

الفصل الثاني

التخلف العقلي

obeikandi.com

تمهيد

يعتبر التخلف العقلي كما ورد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO بمثابة حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله، وتنسم باختلال في المهارات يظهر أثناء دورة النمو ، ويؤثر في المستوى العام للذكاء أى القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية . وقد تحدث الإعاقة مع أو بدون اضطراب نفسى أو جسمى آخر ، ولكن الأفراد المتخلفين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المتخلفين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين العاديين . وإضافة إلى ذلك فإن الأفراد المتخلفين عقلياً يتعرضون بدرجة أكبر لمخاطر الاستغلال والاعتداء الجسمى والجنسى . كما يكون سلوكهم التكيفى **adaptive behavior** مختلفاً دائماً ، ولكن في البيئات الاجتماعية التى تكفل الوقاية التى تتوفر فيها الدعم اللازم لهم قد لا يكون مثل هذا الاختلال ظاهراً خاصة بين الأفراد ذوى التخلف العقلي البسيط .

ويعتد التخلف العقلي من أشد مشكلات الطفولة خطورة إذ أنه كمشكلة يمكن النظر إليه على أنه مشكلة متعددة الجوانب؛ فهي مشكلة طبية ووراثية ونفسية وتربوية واجتماعية وقانونية ، وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض بما يجعل منها مشكلة مميزة في تكوينها إلى جانب حاجة الطفل المتخلف عقلياً إلى الرعاية والمتابعة والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به والمجتمع ممثلاً في بعض مؤسساته المختلفة ، إضافة إلى ما

يتركه التخلف العقلي من آثار نفسية عميقة لدى أسرة الطفل المتخلف عقلياً وكل من له علاقة بهذا الطفل .

ومن الجدير بالذكر أن هذا النمط من أنماط الإعاقات العقلية يعد هو أكثر تلك الأنماط شيوعاً وانتشاراً على مستوى العالم بأسره، وهو الأمر الذي توضحه تلك الإحصاءات الصادرة عن الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية في يناير ٢٠٠٣ National Alliance for Autism Research وNAAR والتي تؤكد على أن أنماط الإعاقة العقلية يمكن أن تترتب بحسب نسب انتشارها بشكل يأتي خلاله التخلف العقلي في البداية، يليه اضطراب التوحد، ثم متلازمة أعراض داون . ومن ناحية أخرى فإن التخلف العقلي يعتبر هو الأكثر شيوعاً بين عامة الناس لدرجة أن أى حالة من حالات الإعاقة العقلية يمكن أن يشار إليها على أنها تخلف عقلي، إلا أنه إذا كان ذلك هو ما يحدث عادة بين عامة الناس فإنه لا يجب أن يحدث بين المثقفين منهم، بل ينبغي أن يكون هناك تحديد لنمط الإعاقة وذلك بشكل دقيق .

مفهوم التخلف العقلي :

يعتبر مفهوم التخلف العقلي مفهوماً متعدد الجوانب حيث يمكننا أن ننظر إليه من زوايا عدة يهتم كل منها بمنظور معين بحيث يتباين ذلك بين المنظور الطبي، والمنظور الاجتماعي، والمنظور السيكومتري، والمنظور التربوي . ويمكن أن نتناول هذا المفهوم بجوانبه المتعددة على النحو التالي :

(١) التخلف العقلي من المنظور الطبي :

يعرف التخلف العقلي mental retardation من المنظور الطبي بأنه ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ، ويؤدي بالتالي إلى نقص في المستوى العام للنمو، وعدم اكتماله في بعض جوانبه، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي والفهم والاستيعاب ،

كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة . ومن ثم فإنه يتم النظر إليه في إطار هذا المنظور في ضوء تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها .

وحديثاً بالذكر أن هناك العديد من الأسباب التي يمكن لها أن تؤدي إلى التخلف العقلي، والتي يمكن لنا أن نصنفها إلى فئتين رئيسيتين تتعلق الأولى بالعوامل الوراثية في حين تتعلق الثانية بالعوامل البيئية . ويمكننا أن نقوم إجمالاً من جانب آخر بتصنيف تلك الأسباب إلى ثلاثة عوامل أساسية تعرف بالعوامل التي تؤثر خلال مرحلة ما قبل الولادة، والعوامل التي تؤثر أثناء الولادة، والعوامل التي تؤثر خلال مرحلة ما بعد الولادة وهو ما سوف نتناوله بالتفصيل فيما بعد . كما أن هذا القصور في الأداء الوظيفي العقلي من جانب الطفل يعني أن العمليات العقلية المختلفة تشهد قصوراً واضحاً ينعكس على مجموع الأداءات العقلية للطفل بشكل يجعله في وضع أدنى من أقرانه بكثير . ومن ناحية أخرى يذهب الشناوى (١٩٩٧) إلى أن الجمعية الملكية الطبية النفسية في إنجلترا قد أشارت منذ سبعينيات القرن الماضي إلى التخلف العقلي على أنه حالة من توقف النمو العقلي للطفل أو عدم اكتماله تظهر في صور مختلفة، وتعد الصورة المعتادة له هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بتلك الوظائف المتعددة للذكاء والتي يمكن أن تقاس بالطرق السيكومترية المعتادة تحت مسميات متعددة كالعمر العقلي، ونسبة الذكاء . كما أنها قد تتمثل في حالات أخرى في عدم القدرة على ضبط الانفعالات، أو الوصول إلى تلك المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعي العادي . أي أن هذا التعريف يركز بذلك على عدم اكتمال النمو العقلي للطفل، وعدم قدرته على الوصول إلى السلوك الاجتماعي العادي .

ومن ناحية أخرى فإن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي *American Association on Mental Retardation AAMR* قد اقترحت في ديسمبر ١٩٩٠ تعريفاً للتخلف العقلي يعد أكثر تفصيلاً من تلك التعريفات التي ظهرت قبله . ويذهب عمر خلسيل (١٩٩١) إلى أن هذا التعريف يتضمن جوانب إيجابية، كما يركز على القصور

في سلوك الطفل التكيفي، ويضع ذلك لأول مرة كمحك قبل نسبة الذكاء. وينص التعريف على أن التخلف العقلي يشير إلى " أوجه قصور أساسية في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية يكون مصحوباً بقصور في المهارات التكيفية وذلك في واحد أو أكثر من المجالات التالية :

- ١- التواصل.
- ٢- العناية بالنفس.
- ٣- المهارات الاجتماعية.
- ٤- الأداء الأكاديمي.
- ٥- المهارات العملية.
- ٦- قضاء وقت الفراغ.
- ٧- الإفادة من مصادر المجتمع.
- ٨- التوجيه الذاتي.
- ٩- العمل.
- ١٠- السلوك الاستقلالي.

وغالباً ما تكون بعض أوجه القصور التكيفية مصحوبة بمهارات تكيفية أخرى قوية، أو مجالات أخرى للكفاءة الشخصية، أى أن ذلك يعنى وجود بعض المهارات التكيفية القوية إلى جانب مهارات تكيفية أخرى ضعيفة أو بها قصور، وهذا أمر طبيعي بطبيعة الحال، وإلى جانب ذلك يتعين أن تكون أوجه القصور في المهارات التكيفية لدى الطفل محددة في سياق بيئة اجتماعية معينة كتلك التي يعيش فيها أقران الفرد ممن هم في مثل سنه بحيث تكون مؤشراً لحاجته إلى المساعدة. وإلى جانب ذلك فإن التخلف العقلي يحدث خلال سنوات النمو والتي تستمر حتى الثامنة عشرة من العمر، وبذلك يصبح هناك ثلاثة شروط للتخلف العقلي تتمثل في الشروط التالية :

١- قصور في الأداء الوظيفي العقلي .

٢- قصور في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات .

٣- حدوث تلك الحالة قبل الثامنة عشرة من العمر .

ومن جانب آخر فإن منظمة الصحة العالمية (WHO) (1992) World Health Organization قد عرفت التخلف العقلي في التصنيف الدولي العاشر للأمراض International Classification of Diseases ICD- 10 على أنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تتميز باختلال في المهارات، ويظهر ذلك أثناء دورة النمو، كما يؤثر على المستوى العام لذكاء الطفل، أي قدراته المعرفية، واللغوية، والحركية، والاجتماعية . وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر، ولكن الأفراد المتخلفين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المتخلفين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين مجموع السكان، كما يكون سلوك الطفل التكيفي مختلفاً . ومن هنا فإن الشروط الثلاثة اللازمة للتخلف العقلي واضحة تماماً، ويتضمنها التعريف بشكل صريح .

كذلك فقد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association APA في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM- IV) (1994) وجود ثلاثة محكات رئيسية للتخلف العقلي كالتالي :

١- أداء عقلي عام دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالى ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .

٢- قصور في السلوك التكيفي للطفل أى فيما يتعلق بكفاءته في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في نفس عمره الزمني وفي جماعته الثقافية وذلك في اثنين على الأقل من المجالات التالية؛ التواصل، الاستفادة من إمكانيات المجتمع وموارده؛

والتوجيه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، والعمل، والفراغ، والصحة، والسلامة .

