مصطلح النقص العقلي ومصطلح التخلف العقلي ومصطلح الضعف العقلي ، ويستخدم مصطلح الإعاقة العقلية Mental Retardation كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفي بكافة درجاته، ونجد المجال السيكولوجي قد تضمن العديد من المصطلحات التي استخدمت سواء للدلالة على الظاهرة ككل، من أمثال الضعف العقلي أو النقص العقلي Mental Deficiency، والذي يطلق على ذلك الوجه من أوجه القصور كما تنبأه اتحاد الطب العقل الأمريكي بينما اتخذ الاتحاد الأمريكي للنقص العقلي مصطلح التأخر العقلي Mental Retardation ليشير إلى انخفاض الأداء الوظيفي عن المتوسط أثناء مراحل النمو ويرتبط بقصور جانب أو أكثر من جوانب النطق أو التعلم أو التوافق الاجتماعي، ويستخدم اصطلاح النقص العقلي الآن للإشارة إلى هذه المجموعة من الحالات الخاصة بقصور الأداء العقلي الوظيفي بسبب المرض أو إصابة الرأس أو العوامل الوراثية الناتجة عن اختلاف الجينات الوراثية وبالنسبة للتسمية اللاتينية استخدم الأطباء الإنجليز اسم Amentin، بينما يفضل الأمريكيون اسم Hypo Phrenia وهي جميعاً مصطلحات تشترك في المعنى العام وتعني النقص أو التأخر العقلي ، وتعد تسمية ضعف العقل Feeble Mindedness، ومثلها أيضاً نقص العقل Defective Mentally مرادفاً للمصطلح الأمريكي Hypo Phrenia ، كما يستخدم الأطباء الروس مصطلح قلة العقل Oligo Phrenia للدلالة على قصور نمو العقل أو تخلف درجة نموه ، وترجع جذور هذا المصطلح إلى الكلمة اليونانية Oligos وتعني القليل، وكلمة Phrenen وتعني القلة ، وتستخدم مصطلحات أخرى للدلالة على فئة بعينها من فئات التخلف العقلي ودرجاته كالمورون Moron ، أو ضعف العقل feeble-Mindedness، والبلهاء Imbecile، والمعتوهين Idiot.

ويتفق المؤلف مع مفهوم الإعاقة العقلية حيث إن باقي المصطلحات لا تعطي الطفل المعاق عقلياً حقه، فهو منعدم الذكاء، وغالباً ما لديه بعض جوانب القصور فيه، بالإضافة أنها قد تترك الحزن والأسى في نفوس آباء وأمهات هؤلاء الأطفال.

وقد تم تعريف وتصنيف الإعاقة العقلية من وجهات نظر مدارس ومؤسسات واتحادات مختلفة طبقاً لطبيعة وتخصص واتجاهات واهتمامات الباحثين وعملهم سواء كانوا معلمين أو أخصائيين أو أطباء، ولذلك ظهر كل اتجاه مرتبطاً بوجهة نظر أصحابه وذلك على النحو التالي:

تعريفات الإعاقة العقلية وتصنيفاتها:

١ - التعريفات الطبية العضوية وتصنيفاتها: Medical Definition

يركز أصحاب هذه التعريفات والنظريات على أسباب الإعاقة العقلية، وعلى وصف سلوك المعاق عقلياً في علاقته بإصابة عضوية أو عيب في وظائف الجهاز العصبي المركزي، وتأثيره على الأداء العقلي ومن بين هذه التعريفات تعريف لوريا (Luria, 1983: 10) والذي ينص على أن المعاق عقلياً «هو الشخص الذي يعاني اضطراب بالمدخ حاد في طفولته المبكرة مما يؤدي إلى تأخر الارتقاء السوي بالمدخ، وينتج عن ذلك مشكلات في ارتقاء الوظائف العقلية، ومن خلال هذا التعريف نجده ميز بين الشخص السوي والمعاق عقلياً من خلال إدراك المثيرات».

وقد ارتبط بالتعريف الطبي تسميات وتصنيفات مختلفة حيث صنف المعاقين عقلياً إلى فئات تبعاً لمصدر العلة، أو توقيت حدوثها، أو تبعاً للمظاهر الإكلينيكية المميزة لها كما يلي:

أ - التصنيف حسب مصدر العلة "الأسباب":

يقصد به تصنيف حالات الإعاقة العقلية تبعاً للأسباب أو قصور الإعاقة، وقد أدت الجهود التي بذلت في الدوائر العلمية والطبية والنفسية العالمية إلى النجاح في

التوصل إلى نتائج لتحديد أسباب الإعاقة العقلية، على حسب مصدر العلة أو السبب وقد أوردها عثمان فراج (٢٠٠٢: ٣٣ - ٣٥) كما يلي:

- ١- إعاقة عقلية راجعة إلى الإصابة بالأمراض الجسمية Hysicoltraum مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها.
- ٢- إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض معدية Disease infection مثل الحصبة الألمانية والزهري خاصة في الإصابة أثناء الشهور الأولى للحمل.
- ٣- إعاقة عقلية مرتبطة بالإصابة بالتسمم بالزرنيخ وأول أكسيد الكربون ، أو التسمم بمركبات الرصاص أو استنشاق أبخرته أثناء مرحلة الحمل أو الطفولة نتيجة تلوث الهواء والماء أو الغذاء.
- ٤- ضعف عقلي ناتج عن عوامل وراثية (جنينية) ناتجة عن تخلف عقلي لدى الآباء والأجداد.
- ٥- ضعف عقلي مرتبط باختلاف أو عدم تشابه دم الأم ودم الطفل (RH - PH+).
- ٦- ضعف عقلي ناتج عن انحباس أو نقص الأكسجين عن الجنين في المرحلة الأخيرة من الحمل أو التفاف الحبل السري حول رقبته.
- ٧- ضعف عقلي ناتج عن الولادة العسرة.
- ٨- ضعف عقلي عن إصابة الجمجمة أو المخ أثناء الولادة أو بعدها نتيجة إصابة أو صدمة أو حادث أو تلف أو التهاب في المخ أو نتيجة استعمال الجفت أو الشفط في الولادة.
- ٩- ضعف عقلي مرتبط بشذوذ وراثي في تكوين وشكل وعدد الكروموسومات.
- ١٠- ضعف عقلي مرتبط بعوامل وراثية فطرية مؤدية إلى خلل في التمثيل الغذائي Disease Disorder metabolism مثل حالات الفينيل كيتوتيوريا phenyl ketonuyrea أو الجلاكتوسيميا Golacta semia.

- ١١- ضعف عقلي مرتبط بالاستخدام الزائد لأشعة أكس أو النظائر المشعة في علاج الأم أثناء الحمل.
- ١٢- ضعف عقلي ناتج عن إصابة الطفل بعد الولادة ، وقبل البلوغ بنوع من إحدى الحميات التي تؤثر على خلايا المخ الحمي الشوكية أو بأحد أنواع الشلل المخي أو الحصبة.
- ١٣- ضعف عقلي ناتج عن إصابة الأم بالزهري أو الإيدز أو الحصبة الألمانية أو غيرها من الأمراض الفيروسية أو البول السكري أثناء الحمل.
- ١٤- ضعف عقلي ناتج ومرتبط باضطرابات الغدد الصماء قبل الولادة ومنها ضمور الغدة التيموسية أو تضخم الغدة الدرقية.
- ١٥- ضعف عقلي مرتبط بقصور إفرازات الغدة الدرقية.
- ١٦- ضعف عقلي مرتبط باضطراب عقلي مثل التوحد الطفلي.
- ١٧- ضعف عقلي مرتبط بسوء التغذية للطفل وخاصة إذا عانى الطفل من نقص شديد في البروتين أو اليود بصفة خاصة في السنة الأولى من عمره.
- ١٨- ضعف عقلي ناتج عن التشوهات الخلقية في الجمجمة كصغر حجمها أو نقص جزء من المخ أو كبر حجم الدماغ نتيجة زيادة سوائل المخ.
- ١٩- ضعف عقلي ناتج من البيئة الفقيرة التي تفتقد الأنشطة الذهنية الحافزة لذكاء الطفل في مراحل نموه الأولى، تعتبر مسئولة عن نسبة عالية جداً من حالات التخلف العقلي البسيط (٨٠٪) وخاصة إذا لم يتوفر الغذاء الكامل والخدمات الصحية.
- ٢٠- ضعف عقلي راجع لأسباب بعضها معروف والبعض الآخر غير معروف.
- ٢١- إدمان الأم للمخدرات والمسكرات أثناء الحمل أو تناول أدوية دون استشارة الطبيب.

ب- التصنيف حسب توقيت الإصابة:

وقدم عبد المطلب القريطي (١٩٩٦: ١١٢ - ١١٣) تقسيماً ثلاثياً لحالات الإعاقة العقلية حسب توقيت حدوث الإعاقة تشتمل على الفئات التالية:

١- ضعف أو إعاقة عقلية تحدث في المرحلة قبل pre-motel وتوجد في الحالات التي تحدث فيها الإعاقة العقلية لأسباب فيسيولوجية ومرضية واضطرابات كيميائية تنتقل إلى الجنين من الوالدين أو أحدهم مثل عامل الريزوس Srhf عدم انقباض السكر في الدم ، والضغط المرتفع الذي يمكن أن يؤثر على نمو الجهاز المركزي للجنين وتعاطى الكحوليات والعقاقير المزمنة أثناء الحمل وتعاطى الأدوية لإحداث المناعة أثناء الحمل، وإصابة الأم بالأمراض الفيروسية المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري.

٢- تخلف أو إعاقة عقلية تحدث أثناء الولادة Intra-amatol وتعرض الجنين للإصابة بسبب الاختناق أو حالات نقص الأوكسجين أو إصابة الدماغ بسبب أجهزة الولادة.

٣- إعاقة أو تخلف عقلي يحدث بعد الولادة post- motel كتعرض الفرد لبعض الأمراض مثل التهابات السحائية ، أو إصابة المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص وأول أكسيد الكربون أو نتيجة الحوادث.

ج- التصنيف للإعاقة العقلية حسب الشكل الخارجي:

وهذا التصنيف يعتمد على المظاهر والملامح البدنية التي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية ويندرج تحت هذا التصنيف ما يلي:

١- حالات المنغولية أو عرض دوان: Mongolism

يشير فاروق صادق (١٩٩٥: ٨٧ - ٨٨) إلى أن نسبة الأطفال المنغوليين تصل إلى حوالي (١٠٪) من حالات الإعاقة العقلية، وهم فئة قريبة التشابه في الملامح العامة مع النوع المنغولي، وتتمثل في العيون الضيقة وملامح الوجه المسطح المستدير والأنوف

الضيقة ذات الاتجاه العرضي، وقصر القامة، وقد سميت هذه الحالات باسم دوان وذلك نسبة إلى الطبيب الإنجليزي (لانج دوان Lang Down) ويجب أن نعرف أن العمر العقلي والقدرات الاجتماعية واللغوية والقدرة على التعلم تختلف لديهم، وأيضاً نموهم الذهني والاجتماعي يعتمد وبدرجة كبيرة على التنبيه الذي يتلقونه من البيئة والأهل وغير ذلك، وعادة ما تكون وظائفهم أكثر توازناً من وظائف الأطفال المصابين في المخ ومتلازمة داون لها تأثير شديد على النمو واللغة والكلام والقدرات التواصلية، فليس هناك من بين المصابين بها أكثر من (١٩٪) يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة.

ويضيف ماتسون (Matson, 1997: 104-105) بأن هؤلاء الأطفال أكثر سلبية من أقرانهم من الأطفال الآخرين ويبدأون في إخراج الأصوات واللعب بها في وقت أكثر تأخراً من الطبيعي وتختلف درجة اللغة والكلام عندهم ويعتمد ذلك على العمر العقلي والنمو الاجتماعي ودرجة أداء الحواس لوظائفها والمهارات الإدراكية، كما أن المهارات التواصلية لدى هؤلاء الأطفال تعتمد أيضاً على ما إذا كان لديهم إعاقات إضافية، أنه من خلال بعض الاختبارات والمقاييس التي طبقت عليهم لقياس قدرتهم على الكلام والتعبير والفهم وجد أن أكثر من (٩٩٪) منهم يعانون من اضطرابات النطق والكلام بدرجات متفاوتة.

أما الخصائص العقلية لهذه الفئة فيذكر فاروق صادق (١٩٩٨: ٣٠ - ٣٣) أنها تتمثل في القدرة العقلية التي تتراوح ما بين المتوسطة والبسيطة إذ تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (٤٥ - ٧٠) على منحني التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ويعني ذلك قدرة أطفال هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب والمهارات الاجتماعية ومهارات العناية بالذات ومهارات التواصل اللغوي والمهارات الشرائية والمهنية.

أما عن الخصائص الجسمية لهذه الفئة فيشير صفوت فرج (١٩٩٦: ١٦) إلى أنها تتمثل في الوجه المسطح والأنوف الضيقة والشعر الأشقر والعيون الزرقاء، وصغر حجم الرأس، وتبدو الخصائص السلوكية لهذه الفئة في الاضطرابات العدوانية.



شكل (١) طفل يعاني من حالة المنغولية أو عرض دوان

٢ - حالات القماءة: Cretinism

وهي تعرف باسم "قصر القامة" ويعرفها إسماعيل الكافي (٢٠٠١: ٥٤) بأنها حالات قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الطفل والمصحوبة بالقدرة العقلية المتدنية ، ومن المظاهر المميزة لهذه الحالات قصر القامة حيث لا يصل طول الفرد في نهاية سن البلوغ والمراهقة إلى أكثر من (٨٠) سنتيمتراً ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد وقصر الأطراف والأصابع ، ونجد الخصائص العقلية لهذه الحالات تتمثل في تدني الأداء العقلي لهذه الفئة على مقاييس الذكاء التقليدية وتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (٢٥ - ٥٠) وتواجه مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات القراءة والكتابة ومهارات الحياة اليومية.

٣- حالات عدم تطابق دم الطفل ودم الأم: (عامل RH)

يذكر عبد العزيز السرطاوي وعبد العزيز أيوب (٢٠٠٠: ١٠٥ - ١٠٦) أن (٨٦٪) فقط من البشر يحملون العامل (+ RH) في دمهم و(١٤٪) دمهم (- RH) فإذا كان دم الأم (- RH) ودم الطفل (+ RH) أو العكس وترتب على ذلك عدم تكامل نضج الكرات الحمراء التي تتكون في نخاع العظم وزيادة نسبة الصفراء في الدم والتي تؤثر على الخلايا المخية ووظائفها وأحياناً تؤدي إلى وفاة الطفل أو إلى حالة تخلف عقلي شديد إن لم تعالج خلال الأسابيع الستة الأولى من حياة الطفل عن طريق نقل الدم المخالف من حيث عامل الـ (RH) من وإلى الطفل.

٤- حالات الخلل أو الشذوذ الكروموسومي:

قدم كلين (Kiln, 1994: 106-109) عرضاً لنتائج البحوث والدراسات الإحصائية التي أكدت على أن الشذوذ أو الخلل الكروموسومي يعد أكبر سبب من أسباب الإعاقة العقلية فهو مسئول عن نسبة (١٠٪) من حالات التخلف العقلي ، وأيضاً الخلل يؤدي إلى وفاة طفل من كل (١٥٠) طفلاً حديث الولادة ، وأنه مسئول عن (٢٥٪) من حالات الإجهاض في الأشهر الأولى من الحمل، وعن (٥٠٪) من حالات العقم عند النساء، وعن (٢٠٪) من حالات العقم عند الرجال، ويورد الباحث بعض الجهود المبذولة والناجحة في الوقاية من حدوث الشذوذ وإمكان التنبؤ بما إذا كان الطفل سيولد طبيعياً وينمو بحيث يصل إلى قدراته العادية أم سيولد معاقاً عقلياً وذلك عن طريق إجراء فحص وتحليل ميكروسكوبي لقطرة من السائل الأمنيوي المحيط بالجنين من الأم الحامل وهي تأخذ من الأم أثناء الأسبوع العاشر أو الثاني عشر من فترة الحمل.

٥- حالات صغر حجم الدماغ : Micro Cephaly

تعتبر حالات صغر حجم الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في الإعاقة العقلية مع أن نسبة حدوثها قليلة جداً، وتبدو مظاهرها في الرأس وتأخذ شكل الثلث المعكوس أو حبة الكمثري المعكوسة، كما أن لديهم صعوبات في المهارات الحركية والحسية والإدراكية وعيوب النطق والكلام مقارنة مع نظائرهم العاديين. (عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ ١٩٨٥ : ٤٥)

أما الخصائص العقلية لهذه الفئة فيشير عبد المجيد عبد الرحيم (١٩٩٧ : ٥٢ - ٥٣) إلى أنها تبدو في الانخفاض الشديد في نسبة الذكاء وصعوبة إعداد برامج تدريب لهم على مهارات الحياة اليومية وخاصة إذا ما كان هناك إعاقات مصاحبة لهذه الحالات.