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

وبذلك نلاحظ أن التعريفات الطبية جميعها تركز على ضرورة وجود ثلاثة شروط تعد بمثابة محكات ضرورية لتشخيص الطفل على أنه متخلف عقلياً، وتمثل تلك الشروط في وجود قصور في أدائه الوظيفى العقلي، وفي سلوكه التكيفى وما يرتبط به من مهارات، وأن يحدث ذلك خلال فترة النمو . وإضافة إلى ذلك فهى تركز أيضاً على تلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى إلى حدوث التخلف العقلي . ومن هذا المنطلق يتضح أن هذه الحالة تؤدى إلى تدنى مستوى القدرة العقلية العامة للطفل، كما تحول دون قدرته على القيام بمهارات الحياة اليومية بصورة تماثل أقرانه في مثل عمره الزمني وفي جماعته الثقافية .

(٢) التخلف العقلي من المنظور الاجتماعى :

أما من المنظور الاجتماعى فيتم تعريفه في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المتخلف عقلياً حيث يعد غير كفء اجتماعياً ومهنياً ودون نظيره السوى في القدرة العقلية والاجتماعية، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة منذ الميلاد أو في سن مبكرة من النمو وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد . وهى حالة غير قابلة للشفاء التام، وتتسم بقصور واضح في الأداء السلوكى الوظيفي . ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التى تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية .

وإذا كان السلوك التكيفى يعرف بأنه درجة الفاعلية التى يحقق بها الفرد غايته الذاتية، ويستجيب بها لمسئوليته الاجتماعية المتوقعة منه وفقاً لعمره الزمني، ونوع وطبيعة الجماعة التى ينتمى إليها فإنه يتم بناء على ذلك كما يشير عبدالعزيز الشخص

(١٩٩٧) تصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً بعد تطبيق مقياس للنضج الاجتماعي، والسلوك التكيفي عليهم وذلك إلى أربع فئات على أساس درجة كل فئة في مقياس السلوك التكيفي كالتالي :

١- فئة التخلف العقلي البسيط؛ وتنحصر نسب التكيف لأفرادها بين ٧١ - ٨٤.

٢- فئة التخلف العقلي المتوسط؛ وتنحصر نسب التكيف لأفرادها بين ٥٨ - ٧٠.

٣- فئة التخلف العقلي الشديد؛ وتنحصر نسب التكيف لأفرادها بين ٤٥ - ٥٧.

٤- فئة التخلف العقلي الحاد أو الشديد جداً؛ وتكون نسب التكيف لأفرادها ٤٤ فأقل .

(٣) التخلف العقلي من المنظور السيكومتري :

يقوم المنظور السيكومتري في تحديده لمفهوم التخلف العقلي على استخدام نسبة الذكاء التي يصل إليها الطفل ويحققها وذلك بعد تطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال عليه بحيث تقل نسبة ذكائه عن ٧٠ ، أى تقل عن المتوسط بمقدار إنحرافين معياريين على الأقل . ومن أكثر المقاييس التي يتم استخدامها شيوعاً مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال، ومقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet ويكون متوسط الدرجات لكليهما ١٠٠ في حين يكون الانحراف المعياري على الأول ١٥ وعلى الثاني ١٦ فيكون الانحرافان المعياريان ٣٠ تقريباً، وبعد طرحها من مائة يصبح الناتج ٧٠ ووفقاً لما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA فإن هناك أربع فئات للتخلف العقلي بناء على نسبة الذكاء التي يحصل الطفل عليها وذلك كالتالي :

- ١- التخلف العقلي البسيط؛ mild ويضم ٨٥% تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال فيه بين ٥٠-٥٥ إلى أقل من ٧٠ .
- ٢- التخلف العقلي المتوسط؛ moderate ويضم حوالي ١٠% تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٣٥-٤٠ إلى ٥٠-٥٥ .
- ٣- التخلف العقلي الشديد؛ severe ويضم حوالي ٣-٤% تقريباً من إجمالي عدد الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٢٠-٢٥ إلى ٣٥-٤٠ .
- ٤- التخلف العقلي الحاد أو الشديد جداً؛ profound ويضم حوالي ١-٢% تقريباً من إجمالي الأطفال المتخلفين عقلياً، وتكون نسبة الذكاء فيه ٢٠-٢٥ فأقل .

(٤) التخلف العقلي من المنظور التربوي :

يقوم المنظور التربوي على قدرة هذا الطفل على التعلم والتي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد حيث يعتبر الطفل المتخلف عقلياً غير قادر على التعلم أو التحصيل الدراسي ، كما ينخفض أداؤه السلوكي بشكل واضح في العمليات العقلية نتيجة لانخفاض نسبة ذكائه ، ويصاحب ذلك قصور في سلوكه التكيفي. ويضم التخلف العقلي من هذا المنظور ثلاث فئات يمكن أن تعرض لها كما يلي :

- ١- القابلون للتعلم : educable وتكون لدى الفرد بعض القدرات الأكاديمية التي تساعد على التحصيل حتى مستوى الصف الخامس فقط .
- ٢- القابلون للتدريب : trainable وتكون لدى الطفل قدرات أكاديمية أقل تؤهله حتى مستوى الصف الأول فقط، ويمكن تدريب الطفل على القيام ببعض المهن البسيطة .

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

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

ويشير سعيد العزة (٢٠٠١) أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR قد أوضحت في تعريفها للتخلف العقلي أن ذكاء الفرد المتخلف عقلياً يكون أقل من المتوسط ولا يضارع أبناء عمره في أدائه العقلي، كما أنه يقل عن أقرانه أيضاً في معدل نمو المهارات الأساسية التي ترتبط بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة، ومن هذه المهارات الحبو، والمشي، والكلام، والتحكم في الإخراج، ومشاركة الآخرين في نفس العمر ألعابهم ومهامهم المختلفة بمستوى مقبول، كما تكون قدرته على الاستقلالية، والمحافظة على ذاته في بيئته، وقدرته على التكيف، وإقامة علاقات اجتماعية محدودة بدرجة كبيرة مما يشير إلى وجود قصور في أدائه التكيفي يحدث خلال مرحلة النمو أى بداية من الميلاد وحتى الثامنة عشرة من عمره . ومن هذا المنطلق أشار جروسمان Grossman منذ سبعينيات القرن الماضي إلى أن الإعاقة العقلية تدل على انخفاض مستوى الأداء الوظيفي العقلي العام للطفل عن المتوسط انخفاضاً دالاً يكون مرتبطاً بخلل في سلوكه التكيفي ، وتظهر آثاره خلال مرحلة النمو . وينعكس النقص أو القصور في السلوك التكيفي في المجالات التالية :

- أ - تطور المهارات الحس حركية .
- ب - تطور مهارات اللغة والتواصل .
- ج - تطور مهارات العناية بالذات .
- د - تطور مهارات التفاعل مع الآخرين .

ومن الجدير بالذكر أن هذا الخلل في المجالات سألقة الذكر يكون سائداً خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، أما خلال ما تبقى من مرحلة الطفولة إضافة إلى مرحلة المراهقة فنلاحظ أن الخلل يكون سائداً في مجالات أخرى تتمثل في تطبيق ما تعلمه الفرد على مختلف الأنشطة الحياتية ، والاستفادة من العقل والمنطق في السيطرة على البيئة ، والأنشطة والمهارات الاجتماعية والعلاقات بين الشخصية ، إلى جانب الإنجازات الاجتماعية والمهنية .

ويعتبر وجود انحراف عن مظاهر النمو العادية من المؤشرات الدالة على احتمال وجود انخفاض في القدرة العقلية العامة للطفل . ولا يخفى علينا أن هناك خصائص معينة للتخلف العقلي يمكن اكتشاف بعضها منذ ميلاد الطفل، أما بعضها الآخر فيتم التعرف عليه مع نمو الطفل خلال مرحلة الطفولة، وعند التحاقه بالمدرسة وذلك نظراً لأنها تعد بمثابة خصائص لا تخطئها العين مثل استسقاء الدماغ، أو كبر الدماغ، أو صغر الدماغ تعد جميعها بمثابة أدلة واضحة على التخلف العقلي . ومع ذلك فهناك حالات أخرى عديدة لا يتم التعرف عليها إلا من خلال العديد من الفحوص الطبية والأشعة ورسم المخ والأشعة المقطعية وتحليل الدم والبول وما إلى ذلك .

خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً

تشير أسماء العطية (١٩٩٥) إلى أن التخلف العقلي يترك آثاراً سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات ونسب متفاوتة ، فهي تنعكس على أدائه في القدرات العقلية والمعرفية ، وتنعكس كذلك على قدرته على

التكيف الاجتماعي ، وعلى اتزانه الانفعال ، وعلى سمات شخصيته ككل . ومن هذا المنطلق نرى أنه بشكل عام هناك العديد من الخصائص التي يتسم بها الأطفال المتخلفون عقلياً والتي تعد من الأدلة التي يمكن الرجوع إليها عند التعرف على الحالة وتشخيصها . ويأتي في مقدمة تلك السمات قدرة الطفل المحدودة على القيام بما يلي :

- أ - تكوين المفاهيم المجردة .
- ب - أداء العمليات العقلية العليا .
- ج - التركيز .
- د - اتخاذ الحيلة والحذر .
- هـ - استبصار العلاقة بين الأهداف والوسائل التي يمكن تحقيقها بمقتضاها .
- و - العناية بالنفس .
- ز - تكوين صداقات وعلاقات بين شخصية .
- ح - العيش مستقلاً عن الآخرين .
- ط - ممارسة أى عمل نافع .
- ى - الاستفادة من برامج التدريب التي يتم تقديمها لهم .
- ك - الالتزام بالقيم والعادات والتقاليد التي يأتي بها الأطفال في نفس العمر الزمنى والجماعة الثقافية .