أما أسباب هذه الحالات فهي ترجع إلى عوامل منها ما هو معروف مثل فيروس الزهري، وتناول الكحول والعقاقير والأدوية وتسمم الحمل ويمكن اكتشاف هذه الحالات بجهاز الأمواج فوق الصوتية Altera Sound System، أو فحص عينة من

خلايا الجنين باستخدام موجات ألفا Alpha fetoprotein Test، أما بعد الولادة يتم اكتشافه من خلال صغر حجم الدماغ مع محيط الرأس.

٦- حالات كبر حجم الدماغ : Macro Cephaly

يشير كمال مرسى (١٩٩٦: ٦٤ - ٦٥) إلى أن الخصائص التي تميز حالات كبر الدماغ، حيث تبدو مظاهر هذه الحالات في كبر حجم محيط الجمجمة، والتي تبلغ محيطها لدى الأطفال العاديين عند الولادة (٣٣ سم + ٥) سم وغالباً ما يكون شكل الرأس كبير ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول وصعوبات المهارات الحركية مقارنة مع نظرائهم العاديين.

أما الخصائص العقلية لهذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية وغالباً ما تقع هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً وخاصة إذا ما صاحبها إعاقات أخرى، وترجع معظم أسباب هذه الحالات إلى عوامل بعضها معروف كتناول العقاقير والأدوية والإشعاعات وتسمم الحمل وأسباب بعضها غير معروف.

٧- حالات استسقاء الدماغ : Hydro Cephaly

وتبدو مظاهرها في كبر حجم الدماغ Enlarged مصحوبة بسائل النخاع الشوكي Cerebral spinal في داخل أو خارج الدماغ ولذلك تبدو الرأس كبيرة وطرية، ومن المظاهر الجسمية العامة المصاحبة لهذه الحالات هو النقص الواضح في الطول والوزن وظهور المشكلات الحركية العامة.

أما الخصائص العقلية المميزة لهذه الحالات فتذكر ليلي كرم الدين (١٩٩٥: ١١١ - ١١٣) أنها تتمثل في النقص الواضح في القدرة العقلية، وتظهر هذه الحالات في توزيع الإعاقة الشديدة جداً، وترجع هذه الحالات إلى أسباب وعوامل غير معروفة أو بعضها معروف مثل العوامل الوراثية والأمراض التي تصيب الأم مثل تسمم الدم والعقاقير والأدوية.

ويشير عبد المطلب القريطي (٢٠١١: ٥٦) إلى أنه يمكن اكتشاف مثل هذه الحالات قبل عملية الولادة بواسطة جهاز الأمواج فوق الصوتية أو فحص عينة من خلايا الجنين وإذا ما تم اكتشاف مثل هذه الحالات في أعمار مبكرة فيمكن إجراء عمليات جراحية تهدف إلى سحب السائل المخي والشوكي داخل وخارج الجسم مما يقلل من درجة الإعاقة.

٢- التعريفات السيكلوجية:

وهذه التعريفات تركز على ضعف الأداء العقلي ونقص الكفاءة الاجتماعية Social Competence وتتخذها معياراً لتحديد المعاق عقلياً، ومنها تعريف جروسمان (Grossman 1983: 11) والذي يحظى باتفاق عام بين الباحثين في المجال السيكلوجي، حيث عرف التخلف العقلي بأنه حالة تتميز بمستوى أداء وظيفي عقلي عام دون المتوسط بدلالة أو بشكل ملحوظ، وتوجد متلازمة مع أشكال من القصور في السلوك التكيفي للفرد، وتظهر خلال الفترة النهائية من حياته.

ثم أعاد جروسمان (Grossman 1983: 106) صياغة التعريف الأول علي نحو أكثر دقة في عام (١٩٨٣) حتى أن الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية قد جعلت تعريفها الخاص والذي يعبر عنها، ومؤدى هذا التعريف أن التخلف العقلي هو مستوى عقلي وظيفي عام دون المتوسط يصاحبه قصور في السلوك التكيفي ويحدث أثناء فترة النمو.

وأشارا هنت ومارشيل (Hunt & Merschall, 1994: 130-132) إلى ما أحدثته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من تعديل جوهرى في تعريفها الفيدرالى للضعف العقلي، من حيث وجود قصور وظيفي جوهرى يتميز بالوضوح في أداء الوظائف العقلية دون المتوسط بشكل دال ويصاحبه قصور في أداء في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التالية:

١- مهارات التوافق والتكيف.

٢- مهارات التواصل.

٣- مهارات الرعاية الذاتية.

- ٤- مهارات الحياة الاجتماعية.
 - ٥- مهارات الانتماء للجماعة.
 - ٦- مهارات اتخاذ القرار.
 - ٧- المهارات الصحية والمحافظة على النفس.
 - ٨- المهارات التعليمية.
 - ٩- مهارات قضاء وقت الفراغ والعمل.
- وهذه الإعاقة تظهر قبل سن (١٨) سنة.

ويذكر حسام هبية (١٩٩٨: ٤٤-٤٦) أن تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (A. A. M.R) American Association of Mental Retardation يشمل على بعض النقاط الأساسية وهي:

- ١- الانخفاض عن المتوسط Subaverage: حيث إن الأداء العقلي للفرد المعاق عقلياً ينخفض عن المتوسط بمقدار انحراف واحد معياري على الأقل.
- ٢- الأداء الوظيفي العقلي العام Functioning General Intellectual: فالأداء الوظيفي للفرد المعاق عقلياً ينخفض عن المتوسط بمقدار انحراف معياري واحد على الأقل.
- ٣- المرحلة النهائية Period Developmental: ويعني ذلك أن فترة النمو تبدأ منذ لحظة الإخصاب وتستمر حتى سن الثامنة عشر تقريباً.
- ٤- النضج Maturity: وتعني المعدل أو الدرجة الخاصة بنمو المهارات الأساسية وهي ترتبط بشكل عام بمراحل الطفولة المبكرة، ومن هذه المهارات الحبو والمشي وضبط عمليات الإخراج والتفاعل مع الآخرين في نفس المرحلة العمرية بصورة مقبولة.
- ٥- التعلم Learning: وتعني قدرة الفرد على تحصيل المعلومات والمعارف والاستفادة بالخبرات التي يعيشها والمهارات التي يكتسبها.

٦- التكيف الاجتماعي Adjustment Social: وتعني قدرة الفرد على الاستقلالية والاعتماد على الذات في البيئة المحيطة والإنجاز الأكاديمي ، خاصة في السنوات الدراسية الأولى بالإضافة إلى التكيف الاجتماعي الذي يشمل قدرة الفرد على التعامل مع أقرانه في نفس المرحلة العمرية.

كما سبق يرى مؤلف الكتاب أن مفهوم الإعاقة العقلية يشتمل على العناصر الأساسية التالية:

١- أداء ذهني وظيفي دون المتوسط (أقل من ٧٠).

٢- يؤثر المستوى العام للذكاء على قدرات الفرد كما تعكسه القدرات النفسية واللغوية والحركية والاجتماعية.

٣- توجد الإعاقة العقلية متلازمة مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات الكيفية.

٤- تحدث نتيجة لأسباب وراثية أو بيئية أو وراثية وبيئية معاً.

٥- تحدث في السنوات المبكرة من العمر قبل أن يصل الفرد إلى سن ١٨ سنة.

٦- أن الوظائف الحيوية للشخص المعاق عقلياً تتحسن مع توفير الدعم المناسب لقدراته.

بينما أورد جوكوبسون وجيمس (Jacobson & James, 1996: 131) ما قدمته منظمة الصحة العالمية في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (I.D.I.O) من تعريف للإعاقة العقلية عام (١٩٩٣) وعرفا الإعاقة العقلية بأنها «حالة من توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي والذي يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مرحلة النمو، والتي تسهم في المستوى العام للذكاء أي القدرات المعرفية اللغوية والحركية والاجتماعية كما يكون هناك قصور في السلوك التكيفي».

وأخيراً نجد أحدث تعريف قدم للإعاقة العقلية وذلك ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (١٩٩٤) (D. S. M. T. V) The Diagnosis and

statistical of Mental disorder في الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والذي يشير إلى أنه كي يمكن تشخيص الحالة على أنها ضعف عقلي تشترط استيفاء المحكات الآتية:

١- أداء عقلي وظيفي دون المتوسط، أي نسبة ذكاء حوالي (٧٠) فأقل على اختبار ذكاء يطبق بشكل فردي.

٢- وجود عيوب أو جوانب قصور مصاحبة في الأداء التكيفي الراهن، أي كفاءة الشخص في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في عمره أو جماعته الثقافية، وذلك في اثنين على الأقل من المجالات الآتية:

- التواصل اللفظي.
- استخدام إمكانيات المجتمع.
- التوجيه الذاتي.
- الصحة والأمان.
- المهارات الأكاديمية.
- وقت الفراغ والعمل. ويحدث ذلك قبل سن الثامنة عشر.

وبذلك فإن هناك بعض الشروط الضرورية لتطبيق هذا التعريف وهي:

- ١- أن التقييم الصادق يجب أن يأخذ في الاعتبار التنوع في الجوانب الثقافية واللغوية إلى جانب الاختلاف في العوامل السلوكية والتواصل مع الآخرين.
- ٢- حدوث قصور جوهري في مهارات التكيف في إطار البيئة الاجتماعية وعند مقارنة الفرد بأقرانه من الأفراد العاديين بحيث تظهر حاجات الفرد الخاصة التي يجب أن تتم تدعيمها.
- ٣- غالبا ما يتزامن القصور في التكيف مع وجود جوانب قوية أخرى في المهارات التكيفية والقدرات الشخصية.

وحيث إن نسبة الذكاء تعد المصدر الوحيد في تصنيف الأفراد إلى معاقين أم لا، حيث اعتبرت الدرجة (٧٠) حداً فاصلاً بين كل الأطفال المعاقين وغيرهم، وحيث بلغت نسبة هذه الحالات حوالي (٣ ٪) وفيما مضى اعتبرت نسبة الذكاء (٨٥) حداً فاصلاً بين كل الأطفال وغيرهم من حالات القدرة العقلية وعلى ذلك يصبح نسبة الأطفال المعاقين عقلياً حسب ذلك المعيار (١٦٪).

وقد أشارت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية إلى أن تحديد نسب الذكاء للفئات الأربع يمكن أن يختلف حسب مقياس الذكاء المستخدم، وقد أوردت الفروق الفردية بين هذه الفئات على مقياس ستانفورد بينه للذكاء ومقياس وكسلر بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين كما يوضح الجدول التالي:

جدول رقم (١) فئات الإعاقة العقلية ونسب الذكاء المقابلة لها على مقياس ستانفورد بينه وكسلر بلفيو حسب التصنيف الأمريكي

الفئات	درجة التخلف	فئة الانحراف المعياري لنسب الذكاء	نسب الذكاء	
			ستانفورد بينه	وكسلر بلفيو
إعاقة عقلية بسيطة	١	١-، ٢ إلى ٣-	٥٢ - ٦٧	٥٥ - ٦٩
إعاقة عقلية متوسطة	٢	١-، ٣ إلى ٤-	٣٦ - ٥١	٤٠ - ٥٤
إعاقة عقلية شديدة	٣	١-، ٤ إلى ٥٠	٢٠ - ٣٥	٢٥ - ٣٩
إعاقة عقلية عميقة	٤	١-، ٥ فأقل	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

وهنا تجدر الإشارة إلى أنه قد يختلط على بعض الدارسين مصطلحات لا علاقة لها بالإعاقة العقلية مثل مصطلح بطء التعلم، وصعوبات التعلم، والمرض العقلي، فنجد أن حالات بطء التعلم هي تلك الحالات التي تقع نسبة ذكاءها بين (٧٠ - ٨٥) درجة على منحنى التوزيع الاعتمالي، وأما حالات صعوبات التعلم Learning Difficulties فتمثل تلك الفئة من الأطفال التي لا تعاني نقصاً في قدرتها العقلية حيث تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (٩٠ - ١٤٥) درجة على منحنى التوزيع الاعتمالي.

(ب) التصنيف على أساس السلوك التكيفي:

يقوم هذا التصنيف على أساس السلوك التكيفي، ومدى كفاءة الفرد في الاعتماد على نفسه والوفاء بالمطالب والواجبات والتكيف للاحتياجات المادية أو الاجتماعية لبيئته، ويمكن تصنيف المعاقين عقلياً على ذلك إلى ما يلي:

١- القصور العقلي البسيط "الخفيف": Mild Mental Retardation

تمثل هذه الفئة حوالي (٨٥٪) من المعاقين عقلياً، وأهم ما يميز أصحاب هذه الفئة طبقاً لوجهة نظر كل من جمال الخطيب ومني الحديددي (١٩٩٤: ٦٦ - ٦٨) ما يلي:

١- ضعف المحصول اللغوي لدى أفراد هذه الفئة، فهم يعانون من عيوب لغوية واضحة فالجمل لديهم قصيرة وغير سليمة التركيب.

٢- كما أن لديهم عيوب واضحة في النطق والكلام، كالإفزيبا، والسرعة الزائدة في الكلام، والتلعثم والحذف والقلب والإدغام، واللجلجة والتهتهة، وغيرها من العيوب الكلامية والنطقية.

٣- يتميزوا بأنهم بطيئو التعلم في القراءة والكتابة والحساب ويحتاجون إلى مراعاة الفروق الفردية بينهم.

٤- تكثر لديهم صعوبات أو مشكلات أو أخطاء الإدراك البصري في القراءة أو الكتابة أو التعامل مع الأرقام المكتوبة، إما بقلب أشكالها، وإما بعكس موضعها، وإما أن يخطئ في ترتيبها وتتابعها الطبيعي.

٥- معاناتهم من صعوبات أو مشكلات أو أخطاء الإدراك السمعي، مما قد يترتب عليه عدم فهم ما سمع أو النسيان السريع لما سبق أو التردد والتلعثم في الإجابة على ما يوجه إليه من أسئلة.

ويضيف رمضان القذافي (١٩٩٧: ٨٥ - ٨٦) بعض خصائص المعاقين عقلياً ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ومنها ما يلي:

- ١- يصل معظمهم إلى الاستقلالية في الرعاية الذاتية، تناول الطعام والنظافة وارتداء الملابس والإخراج.
- ٢- يصلون إلى معدل معتدل في المهارات المنزلية والعملية.
- ٣- لديهم مشكلات في عدم القدرة على الاستفادة من وقت الفراغ.
- ٤- يحتاجون إلى توجيه وإرشاد من الآخرين ومساعدة الآخرين في علاج مشكلاتهم اليومية والضغوط الاجتماعية غير المألوفة.
- ٥- يمكن تدريبهم على الأعمال والمهارات اليدوية.
- ٦- نموهم العقلي يتوقف عند النمو الفعلي لديهم عند مستوى طفل عادي في سن (٧-١١).

٧- يعانون من ضعف القدرة على التكيف الاجتماعي، ونقص الميول والاهتمامات والمهارات الاجتماعية مما يجعلهم عاجزين عن المشاركة الفعالة في المجتمع مع زملائهم في أعمارهم الزمنية.

ويشير فيكس (Fex, 1991: 105) إلى أن هناك عدداً من الخصائص الخاصة بأفراد هذه الفئة في مجال التعلم من أهمها: ضعف واضح في القدرة على الانتباه والتركيز والحاجة المستمرة إلى تكرار التعلم الزائد Over Learning بالإضافة إلى نقص القدرة على ملاحظة المؤثرات أو القرائن Cues في مواقف التعلم، صعوبة واضحة في الاتصال اللفظي وغير اللفظي، ضعف القدرة على التخيل أو التصور علاوة على عدم الرغبة الجادة للمشاركة في الأنشطة الجديدة، انخفاض القدرة على الفطنة أو البصيرة، بطء الاستجابة وتأخر رد الفعل للمثيرات المختلفة، الانفعال الزائد في المواقف المحيرة Situations Perplexing، كما يوجد لديهم خلل واضح في القدرة على حل المشكلات أو حتى تقديم التوضيحات والإرشادات وضعف القدرة على اكتشاف التشابهات والاختلافات بين الأشياء والمواقف زيادة على نقص القدرة على تعميم الخبرة واستخدامها في مواقف جديدة.