وإذا ما تناولنا ذلك بشيء من التفصيل فسوف نجد أن الأطفال المتخلفين عقلياً يتسمون فيما يتعلق بنموهم الجسمي بتأخر معدل النمو عادة ، وصغر حجم أجسامهم، وقلّة أوزانهم وأطوالهم عن العادي، وصغر حجم الدماغ أو كبره مع ظهور تشوهات أحياناً في شكل الجمجمة والعين والفم والأطراف . وبالنسبة لنموهم

الحركى فهو يتأخر أيضاً ، كما يتسمون بعدم الاتزان الحركى والتأخر فى استخدام المهارات الحركية للعضلات الصغيرة أو الدقيقة . ومن الناحية النظرية نلاحظ أنهم يتسمون بضعف قدرتهم على التكيف ، ونقص الميول والاهتمامات ، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية إلى جانب ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ، والانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وإن كانوا يميلون إلى مشاركة الأطفال الأصغر منهم سناً فى الممارسات الاجتماعية المختلفة . كذلك فهم اندفاعيون ، ويتشبت تفكيرهم بسرعة ، ومدى انتباههم قصير . كما أنهم أيضاً يتسمون بضعف مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يدفعهم إلى السلوك العدوانى سواء كان عدواناً على الغير أو إيذاء للذات والذى يحدده ديبس (١٩٩٨) فى أربعة أبعاد على النحو التالى :

أ - السلوك العدوانى الصريح: ويتمثل فى جذب ملابس زملاء ، والعص ، وجذب الشعر ، والتخريب ، والبصق ، والضرب ، وتخطيم الأشياء .

ب - السلوك العدوانى العام (اللفظى وغير اللفظى) : ويتمثل فى الشتم ، ومضايقه زملاء ، والتحرش بهم ، واستخدام الألفاظ النابية والبذيئة .

ج - السلوك الفوضوي: ويتمثل فى الدخول للفصل والخروج منه دون استئذان ، والقيام بالشوشرة ، ورمى الأوراق على الأرض دون وضعها فى سلة المهملات .

د - عدم القدرة على ضبط الذات والتحكم فى الانفعالات: ويتمثل فى الانتقام ، وعدم القدرة على التحكم فى السلوك عند الاستثارة ، ورمى أى شيء أمامه عند الغضب .

وفيما يتعلق بنموهم العقلى فإنهم يتسمون بتأخر واضح فى مستوى نموهم هذا ، وتدنى نسبة ذكائهم عن ٧٠ وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال ، وتأخر نموهم اللغوى مع قدرتهم أحياناً على استخدام ما لديهم من حصيلة لغوية فى

سياقات اجتماعية مختلفة . كذلك فإنهم يتسمون بوجود قصور في العمليات العقلية الأخرى كالذاكرة، والانتباه، والإدراك، والتخيل، والتفكير، والقدرة على الفهم والتركيز والمحاكاة مما يؤدي إلى حدوث قصور في التحصيل الدراسي، ونقص في المعلومات، والخبرة، وقصور في انتقال أثر التدريب . أما من الناحية الانفعالية فيتسم هؤلاء الأطفال بعدم الاتزان الانفعالي ، وعدم الاستقرار أو الهدوء ، وسرعة التأثر ، وببطء الانفعال ، وقصور في ردود أفعالهم الانفعالية حيث تعد أقرب إلى المستوى البدائى إضافة إلى أنهم يعدون أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط . بينما نجدهم من الناحية الاجتماعية غير قادرين على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، ويؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، كما أنهم يميلون دائماً إلى مشاركة الأطفال الأصغر منهم سناً في مختلف الممارسات الاجتماعية التي تتضمنها المواقف الاجتماعية المختلفة . ومن ناحية أخرى فإن قصور المهارات التي تتعلق بسلوكهم التكيفى تجعلهم غير قادرين على التكيف مع المواقف المختلفة، أو البيئة المحيطة، أو التوافق مع البيئة الاجتماعية التي يشبون فيها . كما أن ميولهم واهتماماتهم عادة ما تكون محدودة، ويبدون لامبالاة اجتماعية، وعدم اهتمام بالآخرين، وبشكل عام فإننا نجدهم غير قادرين على تحمل أى مسؤولية يمكن إسنادها إليهم .

هذا ويمكن أن نتناول مثل هذه الخصائص بشيء من التفصيل وذلك على النحو الذى نقوم من خلاله بالتعرض لكل جانب من جوانب النمو أو جوانب الشخصية كما يلي :

(١) الخصائص الجسمية والحركية :

من الجدير بالذكر أنه لا توجد خصائص جسمية معينة تميز حالات التخلف العقلى البسيط عن أقرانهم العاديين حيث نلاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً يشبهون أقرانهم العاديين- إلى حد ما- فى الوزن، والطول، والحركة، والصحة العامة، والبلوغ الجنسي، وغيرها . وعلى هذا الأساس فإننا عادة لا نعتمد على الخصائص الجسمية فى تشخيصنا للتخلف العقلى وذلك للعديد من الأسباب يأتى فى مقدمتها ما يلي :

- أ - أن الفروق بين معظم حالات التخلف العقلي وأقرانهم العاديين قليلة .
- ب- أن مثل هذه الفروق لا تميز بين المتخلف وغير المتخلف بشكل قاطع .
- ج- أن حالات التخلف العقلي تنمو جسمياً في الطفولة مثل العاديين تقريباً .
- د - أن علامات البلوغ تظهر عليهم خلال مرحلة المراهقة كأقرانهم العاديين .
- هـ- عادة ما يكتمل نمو العضلات، والعظام، والطول، والوزن، والجنس من جانبهم في حوالي سن الثامنة عشر كأقرانهم العاديين .
- و - أنهم يصلون إلى النضج الجسمي في نفس الوقت الذي يحدث فيه نفس الشيء تقريباً لدى أقرانهم العاديين .
- ز- على الرغم من ذلك فإن حالات التخلف العقلي المتوسط، والشديد، والحاد عادة ما يتأخر لديها النمو الجسمي والحركي، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما يصل إليه العاديون .

ويذهب الخطيب (١٩٩٢) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون فيما يتعلق بالمهارات الحركية من مشكلات حركية مختلفة قياساً بأقرانهم العاديين حيث أنهم يعانون من قصور واضح في مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة . وإلى جانب ذلك فإننا نرى أنه كلما زادت درجة تخلفهم العقلي زادت بالتالي معاناتهم الحركية بشكل دال حيث نجدهم آنذاك يتسمون بعدد غير قليل من السمات تأتي السمات التالية في مقدمتها :

- ١- المعاناة من صعوبات حركية كثيرة .
- ٢- قصور واضح في الوظائف الحركية المختلفة، ومنها ما يلي:
 - أ - التوافق العضلي العصبي .
 - ب- التأزر البصري الحركي .
 - ج- التحكم والتوجيه الحركي .

- ٣- صعوبة استخدام العضلات الدقيقة من جانبهم .
- ٤- يغلب عليهم البطء والتثاقل وعدم الانتظام في الخطوات أثناء المشي .
- ٥- يصعب عليهم السير في خط مستقيم .
- ٦- عادة ما يصيبهم التعب والإجهاد والإعياء بسرعة ولأقل مجهود .
- ٧- يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة قياساً بأقرانهم العاديين .
- ٨- يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالإعاقات الحسية المختلفة .

(٢) الخصائص العقلية المعرفية :

هناك العديد من الخصائص التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً عن غيرهم من الأطفال وفي مقدمتهم أقرانهم العاديين، وهو الأمر الذي يمكن أن نعرض له كما يلي :

أ- بطء معدل نموهم العقلي :

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

ب- قصور الانتباه والإدراك :

يعانى الأطفال المتخلفون عقلياً من عدم قدرتهم على الانتباه للمثيرات المختلفة، وعدم قدرتهم على التركيز فيها لفترة طويلة حيث يتشتت انتباههم بسهولة نتيجة لقابليتهم العالية للتشتت وذلك لأى مثير حتى وإن كان مثيراً دخيلاً، كما أنهم يتسمون بقصر مدى انتباههم . وتزداد تلك السمات تدنياً مع زيادة درجة التخلف العقلي . وإلى جانب ذلك فإنهم يتسمون بضعف مآثرتهم في المواقف التعليمية المختلفة، ولا يكون بإمكانهم تحديد تلك الأبعاد المرتبطة بالمهمة المستهدفة، أو تحديد المتغيرات التى ترتبط بها . كذلك فإنهم يتسمون بقصور الإدراك من جانبهم سواء الإدراك السمعي، أو البصري، أو إدراك الخصائص المختلفة المميزة للأشياء كالأشكال، والألوان، والأحجام، والأوزان إلى جانب عدم قدرتهم على إدراك وفهم المواقف المختلفة التى يتعرضون لها، وما يمكن أن تضمه مثل هذه المواقف وتتضمنه من مشكلات متعددة .

ج- قصور الذاكرة :

يعانى هؤلاء الأطفال من صعوبة واضحة وقصور كمى وكيفى فى عملية تجهيز المعلومات، ويقومون بحفظ المعلومات والخبرات المختلفة فى الذاكرة الحسية بعد جهد كبير فيتعلمون ببطء، وينسون ما يكونوا قد تعلموه بسرعة، ويعمل مثل هذا المستوى من الذاكرة على حفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط، ولا يقوم بنقلها إلى المستويات الأخرى التى تؤكد على حفظها لفترات طويلة . ومن ثم فإنهم يعانون من قصور كبير فى ذاكرتهم قصيرة المدى ترجع فى الغالب إلى عيوب فى أساليب التعلم والتكرار من جانبهم، ومع ذلك فإن التدخلات المختلفة من جانبنا يمكن بلا شك أن تؤدى إلى حدوث بعض التحسن فى تلك الذاكرة وذلك بالرغم من أن ذلك التحسن يكون محدوداً . وحتى يمكننا أن نتغلب على جانب من هذا القصور ينبغي أن نلجأ إلى التكرار الدائم والكثير لما نقوم بتقديمه لهم . وإلى جانب ذلك هناك قصور أيضاً فى

ذاكرتهم طويلة المدى، ولكنه يكون أقل بكثير من ذلك القصور في ذاكرتهم قصيرة المدى.

د- قصور التفكير :

إذا كان التفكير يعنى ببساطة إعادة تنظيم وهيكله تلك المعلومات والخبرات التي يكون قد سبق للفرد المرور بها وتعلمها، ثم التوصل من خلال ذلك إلى حلول مناسبة للمشكلة التي تواجهه في هذا الموقف أو ذلك، وأن أهم ما يميزه هو تطوره مع زيادة عمر الفرد فإن تفكير الطفل المتخلف عقلياً لا ينمو بمعدلات مماثلة بل بمعدلات منخفضة مما يجعله لا يتجاوز المرحلة المادية المحسوسة أو العيانية concrete كما يسميها بياجيه Piaget وهو ما يعنى أن الفرد المتخلف عقلياً يعاني بذلك من قصور في التفكير حيث لا يكون تفكيره على مستوى المواقف أو الأحداث التي يمر بها ويواجهها، كما يكون بسيطاً وسطحياً، وينعكس في قدرته العقلية العامة التي تتسم بالقصور. وقد يرجع قصور التفكير لدى هؤلاء الأفراد إلى العديد من الأسباب من أهمها ما يلي :

١- قصور الذاكرة.

٢- ضعف القدرة على اكتساب المفاهيم المختلفة.

٣- قصور تكوين الصور الذهنية المتباينة.

٤- ضعف المحصول اللغوي وضآلته.

٥- قصور في تجهيز المعلومات.

هـ- قصور التعميم وانتقال أثر التعليم أو التدريب :

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

١- قصور من جانبه في اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف المختلفة.

٢- عدم قدرته على إدراك أوجه الشبه والاختلاف تلك .

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

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

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

وينبغي في سبيل مساعدة هذا الطفل على أن يتغلب ولو جزئياً على هذه المشكلة أن نقوم بعدد من الإجراءات ذات الأهمية في هذا الصدد من أهمها ما يلي:

١- الاعتماد على الأنشطة المختلفة .

٢- الاهتمام بتقديم مهام متعددة للطفل .

٣- تنويع المهام والأنشطة التي يتم تقديمها له .

٤- تعدد الأماكن التي نقوم بتعليمه فيها .

٥- الاهتمام بالتكرار المستمر للمهمة والنشاط والخبرة ككل .

و- قصور المهارات الأكاديمية الوظيفية :

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

١- ضعف القدرة على التعلم بصفة عامة .

٢- قصور في بعض القدرات النوعية .

٣- قصور في جوانب النمو العقلي .

٤- ضعف القدرة على القيام بالعمليات العقلية المعرفية المختلفة من انتباه، وإدراك، وتذكر، وما إلى ذلك.

وعلى الرغم من ذلك يمكن باتباع أساليب تدريس معينة، والتدريب على الأنشطة المختلفة، واللجوء إلى الاستراتيجيات التعويضية أن نسهم في تحسين مهاراتهم الأكاديمية.

(٣) الخصائص اللغوية :

تعتبر المشكلات اللغوية من أهم المشكلات التي ترتبط بالتخلف العقلي وتنتج عنه، كما أنها تزداد في الدرجة مع زيادة مستوى التخلف العقلي، وعلى ذلك فإن المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة كما يذهب القريطى (٢٠٠١) يصلون إلى مستوى معقول من الأداء اللغوى وذلك على الرغم من أنهم يتأخرون في النطق، بينما يعانى ذوو التخلف العقلى المتوسط من مشكلات وصعوبات لغوية مختلفة من أهمها ما يلي :

أ - البطء الملحوظ في النمو اللغوي.

ب- التأخر في النطق.

ج- التأخر في اكتساب قواعد اللغة.

د - ضآلة المفردات اللغوية وبساطتها.

هـ- بساطة التراكيب اللغوية وسطحيتها.

و- تدنى مستوى الأداء اللغوي.

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

أ - أن يسير الصوت على وتيرة واحدة.

ب- أن يتسم بالنمطية .

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

وإلى جانب ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام ترتبط كماً وكيفاً بدرجة التخلف العقلي حيث تقل في حالة التخلف العقلي البسيط، وتزداد مع زيادة مستوى التخلف من المتوسط إلى الشديد، ثم تضطرب تماماً في حالة التخلف العقلي الشديد جداً أى الحاد .

(٤) الخصائص الانفعالية :

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

أ- عدم الثبات الانفعالي : emotional instability

من الجدير بالذكر أنه يمكن تصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً في هذا الإطار إلى فئتين كما يرى كمال مرسى (١٩٩٩) تتمثل أولاهما في تلك الفئة التي تعتبر مستقرة انفعالياً إلى حد ما، والتي تبدو متعاونة ومطبعة، ولا تؤذى أحداً، أما الفئة الثانية فهي تلك الفئة غير المستقرة انفعالياً التي تتسم بكثرة الحركة، وعدم الاستقرار في نشاط معين، والثورة والغضب لأسباب بسيطة، كما أنها تكون متقلبة المزاج حيث تكون هادئة أحياناً، بينما تكون شرسة في أحيان أخرى، ويمكن أن تؤذى نفسها أو غيرها . كما أن هناك العديد من السمات التي يتسم بها أولئك الأطفال المتخلفون عقلياً والتي تعكس عدم ثباتهم الانفعالي ، ويشير القريطى (٢٠٠١) إلى أن هناك العديد من هذه السمات المميزة لهم والتي تعد السمات التالية في مقدمتها :

١- عادة ما تكون انفعالات أولئك الأطفال غير ثابتة .

٢- تعد انفعالاتهم مضطربة .

٣- تتغير انفعالاتهم تلك من وقت إلى آخر .

٤- يميلون إلى التبلد الانفعالي .

٥- يبدون اللامبالاة فيظهرون غير مباليين بما حولهم ومن حولهم .

٦- عدم الاكتراث بما يدور حولهم .

٧- يتسمون بالاندفاعية .

٨- عدم التحكم في الانفعالات .

ب- اضطراب مفهوم الذات : self- concept disorder

من الأمور التي شهدت جدلاً سابقاً والتي باتت شبه مؤكدة أن إدراك الأطفال المتخلفين عقلياً لذواتهم يكون سالباً إذ يكون مفهومهم لذواتهم سيئاً نتيجة لعدد من الأسباب يوردها كمال مرسى (١٩٩٩) فيما يلي :

١- تعرضهم الكبير لخبرات الفشل والإحباط سواء في المنزل أو المدرسة أو في المجتمع بصفة عامة .

٢- الشعور بعدم الكفاءة .

٣- الشعور بالدونية .

٤- عدم الرضا عن الذات .

٥- الاعتماد على الآخرين .

٦- الاستعداد للقلق (نتيجة لشعورهم بالدونية) .

٧- السلوك العدواني .

٨- سوء التوافق .

٩- عدم الواقعية خاصة في مفهومهم لذواتهم .

١٠- عدم ثبات تقديرهم لذواتهم .

ج- الانسحاب الاجتماعي : social withdrawal

يشعر الطفل المتخلف عقلياً بالخوف من الجماعة، ولا يشعر بالأمن بينها، وبالتالي فإنه يميل إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية التي تربطه بأعضائها، ويميل إلى العزلة، ويشعر بالدونية قياساً بأقرانه العاديين، ويتوقع الفشل، وتضعف ثقته بنفسه، ويخبر الإحباط، ويتقلب مزاجه، ويعانى من الاضطرابات الانفعالية، وكلها أمور تدفعه إلى التحرك بعيداً عن الجماعة لو استعرنا ذلك المصطلح الذى قدمته كارين هورني Horney ويقوم بدلاً من ذلك بالإقبال على أو التحرك نحو الأطفال الأصغر منه سناً، ويتخذ منهم أصدقاء، ويلعب معهم وذلك بدلاً من هم في مثل سنه .

د- العدوان : aggression

ينتشر السلوك العدوانى بين هؤلاء الأفراد بدرجة كبيرة قياساً بأقرانهم العاديين، ويزداد بزيادة درجة أو مستوى التخلف العقلي، ويرجع إلى عدم شعورهم بالأمن أو الاستقرار، وتعرضهم لخبرات مؤلمة ومحبطة في تفاعلهم مع الآخرين من حولهم. ومن أبرز أشكال العدوان التي يلجأ إليها ما يلي :

- ١- عدم الطاعة .
- ٢- المحوم البدني .
- ٣- العدوان اللفظي .
- ٤- تدمير الممتلكات .
- ٥- إعاقة الآخرين .
- ٦- إيذاء الذات .

وقد أشرنا إلى ذلك من قبل وذلك بشيء من التفصيل .