كما أن من أهم ما يميز به أفراد هذه الفئة، حيث إن أطفال هذه الفئة يكتمل النمو العقلي لأفرادها ما بين سن (١٦-١٨) سنة، ولا يستطيع أفراد هذه الفئة أن يصلوا إلى أكثر من الصف الخامس الابتدائي مهما بلغ تدريبهم أو تأهيلهم، نظراً لقصور الوظائف والعمليات العقلية اللازمة لاستكمال الدراسة الأكاديمية وذلك لوجود قصور في العمليات والوظائف العقلية العليا كالذاكرة والانتباه والتفكير والإدراك والتجريب، وانخفاض قدرتهم على التفكير والتخيل، والتفكير المنطقي وإصدار الأحكام، وصعوبة التكيف مع المواقف الجديدة، وأن الكثير من أفراد هذه الفئة يعانون من تأخر واضح في نمو القدرات اللغوية والكلام.

وقد تضمنت دراسة هالاهان وكوفمان (Hallahan, Kaufman, 1994: 115) بعض سمات المعاقين عقلياً «القابلين للتعلم» وتتلخص فيما يلي:

- أ- أن لديهم نشاط زائد، واندفاعية، وتشتت في الانتباه، وعدم قدرة على الثبات في مكان واحد، وتزايد مشكلاتهم الأكاديمية، ونقص مهارات التحصيل والمعرفة لديهم.
- ب- يعانون من مشكلات خاصة بالمهارات اللغوية والسلوك اللفظي مثل، التلعثم، والاضطرابات الكلامية.
- ت- يسيطر عليهم قلق واضح نتيجة الخبرات والمواقف والفشل المستمر مما يؤدي إلى نوع من الشعور بعدم الكفاءة لديهم، بالإضافة إلى ضعف القدرة على التعبير عن حاجاتهم، وعلى الاتصال بالآخرين مما يجعلهم عرضة للشعور بالإحباط.

٢- القصور العقلي المعتدل : Trainable Mental Moderate (T M R)

تمثل هذه الفئة ما يقرب من (١٠٪) من المعاقين عقلياً، ونموهم العقلي لا يصل إلى المستوى الذي يمكنهم من حسن التصرف ومن تحمل المسؤولية كاملة تجاه أنفسهم مما يجعلهم دائماً في حاجة إلى رعاية الآخرين.

وفي هذا الصدد يقدم عادل الأشول (١٩٩٣: ٧٣ - ٧٧) بعض الخصائص المميزة لأفراد هذه الفئة ومنها ما يلي:

أ- أن تقدمهم في التعليم المدرسي محدود ويتعلمون مبادئ بسيطة في القراءة والكتابة والحساب.

ب- يمكنهم التدريب على بعض الأعمال اليدوية الخفيفة التي لا تتطلب مهارة وذلك تحت الإشراف في ورش محمية.

ت- يمكن باستخدام بعض البرامج الخاصة أن يصبحوا قادرين على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التي تساعدهم على التكيف الشخصي والاجتماعي في المنزل ومع الأقران والمجتمع.

ث- لديهم قصور في المهارات الحركية.

ج- يعانون من قصور في المهارات السمعية والاستجابة المتوقعة للمثيرات السمعية.

ح- لديهم قصور في المهارات البصرية والاستجابة للمثيرات البصرية.

خ- تزداد نسبة الاضطرابات في النطق والكلام لديهم، كالتهتهة والثأأة، القلب والحذف والإبدال.

أما هيوارد وأورنسكي (Heward & orlansky, 1994: 88-92) فقد أشارا إلى أنه توجد بعض الخصائص التي تتصف بها أفراد هذه الفئة ومنها:

أ- زيادة الاندفاع ونقص السيطرة على النفس.

ب- البطء والتأخر في الكلام أو اللغة أو المهارات الحركية.

ج- يقل مستوى التجريد في كلامهم ولغتهم، وتقل كمية المنطوقات الصوتية بصورة واضحة عندهم.

د- صعوبة الاتصال بالآخرين وبالإضافة لتعرضهم لمواقف أكثر من الإحباط.

هـ- تزايد الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية التي يعانون منها كالعدوان والنشاط الزائد، والسلوك العدواني لديهم يعد أكثر المشكلات انتشاراً.

و- عدم القدرة على رعاية أنفسهم بشكل مقبول، وعدم القدرة على التحكم أو الضبط للانفعالات والتي يعبر عنها بصورة طفولية حادة.

ح- بطء الاستجابة وتأخر رد الفعل.

٣- القصور العقلي الشديد: Sub normality Mental Sever

توجد العديد من الخصائص المميزة لهذه الفئة يمكن إبرازها فيما يلي:

أ- تأخر في النمو اللغوي، وعيوب في النطق والكلام، وعدم القدرة على التعبير بجمل كاملة أو مفيدة.

ب- قصور واضح في النواحي النهائية مصحوباً بإعاقات جسمية واضطرابات في المهارات الحركية.

ج- الضعف العقلي لديهم يرجع إلى عوامل عضوية مصحوبة في كثير من الأحيان بتشوهات خلقية أو تلف في الحواس.

د- صعوبة وقصور شديد في إدراك الزمان والمكان وضعف التعامل اجتماعياً مع المحيطين بهم.

هـ- تلف واضح إكلينيكياً في نمو الجهاز العصبي المركزي.

و- قصور شديد وعجز واضح في الاستقلال الذاتي وحماية النفس من الأخطار.

وفي هذا الإطار يشير محمود عكاشة (١٩٩٨: ٨٤) إلى أن هذه الفئة في حاجة إلى الإشراف والرعاية الكاملة من الآخرين مدى الحياة في مؤسسات إيوائية متخصصة مع التدريب على حماية الذات من الأخطار والأذى، ويتوقف نموهم العقلي عند مستوى طفل أقل من ثلاث سنوات، وتصل نسبتهم ما بين (٣ - ٤٪) من نسبة المعاقين عقلياً، وغالبا ما تكون الخصائص الاجتماعية لهذه الفئة فتبدو في العديد من المشكلات في السلوك التكيفي حيث يصعب على أطفال هذه الفئة القيام بمهارات الحياة اليومية أو المهارات الاستقلالية أو المهارات اللغوية، وخاصة مهارات الاستقبال اللغوي

ويصاحب مثل هذه الحالات ظهور أعراض التوحد أو الأوتيزم Autism، ويصعب تعليم هؤلاء الأطفال أي مهارات أكاديمية بسبب تدني قدراتهم العقلية، وغالباً ما يكون المكان الطبيعي لأطفال هذه الفئة مراكز الإقامة الكاملة . Schools Residential.

٣- التعريفات الاجتماعية: Definition Social

ظهرت هذه التعريفات الاجتماعية للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر وفي قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، ومن أوجه الانتقادات التي وجهت إلى هذه المقاييس، ما يتضمنه محتواها وصدقها، وتأثيرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية، وهذا أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية حيث ركزت على الناحية الاجتماعية للفرد ومدى الوفاء للمتطلبات الاجتماعية Social Demands المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المطلوبة منه، وقد عبر عن مدى استجابة الفرد للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي Adaptive Behavior، هذا وتختلف المتطلبات الاجتماعية تبعاً لمتغير العمر للفرد حيث إن متطلبات الاجتماعية المتوقعة من طفل في مرحلة ما قبل السادسة وتكون ضرورية له ومنه ما يلي:

- ١- القدرة على النطق بكلمات بسيطة وجمل تعبر عن احتياجاته.
- ٢- تكوين الصدقات.
- ٣- التأزر البصري والحركي والمشي والقفز والجري وغيرها من المهارات الحركية.
- ٤- ضبط عمليات التبول والتبرز.
- ٥- نمو المحصول اللغوي والاستعداد للقراءة والكتابة.
- ٦- الإحساس بالاتجاه وقطع الشارع والتمييز بين النقود والفئات الورقية.
- ٧- القيام بالمهام المنزلية البسيطة كالنظافة والنظام والمشاركة الفعالة مع زملائه وأسرته والانضباط السلوكي.

٤ - التعريفات التربوية:

إن محور هذه التعريفات يدور حول مدى انخفاض التحصيل الدراسي والاستعداد، وقدرة الفرد على التعلم مثل أقرانه فهي تعريفات تركز على النواحي التعليمية ومن بين هذه التعريفات ما يلي:

تعريف كريستن مايلز (١٩٩٤: ١١) حيث استخدمت مصطلح بطيء التعلم Slow Learner للتعبير عن الطفل الذي لا يستطيع أن يحصل على نفس مستوى أقرانه في الصف الدراسي الذي يكون فيه، وتقع نسبة ذكائه ما بين (٥٠ - ٨٩)، على اختبارات الذكاء الفردية، وأطلقت عليهم بطيء التعلم ونسبتهم تتراوح من (١٨ - ٢٠٪) من أطفال المدارس، وقد أطلقت إنجرام اسم المعاقون عقلياً أو المتخلفون عقلياً على الفئة التي تتراوح نسبة ذكائها (٥٠ - ٧٥) ويمثلون (٢٪) من الأطفال (بطيء التعلم)، أما الفئة التي تتراوح نسبة ذكائها بين (٧٥ - ٨٩)، قد أطلقت عليها الفئة البنية Border Line.

ويذكر محمد الشناوي (١٩٩٧: ٣٧) أن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال المعاقين عقلياً (١٩٧١) The National Association for Retarded Children يعد من أهم التعريفات في هذا المجال حيث عرفت المعاق عقلياً بأنه «فرد يعاني منذ الطفولة من صعوبة غير عادية للتعلم، وهو غير فعال نسبياً في استخدام ما تعلم في مواجهة مشكلات الحياة العادية وبذلك يحتاج إلى تدريب وتوجيه ليستفيد من طاقاته وإمكاناته المتاحة مهما كانت».

كما يشير فاروق الروسان (١٩٩٨: ١٣٩) إلى أن الطفل المعاق عقلياً «هو الطفل الذي لديه تخلف وبطء في التحصيل وعدم القدرة على مسايرة برامج التعليم بالمدارس العادية بسبب تخلف قدرته العقلية، ويفشل في تحصيل المجرّدات والتعامل معها، وقد يستطيع اكتساب مهارات ومبادئ القراءة والكتابة والحساب عن طريق برامج تعليمية خاصة فيسمى قابلاً للتعلم Educable أو يفشل في اكتساب هذه المبادئ البسيطة فيسمى غير قابل للتعلم Uneducable».

وفي ضوء هذه التعريفات التي تركز على معيار عدم القدرة على التعلم مثل العاديين، وهذا المعيار فيه خلط واضح فأحياناً يدخل فيه فئات أخرى مثل التأخر الدراسي، وصعوبات التعلم.

ومن خلال هذه التعريفات ظهر تصنيفاً يركز على الاحتياجات التعليمية، وما يناسب كل فئة من برامج تعليمية وتدريبية ومهارات للانتقال من برنامج تربوي إلى آخر، ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات يعرض لها مؤلف الكتاب فيما يلي:

١- فئة القابلين للتعلم "E M R" Educable Mentally Retarded

يذكر عبد الرحمن سليمان (١٩٩٨: ٦٧ - ٩٦) بعض خصائص المعاقين عقلياً القابلين للتعلم كالتالي:

- أ- تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (٥٠ - ٧٠).
- ب- تمثل هذه الفئة حوالي (١٣ %) من المعاقين عقلياً.
- ج- لديهم قدرة على إمكانية الاستفادة من البرامج التعليمية العادية.
- د- لدى أطفال هذه الفئة قدرة على تعلم المهارات البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب في مستوى يوازي في أعلى تقدير مستوى طلبة الصف الرابع الابتدائي، ومع ذلك يواجه مثل هؤلاء الأطفال مشكلات في التعليم المجرد لا التعليم الحسي، وخاصة في القراءة المجردة والعمليات الحسابية.
- هـ- كما أن حالات القابلين للتعلم وفق هذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية البسيطة، ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج التربوية الفردية، أو ما يسمى بالخططة التربوية الفردية (IIP) Individualizes Instructional plan.

٢- فئة القابلين للتدريب التخلف العقلي المتوسط :

Trainable Mental Retarded (TMR)

قدم محمد الشناوي (١٩٩٦: ٣٥-٣٧) تحديداً لبعض خصائص هذه الفئة كما

يلي:

أ- تمثل هذه الفئة (١٣ %) من إجمالي السكان.

ب- تتراوح نسبة ذكاء أفرادها بين (٢٥-٥٠) - لديهم عيوب واضحة في النطق والكلام.

ج- لديهم انخفاض في نسبة الذكاء وقصور في الإدراك الحسي.

د- لديهم خلل في المهارات الاستقلالية والمهارات الحركية والمهارات اللغوية والمهارات المهنية والاجتماعية ومهارات السلامة والمهارات الشرائية.

هـ- لا يستطيع أطفال هذه الفئة أن يتعلموا الكثير من أمور الحياة أو التكيف مع المواقف الجديدة وذلك لقصور الوظائف والعمليات العقلية كالإدراك والانتباه والتفكير، مما يؤثر على أدائهم.

و- يمثلون (٥-٧ %) من المعاقين عقلياً.

وعلى الجانب الآخر ترى منى الدهان (١٩٩٨: ١٠٣) أن لهذه الفئة قابلية للتدريب وفقاً لبرامج خاصة على مهام عديدة مثل مهام العناية بالذات، والأعمال اليدوية الخفيفة والروتينية التي لا تستلزم مهارات فنية دقيقة، ويتم ذلك في ورش محمية تحت الإشراف والتوجيه، وهم دائماً في حاجة إلى التوجيه والإرشاد.

ويمكن التركيز مع أفراد هذه الفئة على البرامج التدريبية المهنية، وخاصة برامج التهيئة المهنية Pre-Vocational Skills، وبرامج التأهيل المهني ومن خصائص طفل هذه الفئة ما يلي:

أ- أنه لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية، وعدم وجود قدرة لديه للتعبير عنها.

- ب- ضعف قدرته على الاستجابة للمثيرات البيئية المختلفة.
- ج- لديه عجز واضح في التواصل اللغوي وغير اللغوي سواء بالعيون أو بتعبيرات الوجه أو بحركة اليد.

٢- فئة المعتمدين أو الاعتماديين : Sever Mentally Retarded

وهي توازي حالات الإعاقة العقلية الشديدة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة العقلية، وهذه الفئة لها نفس الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية لفئة الإعاقة العقلية الشديدة، وتقل معدلات ذكاء أفرادها عن (٢٥) ونسبتهم تقارب (٥ %) من المعاقين عقلياً ويقعون في نطاق (١٣، ٠١ %) من عدد السكان عموماً ويعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم، ويحتاجون إلى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة في الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية سواء داخل مؤسسات خاصة، أو في محيط أسرهم حيث توفر لهم الرعاية المناسبة.



شكل (٣) تصنيف الإعاقة العقلية

أسباب الإعاقة العقلية:

تنقسم هذه الأسباب إلى ما يأتي:

١ - مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الولادة: Causes Parental

٢ - مجموعة أسباب مرحلة أثناء الولادة: Causes Prenatal

٣ - مجموعة أسباب مرحلة ما بعد الولادة: Causes Postnatal

وفيما يلي يعرض المؤلف لهد الأسباب على النحو التالي:

١ - مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الولادة:

وهى الأسباب التي تحدث أثناء فترة الحمل منذ لحظة الإخصاب وحتى قبيل مرحلة الولادة وتنقسم تلك المجموعة من الأسباب إلى مجموعتين هما:

أ - العوامل الوراثية (الجينية): Genetic Factors

ويُقصد بالوراثة انتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء عند عملية الإخصاب، حيث تتكون الخلية المخصبة من (٢٣) زوجاً من الكروموسومات نصفها من الأب ونصفها الآخر من الأم ويحمل كل كروموسوم (Chromosome) ماث من الجينات (Genes) الوراثية حيث يطلق على التركيب الوراثي للجينات التركيب الجيني Genotype في حين يطلق على إنتاج ذلك التركيب الجيني اسم التركيب الشكلي Phenotypic وهذه الجينات وما تحمله من صفات تأخذ ثلاثة أشكال وهى:

١- الجينات السائدة: Genes Dominant وهى جينات قوية وتحمل صفات مرغوب فيها ويكفي وجود واحد منها لظهورها أحياناً.

٢- الجينات الناقلة: Carrier Genes وتعرف بالصفات الوراثية الناقلة وهى صفات غير مرغوب فيها ولكنها لا تظهر على الفرد.

٣- الجينات المتنحية: Recessive Genes وهى صفات وراثية مرضية وغير مرغوب فيها ولا بد من توفر جينين منتجين لظهورها.

وقد اهتم فاروق الروسان (١٩٩٨: ٧٠ - ٧١) بدراسة الصفات الوراثية، ووجد أن التقاء الصفات الوراثية أيًا كانت تخضع لعامل الصدفة وهذا يمكن تفسير دور العوامل الوراثية في نقل الصفات الخاصة بالقدرة العقلية حسب نوع الصفات الوراثية لكلا الأبوين فيما كانت سائدة أو متنحية أو ناقلة، وإذا ما أشير إلى القدرة العقلية بالرمز MM للدلالة على ظهور القدرة العقلية بشكل ناقل والرمز mm للدلالة على ظهور القدرة العقلية بشكل متنحي.

في حين يوضح عثمان فراج (٢٠٠٢: ٢٩ - ٣٢) كيفية حدوث خلل في التقاء الكروموسومات نتيجة لعوامل كيميائية أو بيوكيميائية ونتيجة لعوامل أخرى وحيث يؤدي ذلك إلى ظهور الإعاقة العقلية كما هو في حالات المنغولية أو حالات (PKU) أو حالات كبر وصغر حجم الدماغ، ويشير إلى عدد من الملاحظات المهمة وهي:

١- يخضع تأثير العوامل الوراثية لعامل الصدفة، وعند التقاء الصفات الوراثية في الخلية المخصبة، وهذا ما يفسر ظهور صفات وراثية لدى طفل دون طفل آخر.

٢- يبدأ أثر العوامل الوراثية في النواتج المشار إليها وذلك إذا افترضنا عدم وجود أي تأثير للعوامل البيئية.

٣- تؤثر العوامل البيئية تأثيرًا شديدًا وخاصة في مرحلة ما قبل الولادة.

٤- حدوث خلل في التقاء الكروموسومات وما عليها من جينات مما يترتب عليه حدوث حالة من حالات الإعاقة العقلية.

٥- أشار إلى ما يسمى في علم الوراثة العام باسم هندسة الجينات وما تحمله من معرفة الجينات والتعرف على الكروموسومات وخصائصها.

ب - حالات الإعاقة العقلية الناجمة عن اختلاف العامل الرايزيسي:

يشير زيغلر (Zigler, 1995: 140) إلى أن العامل الرايزيسي (Rh Factor)

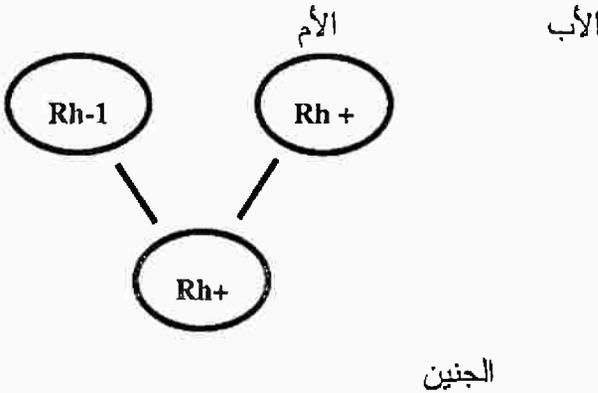
هو أحد العوامل الرئيسية المكونة للدم وهذا العامل سمي بهذا الاسم نسبة إلى نوع من القرود توجد في جبل طارق في جنوب أسبانيا حيث اكتشف هذا العامل في دمها

على يد لاند ستينر Londsteiner (١٩٣٩) ووانير Wiener (١٩٣٩) ويظهر العامل الريزيسي لدى الأفراد كصفة سائدة أو ناقلة أو متنحية كأى صفة وراثية أخرى ولذلك يظهر التركيب الجينى لهذا العامل كالتالى:

Rh - -	Rh + -	Rh ++
(متنحى)	(ناقل)	(سائد)

شكل (٤) التركيب الجينى لاختلاف العامل الريزيسى

وفى هذا الإطار يشير محمد إبراهيم (١٩٩٦ : ١٠٥ - ١٠٧) إلى أن الأفراد الذين يحملون هذا العامل بصفة موجبة تصل إلى (٨٥ %) فى حين أن (١٥ %) من الأفراد يحملون هذه الصفة سالبة وعند التزاوج يظهر أثر اختلاف العامل الريزيسى بين الأب والأم والجنين، وبالتالي تكوّن الأم أجساماً مضادة فى دمها لتدافع بها عن نفسها وحيث تهاجم هذه الأجسام المضادة كرات الدم الحمراء لدى جنينها مما يترتب عليه تمييع الدم Bilirubin لدى الجنين وبالتالي حدوث تلف ما فى الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين مما يترتب عليه وفاته أو إحداث حالة من حالات الإعاقة لديه ومنها الإعاقة العقلية.



شكل (٥) أثر اختلاف العامل الريزيسى بين كل من الأب والأم على الجنين

وأخيراً توصل الطب إلى أن يتفادى مشكلة اختلاف العامل الريزيسى إذ يتم حقن الأم بإبرة بعد ولادة الطفل بـ (٧٢) ساعة حيث تحتوي هذه الإبرة على مادة Gormna Gbobulin التي تعمل على وقف نتاج الأجسام المضادة لدى الأم.

ج - الأسباب البيئية:

وهي عوامل تحدث قبل الولادة حيث يتعرض الجنين لكثير من العوامل والضغط ومنها ما يقدمه نادر الزيود (١٩٩٥: ٣٩ - ٤٢) فيما يلي:

١. إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية Rubella فإذا انتقل الدم من الأم إلى جنينها بعد إصابتها بالحصبة الألمانية يولد الطفل مشوهاً ومصاباً بالصرع أو أمراض القلب أو ضمور المخ أو تأخر في النمو الحسي العقلي.

٢. إصابة الأم بالزهري حيث نجد أن (٣٢٪) من المعاقين عقلياً مصابون بالزهري الولادي.

٣. تعرض الأم لاضطرابات نفسية عصبية تؤثر في التركيب الكيميائي للعقل مما يؤثر على الجنين.

٤. الأدوية التي تستعملها الأم خصوصاً الأدوية المهدئة وخافض للحرارة والمغص.

٥. التعرض لأشعة إكس مما يؤثر على الجنين وإصابته بالأمراض ومنها التخلف العقلي.

٦. النزيف بسبب الوقوع والتزحلق على الأرض يؤدي إلى إصابة الجنين في بطن أمه بإصابة في مخه.

والأسباب البيئية تبدأ تأثيرها في الفرد بعد تلقيح بويضة الأنثى مباشرة ويستمر تأثيرها عليه وهو جنين ثم وهو طفل ثم إلى أن يصل إلى مراحل البلوغ.

٢ - عوامل أو مجموعة أسباب أثناء مرحلة الولادة : Causes postnatal

ومن هذه العوامل التي تؤثر على الجنين ما يلي:

أ- نقص الأكسجين أثناء الولادة:

يعرض أحمد رزق (١٩٨٩: ١١٧) لبعض النتائج التي تترتب على نقص الأكسجين أثناء الولادة - حيث يؤدي إلى إحداث تلف في الخلايا الدماغية، ولا يقوم الدماغ بعمله إلا بعد تزويده بكميات كافية من الأكسجين والغذاء، وتتعدد الأسباب الكامنة وراء نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين، منها تسمم الجنين Toxemia أو انفصال المشيمة plantar Separation أو طول عملية الولادة أو عسرها أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة مثل هرمون Oxytocin ومنها التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين، وعندما يوجد نقص في الأكسجين يؤدي ذلك إلى تلف في المراكز العصبية مما يترتب عليه حالة من حالات الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات ، أو الوفاة ويعتمد الأمر على الزمن الذي ينقطع فيه الأكسجين عن المخ.

ب - الصدمات الجسدية: Physical Trauma

يشير جمال حمزة (١٩٩٧: ٣٨٢) إلى أنها الكدمات الجسدية ، أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة مثل ملقط عملية الولادة الذي يسحب فيه رأس الجنين في حالات صعوبات عملية الولادة ، أو استخدام الأدوات الخاصة بعملية الولادة القيصرية بسبب وضع الجنين أو كبر حجم جمجمة الجنين، أو ضيق عنق الرحم، وتؤدي هذه العوامل بطريقة أو بأخرى إلى تلف في القشرة المخية الدماغية، أو في الجهاز العصبي المركزي للجنين، وبالتالي حدوث نوع من الإعاقة العقلية أو غيرها.

ج - الالتهابات : Infections

أكد لطفى بركات (١٩٧٨: ٥٢) على أن الالتهابات التي تصيب الجنين من عوامل فيروسية أو بكتيرية إلى إصابة أو تلف الجهاز العصبي المركزي ومن هذه الالتهابات التي تسبب الإعاقة العقلية أو الوفاة ومنها الالتهاب السحائي، التهابات الدماغ، وغيرها وكلها تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو الوفاة.

٣ - أسباب مرحلة ما بعد الولادة :

هذه الأسباب تحدث بعد عملية الولادة والتي تؤثر بطريقة ما على أحداث تلف في الجهاز العصبي المركزي وتعتبر مسئولة عن معظم حالات الإعاقة العقلية البسيطة ومن أهم أسباب مرحلة ما بعد الولادة في حالات الإعاقة ما يلي:

أ - سوء التغذية : Malnutrition

إن سوء التغذية يؤدي إلى ضمور نمو خلايا المخ ، وأحياناً إلى تلفها ومن ثم حدوث حالات الإعاقة العقلية ، والدليل الواضح على ذلك انتشار حالات الإعاقة العقلية بنسبة عالية لدى أبناء الطبقات الفقيرة والمتوسطة ، ونجد الإحصائيات تشير إلى أن دماغ الطفل عند ولادته يبلغ حوالي (٣٤٠) جراماً ، أما في سن ست سنوات يبلغ حوالي (١٢٢٥) جراماً ، أما في سن العشرين فيبلغ (١٤٠٠) جراماً ، وتعتبر هذه الزيادة في الوزن دليل جيد للتغذية والعكس صحيح.

وفي هذا الصدد يشير فاروق صادق (١٩٩٥ : ٨٥) إلى الدور الكبير للتغذية الجيدة وعناصر المواد اللازمة للنمو وخاصة المواد البروتينية ودورها في نشاط الغدة الدرقية Thyroid Gland أو عدم الاهتمام بالتغذية وإمداد هذه الغدة بالعناصر اللازمة لها من المواد وخاصة مادة اليود التي تساعد في إفرازها لهرمون الثيروكسين والذي يعمل على تنشيط القدرات العقلية عندما يكون إفرازه طبيعياً في الدم ونقص هذا الهرمون يؤدي إلى خمول القدرات العقلية ، وعدد من المظاهر الجسمية المتمثلة في قصر القامة وخشونة الجلد واندلاع البطن.

ب- الحوادث والصدمات: Physical & Trauma

يذكر محمد الشناوي (١٩٩٧ : ٦٧ - ٦٨) أن الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الطفل في مرحلة ما بعد الولادة تعد سبباً رئيسياً في ظهور حالات الإعاقة العقلية ، وخاصة الحوادث والصدمات التي تؤثر بشكل مباشر على منطقة الرأس كحوادث السيارات والضربات المباشرة أو الوقوع على الرأس ، إذ تصاحب هذه الحوادث والصدمات عادة نقصاً في الأكسجين، في المخ ، أو كسور في الجمجمة والمخ ، مما يؤدي إلى تلف الجهاز العصبي المركزي وبالتالي الإعاقة العقلية.

ج - الأمراض والالتهابات : Diseases & Infections

تعتبر الأمراض والالتهابات التي يتعرض لها الأطفال في سنوات حياتهم الأولى سببا مباشراً من أسباب حدوث الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات الأخرى، ومن الأمراض التي تصيب الطفل في مراحل العمر المبكرة وخاصة إذا لم يتم تطعيم الطفل ضدها ومنها مرض النكاف Mump ، والحصبة Meales ، والجدري Chickenpox ، والتهاب السحايا Meningitis ، والتهاب المخ Brian Inactions ، واضطرابات الغدد. (أحلام البنا، ١٩٩٥ : ٣٢ - ٣٤)

د - العقاقير والأدوية : Chemicals & Drugs

تؤثر الأدوية والعقاقير على الجهاز العصبي المركزي وتصيبه بالتلف ، وبالتالي الإصابة بالإعاقات المختلفة ومنها الإعاقة العقلية والنفسية والعصبية ، وخاصة إذا أخذت هذه الأدوية والعقاقير بكميات مبالغ فيها وقد ذكرت الجمعية العربية للتوعية من العقاقير الخطرة والمخدرات (١٩٩٥) قائمة بتلك العقاقير والأدوية ومنها:

- ١ - المنومات والمهدئات وتبدو أثارها في اضطراب القدرات العقلية والاضطرابات العصبية.
- ٢ - الأفيون والهروين ولها نفس التأثير السابق بالإضافة إلى التهاب الكبد الفيروسي ونقص المناعة.
- ٣ - المشروبات الكحولية وتؤثر على الاضطرابات النفسية والعقلية وأمراض الكبد والجهاز الهضمي.
- ٤ - التدخين ويظهر إثارة في الجهاز التنفسي والسرطان وارتفاع ضغط الدم والجهاز الهضمي والاضطرابات العصبية.

تشخيص الإعاقة العقلية :

لا تقتصر أهمية التشخيص والتقييم على تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل، وإنما يترتب على نتائجها آثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضوع التقييم ، فإذا ما أفضت هذه النتائج مثلاً إلى أن الطفل متخلف عقلياً ، فإنه سيرتب على ذلك آثار

نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته نظرًا لما ستفرضه نتيجة التقييم تلك من تحديد للفرص المتاحة أمام الطفل في مجتمعه ، ومن آثار على مفهومه عن ذاته ، وعلى نمط ردود أفعال الآخرين نحوه ، وتوقعاتهم منه. ومن ثم فإنه يجب توخي الشروط والمواصفات التي تضمن التوصل إلى نتائج دقيقة وصادقة من عملية التقييم.

وفي هذا الإطار قدم فاروق صادق (١٩٨٢ : ٣٣٢) توضيحاً لعملية التشخيص والتقييم للإعاقة العقلية حيث يستهدف تحقيق الأغراض التالية:

- ١- إمكان تحويل الطفل إلى فصول خاصة بالمتخلفين عقلياً للتعليم في مدارس العاديين أو معاهد التربية الفكرية.
- ٢- يمكن تحويل الطفل إلى مؤسسة اجتماعية للتعليم والتدريب في مؤسسات التنمية الفكرية أو المؤسسات الاجتماعية.
- ٣- تشخيص عيوب التعليم ورسم خطط تعليمية علاجية للحالة وتحديد المشكلات السلوكية.
- ٤- الكشف عن قدرات الطفل واستعداداته الممكن استغلالها في التدريب والتوجيه المهني.
- ٥- متابعة الحالة في إحدى المجالات السابقة للحكم على إفادتها من البرنامج ، أو تحويلها إلى خدمات أكثر نفعاً ، أو الحكم بأنها تأهيلها وتشغيلها في عمل مناسب ، أو إعادة تعليمها أو تدريبها.

ويتفق مؤلف الكتاب مع كثير من الباحثين الذين يؤكدون على ضرورة التقييم الشامل، والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد في تحديد التخلص العقلي، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في هذا الصدد، بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية، والنفسية والأسرية والاجتماعية، والتربوية والتعليمية كما يلي:

أ - النواحي الطبية التكوينية:

وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها للطفل ذاته أم بأسرته ، ومن بينها التاريخ الصحي التطوري للحالة ، تاريخ الحمل وظروف فترة الحمل أثناء عملية الولادة وما يترتب عليها من عيوب أو تشوهات أو مضاعفات ، والأمراض والحوادث والإصابات التي تعرض لها بعد الولادة وفي الطفولة المبكرة وأثارها على وظائف أعضاء الجسم والحواس ، والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والحسي، ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغدية بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي إن وجد.

كما تشمل النواحي الطبية التاريخ الصحي لأسرة الطفل ومدى انتشار الأمراض الوراثية في العائلة والحالة الصحية والغذائية للأم أثناء فترة الحمل.