(٥) الخصائص الاجتماعية :

لا يمكن النظر إلى الخصائص الاجتماعية لأولئك الأطفال بمعزل عن خصائصهم الجسمية، والعقلية، والمعرفية، واللغوية، والانفعالية حيث إن هناك علاقة وثيقة بين الخصائص الاجتماعية وبين تلك الخصائص فرادى وجماعات، ومن ثم فإن القدرة المنخفضة لهؤلاء الأفراد على التكيف الاجتماعى إنما تعد نتاجاً لتلك الخصائص. ومما لا شك فيه أن العديد من الأبعاد المرتبطة بالتخلف العقلى تمثل فى أساسها مشكلة اجتماعية حيث تؤدى القدرة العقلية المحدودة للطفل المتخلف عقلياً به إلى قصور فى قدرته على التكيف الاجتماعى، وتجعله أقل قدرة على التصرف فى المواقف الاجتماعية، كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المتخلفين عقلياً ما يلى :

- ١- قصور فى الكفاءة الاجتماعية.
- ٢- عجز عن التكيف مع تلك البيئة التى يعيشون فيها.
- ٣- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.
- ٤- قصور فى القدرة على التواصل.
- ٥- تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظى أو غير اللفظى.
- ٦- عدم القدرة على المبادرة بالحديث مع الآخرين.
- ٧- قصور فى المهارات الاجتماعية.
- ٨- صعوبة تكوين علاقات وصدقات مع الآخرين.
- ٩- صعوبة فى القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم.
- ١٠- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم فى مثل عمرهم.
- ١١- الميل إلى مشاركة من يصغرونهم سنناً فى أى ممارسات اجتماعية.

- ١٢- صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب .
 ١٣- عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .
 ١٤- قصور في مهارات العناية بالثبات .
 ١٥- قصور في المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية .

تشخيص وتقييم التخلف العقلي :

تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (١٩٩٤) **American Association on Mental Retardation AAMR** التخلف العقلي بأنه حالة عامة من الأداء الوظيفي العقلي دون المتوسط ، وأن هذا النقص في الأداء هو نقص دال إحصائياً حيث تبلغ نسبة ذكاء الطفل ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال ، ويتزامن هذا النقص مع بعض أوجه القصور الدالة في السلوك التكيفي من جانب الطفل . ويعتبر السلوك التكيفي **adaptive behavior** بمثابة كفاءة الفرد في التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته . وقد يكون القصور في السلوك التكيفي في عدة نواحي مثل؛ النضج، والقدرة على التعلم، والتكيف الاجتماعي . وبالتالي فإنه ينعكس على مهارات العناية بالذات حيث تدل عليه (كالقدرة على أن يرتدى الطفل ملابسه بنفسه بشكل مناسب ، وأن يعمل بمهنة بسيطة على سبيل المثال) وهو ما يجعلها ضرورية للطفل، بل إنه يعد في حاجة ماسة إليها كي يتمكن من أن يحيا بشكل مستقل . وعلى هذا الأساس فإن الطفل يجب أن يتوفر فيه أو ينطبق عليه عدد من الشروط كي نعتبره متخلفاً عقلياً، ويمكن إجمال تلك الشروط فيما يلي :

- ١ - أن يكون أداءه الوظيفي العقلي دون المتوسط وذلك بشكل دال .
- ٢ - أن يكون في الوقت ذاته غير قادر على أن يعنى بنفسه أو يحيا بشك مستقل بمعنى أن يعاني من قصور في سلوكه التكيفي .
- ٣ - أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد . بمعنى أن يحدث ذلك قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره ، أما إذا انحدر مستوى الأداء الوظيفي العقلي

للفرد إلى المستوى دون المتوسط لأول مرة في حياته وذلك في وقت ما بعد أن يكون قد تجاوز الثامنة عشرة ولم يستطع أن يتكيف بشكل مستقل أو يعتنى بذاته فإن الأمر هنا لا يمكن بأى حال من الأحوال أن نعتبره تخلفاً عقلياً لأنه بذلك يكون قد تجاوز أحد الشروط الضرورية للتخلف العقلي وهو حدوثه قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره .

ومن هذا المنطلق يتطلب التخلف العقلي حدوث أوجه قصور في جانبين أساسيين هما الأداء الوظيفى العقلى والأداء التكييفى للطفل . وإذا كان الأمر كذلك فإن تشخيص التخلف العقلى لا يجب بالضرورة أن يتطلب مقياساً وحيداً للتعرف عليه كأن نقوم مثلاً كما يحدث في كثير من الأحيان بتطبيق مقياس الذكاء على الطفل وإذا وجدنا أن نسبة ذكائه دون المتوسط نقوم بتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلى حيث أنه إذا ما حدث ذلك فإننا نكون مخطئين بالفعل لأن نسبة الذكاء المنخفضة في حد ذاتها لا يجب بالضرورة أن تكون معياراً صادقاً للتخلف العقلى وإن كانت تمثل شرطاً ضرورياً لتشخيص الطفل كذلك . وفي مثل هذه الحالة يجب علينا إلى جانب ذلك أن نقوم بتطبيق أحد مقياس السلوك التكييفى ، ونتأكد من أن الطفل غير قادر على أن يعتنى بذاته . ويرى بعض المتخصصين في هذا المجال أن نقوم أولاً بتطبيق مقياس للسلوك التكييفى على الطفل ، وإذا ما وجدنا أن هناك بعض أوجه القصور التى لا يستطيع الطفل من جرائها أن يعتنى بذاته أو يحيا بشكل مستقل يكون من الضروري في مثل هذه الحالة أن نقوم على الفور بتطبيق أحد مقياس الذكاء الفردية للأطفال عليه حتى نتأكد من أن نسبة ذكائه دون المتوسط . وفي مثل تلك الحالة يمكننا أن نصل إلى تشخيص نهائى للحالة بأن صاحبها يعاني من تخلف عقلى ، ويعرف هذا الاتجاه في التشخيص والقياس والتقييم بأنه الاتجاه التكاملى وهو الاتجاه الذى بدأ يسود فى الآونة الأخيرة .

ويرى هاندن (١٩٩٨) Handen أنه فيما يتعلق بقياس السلوك التكييفى يمكننا أن نستخدم مقياساً صريحاً يقيس هذا الجانب ، أو نلجأ من ناحية أخرى إلى أحد البدائل

التي تعمل على قياس الأداء الوظيفي المستقل ، أو النمو اللغوى ، أو القدرة على تحمل المسؤولية ، أو النشاط الاقتصادي ، أو المترلى ، أو الجسمى حيث يرى أن هناك العديد من المجالات التي يجب أن نقيس أداء الطفل فيها حتى تساعدنا في التشخيص . ومن هذه المجالات ما يلي :

- الأداء الوظيفى المستقل .
- النمو الجسمى .
- النشاط الاقتصادى .
- النمو اللغوى .
- معرفة الأعداد والوقت .
- النشاط المترلى .
- القدرة المهنية .
- التوجيه الذاتى .
- تحمل المسؤولية .
- التنشئة الاجتماعية أو القدرات والمهارات الاجتماعية .

وبعد ذلك يمكن فيما يتعلق بنسبة الذكاء أن نستخدم أحد المقاييس المقننة وهي بطبيعة الحال عديدة ومتوفرة فى الميدان ويأتى فى مقدمتها مقياس ستانفورد- بينيه Stanford-Binet إلى جانب مقياس وكسلر Wechsler .

وتؤكد العديد من الدراسات الحديثة كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة انتشار التخلف العقلى كما أظهرتها التقديرات المبكرة تتباين من بلد إلى آخر ، ولكنها تتراوح بشكل عام بين ١- ١٣% من المجموع العام . إلا أن التقديرات الحديثة قد أظهرت وجود نسب تختلف عن ذلك بحيث أكدت أن نسب انتشاره

تتراوح بين ١-٣ % فقط ، ووجدت أن تلك النسبة تصل إلى ٣ % إذا ما اعتمدنا على نسبة الذكاء كمعيار أو محك وحيد فقط ، أما إذا ما لجأنا إلى السلوك التكيفي أو الأداء التكيفي للطفل كمعيار أو محك أساسي بجانب نسبة ذكائه فإن تلك النسبة تقل عن ذلك لتصل إلى ١ % فقط . أما فيما يتعلق بنسبة الذكاء فإننا نلاحظ أنها يجب أن تقل عن المتوسط بمقدار إنحرافين معياريين أو أكثر كما سنوضح فيما بعد . فلو أخذنا مقياس وكسلر لذكاء الأطفال كمثال سنجد أن الدرجة ١٠٠ هي التي تمثل المتوسط ، وأن إنحرافها المعياري هو ١٥ وهنا يصبح الطفل الذي يحصل على ٧٠ أو أقل ينطبق عليه أحد المحكات الأساسية للإعاقة العقلية ، ويتبقى له في مثل هذه الحالة أن ينطبق عليه المحك الثاني وفقاً للتشخيص التكاملي وهو السلوك التكيفي .

وتعرض الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA تشخيصاً للتخلف العقلي على النحو التالي :

١ - أن يكون الأداء الوظيفي للعقلي للطفل دون المتوسط بحيث تصل نسبة ذكائه إلى حوالي ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .

٢ - أن يتزامن ذلك مع وجود أوجه القصور في السلوك التكيفي أو الأداء التكيفي للطفل بحيث لا تنطبق على الطفل بعض المعايير المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية ، وذلك في اثنين على الأقل من المجالات التالية :

أ - التواصل .