ب - النواحي النفسية:

وتشمل مستوى الذكاء، وسمات الشخصية، والنمو الانفعالي والوجداني وذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات المقتنة المناسبة لطبيعة الحالة ، مع المرونة في تطبيق هذه الاختبارات وتطويعها تبعاً لظروف الحالة. ومن بين التعديلات والطرق المألوفة أثناء إجراء الاختبارات النفسية مع المتخلفين عقلياً استخدام بعض أسئلة الاختبار أو جزء منه، واستبعاد بعض أسئلة الاختبار، واستخدام المقاييس المختصرة وإجراء بعض التغيرات بغرض تحسين عملية التفاهم والاتصال بين الفاحص والمفحوص، والاستنتاج الرياضي للأداء الكلي من الأداء على بعض أجزاء الاختبار، ويشترط في هذه التعديلات ألا تكون ماسة بالصفة التي يقيسها الاختبار وكمية المثيرات التي يتضمنها ونوعيتها التي استخرجت على أساسها مواصفاته الإحصائية.

ج - النواحي التربوية والتعليمية:

وتشمل بيانات عن التاريخ التعليمي والمدرسي للحالة، والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس في المجالات الأكاديمية المختلفة «القرأة والكتابة والحساب» وفي النشاطات غير الأكاديمية، والسلوك في المدرسة ومع جماعة

الأقران، والصعوبات التعليمية والمشكلات السلوكية، ومدى الحاجة إلى الرعاية والتعليم العلاجي والبرنامج التعليمي الملائم للحالة.

د - النواحي الاجتماعية:

وتشمل التاريخ التطوري للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه في المدرسة والمجتمع، وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية ومقدرته على تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية، والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحالة الطفل كالأمرض وأنواع القصور العقلي في الأسرة والمناخ الأسري الذي يعيش فيه، ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية.

وإذا ما اتفقت نتائج التشخيصات والمؤشرات في هذه النواحي على أن الفرد متخلف عن أقرانه ممن هم في مثل عمره الزمني وظروفه البيئية والثقافية، أمكن الاطمئنان إلى دقة التشخيص وصدقه.

الإعاقة العقلية والمرضى العقلي ... حدود فاصلة:

في كثير من الأحيان يخلط البعض وبخاصة في الأوساط غير المتخصصة بين مفهوم الإعاقة العقلية ومفهوم المرضى العقلي، فكثيراً عندما أتواجد في لقاء أو مع بعض الأشخاص ويعلمون أني أخصائي نفسي وفي مجال الإعاقة العقلية أول سؤال يوجهه إلي هل هذه الفئة تقع ضمن فئة مرضى العقول.

لذلك رأيت أنه يجب توضيح الفرق بين هذين المفهومين وإزالة اللبس بينهما لأن هذا الخلط يؤدي إلى تأخر العلاج اللازم لكل من مرضى العقول والمعاقين عقلياً على اعتبار أنه نتيجة هذا الخلط قد يؤدي إلى أن يصنف المعاقون عقلياً ضمن مرضى العقول أو العكس.

فالإعاقة العقلية ليست مرضاً، وإنما هي حالة نقص في القدرة العقلية، وانخفاض دال في الأداء العقلي عن المتوسط بمقدار انحرافين معيارين، ويصاحبه قصور في المهارات التكيفية وتحدث للفرد قبل سن ١٨ سنة.

وتحدث الإعاقة العقلية قبل الولادة أو أثناء الولادة ، وقد تحدث بعد الولادة خلال فترة النمو وقد تحدث نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطرابات أو إصابات مباشرة للمخ تؤثر على وظائف نصفيه الكرويين الأيمن والأيسر.

أما المرض العقلي فيحدث في مرحلة من مراحل العمر ، وعادة ما يحدث بعد سن المراهقة ، وفي معظم الحالات يحدث المرض العقلي للفرد بعد المرور بخبرة فشل وشعور بالإحباط مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها أو التعامل مع أشخاص أو العجز في حل بعض المشكلات التي تقابل الفرد في حياته.

وكما ترى مدرسة التحليل النفسي في الصيغة العامة للأمراض (إحباط لا يقوى الراشد على تحمله فيشعر الأنا بالخطر فيرفع راية الحصر وقد يحدث المرض العقلي نتيجة مغالاة الفرد في طموحاته وتوقعاته بما لا يتلاءم مع قدراته وإمكاناته فيجد نفسه عاجزا عن تحقيق طموحاته ويفشل في توقعاته ، أو يشعر الفرد بأن الآخرين ينظرون له على أنه غير كفء وتكرار هذه المواقف في حياة الفرد يؤدي به إلى ظهور أنماط غير سوية من السلوك الانفعالي مثل الاكتئاب، العدوانية، الانطواء ... إلخ.

ولعل أهم ما يميز المرض العقلي أنه يحدث بعد اكتمال نمو العقل وأن العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى المريض يرتبط بفترة المرض. ويتضح من ذلك ان هناك اختلافات أساسية بين مفهوم الإعاقة العقلية والمرض العقلي وظهور هذا الخلط يرجع إلى تشابه بعض الأعراض التي تظهر لدى المعاقين عقلياً ومرضى العقول.

فالشخص المعاق لا يملك القدرة على أداء الأعمال والمهام التي تتطلب كفاءة عقلية معينة ، ويفشل في أداء تلك المهام لذا قد يصاب بالعدوانية والحجل والانتواء والاكتئاب نتيجة لهذا الفشل في القيام بما يتطلب منه من أعمال لا تناسب قدراته العقلية المحدودة ونتيجة لظهور هذه الأعراض الانفعالية في سلوكه ينشأ الخلط في وصفه بأنه مريض عقلي.

وكذلك الأمر بالنسبة للمريض العقلي فنتيجة للاضطرابات الانفعالية والوجدانية التي يعانيها ، ونتيجة لمرضه تظهر لديه بعض المشكلات في عدم قدرته على التعامل مع بعض المهام التي تتطلب كفاءة عقلية ، وأيضاً عدم قدرته على حل المشكلات التي تقابله فينشأ الخلط في وصفه بأنه معاق عقلياً.

ومن خلال ما سبق يتضح أن ظهور الأمراض العقلية ليس مقيداً بفترة زمنية أو مرحلة معينة كما هو الحال بالنسبة للإعاقة العقلية، وإنما قد يحدث في أي وقت خلال سنوات الطفولة أو الرشد أو بعدهما ، بينما يمكن علاج المرضى العقليين وشفائهم باستخدام العلاجات الطبية النفسية الملائمة فإنه يشك كثيراً في علاج المعاقين عقلياً باستخدام العلاجات الطبية لهما إلا في حالات معينة ناتجة عن استسقاء المخ وباستخدام الجراحة ، حيث لا توجد عقاير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة بالنسبة للمعاقين عقلياً بدرجة حادة أو جسيمة ، على العكس من المعاقين عقلياً بدرجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي ، وسلوكهم التكيفي عن طريق تعليمهم وتربيتهم وإعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة نفسياً واجتماعياً وتربوياً وصحياً.

خصائص المعاقين عقلياً :

تتضح الفروق الكبيرة لدى المعاقين عقلياً فيما بينهم من حيث قدرتهم واستعداداتهم وخصائصهم، ومن هنا فإن الباحث يحاول جاهداً فيما يلي عرض أهم الخصائص المميزة لفئة المعاقين عقلياً القابلين للتعليم وبخاصة القابلين منهم للتعليم:

١ - الخصائص الجسمية:

قدم فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠: ٧٢ - ٧٤) عرضاً لبعض خصائص المعاقين عقلياً بصفة عامة مثل البطء في النمو الجسدي بأشكاله المتعددة ، ومظاهره المختلفة في نواحي متعددة، كتشوهات في شكل وحجم الجمجمة والأذنين والأسنان واللسان والشم والعينين والأطراف ، وضعف النمو الحركي وثبات ونمطية الحركات وتكرارها ،

وعدم القدرة على التحكم فيها بصورة جيدة ومنتظمة ، حيث نجد الطفل المعاق عقلياً لا يبدأ المشي قبل سن ثلاث سنوات، ولا يستطيع الكلام أو التحكم في الإخراج قبل سن الرابعة ، وتزداد نسبة عيوب الكلام لديه بصورة ملحوظة، أما الحواس فتكاد تكون حاسنا الشم والتذوق لديه معدومة ، كما أنه يشبه العاديين إلى حد ما في الطول والوزن والحركة والصحة العامة ، ويكتمل نمو العضلات والعظام لديه في سن الثامنة عشر، ويكتمل بلوغه الجسمي والجنسي مثل أقرانه العاديين، إلا في الحالات التي يرجع فيها الضعف العقلي إلى إصابات الجهاز العصبي المركزي وما يصاحبه من اضطرابات في المهارات الحركية.

وعلاوة على ذلك تضيف إيمان الكاشف (٢٠٠٢: ٤٩ - ٥٣) بعض سمات المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بوجود كثير من الاضطرابات السمعية والبصرية لديهم أكثر مما لدى العاديين ، حيث وصلت نسبة القصور السمعي لديهم بين (١٣ - ٤٩٪) من المعاقين عقلياً ، ووجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى (٤٠٪) وتتراوح بين قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان، وأوصت بالقيام بالتدريبات المختلفة لتنمية التوازن الحركي والقدرات المختلفة لمساعدتهم على المشاركة في مواقف النشاط العملي والرياضي والمهني وتنمية مدركاتهم وثقتهم بأنفسهم وزيادة توافقهم الاجتماعي.

٢- الخصائص العقلية والمعرفية:

يختلف المعاقين عقلياً عن أقرانهم العاديين في النمو العقلي والقدرات العقلية، حيث نجد أن الفروق بين حالات الإعاقة المتوسطة وبين العاديين كبيرة في مرحلة الطفولة المبكرة وما بعدها، ويمكن التمييز بين الطفل المعاق إعاقة عقلية متوسطة والطفل العادي في الجوانب العقلية والمعرفية في سن مبكرة ، فنموه العقلي بطيء جداً وحصيلته اللغوية بسيطة ، ولا نستطيع تشخيص تخلفه في مرحلة الروضة ونحن مطمئنين إلى دقة التشخيص ، ويتعذر تشخيص هذه الأعراض في مرحلة الروضة ويفضل تشخيصها

بعد الالتحاق بالمدرسة الابتدائية وملاحظاتها فترة كافية ، لأن الخصائص العقلية لا تتميز بين الطفل المعاق عقلياً وغير المعاق عقلياً في الأعمار الصغيرة بينما يسهل تمييزها في الأعمار الكبيرة.

ومن الخصائص التي تميز المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في النواحي المعرفية والعقلية ما يأتي:

أ) البطء في النمو العقلي:

قدم كمال فري (١٩٩٦: ٢٧٤ - ٢٧٥) عرضاً لأهم السمات البارزة في النمو العقلي لدى هذه الفئة بأن الطفل المعاق عقلياً ينمو عقلياً ثمانية شهور أو أقل كلما نما عمره الزمني سنة ميلادية كاملة، فإذا كان النمو العقلي يزداد سنة بعد أخرى مع النمو الزمني حتى يبلغ سن (١٣) سنة، ويكتمل عند الشخص العادي بين سن (١٦ - ١٨) سنة تقريباً، فإن النمو العقلي عند الطفل المعاق عقلياً يزداد سنة بعد أخرى بمعدل أقل من معدله عند العاديين في مثل سنة، ويتوقف عن النمو في مستوى أقل بكثير من مستواه عندهم في عمر (١٨) سنة، ونجد أن المعاق عقلياً أقصى عمر يصل إليه عقلياً عندما يبلغ سن الثامنة عشر، هو مستوى النمو العقلي عند طفل عادي في سن العاشرة أو الحادية عشر أو أقل من ذلك ، ويشير أيضاً إلى أن هضبة النمو العقلي عند العاديين تظهر في مستوى سن بين (١٦ - ١٨) سنة بينما تظهر عند حالات الإعاقة العقلية الخفيفة في مستوى سن من (١٠ - ١١) سنة وعند حالات الإعاقة العقلية المتوسطة في مستوى سن (٧ - ٨) سنوات تقريباً.

وتوضح ذلك كما في الجدول التالي:

جدول (٢) أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها المعاقين عقلياً والعاديين في الأعمار الزمنية من سن (١ - ١٨) سنة.

متوسط الإعاقة	أقصى عمر عقلي يصل إليه الفرد		العمر الزمني بالشهور	أقصى عمر عقلي يصل إليه الفرد			العمر الزمني بالشهور
	ضعيف الإعاقة	العادي		متوسط الإعاقة	ضعيف الإعاقة	العادي	
٥٨	٨٣	١٣٧	١٢٠	٦	٨	١٤	١٢
٦٤	٩١	١٥٠	١٣٢	١١	١٦	٢٦	٢٤
٧٠	٩٩	١٦٤	١٤٤	١٧	١٧	٤٠	٣٦
٧٩	١٠٧	١٧٧	١٥٦	٢٢	٢٢	٥٤	٤٨
٨٠	١١٢	١٧٨	١٦٨	٢٨	٢٨	٦٧	٦٠
٨٤	١١٧	١٩٦	١٨٠	٣٤	٣٤	٨١	٧٢
٨٧	١١٢	٢٠٥	١٩٢	٤٠	٤٠	٩٩	٧٤
٨٧	١٢٢	٢٠٥	٢٠٤	٤٦	٤٦	١٠٩	٩٦
٨٧	١٢٢	٢٠٥	٢١٦	٥٢	٥٢	١٢٣	١٠٨

ب) قصور وضعف عمليات الإدراك:

يعاني الطفل المعاق عقلياً من قصور واضح في العمليات الإدراكية وتمثل في ضعف القدرة على التعرف والتمييز بين المثيرات من حيث شدتها واتجاهها، كما أن انتباهه يكون ضعيفاً وأحياناً متشتتاً، ولا يستطيع التركيز على الأشياء وخصائصها وملاحظتها فلا يدرکها بصورة تساعده على الربط بين الخبرات السابقة والحالية، ولا يدرك سوي المثيرات المحسوسة والملموسة والعينية والوقئية ذات النواحي والخصائص الجذابة والمشوقة والتي تساعده على إشباع رغباته وميوله، ويجب أن تكون هذه المثيرات مناسبة لقدراته ومتاحة بالتفاعل معها.

ونجد كروجر وآخرين (Kroeger et al, 2003: 158) يشير إلى أن هناك بعض الخصائص الإدراكية لدى المعاقين عقلياً وخاصة القابلين للتعلم، ومنها أن لديهم عجزاً واضحاً في حالة وجود أكثر من مثير وتعدد المثيرات، أو تداخل المثيرات، ويظهر الخلل لديهم فيما يسمى تأثير ما بعد أدراك الأشكال البصرية Visual Figural After Effect وفي إدراك الأشكال المنعكسة Reversal وفي الاعتماد على العلاقات البعيدة Disclose وأيضاً في ضعف استخدام العلاقات القريبة في المواقف المختلفة.

ج) ضعف الانتباه:

تذكر أمال باظة (٢٠٠٣: ٧٥) أن الانتباه لدى المراهق المعاق عقلياً مثل إنتباه الطفل الصغير، حيث تمر به أشياء كثيرة لا يتبته إليها من نفسه لان مثيرات انتباهه الداخلية لدية ضعيفة فسرعان ما يتشتت انتباهه، ويتقل من النشاط الذي يقوم به إلى نشاط جديد ، فلا يبنه إلا لشيء واحد ولمدة قصيرة ، ولذلك لا بد من وجود ما يثير انتباهه من الخارج ، أو إلى ما يبنه إلى ما يدور حوله ويشده إلى الموضوع الأساسي ، فلا ينشغل بمثيرات أخرى ليس لها علاقة بالمثير الأصلي، حيث يحتاج وقتاً أطول في تعلم الأشياء ، وصعوبة في تعلم واكتساب معلومات وخبرات جديدة ، وذلك يرجع إلى التأثير التي أحدثته بعض المثيرات التي لا علاقة لها بتلك المعلومة أو الخبرة.

د) قصور الذاكرة:

إن ضعف الذاكرة يعد إحدى السمات البارزة لدى المعاقين عقلياً حيث أنها ذاكرة لا تحتفظ بالمعلومات والخبرات سوى مدة بسيطة جداً، ولا تحتفظ سوى بالمعلومات التي تشبع رغباتهم وميولهم ولها تأثير قوي وفعال عليهم، ويعانون من صعوبات واضحة في إسترجاع ما تعلمون وما مر به من خبرات، ولذلك فهم في حاجة دائماً إلى إعادة تذكر لها، وهم على خلاف العاديين الذين يتعلمون ويحتفظون بالمعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية أسرع من المعاقين وعلى العكس فإن المعاقين عقلياً يتعلمون ببطء وينسون ما تعلموا بسرعة لأنهم يحتفظون بالمعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية بعد جهد جهيد، ولديهم قصور في الذاكرة قريبة المدى وبعيدة المدى.