ب - المهارات الاجتماعية أو بين الشخصية .

ج - المهارات الأكاديمية .

د - الصحة .

هـ - العناية بالذات .

و - استغلال مصادر أو موارد المجتمع والاستفادة منها .

ز - العمل .

ح - الأمان .

ط - الحياة المتزلية .

ى - التوجيه الذاتى .

ك - الاستفادة من وقت الفراغ والتخطيط له .

٣ - يجب أن يكون بداية ذلك قبل أن يصل الطفل الثامنة عشرة من عمره .

وجدير بالذكر أن التخلف العقلى يحدث بدرجات تتباين فى شدتها أو مدى حدتها. وعلى الرغم من ضرورة استخدام محكين اثنين لتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلى وذلك وفقاً للاتجاه التكاملى هما نسبة الذكاء والسلوك التكيفى فإن نسبة الذكاء تعد هى المحك الأساسى فى التمييز بين مستويات التخلف العقلى ومدى حدتها. ويحدد كل من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO أربعة مستويات للتخلف العقلى بناء على نسبة الذكاء نعرض لها على النحو التالى :

١ - التخلف العقلى البسيط : mild

وتتراوح نسبة ذكاء الطفل فى هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ ولا يزيد الطفل فى مهاراته الأكاديمية عن طفل عادى فى الحادية عشرة من عمره وذلك عندما يصل إلى السن الذى يحدث فيه النضج التام للطفل العادى. ومن ثم فإن هذا الفرد لا يمكنه أن يتعلم المقررات الدراسية التى يتم تدريسها فى مراحل دراسية

أعلى ، وبالتالي فهو يحتاج بطبيعة الحال إلى نوع من التربية الخاصة يتوفر كما نعلم في مدارس التربية الفكرية .

٢ - التخلف العقلي المتوسط : moderate

وفي هذه الفئة تتراوح نسبة ذكاء الطفل بين ٤٠ إلى أقل من ٥٥ وعندما يصل إلى السن الذى يحدث فيه النضج التام للفرد العادى لا تزيد القدرات الأكاديمية للفرد المتخلف عقلياً عن تلك التى تكون لدى طفل عادى فى التاسعة من عمره . ومن ثم تصبح التربية الخاصة ضرورة ملحة له فى تلك الحالة .

٣ - التخلف العقلي الشديد : severe

وتراوح نسبة ذكاء الطفل فى هذا المستوى بين ٢٥ إلى أقل من ٤٠ ويمكن له هنا أن يتحدث ويتعلم بما يساعده كى يتواصل مع الآخرين ، ويمكن تدريبه على العادات الصحية الأساسية، ولكنه لا يمكن أن يتعلم المهارات الأكاديمية كما هو الحال بالنسبة لأقرانه فى المستويين السابقين . ومع ذلك يمكن له أن يستفيد من تدريبه على أن يقوم بالعادات المختلفة التى تكون سائدة فى بيئته الاجتماعية .

٤ - التخلف العقلي الشديد جداً أو الحاد : profound

وتقل نسبة ذكاء الطفل فى هذه الحالة عن ٢٥ ويبدو على الطفل بعض جوانب بسيطة من النمو الحركى ، ولكنه مع ذلك لا يمكنه أن يستفيد بأى حال من الأحوال من تدريبه على مساعدة نفسه أو العناية بنفسه إلى حد ما ، وبالتالي فهو يحتاج إلى عناية كاملة به .

ويلاحظ أننا قد ركزنا هنا على نسبة الذكاء فى كل مستوى من هذه المستويات الأربعة وما يرتبط بها من سمات عقلية، وقد أرجأنا تناول ما يتسم به الأفراد فى كل مستوى من تلك المستويات لتوضحه بشيء من التفصيل عندما نتناول تصنيف التخلف العقلي . هذا ويرى مادل (١٩٩٠) Madle أن حوالى ٨٩ % من الأفراد

المتخلفين عقلياً يعدون في مستوى التخلف العقلي البسيط، في حين يوجد هناك حوالي ٧ % منهم يعدون في مستوى التخلف العقلي المتوسط، وأن حوالي ٣ % منهم يعدون في مستوى التخلف العقلي الشديد جداً أو الحاد فلا يوجد فيه من المتخلفين عقلياً سوى حوالي ١ % فقط. ويضيف سكوت (١٩٩٤) Scott أن نسبة انتشار التخلف العقلي تتأثر بعدد من العوامل تتضمن الجنس، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، والسلالة race حيث نجد أن نسبة انتشار التخلف العقلي بين البنين تعد ضعف نسبة انتشاره بين البنات حيث تبلغ النسبة بينهما ٢ : ١ وأن نسبة انتشاره تزداد بين السود قياساً بالبيض. وإلى جانب ذلك فإن الطبقة الاجتماعية ترتبط هي الأخرى بالتخلف العقلي إذ تزداد نسبة انتشاره بين الجماعات من المستويات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا قياساً بغيرهم من المستويات الأخرى.

ويشير إينفيلد وأمان (١٩٩٥) Einfeld&Aman وجونسون وآخرون (١٩٩٥) Johnson et.al. أن هناك العديد من المشكلات الأخرى التي يعاني منها الأطفال المتخلفون عقلياً والتي قد تتزامن في حدوثها مع إعاقاتهم العقلية هذه، من بينها تلك المشكلات التي تتعلق بالمشي، والمشكلات الحركية الدقيقة، والتحدث، والسمع، والإبصار، كذلك فإن بعض الأطفال المتخلفين عقلياً قد يعانون من الصرع أو الشلل الدماغى. كما أن هناك بعض المشكلات النفسية التي قد تتزامن هي الأخرى مع التخلف العقلي حيث وجد سكوت (١٩٩٤) Scott أن حوالي ٢٢ % من المراهقين المتخلفين عقلياً الذين يعانون من القلق يبدون بعض الاضطرابات السلوكية أو السلوكيات المضادة للمجتمع، كما أن بعضهم الآخر يبدون سلوكيات تتعلق بإيذاء الذات. ولا يخفى علينا أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من الإكتئاب، ونسبة أخرى يعانون من الفصام. وهذا يعنى أن نسبة من الأفراد المتخلفين عقلياً يكون لديهم تشخيص مزدوج حيث يتزامن حدوث اضطراب آخر لديهم مع إعاقته العقلية. وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تتمثل في أن مشكلات الصحة النفسية بوجه عام

تتزايد لدى الأطفال والمراهقين المتخلفين عقلياً قياساً بأقرانهم العاديين وذلك بنسبة تصل إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف ، وتترايد مثل هذه المشكلات مع زيادة حدة تخلفهم العقلي حيث يقلل انخفاض الأداء الوظيفي العقلي من قدرة الفرد على مواجهة الضغوط ، ويزيد في الوقت ذاته من تلك الضغوط والمحن التي قد تتعرض لها أسرته مما يؤدي بطبيعة الحال إلى مزيد من الاضطراب .

تصنيف التخلف العقلي :

هناك عدد من المحكات التي يمكن أن نصل في ضوءها إلى عدد من التصنيفات يمكننا اللجوء إليها عند تناول التخلف العقلي . ومن هذه التصنيفات ما يعتمد على مصدر الإعاقة ، أو درجة الإعاقة ، أو توقيت حدوث الإعاقة ، أو المظاهر الجسمية التي تصاحبها . ومنها كذلك ما يعتمد على السلوك التكيفي للأفراد ، أو المنظور التربوي للإعاقة . وعلى هذا الأساس نلاحظ وجود هذا الكم من التصنيفات التي يتناول كل منها هذا النمط من الإعاقة العقلية من زاوية معينة، ونحن لا نفضل أحدها على حساب الآخر، كما لا نستبعد أحدها من ناحية أخرى على حساب الآخر أيضاً نظراً لأن كل هذه التصنيفات تعمل على إجلاء الصورة من خلال تناول مثل هذه الإعاقة من كافة جوانبها . وسوف نتناول ذلك على النحو التالي :

أولاً : مصدر الإعاقة :

وهنا يعد مصدر التخلف العقلي سواء كان ذلك يرجع إلى عوامل داخلية أو خارجية هو الأساس الذي يقوم عليه هذا التصنيف ، ومن ثم يتراوح التخلف العقلي وفقاً لذلك بين إعاقة أولية وأخرى ثانوية .

أ - الإعاقة العقلية الأولية :

وتعرف الإعاقة العقلية بأنها أولية إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية أى وراثية بيولوجية كما هو الحال في الشذوذ الكروموزومي للكروموزوم المحدد للجنس fragile X chromosome، أو الفينيلكيتونوريا R.KU.

ب - الإعاقة العقلية الثانوية :

ويطلق على الإعاقة العقلية أنها إعاقة ثانوية إذا كانت ترجع إلى أسباب بيئية أى عوامل خارجية كما هو الحال فى الإصابة بالأمراض التى يمكن أن تؤدى إلى تلك الإعاقة كالسحايا والزهرى وغيرها ، أو التعرض للحرمان البيئى الشديد أو الصدمات الشديدة فى الرأس خلال مرحلة الطفولة .

وسوف نتناول هذه الأسباب بالتفصيل عند التحدث عن أسباب التخلف العقلى بعد أن ننتهى من تناول تلك التصنيفات .

ثانياً : درجة شدة الإعاقة :

تعتمد درجة شدة التخلف العقلى على نسبة الذكاء كمحك أساسى ، ومن هذا المنطلق يضم التخلف العقلى أربع فئات بحسب ما ورد فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) DSM-IV والتصنيف الدولى العاشر للأمراض (١٩٩٢) ICD-10 وذلك على النحو التالى :

أ - تخلف عقلى بسيط :

تتراوح نسبة ذكاء الأفراد فى هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ ومع أنهم يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء فإنهم يصبحون قادرين على استخدام الكلام أو اللغة عامة لقضاء متطلبات الحياة اليومية ، ويصبح بإمكانهم إجراء الحوارات البسيطة مع الآخرين . كما يكتسب أغلب الأفراد فى هذه الفئة الاستقلال فى رعاية الذات بما يتطلبه ذلك من مهارات تناول الطعام وارتداء الملابس والتحكم فى عمليتى الإخراج على سبيل المثال إلى جانب بعض المهارات المهنية والمهارات اللازمة لأداء الأدوار الأسرية والأعمال المتزلية البسيطة وذلك على الرغم من أن معدل نموهم يكون أقل بكثير من أقرانهم العاديين . وتمثل الصعوبات الرئيسية بالنسبة لهم فى مهام الدراسة الأكاديمية إلى جانب بعض المشكلات السلوكية والانفعالية والاجتماعية . ويرى أحمد

عكاشة (١٩٩٢) أنه يمكن تحديد سبب عضوى مسئول عن التخلف العقلى لدى نسبة ضئيلة منهم ، كما أن بعض هذه الحالات يكون مصحوباً بالتوحد أو غيره من الاضطرابات النمائية أو الإعاقات الجسمية .

ب - تخلف عقلى متوسط :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد فى هذه الفئة بين ٤٠ إلى أقل من ٥٥ ويعد هؤلاء الأفراد بطيئون فى فهم واستخدام اللغة ، ويتأخر اكتسابهم للمهارات اللازمة لرعاية الذات والمهارات الحركية . أما مهاراتهم الأكاديمية فهى محدودة جداً ، ونادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً كاملاً عندما يصلون إلى مرحلة الرشد . ومع ذلك فإنهم عادة ما يكونوا قادرين على التحرك بشكل تام مع تمتعهم بالنشاط البدنى ، كما يبدى غالبيتهم دلائل على نموهم الاجتماعى من خلال قدراتهم على التواصل والتفاهم مع الآخرين ومشاركتهم فى بعض الأنشطة الاجتماعية البسيطة . ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الصور الوصفية لقدرات هؤلاء الأفراد تتباين ، ففى حين يصل بعضهم إلى مستويات أعلى فى المهارات البصرية والمكانية قياساً بتلك المهام التى تعتمد على اللغة نجد أن بعضهم الآخر يتمتع بالتفاعل الاجتماعى والحوار البسيط . وفيما يتعلق بمستوى النمو اللغوى لأعضاء هذه الفئة فإنه يتباين بين ما يسمح لهم بالاشتراك فى حوارات بسيطة ، وما يسمح لهم بتوصيل احتياجاتهم الأساسية للآخرين ، أو عدم استخدام اللغة مع أنهم يفهمون التعليمات البسيطة ويستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض هذا القصور اللغوى . وفى أغلب الحالات يمكن تحديد سبب عضوى معين للإعاقة ، وقد يعانى الأفراد من اضطرابات أخرى شديدة سواء كانت نمائية كالتوحد أو غير نمائية .

ج - تخلف عقلى شديد :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد فى هذه الفئة بين ٢٥ إلى أقل من ٤٠ وتشابه هذه الفئة مع الفئة السابقة فيما يتعلق بالصورة الإكلينيكية ، ووجود سبب عضوى

للإعاقة، والحالات المصاحبة لها. ويتم الأفراد في هذه الفئة بانخفاض مستويات الإنجاز بشكل عام مع المعاناة من خلل في الحركة أو أنواع قصور أخرى مصاحبة تدل على وجود عيب تكويني في الجهاز العصبي المركزي .

د - تخلف عقلي شديد جداً (عميق) أو حاد :

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

ثالثاً : توقيت حدوث الإعاقة :

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

أ - قبل الولادة :

وترجع تلك الأسباب في معظمها إلى عوامل وراثية جينية ترك آثاراً مباشرة على الجنين من خلال المورثات والجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية. وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ومنها تعرض الأم الحامل لأمراض الزهري أو الجدرى أو أمراض القلب أو حمى الصفراء أو الحصبة الألمانية أو السحايا أو ضمور بالمش أو إصابتها بالتسمم العضوي وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل . وإذا ما حدث ذلك فإنه يسبب تلفاً وضموراً في مخ الجنين ، ويؤثر سلباً على جهازه العصبي ، ويعوق نموه. كذلك فهناك العامل الريزيسي RH والذي يقصد به اختلاف دم الأم عن دم الجنين وهو ما يؤدي إلى عدم

أو اضطرابات إفراز غددها الصماء ، أو تعرضها للأشعة السينية (X) ، أو محاولات الإجهاض المتكررة من جانبها . ومن هذه العوامل والأسباب أيضا الأمراض والاضطرابات الدماغية والتي تشمل العيوب المخية التي تنتقل عن طريق الجينات والتي قد يصحبها نمو شاذ في الجمجمة قد يؤدي إلى صغر حجم الدماغ لدى الطفل أو كبره . كذلك هناك أسباب أخرى يأتي في مقدمتها اضطراب تكوين الخلايا ، واضطراب التمثيل الغذائي ، وجميعها يسهم بشكل مباشر في حدوث الإعاقة العقلية .

ب - أثناء الولادة :

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

ج - بعد الولادة :

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

رابعاً: المظاهر الجسمية والأنماط الإكلينيكية :

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

أ - القماءة أو القصاع : Cretinism

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

ب - استسقاء الدماغ : hydrocephalus

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

ج - كبر الدماغ : macrocephaly

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

د - صغر الدماغ : microcephaly

وتتسم هذه الحالة بصغر الجمجمة أو محيط الرأس بشكل واضح ومتفاوت مع باقى أعضاء الجسم مما يعرض الطفل للتخلف العقلى الشديد إذ أن صغر حجم الرأس أو الجمجمة يجعل عظام الجمجمة تضغط على المخ ولا تسمح له بالنمو. ويرجع سبب هذه الحالة إلى إصابة يتعرض لها الجنين في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، أو تعرض الأم للعدوى أثناء فترة الحمل مما يؤدي إلى التئام عظام الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح ذلك بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً حيث يكون ذلك في الغالب قبل أن يصل الطفل الشهر التاسع من عمره. ويصاحب هذه الحالة حالات تشنج ، ونوبات من الصرع مع نشاط زائد. وقد ترجع هذه الحالة إلى إصابة الأم أثناء الحمل بالتهاب السحايا، أو تعرضها لأشعة X ، أو صدمات كهربية ، كما قد تكون الجينات المتحثة هي أحد الأسباب التي يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث هذه الحالة .

هـ - العامل الريزيسى : RH factor

وتحدث هذه الحالة بسبب اختلاف دم الأم عن دم الجنين ، وربما ترجع في الأساس إلى اختلاف دم الأم عن دم الأب فإذا كان دم الأم سالباً ودم الأب موجباً مثلاً ،

وورث الجنين عن الأب وأصبح دمه موجباً ، هنا يختلف دم الأم عن دم الجنين مما يؤدي إلى ما يلي :

- ١- تكوين أجسام مضادة .
- ٢- اضطراب في توزيع الأكسجين .
- ٣- عدم نضج خلايا الدم لدى الجنين .
- ٤- تدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين .

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

و - اضطراب التمثيل الغذائي (الأيض) metabolism

وتتسم هذه الحالة بالاضطراب في تمثيل الدهون ، والبروتينات ، والكربوهيدرات . ويرى سعيد العزة (٢٠٠١) أن هذا الاضطراب ينتقل عن طريق الجينات ، وهناك العديد من المركبات والعناصر الكيميائية التي تسبب ذلك الاضطراب الجيني المستول عن التخلف العقلي . وجدير بالذكر أن التخلف العقلي في حد ذاته لا يكون موروثاً في مثل هذه الحالة، ولكنه يحدث بسبب اضطراب الأيض أى التمثيل الغذائي أو عمليتي الهدم والبناء الناتج في هذه الجينات عن اختفاء نشاط أنزيمي معين أو اضطرابه فيما يتعلق بالعمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات . ويظهر ذلك في لون البول ورائحته الكريهة حيث تزداد نسبة حامض الفينيل في الدم مما يسبب تسمم الدماغ وهو ما يؤدي إلى اضطراب في الخلايا العصبية للدماغ ، ومن ثم التخلف العقلي الذي لا تزيد نسبة الذكاء فيه عن ٥٠ فقط، وتعد هذه الحالة موروثة كما أوضحنا منذ قليل . ولرعاية هذه الحالة نقوم بتحديد نظام غذائي معين ويتم الالتزام به ، ويمكن التعرف على الحالة من خلال تحليل الدم .