في حين نجد زينب شقير (٢٠٠٠: ١٦٥) تذكر أن عملية التذكر تتضمن ثلاث مراحل وهي استقبال المعلومات، وتخزينها، ثم استرجاعها، وتبدو مشكلة الطفل المعاق عقلياً في مرحلة استقبال المعلومات وذلك بسبب ضعف درجة الانتباه لديه، كما أن عملية تكوين المفاهيم عند المتخلفين عقلياً أمراً صعباً، فهي عملية عقلية تحتاج من الفرد إلى تجريد خصائص المفهوم بعد تمييزها، وبالرغم من سهولة التعميم لديهم، إلا أنها عملية لاحقة لعملتي التمييز والتجريب، حيث يتصف المتخلفين عقلياً بقصور قدرتهم على التفكير المجرد ويلجئون دائماً إلى استخدام المحسوسات في تفكيرهم وعندما

يكونون مفاهيم لا يستطيعون إدراك هذه المفاهيم إدراكاً مجرداً ، بل يميلون إلى تعريف الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة فمثلاً برتقالة فهي لديهم حاجة ناكلها وهي صفراء.

هـ) القصور في التعبير اللغوي والكلام:

يفتقر الطفل المعاق عقلياً إلى القدرة على استخدام الألفاظ في التعبير الشفهي وعن حاجاته ، ويقشل في الاتصال اللفظي بالآخرين ، وهذا يتطلب البعد عن استخدام المجردات في تعليمه وتدريبه والتركيز في تعليمه على الأشياء المادية الملموسة وأن يشير إلى الشيء واستخداماته وما يدل عليه من مسميات وأن تقلل من استخدام التعليمات اللفظية المجردة.

و) محدودية التفكير أو قصور التفكير :

يشير سيمث (Smith,1993: 123) إلى أن من السمات البارزة والخصائص المميزة للمعاق عقلياً أن تفكيره ينمو ببطء وبمعدلات قليلة ، ويرتبط تفكيره بالمحسوسات ويكون بعيداً عن المجردات والمفاهيم وإدراك الغيبات ، وأيضاً يأخذ تفكيره شكل السطحية والسذاجة في كثير من المواقف والخبرات التي يتعرض لها ولا يستطيع إيجاد حلول مناسبة لهذه المشكلات التي تعترضه ، وأحياناً يهرب منها أو يتجاهلها ويكون تفكيره محدوداً ومقصوراً على ما يحيط به من أمور قليلة جداً وأحياناً يتسم هذا التفكير بالسلبية والبطء الشديد .

وقد اهتم كل من عبد المجيد عبد الرحيم ولطفي بركات (١٩٩٧: ٧٩ - ٨٠) بدور التدريب الحسي لتنشيط العقل حتى تتغلب على بطء التفكير ومحدوديته وسليته لدى المعاق عقلياً ، وقدم طرقاً خاصة لتدريب الطفل المعاق عقلياً لتنمية قدرته العقلية، وإثارة تفكيره ومساعدته على حل مشكلاته، وإيجاد العلاقات والربط بين الأشياء والاستنتاج والتعميم والمقارنة ، وقد أوضح الباحثان بأن تفكير المعاق عقلياً يتوقف عند مستوى تفكير ما قبل العمليات الإجرائية ، وعند مستوى المحسوسات ولا يرتقي إلى مستوى المجردات وإدراك المتغيرات وفهم القوانين ، وبالتالي حاجاتهم إلى مساعدة من الآخرين في حل مشكلاتهم وإرشادهم إلى تصريف أمورهم اليومية.

٣- الخصائص الاجتماعية:

مما تجدر الإشارة إليه أن الطفل المعاق عقلياً يعاني عدم القدرة على التكيف الاجتماعي والمواءمة ويظهر لديه اضطرابات في التصرف في المواقف الاجتماعية وأساليب التفاعل الاجتماعي ولديه عدم مبالاة وأحياناً عدم الاهتمام أو إعطاء أهمية لما يدور حوله في البيئة المحيطة، وعدم تقدير المسؤولية ومشاركة الجماعة أو الشعور بأنه فرد له كيان داخل هذه الجماعة ، بالإضافة إلى عدم وجود رغبة لديه للقيام بعمل علاقات اجتماعية مع الأطفال مثل عمرة الزمني ، ويميل أحياناً إلى اللعب والاشتراك وإنشاء علاقات مع الأطفال الأصغر منه سناً .

وفي هذا الإطار تقارن منى الدهان (١٩٩٨ : ٢٩) بين الخصائص الاجتماعية التي تتميز بها الطفل المعاق عقلياً والطفل العادي، فترتبط بين هذه الخصائص والبيئة المحيطة بالطفل وتعرضه للفشل عندما يقارنه والداه بإخوته العاديين ، وأيضاً بالأطفال في سنه سواء في الشارع أو المحيطين به ، ومن هنا يشعر بالفشل وعدم القابلية والعجز في النجاح ورفض المجتمع له وعدم تقبلهم إياه ، ولذا فإن إتاحة فرص للطفل المعاق عقلياً في ظروف ملائمة لقدراته وإمكانياته في مواقف لا يتعرض فيها للفشل، يمكن أن تساعد في تطور وتحسن من نظرة الطفل المعاق لنفسه وللآخرين ، وبالتالي يقلل من مشكلاته الاجتماعية.

وتتفق وجهة نظر مؤلف الكتاب مع ما سبق حيث أنه يؤكد على دور المحيطين بالفرد المعاق عقلياً في مساعدته على ممارسة أساليب وأنماط السلوك التكيفي ، وتنمية مهاراته الاجتماعية في فترة الطفولة وتكوين عادات إيجابية ومفيدة يتدرب عليها المعاق عقلياً لمساعدته على المشاركة الفعالة ودور هذه الخبرات والتدريبات والممارسات التي يتعلمها الطفل المعاق عقلياً عن طريق المثيرات الحسية والسمعية والبصرية والبيئية المستمرة في التوافق النفسي والتفاعل الاجتماعي ، وتكشف عن بعض النواحي الاجتماعية غير المرغوبة والتي تكشف بوضوح عن وجود الكثير من أوجه الاضطراب والخلل في الشخصية، مثل عدم الاتزان الانفعالي حيث يسيطر عليهم الفردية وعدم

القدرة على مسايرة الآخرين من المجتمع والمحيطين بهم، كما أن لديهم قابلية للأحياء وتزايد مستوى السلوك العدواني والمشكلات الأخلاقية مثل السرقة والكذب، والمشكلات الاجتماعية مثل العزلة والانطواء والانسحابية، ونقص الدفاعية، وعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة الشعور بالملل، مع وجود كثير من المشكلات الخاصة بالمهارات اللغوية والسلوك اللفظي مثل التلعثم والاضطرابات الكلامية، علاوة على اللزمات الغريبة مثل قضم الأظافر والحركات العصبية بالأرجل واليدين والعينين.

٤- الخصائص الانفعالية:

توجد العديد من الخصائص الانفعالية المميزة للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم منها:

أ- الجمود أو النشاط الزائد:

إن من الأعراض التي تكون ظاهرة وواضحة لدى المعاقين عقلياً والقابلين منهم للتعلم أنهم يعانون من حالات النشاط الحركي الزائد والمصاحب في معظم الأحيان بقصور في القدرة على الانتباه والتركيز والمعروف باسم Attention Deficit activity Hyper (ADH)، ومن ذلك أيضاً أنه يعاني من عدم النظام والفوضى وعدم التنظيم وسرعة الاستشارة بشكل واضح ومستمر، ويعاني أيضاً من نشاط واضح في القيام بحركات تكرارية سواء في الجلوس، أو في تناول الطعام، أو في التعامل مع زملائه، أو المحيطين به من الأسرة والأقارب، ويميل إلى جذب الأنظار إليه بهذا النشاط الزائد. (ليلي كرم الدين، ١٩٩٥: ١٣٠-١٣١)

بينما يقدم نادر الزيود (١٩٩٥: ٧٩) بعض الأعراض التي تصاحب الإعاقة العقلية والطفل المعاق الذي يعاني من النشاط الزائد ومنها:

- عدم الاستقرار أو عدم البقاء في مكان واحد Till Stay To Unable أو الاستمرار في عمل واحد لفترة قصيرة.
- كثرة وسرعة كلامه وتكراره أو البطء الزائد فيه.
- سريع التنقل من عمل قبل إكماله إلى غيره وهكذا.

- يتميز بالصخب وعدم الهدوء في اللعب.
- عدم الالتزام بالمعايير الاجتماعية أو مراعاة شعور الآخرين أو مبادئ وقيم المجتمع.

ب- الانسحاب والانعزالية:

نتيجة لتكرار كثرة مرات الفشل في المواقف والخبرات التي يمر بها المعاق عقلياً ، وتراكم لديه أفكار ومفاهيم خاطئة ، لذلك يفضل الانسحاب والانطواء والعدوان والبعد عن المشاركة نتيجة فشله في التعامل مع محيطه ومجتمعه، وعدم تلبية المتطلبات الاجتماعية المنوطة منه وعدم التزامه بالمشاركة مع زملائه في جوانب متعددة ، والبعد عن مشاركتهم ، ويكون له عالماً خاصاً به وتتضح هذه الخصائص لدى الطفل التوحدي ، وذلك لضعف الثقة بالنفس والقلق ، ويتميز سلوكه بالتمطية والاستجابة البطيئة، ويبدو على وجهه الوجود والشرود.

ج- عدم الاستقرار الانفعالي:

يشير عبد المجيد عبد الرحيم (١٩٩٧: ٥٣) إلى أن الطفل المعاق عقلياً لا يستطيع ضبط انفعالاته ، ويكون سهل الاستثارة والانفعال لأتفه الأسباب ، ويميل للعدوان للمحيطين به ، ويكون أحياناً شديد الغيرة ، ولديه حب تملك الأشياء ، ونشاط زائد ، وسلوك وأفعال لا تتناسب مع عمره الزمني، مما يجعل سلوكه مدعاة لتنمية الاتجاهات العدائية نحوه لعدم التزامه بالمسئولية والخروج على نمط الجماعة.

٥- الخصائص التربوية:

أ- الخاصية إلى التكرار:

إن أهم ما يميز الطفل المعاق عقلياً أنه لا يستوعب الموقف التعليمي إلا بعد التكرار لعدة مرات ، مما يساعده على التذكر والاستفادة من مواقف التعلم لذا ينصح العلماء بتطبيق مبدأ التعلم ، بعد تمام التعلم Learning over ، وهذا يعني أن تكرار الموقف التعليمي أمام الطفل أكثر من مرة حتى بعد التأكد من استيعاب الطفل لهذا الموقف.

ب- الخاصية إلى جذب الانتباه باستمرار:

حيث يحتاج الطفل المعاق عقلياً إلى ما يجذب انتباهه باستمرار أثناء عملية التعلم ، أو التدريب على نشاط تعليمي ، لأنه لا يستطيع الانتباه من تلقاء نفسه إلى المثيرات المختلفة ، حيث تنقصه القدرة على الانتباه أثناء عملية التعليم والتدريب على أي مهارة أو نشاط.

ج- افتقاد القدرة على الملاحظة التلقائية:

نظراً لافتقاد الطفل المعاق عقلياً لهذه القدرة لذا يجب تدريب الطفل على كل شيء تريد أن تعلمه له، وأن يوجهه المعلم إلى كل ما يريد ملاحظته.

د- التركيز على الأشياء الملموسة:

أبرزت علا عبد الباقي (١٩٩٣: ٦٥) ضعف قدرة الطفل المعاق عقلياً على استخدام الألفاظ في التعبير عن نفسه ولذا يفضل البعد عن اختبارات المقال له ، كما يجب البعد عن استخدام المجردات في تعليمه ، مع التركيز على الأشياء المادية الملموسة ، وأن يستخدم أكثر من حاسة من حواسه.

هـ- القصور في القدرة على استخدام الخبرة:

يصعب على الطفل المعاق عقلياً استخدام ما تعلمه في المواقف السابقة في تعلم لاحق ، وهذا يستلزم تنوع وتوزيع الأنشطة وتعدد أماكن التعلم ، فلا يقتصر التعليم في الفصل ، بل يجب أن يمتد إلى أماكن متعددة في البيئة ، ومع ضرورة استخدام عناصر البيئة التي يعيش فيها الطفل في مواقف التعلم.

و- الضعف في التعبير اللغوي:

تذكر أمال أباظة (٢٠٠٣: ٧٦) أن الطفل المعاق عقلياً يتميز بأنه يفتقر إلى القدرة على استخدام الألفاظ في التعبير عن نفسه وعن حاجاته ويفشل في الاتصال اللفظي

بالآخرين ، وهذا يتطلب البعد عن استخدام المجردات في تعليمه وتدريبه والتركيز على الأشياء الملموسة والمحسوسة.

ل- ضعف القدرة على التخيل والتصوير:

يشير حسام هيبية (١٩٩٨: ٥١) إلى أن الطفل المعاق عقلياً يصعب عليه أن يتخيل الأماكن أو الأشياء واستخداماتها ، وهذا يتطلب أن نجسد كل ما نريد تعليمه له، وأن نستخدم في الموقف التعليمي أكثر من حاسة فيري الطفل الشيء ويلمسه ويسمعه أو يشمه حسب كل حالة.

٦- خصائص الشخصية:

يذكر محمد الشناوي (١٩٩٧: ١٥٦ - ١٥٧) أن الطفل المعاق عقلياً يتسم بالشخصية السلبية، والقلق والاندفاعية والانسحابية وسرعة الاستهواء، وعدم النضوج وعدم الثابرة وعدم تحمل المسؤولية والجمود وعدم الواقعية في فهم الذات، واعتبر أن هذه الصفات من خصائص المعاقين عقلياً، حيث وجد من وجه نظره أنهم يختلفون عن أقرانهم العاديين في سمات الشخصية وفسر هذه الاختلافات بتفسيرات كثيرة في اتجاهين رئيسيين:

أ- الاتجاه الأول: (العوامل الفطرية):

وفيها يرجع الجمود والتصلب في شخصية الطفل المعاق عقلياً إلى طبيعة تكوينه النفسي، فالمناطق النفسية عنده أقل كفاءة من المناطق النفسية عند أقرانهم العاديين ، وأشار إلى ارتباط تمايز المناطق النفسية وصلابة الحدود التي تفصل بينها بالعمر الزمني ومستوى الإعاقة العقلية.

ب- الاتجاه الثاني (العوامل البيئية):

وفيها يتم إرجاع سمات الشخصية المرتبطة بالإعاقة العقلية إلى ظروف تنشئة المعاقين عقلياً والخبرات السيئة التي يتعرضون لها في تعاملهم مع العاديين في البيت

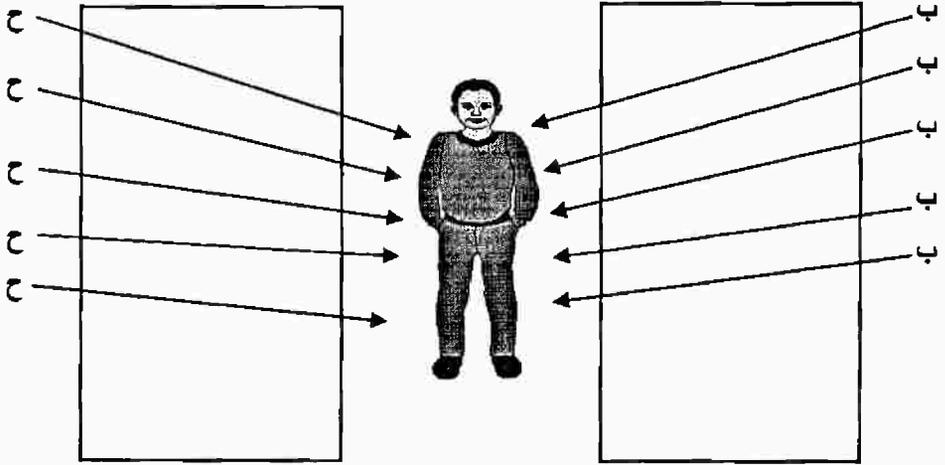
والمدرسة وهذه الخبرات هي المسئولة عن تنمية الاستعدادات السلوكية للتوافق السيئ عند الطفل الأول أكثر من الثاني.

وقد قدم كمال فري (١٩٩٦: ٢٤٨) النموذج الذي بناه كرومويل وزملائه في تقسيمهم لشخصية المعاق عقلياً على أساس نظرية "روتز" في التعلم الاجتماعي والتي أكدت دور خبرات الطفولة في تنمية الشخصية، واستدلوا على صحة آرائهم من وجود فروق في الشخصية بين المعاقين عقلياً بحسب ظروفهم الاجتماعية، وأيدتهم دراسات كثيرة مثل دراسة سميث (Smith, 1993)، ليلي كرم الدين (١٩٩٥) ماتسون (Matson, 1997)، وعبد المطلب القريطي (٢٠٠١) وكلها دراسات أشارت نتائجها إلى أن الاستعدادات السلوكية للتوافق السيئ عند نزلاء المؤسسات الاجتماعية أعلى منها عند المعاقين عقلياً الذين عاشوا في أسرهم.

• نموذج كرومويل:

وضع كرومويل نموذجاً يساعد على فهم شخصية الطفل المعاق عقلياً، بالنظر إليها من عدة زوايا وأناط، وهذا النموذج يصور تفاعل الفرد المعاق عقلياً في مواقف تتضمن تهديدات يسعى إلى الابتعاد عنها، ومواقف أخرى يسعى للمشاركة فيها، ونجده في النوع الأول من المواقف التي يعجز فيها عن مواجهة الخطر الذي يتهدهده ويتوقع الفشل والإحباط فترفع عنده حالة القلق، وقد أيدت الدراسات هذا التفسير وأشارت نتائجها إلى أن المعاق عقلياً أعلى في القلق وتوقع الفشل والإحباط في موقف يتطلب تقدير الذات بسبب ضعف قدراتهم العقلية والجسمية وكثرة تعرضهم للفشل، كما في الشكل التالي:

(أ) إدراك التهديدات الحيل الدفاعية سمات الشخصية الحاجات أو الأهداف
(ب)
(ج)
(د)



يؤدي إلى :-	١- تجنب الفشل	١- الخوف من الفشل	١- الحاجة إلى التقبل الاجتماعي
١- القلق العام	٢- الانكسار	٢- الجمود	٢- الحاجة للإنجاز
٢- القلق النوعي	٣- الاسقاط	٣- السلبية	٣- الحاجة للشعور بالكفاءة
٣- الوقوع الفشل	٤- النكوص	٤- التوجيه من الخارج	٤- الإحباط
٤- الإحباط	٥- التجريب	٥- الخط من شأن الذات	
(أ)	٦- القمع	٦- العدوان	(د)
	(ب)	(ج)	

شكل (٦) مكونات الشخصية لدى المعاقين عقلياً تبعاً لنموذج كرومويل.

ويؤدي توقع الفشل والإحباط وارتفاع حالة القلق عند المعاق عقلياً إلى قيامه ببعض الحيل الدفاعية التي تمكنه من مواجهة التهديد والسيطرة على الموقف بطريقة الخاصة، ومن أكثر الحيل الدفاعية شيوعاً عند المعاقين عقلياً الإنكار والنكوص والإسقاط والتوحد. وهذا ما نجده في الجزء (ب) من النموذج، ومن خلال تفاعل

المعاق عقلياً مع الآخرين في المدرسة والأسرة والجيران أما أن يدرك التقبل منهم فيقبل على الناس ويعمل من أجل الحصول على رضاهم ، أو يدرك النبذ منهم فيتوجس منهم ويرتدد في الإقبال عليهم ويشعر بالحرمان والإحباط ، وهذه المشاعر تنمي العدوان لديه لجذب انتباه الآخرين.

ومن خلال عرض خصائص وسمات المعاقين عقلياً «القابلين للتعلم» يستخلص المؤلف أن:

- ١- من الصعب تعميم الصفات والخصائص المميزة للمعاقين عقلياً لوجود فروق فردية بينهم في درجة الإعاقة وأيضاً في داخل المستوى الواحد من الإعاقة .
- ٢- ارتباط جميع جوانب النمو لدى الطفل المعاق عقلياً ، حيث تؤثر بعضها في بعض ، فمثلاً يؤثر النمو العقلي على مستوى النمو اللغوي ، وكذلك مستوى النمو الاجتماعي ، وذلك لأن جوانب النمو ترتبط بعضها ببعض وكلها تشكل في مجملها الشخصية الإنسانية التي تعتبر وحدة وكتاب واحد.

مناهج وأساليب تدريس المعاقين عقلياً :

يعد موضوع مناهج وأساليب تدريس المعاقين (أطفال ذوي احتياجات خاصة) من الموضوعات المهمة في مجال التربية الخاصة بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص: يتضمن هذا الموضوع الإجابة على السؤالين الرئيسيين:

١- ما الذي ندرسه للأطفال المعاقين عقلياً؟

٢- كيف ندرس للأطفال المعاقين عقلياً؟

يلخص السؤال الأول محتوى مناهج الأطفال المعاقين عقلياً (Content) وبالتحديد ما هي الموضوعات التي ندرسههم، مواد أكاديمية أم ندرسههم مهارات ذات علاقة مباشرة بحياتهم اليومية، أما السؤال الثاني فيلخص أساليب تدريس الأطفال المعاقين عقلياً وبالتحديد كيف ندرسههم وما هي أساليب التدريس المناسبة لهم؟ (How To Teach M.R Student)

محتوى منهاج الأطفال المعاقين عقلياً:

يتضمن محتوى منهاج المعاقين عقلياً عددًا من الأبعاد أو المهارات والمتمثلة في المادة التعليمية، والتي هي الإجابة للسؤال التالي:

ما الذي يجب أن نعلمه للمعوقين عقلياً؟.

فالإجابة تتضمن أبعاد المنهاج والمتمثلة في عدد من المهارات:

- ١- المهارات الاستقلالية: وتشمل (مهارات الحياة اليومية - المهارات الذاتية).
- ٢- المهارات الحركية: وتشمل (المهارات الحركية العامة - المهارات الحركية الدقيقة).
- ٣- المهارات اللغوية: وتشمل (مهارات اللغة الاستقبالية - مهارات اللغة التعبيرية).
- ٤- المهارات الأكاديمية: وتشمل (مهارات القراءة - مهارات الكتابة - مهارات الرياضيات - مهارات المفاهيم).
- ٥- المهارات المهنية.
- ٦- المهارات الاجتماعية.
- ٧- المهارات الاقتصادية.
- ٨- مهارات السلامة.

مهارات واستراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقلياً:

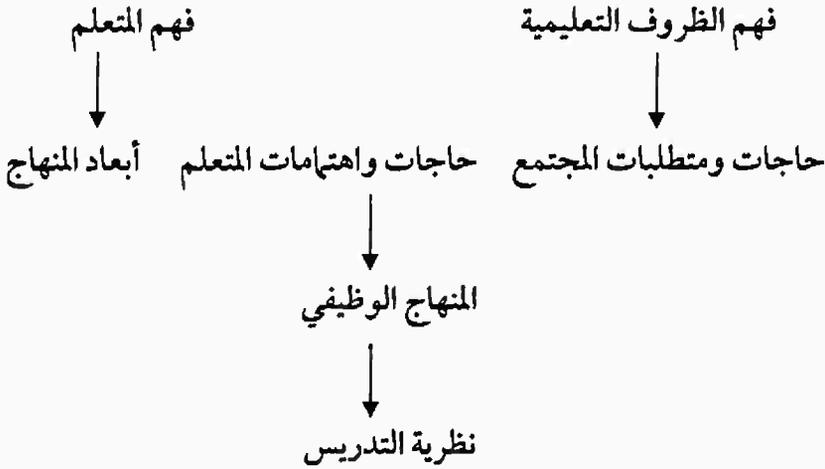
بناء وتدرّس منهاج للمعاقين عقلياً يتطلب عددًا من الاستراتيجيات:

فحسب رأي جلا سير فهو كما يلي:

قياس مستوى الأداء الحال -----< كتابة الأهداف التربوية -----<

السلوك المدخلي -----< الأسلوب التعليمي -----< قياس وتقويم الأهداف.

أما تايلور فيقترح النموذج الآتي :



وبالنسبة لوهمان فيقترح :

السلوك المدخلي ← قياس مستوى الأداء الحالي ← إعداد الخطة التربوية الفردية ← إعداد الخطة التعليمية الفردية ← تقويم الداء النهائي.

ويعتبر النموذج الذي قدمه وهمان من النماذج المقبولة والمعتمدة في مجالات التربية الخاصة ونوضح فيما يلي وصف لخطوات ذلك النموذج:

(١) السلوك المدخل للطفل المعاق عقلياً:

إن معرفة خصائص هؤلاء الأطفال تشكل السلوك المدخلي لبناء منهاج المعاقين عقلياً ومن ثم يليها إعداد الخطة التدريسية المناسبة على ضوء الخطة التربوية الفردية.

فالإعاقة العقلية حسب العالم جروسمان تعرف على أنها: «مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط بانحرافين معيارين ويصاحب ذلك خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النهائية».

(٢) قياس مستوى الأداء الحالي للطفل المعاق عقلياً:

إن المنهاج للطفل المعاق عقلياً لا يوضع سلفاً وإنما يوضع بعد التعرف على الأداء الحالي للطفل وتهدف مرحلة القياس لقدرات الطفل الحالية على التعرف على النقاط

السلبية والإيجابية أو نقاط القوة والضعف في قدرات الطفل ومن ثم صياغة الخطة التربوية الفردية وهي عبارة عن بناء مناهج خاصة لكل طفل من الأطفال المعاقين عقلياً.

وفي الخطة التربوية الفردية يجب أن يراعى بعدان وهما:

- البعد الفردي: ويُقصد به أن لكل فرد من هؤلاء الأطفال مناهج خاص به ويوضع من خلال التعرف على الأداء الحالي للطفل المعاق عقلياً.

- البعد الاجتماعي: ويُقصد به أن تغطي مناهج المعاقين عقلياً المتطلبات الاجتماعية المتوقعة منهم وذلك من أجل مساعدتهم على التكيف الناجح مع من حولهم.

(٣) إعداد الخطة التربوية الفردية:

يُقصد بالخطة التربوية الفردية تلك التي تصمم بشكل خاص لكل طفل معين لكي تقابل حاجاته التربوية وفق معايير معينة وفي فترة زمنية محددة.

مكونات الخطة التربوية الفردية:

تشمل عدد من الجوانب:

١- المعلومات العامة: اسم الطفل، وتاريخ الميلاد، ومستوى ودرجه الإعاقة، والجنس، والسنة الدراسية، وتاريخ الالتحاق بالمركز.

٢- التقييم الأولي: يشمل تاريخ التقييم الأولي وأعضاء لجنة التقييم ووظائفهم.

٣- نتائج تقارير أعضاء لجنة التقييم الأولي: والتي تشمل (القدرات العقلية، السلوك التكيفي الاجتماعي، المهارات اللغوية، المهارات الأكاديمية، والمهارات الحسية والحركية).

٤- الأهداف التعليمية الفردية: ويشترط بها أن تكتب بعبارات سلوكية محددة يمكن قياسها ضمن شروط ومواصفات يحدث من خلالها السلوك النهائي.

٥- ملاحظات عامة: والتي تتعلق بتعديل الخطة والتي تتمثل في تبسيط الأهداف التعليمية أو حذفها أو تعديل المعايير المتعلقة بهذه الأهداف.

أعضاء لجنة الخطة التربوية الفردية:

- مدير المدرسة.
- ولي أمر الطفل المعاق عقلياً.
- ممثل عن مديرية التربية الخاصة.
- الأخصائي النفسي.
- وأي أشخاص آخرين لهم علاقة بوضع الخطة التربوية الفردية.

(٤) الخطة التعليمية الفردية:

تشكل الخطة التعليمية الفردية الجانب التنفيذي للخطة التربوية الفردية. فبعد إعداد الخطة التربوية تكتب الخطة التعليمية وتتضمن هدف واحد من الأهداف التربوية من أجل تعليمها للطفل المعاق.

مكونات الخطة التعليمية الفردية:

- أ- معلومات عامة عن الطفل والهدف التعليمي المصاغ بعبارات سلوكية محددة وأسلوب التعديد ورقم الفقرة في المنهاج أو المقياس الذي صيغ منه الهدف التعليمي وأسلوب إعلام الطفل المعاق بنتائج عمله.
- ب- الأهداف التعليمية الفردية: ويشمل تحليلها لعدد من الأهداف التعليمية الفردية وفق أسلوب تحليل المهام.
- ج- الأدوات اللازمة: والمقصود أن يعد المعلم الأدوات اللازمة لتحقيق الهدف التعليمي.
- د- الأسلوب التعليمي وفق أساليب تعديل السلوك.

(٥) تقييم الأداء النهائي للأهداف التعليمية:

تعتبر هذه المرحلة مرحلة نهائية من مراحل استراتيجيات مناهج الأطفال ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة وتهدف إلى:

- أ- الحكم على مدى تحقق الأهداف التعليمية وفق شروط ومواصفات المعايير المتضمنة في الأهداف التعليمية في الخطة التربوية الفردية.
- ب- الحكم على مدى فعالية الأسلوب التعليمي المستخدم في تدريس الأهداف التعليمية.
- ت- الحكم على مدى التقدم الذي أحرزه المتعلم في أدائه على الأهداف التعليمية.
- ث- التعرف على الصعوبات التي واجهت المعلم والمتعلم أثناء تدريب الأهداف التعليمية.
- ج- نقل الأهداف التعليمية التي لم يتم تحقيقها إلى الخطة الشهرية التالية.

ولتتم عملية تحقيق الأهداف التعليمية يشترط أن تكون تلك الأهداف مصاغة بعبارات سلوكية محددة وضمن الشروط والمواصفات التي يحدث من خلالها السلوك النهائي ، وتعتبر طريقة التقييم من خلال مقارنة المتعلم قبل وبعد العملية التدريسية والتي تسمى طريقة القياس القبلي و البعدي ، والذي يعتبر دليلاً على فعالية عملية التدريس.

المهارات الاستقلالية للمعاقين عقلياً :

تعتبر من المهارات الرئيسية في منهاج المعاقين على اختلاف درجاتهم وأنواعها خاصة لفئة المعاقين عقلياً. كما تشكل هذه المهارات أساساً لبناء مهارات أخرى كالمهارات الأكاديمية والاجتماعية والمهنية.

إذ أن أداءه لتلك المهارات يؤدي لتنمية عدد من الخصائص الشخصية لديه كالاتجاه على الذات وتنمية الثقة بالنفس والتكيف الناجح مع من حوله.

بعض المهارات الاستقلالية :

- ١ - مهارات تناول الطعام: تتمثل تنمية مهارات تناول الطعام لدى الفرد المعاق عقلياً في اعتماد الطفل على نفسه في إطعام ذاته وفي قيامه بأنماط السلوك الاجتماعي المناسبة المتعلقة بمهارات تناول الطعام.

٢- مهارة استعمال المرحاض: تتمثل تنمية مهارات استعمال المرحاض لدى الفرد المعاق عقلياً في تعبيره عن حاجته لاستعمال المرحاض بطريقة الإشارة أو بطريقة لفظية ، وفي تقليل نسبة الحوادث التي تحدث له عند استعماله للمرحاض، وفي خلع ملابسه، وفي استعماله للعادات الصحية السليمة عند استعمال المرحاض.

٣- مهارات ارتداء الملابس: الهدف العام من تنمية مهارة ارتداء الملابس هو اعتماده على نفسه عند ارتداء ملابسه وخلعها كلما دعت الحاجة إلى ذلك ، وفي اختيار ملابسه الملائمة للمناسبات والمواقف الاجتماعية المختلفة.

٤- المهارات الصحية: الهدف العام من تنمية المهارات الصحية في اعتماده على نفسه وقيامه بالمهارات الصحية كغسل اليدين والوجه ، واستعمال أدوات التحفيف ، تنظيف أسنانه، قص أظفاره ، الاستحمام. وإدراكه أن هذه الأمور مهمة للتكيف الاجتماعي.

٥- مهارات السلامة: ويتمثل الهدف العام من تنمية مهارات السلامة للطفل المعاق في تجنب المواقف الخطرة واستعمال الأدوات بأمان سواء كان ذلك بالبيت أو المدرسة ، وفي التنقل بأمان والتبليغ عن الأخطار.

المهارات الحركية والرياضية للأفراد ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة :

يتضمن المنهاج عدة أبعاد مختلفة ونذكر منها ما يلي:

البعد الأول: مهارات التحكم بحركة الرأس.

البعد الثاني: مهارات الاستلقاء / الاستدارة / تغيير وضع الجسم.

البعد الثالث : مهارات الدحرجة / الزحف / الحبو.

البعد الرابع : مهارات الجلوس.

البعد الخامس: مهارات الوقوف.

البعد السادس : مهارات المشي.

البعد السابع : مهارات الهرولة / الركض / الجري.

البعد الثامن: مهارات الوثب.

البعد التاسع: مهارات الحجل.

البعد العاشر: مهارات التقاط الكرة.

البعد الحادي عشر: مهارات رمي الكرة.

البعد الثاني عشر: مهارات ركل الكرة.

البعد الثالث عشر: مهارات استخدام مضرب التنس.

البعد الرابع عشر: مهارات السباحة.

وتتمثل الأهداف في هذا المنهاج عدد من المهارات الحركية الرئيسية التي يتوقع من المتعلم إتقانها بعد تدريس المنهاج. وقد تميزت بما يلي:

- تسلسل الأهداف التعليمية في كل بعد من أبعاد هذا المنهاج حسب التسلسل الطبيعي لنمو وتتابع المهارات الحركية للطفل العادي.
- توفير عدد من الشروط في الأهداف التعليمية.
- صياغة الأهداف التعليمية بعبارات سلوكية محددة ووفق شروط معينة ومعايير محددة: وقد صيغت وفق ثلاثة عناصر رئيسية:
 - أ- صياغة السلوك النهائي بعبارات إجرائية سلوكية محددة قابلة للقياس.
 - ب- تحديد الشروط المعينة التي يحدث من خلالها السلوك النهائي.
 - ج- تحديد المعايير التي يحدث من خلالها السلوك النهائي.

قياس الأهداف التعليمية:

من طرق قياس مستوى الأداء الحالي للطفل غير العادي، طريقة الملاحظة المقصودة والعرضية، وطرق القياس المنظمة المبنية على استخدام الاختبارات المعيارية المرجع أو الاختبارات محكية المرجع أو طريقة دراسة الحالة أو جمع معلومات عن الأبوين عن السلوك المنوي قياسه.

معرفة مستوى الأداء الحالي تخدم غرضين وهما:

- المعرفة هي خطوة من بناء خطوات الخطة التربوية الفردية.
- معرفة الجوانب الإيجابية والسلبية على المهارات التي تغطيها أدوات القياس.

تدريس الأهداف التعليمية:

يمثل خطة مقترحة لتدريس الأهداف التعليمية التي كان أداء المتعلم عليها سلبياً، إذ يتألف من عدد من الخطوات المتسلسلة في تعلم المهارة والتي تهدف بالمتعلم إلى الوصول إلى الهدف النهائي في الهدف التعليمي ضمن الشروط والمعايير المتضمنة به. يتميز الأسلوب التعليمي القائم على تحليل المهارة بعدد من الخصائص أهمها:

- تسهيل عملية التدريس لدى المعلم والمتعلم.
- تكميل عملية التدريس من قبل معلم آخر.
- فردية عملية التدريس.
- سهولة تطبيق أساليب تعديل السلوك على الأهداف التعليمية المحللة وفق أسلوب تحليلي المهمات.
- سهولة تطبيق مبادئ التعلم العامة على الأهداف التعليمية المحللة وفق أسلوب تحليل المهمات وتبدو هذه المبادئ في: (التعلم القصدي / التعليم الكلي والجزئي / توزيع التدريب / كمية المادة التعليمية / التدريب على المهارة التعليمية / معرفة النتائج / كمية التدريب / طريقة عرض المادة التعليمية / طريقة تنظيم المادة التعليمية / تثبيت التعلم / نقل التعلم).

نظريات التعلم السلوكية والمعرفية وتوظيفها في ميدان الإعاقة العقلية:

التعلم هو موضوع حيوي في علم النفس التربوي ويمكن إدخال تلك النظريات (نظريات التعلم) وقوانينها في تعلم وتدريب الأطفال ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة وخاصة الأطفال المعاقين عقلياً.

وفي السطور التالية يعرض المؤلف عرضاً موجزاً لنظريات التعلم السلوكية والمعرفية وكيفية إدخالها في أساليب تدريس الأطفال المعاقين عقلياً وتعديل السلوك. مفهوم التعلم:

التعلم هو التغيير في الأداء وتغير في السلوك يحدث تحت شروط الممارسة والتكرار والخبرة أن ٩٩٪ من أشكال السلوك الإنساني متعلمة (مكتسبة) في حين ١٪ فقط فطرية أو موروثة والمهارات التالية هي مهارات متعلمة: مهارات العناية بالذات ، المهارات الاجتماعية ، المهارات الأكاديمية ، المهارات اللغوية ، المهارات الفنية ، مهارات السلامة ، وهناك علاقة متبادلة بين النضج والتعلم إذ يعرف النضج على أنه تغير في الأداء تبعاً لتغير العمر، كما تعتبر عملية التعلم عملية يستدل عليها من آثارها.

العوامل المؤثرة في عملية التعلم:

تتأثر عملية التعلم بعدد من العوامل منها:

- ١- النضج: وهو الاستعداد العام لعملية التعلم. والذي يتضمن الاستعداد الجسمي، والعقلي، والنفسي لعملية التعلم.
- ٢- الممارسة والتكرار والخبرة.
- ٣- قوانين التعلم: وهي القوانين التي تحكم عملية التعلم.
- ١- قانون الأثر: النتائج المترتبة على حدوث الاستجابة.
- ٢- قانون الاستعداد: نجاح عملية التعلم لدى الفرد كلما كان مستعداً لذلك.
- ٣- قانون التدريب: نجاح عملية التعلم كلما زادت مرات التدريب.
- ٤- قانون المحو أو الاطفاء: الاستجابة التي لا تليها مكافأة أو عقاب لا تستمر.
- ٥- قانون التعزيز الإيجابي والسلبي والتي تنص على تقوية العلاقة بين مثير ما واستجابة ما.

مبادئ التعلم :

عملية التعلم تسير وفق عدد من المبادئ اللازمة لنجاحها:

١- الانتقال من المحسوس إلى المجرد.

٢- الانتقال من العام إلى الخاص.

٣- نقل أثر التعلم من موقف إلى آخر.

٤- التدريب المكثف.

أولاً: نظريات التعلم السلوكية:

كيف نتعلم، وكيف نحفظ بالتعلم لفترة ما؟ لقد ظهرت العديد من النظريات التي تفسر كيفية حدوث التعلم لدى الفرد.

١- نظرية التعلم الشرطية الكلاسيكية:

تنسب هذه النظرية إلى العالم الروسي إيفان بافلوف Pavlov (١٨٤٩-١٩٣٦) نظرية الاشرط الكلاسيكي التي تدور حول معرفة كيف ان سلوكًا معينًا يحدث عادة في أعقاب حادثة معينة يمكنه أن يحدث في أعقاب حادثة أخرى لا صلة لها بها وتطلق النظرية على كل من الحادئين اسم المثير وعلى السلوك بالاستجابة. وتسمى الاستجابة بعد عملية الاشرط هذه «الاستجابة الشرطية».

٢- النظرية الشرطية الإجرائية:

يعتبر سكنر Skinner عالم النفس الأمريكي اشهر علماء النفس السلوكيين وخاصة في مجال التعلم. حيث ركزت هذه النظرية على السلوك الإجرائي الذي يقوم به الفرد الذي يصدر عن الكائن الحي المثير-----« الاستجابة -----« تعزيز السلوك.

ويميز سكنر في نظريته بين ثلاثة أنواع من المثيرات التي تتحكم في حدوث

الاستجابة:

- ١- المثير المعزز: كل أنواع المعززات الإيجابية والتي تلي السلوك مثل المعززات المادية ، واللفظية ، والاجتماعية ، والرمزية تزيد من احتمال السلوك المرغوب فيه.
- ٢- المثير العقابي: ويُقصد به كل أنواع العقاب مثل العقاب اللفظي أو الاجتماعي أو الجسدي التي تلي حدوث السلوك الإجرائي وتعمل تلك المثيرات على إضعاف ظهور السلوك الإجرائي.
- ٣- المثير الحيادي: ويُقصد بذلك المثيرات التي لا تؤدي إلى تقوية أو إضعاف السلوك الإجرائي.

جدول التعزيز:

- ١- جدول التعزيز الثابتة: بعد عدد ثابت من الاستجابة.
 - ٢- جدول التعزيز المتغيرة للاستجابات: عدد متباين غير ثابت من الاستجابات.
 - ٣- جدول التعزيز الثابت زمنياً: تقديم المعززات بعد فترات زمنية ثابتة.
 - ٤- جدول التعزيز المتغير زمنياً: ويقصد بها تلك الجداول التي تتضمن تقديم المعززات على فترات زمنية متباينة.
- ومن الجدير بالذكر أن التعزيز يلعب دوراً مهماً في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً.

٣- نظرية التعلم بالمحاولة والخطأ:

تنسب هذه النظرية إلى العالم الأمريكي المشهور في أوائل هذا القرن ادوارد ثورندايك Thorndike (١٩٣٠)، حيث أشار في نظريته إلى العديد من القوانين هي:

- ١- قانون الأثر: قوة أو ضعف الارتباط بين المثيرات والاستجابات تتوقف على النتائج المترتبة على حدوث تلك الاستجابات ويُقصد بذلك المعززات الإيجابية والعقاب.

*- قوة العلاقة: م ----- س ----- معززات إيجابية.

*- ضعف العلاقة م ----- س ----- عقاب.

٢- قانون الاستعمال والإهمال: الممارسة والتدريب تقوي التعلم.

٣- قانون الاستعداد: النضج والاستعداد العقلي الجسدي والنفسي شرط أساسي للتعلم.

٤- نظرية التعلم الاجتماعي:

تنسب هذه النظرية إلى روتر Roter (١٩٥٤) كما تنسب تطبيقات هذه النظرية في ميدان الإعاقة العقلية إلى كرمول Krmol (١٩٦٣) وتعتبر هذه النظرية امتداداً للتعلم بالتقليد أو النمذجة حيث تشترك هذه النظريات في التركيز على أهمية التفاعل الاجتماعي للتعلم لا يتم في فراغ بل من المحيط الاجتماعي (المجتمع، الأسرة، والمدرسة)، ويشير روتر وكرمول في هذه النظرية إلى نوعين من السلوك المتعلم هما:

١- السلوك التقاربي: ويُقصد بذلك السلوك الذي يصدر عن المتعلم والذي يقترب فيه من معايير أشكال السلوك المقبول اجتماعياً.

٢- السلوك التجنبي: ويُقصد بذلك السلوك الذي يصدر عن المتعلم والذي يبتعد فيه عن معايير وأشكال السلوك المقبول اجتماعياً.

٥- نظرية التعلم بالتقليد - التعلم بالملاحظة:

تنسب هذه النظرية إلى باندورا Bandura (١٩٦٩-١٩٦٥) معلم التربية الخاصة نموذجاً يعمل الطفل المعاق عقلياً على تقليد سلوكه حيث يعتبر المعلم هو النموذج الأقوى والأكثر مكانة لدى الطفل المعاق عقلياً.

وتعمل هذه الطريقة على تغطية عدد كبير من المهارات المتعلمة الضرورية لدى الأطفال المعاقين - مهارات الحياة اليومية، الحركية المهارات المهنية. كما تعمل هذه الطريقة على تعلم الكثير من أشكال السلوك المرغوب فيها وخاصة تلك الأشكال من السلوك التي تصدر عن الآباء والأمهات وبرامج التلفزيون.

ثانياً: نظريات التعلم المعرفية:

وهي تلك النظريات التي تفسر النمو العقلي لدى الأطفال العاديين والأطفال المعاقين عقلياً ومن تلك النظريات ما يلي:

١- نظرية جان بياجيه:

قسم جان بياجيه Jean Piaget النمو العقلي إلى أربع مراحل هي:

أ- المرحلة الحسية الحركية: وتمتد منذ الولادة حتى سنتين حيث تعتبر حواس الطفل وحركاته مصدرا للمعرفة.

ب- مرحلة ما قبل العمليات العقلية: وتمتد من سنتين إلى ٧ سنوات حيث تنمو قدرات الطفل العقلية المتمثلة في التميز والتعميم وفهم الفروق بين الأشياء.

ج- مرحلة العمليات العقلية المادية: حيث إن الطفل يقدر على التفكير الحسي أكثر من التفكير المجرد ويعني تأثير عملياته العقلية بالمظهر الخارجي للأشياء أكثر من حقيقتها الواقعية.

د- مرحلة العمليات العقلية المجردة: حيث تنمو قدرات الطفل العقلية ويستطيع التصنيف والتخيل والتحليل والتركيب بالمقارنة مع المرحلة السابقة.

علماً بأن النمو العقلي يتأثر بمتغيرين هما نسبة الذكاء والعمر الزمني.

توظيف نظرية بياجيه المعرفية في ميدان الإعاقة العقلية:

في هذه النظرية يمكن تصنيف الإعاقة العقلية حسب مراحل النمو العقلي إلى ما يلي:

- ١) حالات بطء التعلم: تتراوح نسبة الذكاء لدى هذه الفئة بين ٧٠-٨٥.
- ٢) حالات الإعاقة البسيطة: تتراوح نسبة الذكاء من ٥٥-٧٠ وتصل مثل هذه الحالات في نموها العقلي إلى بدايات المرحلة الثالثة من مراحل نظرية بياجيه.
- ٣) حالات الإعاقة العقلية المتوسطة: تتراوح نسبة الذكاء من ٤٠-٥٥ وتصل في نموها العقلي إلى بدايات المرحلة الثانية من مراحل نظرية بياجيه.

٤- حالات الإعاقة العقلية الشديدة: تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين ٤٠ فما دون وتضم حالات الإعاقة الشديدة والشديدة جداً وتصل إلى المرحلة الأولى من نظرية بياجيه.

وهناك عدة نقاط على المربين الاهتمام بها لتعلم الأطفال المعاقين عقلياً وهي:

- أ- الاهتمام بالتعلم الحسي (الحواس).
 - ب- الاهتمام بالتعلم الحسي الحركي مثل المشي والجلوس.
 - ج- الاهتمام بتعلم اللغة الاستقبالية والتعبيرية في المراحل العمرية المناسبة لها.
 - د- الاهتمام بتعلم المهارات العقلية مثل الترتيب وتنظيم الأشياء وتصنيفها وتسميتها وغيرها.
 - هـ- الاهتمام بتوزيع المهات التعليمية حسب المرحلة العقلية والزمنية للمتعلم.
- ٢- نظرية زفلر في النمو المعرفي للمعاقين عقلياً:

ينظر زفلر (Zafler, 1969)، وبلوم (Ploum, 1974) إلى النمو العقلي لدى الأطفال المعاقين عقلياً على أنه يسير ببطء ويوازي أعلى مستوى للنمو العقلي لدى هؤلاء الأطفال أدنى مستوى للنمو العقلي لدى الأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني. كما أن تطور النمو المعرفي لدى حالات الإعاقة العقلية البسيطة والعاديين والموهوبين حسب نظرية زفلر Zafler فهي كالتالي:

- ١- المعاقون عقلياً نسبة الذكاء ٦٦ درجة.
- ٢- العاديون نسبة الذكاء ١٠٠ درجة.
- ٣- الموهوبون نسبة الذكاء ١٥٠ درجة.

٣- نظرية واير في النمو المعرفي للمعاقين عقلياً:

يرى واير (Waier, 1967)، وإيليس (Elies, 1969) وخاصةً واير (Waier) أن الفروق بين العاديين والمعاقين عقلياً في النمو المعرفي هي فروق في الدرجة والنوع حيث إن نسبة الذكاء للمعاقين ٦٦ والعادين ١٠٠، وفي العمر الزمني هي فروق في عدد العمليات العقلية أو المراحل العقلية ويجب البحث عن أساليب تدريس جديدة تناسب المعاقين عقلياً لأن الفروق بينهما هي فروق كمية ونوعية معاً.

٤- نظرية زيمن وهاوس في أثر الانتباه على التعلم التمييزي للمعاقين عقلياً:

زيمن وهاوس Ziman & Haous يعدان من أوائل المهتمين بموضوع الانتباه وخاصة لدى الأطفال المعاقين وخاصة في المظاهر المتتالية كمرحلة استقبال المعلومات وفهم المعلومات وحفظها وتخزين المعلومات. وكذلك يرى سبنر ان القدرة على الانتباه تبعاً لمتغير العمر العقلي والمثيرات المشتته للانتباه. ويقترح زيمن وهاوس عدة إجراءات تعمل على زيادة فترة الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقلياً منها:

- ١- استخدام معلم التربية الخاصة لمثيرات ذات ثلاثة أبعاد كالطول والعرض والارتفاع.
- ٢- التدرج من السهل إلى الأصعب.
- ٣- استخدام الحواس للتعرف على المثيرات (اللمس، السمع، والبصر).
- ٤- تجنب الإحساس بالفشل.
- ٥- منادات الطفل باسمه.
- ٦- التواصل البصري بين معلم والطفل.
- ٧- تعزيز أداء الطفل الناجحة وغير الناجحة.