خامساً : السلوك التكيفي :

يقوم هذا التقسيم على تحديد قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي، والاعتماد على النفس في الحياة اليومية، أي السلوك الاستقلالي من جانب الفرد، وهو الأمر الذي نستخدم مصطلح السلوك التكيفي للدلالة عليه . ومن الأسباب التي تبرر اعتبار السلوك التكيفي أساساً ومعياراً في تحديد الإعاقة العقلية بوجه عام والتخلف العقلي بصفة خاصة عدم وجود اتفاق على تحديد مفهوم معين للذكاء، أو اتفاق على مفهوم معين لتلك العوامل التي تقيسها اختبارات الذكاء ، أو حتى اتفاق معين على أخطاء القياس نفسها إلى جانب أن اختبارات الذكاء في حد ذاتها لا تقيس جوانب النمو المختلفة سواء الاجتماعي منها أو الانفعالي . ويرى عبد العزيز الشخص (١٩٩٤) أنه يتم تقسيم الأطفال المتخلفين عقلياً بحسب نسب ذكائهم ودرجة تكيفهم الاجتماعي أو سلوكهم التكيفي على النحو التالي:

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

الدرجة المخلدة نسب التكيف	البعد عن المتوسط في الذكاء	الفئة في السلوك التكيفي
١٣٦ درجة فأكثر	+ < ٢ ع	فئة المتفوقين
٨٥ - ١٣٥	+ ٢ ع	فئة العاديين
٧١ - ٨٤	- ٢ ع	فئة التخلف العقلي البسيط
٥٨ - ٧٠	- ٣ ع	فئة التخلف العقلي المتوسط
٤٥ - ٥٧	- ٤ ع	فئة التخلف العقلي الشديد
٤٤ درجة فأقل	- ٥ ع	فئة التخلف العقلي الشديد جداً

ويتضح من الجدول أن نسب ذكاء الأطفال المتخلفين عقلياً تقل عن المتوسط بنسب تتراوح بين إنحرافين معياريين إلى خمسة إنحرافات معيارية ، وأن الدرجات المحددة لنسب التكيف الخاصة بهم تقل عن ٨٥ درجة ويتباين ذلك من فئة إلى أخرى من تلك الفئات الأربع التي يتضمنها التخلف العقلي .

سادساً : التصنيف التربوي :

يتم تقسيم المتخلفين عقلياً من المنظور التربوي إلى مستويات ثلاثة وفقاً للمواقف التربوية وذلك على النحو التالي :

أ - المتخلفون عقلياً القابلون للتعلم : **educable**

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

ب - المتخلفون عقلياً القابلون للتدريب : **trainable**

وهم يقابلون فئة التخلف العقلي المتوسط الذين تتراوح نسب ذكائهم بين ٤٠ - ٥٥ والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في التاسعة من عمره ، وبالتالي يتم تدريبهم على بعض المهام البسيطة مع تدريبهم على بعض المهارات البسيطة التي تساعدهم على أداء تلك المهام المختلفة التي ترتبط مثل هذه المهارات بها . كما يجب من جانب آخر أن يتم تدريبهم على بعض الحرف البسيطة حتى يتمكنوا من القيام بما فيما بعد، وأن نعمل على إيجاد عمل معين لهم يساعدهم على العيش .

ج - المتخلفون عقلياً غير القابلين للتعليم أو التدريب :

uneducable or untrainable (custodial)

وهم يقابلون فئتي التخلف العقلي الشديد والشديد جداً أو الحاد ، والذين تقل نسب ذكائهم عن ٤٠ في الفئة الأولى وعن ٢٥ في الفئة الثانية ، والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في الثالثة من عمره . ويمكن في بعض الحالات أن يستفيد الأطفال في الفئة الأولى من تدريبهم على القيام ببعض العادات المختلفة ، ولكنهم مع ذلك يظلون هم وأقراهم في الفئة الثانية في حاجة إلى رعاية خاصة .

أسباب التخلف العقلي :

يشير سعيد العزة (٢٠٠١) إلى أن هالاهان وكوفمان Hallahan & Kouffiman يريان أن نسبة حالات التخلف العقلي غير المعروفة في سببها العضوى تمثل نسبة كبيرة بين حالات الإعاقة حيث تتراوح بين ٨٠ - ٩٤ % ويطلق على مثل هذه الحالات اسم التخلف العقلي ذى الأسباب الثقافية الأسرية cultural familial وهو ما ينسبها إلى أسباب اجتماعية وثقافية متدنية تكون موجودة في بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه، وتؤدى إلى تخلفه العقلي مع أنه لا يتوفر حتى الآن دليل قوى على صحة مثل هذا الافتراض وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حيث أرجعت ذلك إلى أسباب نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها أسباب ثقافية أسرية وذلك في مقابل الأسباب العضوية التى قد تؤدى إلى التخلف العقلي والتي تم حصرها في ثمانية أسباب على النحو التالى :

- ١ - الإصابات والتسمم .
- ٢ - الإصابات والعوامل الجسمية .
- ٣ - الإصابات الدماغية العامة .
- ٤ - الشذوذ الكروموزومى .

٥ - اضطرابات الحمل.

٦ - اضطرابات عملية التمثيل الغذائي .

٧ - عوامل ما قبل الولادة (الوراثة والبيئة الرحمية) .

٨ - الاضطرابات النفسية للأم الحامل .

ومن ناحية أخرى يرى شتيرنبرج وجريجورينكو (١٩٩٩)
Sternberg&Grigorenko أن للجينات الوراثية دوراً كبيراً في حدوث الفروق
الفردية بين الأفراد سواء كانوا عاديين أم غير عاديين ، وأن مثل هذه الفروق تحدث في
جميع جوانب الشخصية . وفيما يتعلق بمحور اهتمامنا هنا نجد أن تلك الجينات لها أثر
كبير في حدوث الفروق الفردية في الدرجات الخاصة بنسب الذكاء حيث تسهم
بدرجة كبيرة في حدوث مثل هذه الفروق إذ أنه كلما كان التشابه الجيني بين
شخصين معينين كبيراً تقاربت كثيراً نسب ذكائهما ، والعكس صحيح . وإذا ما عدنا
إلى التخلف العقلي فسوف نجد أن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه كثيرة
ومتعددة ، ولا تقتصر على العوامل الجينية أو الوراثية فحسب ، بل إنها في واقع الأمر
تمتد إلى أبعد من ذلك لتشمل عوامل أخرى إلى جانبها يأتي في مقدمتها العوامل
البيئية . وهذه العوامل كمجموعة يمكن أن تضم تلك العوامل التي يمكن أن تؤثر على
البيئة الرحمية وذلك بعد أن تكون السمات الوراثية قد انتقلت إلى ذلك الجنين الذي
يكون قد تكون بالفعل في ذلك الوقت، إلى جانب عوامل أخرى أسرية أو اجتماعية .
وسوف نلقى الضوء على مثل هذه العوامل خلال الصفحات التالية .

أولاً : العوامل الوراثية :

تعد هذه العوامل مسؤولة عن حدوث النسبة الأكبر من حالات التخلف العقلي
والتي تبلغ حسب ما أوردته بعض التقارير والدراسات حوالي ٨٠ % تقريباً من تلك
الحالات وذلك لوجود تلف، أو ضمور، أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي
المركزي وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى إعاقة في وسائل الإدراك، والوظائف العقلية

المختلفة، وإلى حدوث صعوبات عدة في عملية التعلم. وتلعب تلك العوامل دورها بطريق مباشر عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية، أو بطريق غير مباشر عن طريق نقل الجينات لعيوب تكوينية يمكن أن تؤثر على أنسجة المخ وخلاياه، وبالتالي تعوق نموه ووظائفه.

ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن هناك عوامل وراثية محددة تلعب دوراً هاماً في حدوث التخلف العقلي إذ أنه قد يحدث شذوذ كروموزومي أو خطأ وراثي يمكن بالتالي أن يؤدي إلى حدوث أنماط مختلفة من الإعاقة كما يلي :

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

وتعد زملة أعراض شذوذ الكروموزوم (X) أو ما يعرف بالكروموزوم (X) الهش The fragile x syndrome كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall بمثابة نمط من تلك الأنماط التي يتضمنها التخلف العقلي والتي ترتبط بالشذوذ الكروموزومي. وينشأ هذا النمط عن وجود جزء منقبض أو متقلص عند نهاية أو طرف الكروموزوم (X)، وهناك مجموعة من السمات الجسمية ترتبط به إلى جانب العديد من أوجه القصور المعرفية. وتتضمن السمات الجسمية قصر القامة، والجيئة العريضة البارزة، والفك البارز، والأذنين الكبيرتين إلى جانب كبر اليدين والقدمين. ويرى مازوكو وآخرون (١٩٩٧) Mazzocco et. al. أن هذا النمط من التخلف العقلي يظهر بشكل كبير بين الذكور أو يتركز ظهوره بينهم، ومع ذلك فعندما يظهر هذا النمط بين البنات فإنه عادة ما يرتبط باضطراب التوحد أي أن التشخيص يكون مزدوجاً في مثل هذه الحالة.

ب - الفينيلكيتونوريا : PKU

وهناك اضطراب آخر يعرف بالفينيلكيتونوريا phenylketonuria الذي يكتب اختصاراً PKU والذي يتحدد بعوامل عضوية وأخرى وراثية. ويعد هذا الاضطراب بمثابة خطأ وراثي يتعلق بعملية الأيض أو الهدم والبناء metabolism ينشأ عن حمل

في أنزيمات الكبد تؤدي إلى ظهور أحماض أمينية في البول تجعل رائحته كريهة. وهناك فحوص طبية يمكن من خلالها التعرف على هذه الحالة وذلك منذ الأسبوع الثالث بعد الولادة. وجدير بالذكر أن الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب يكونوا في الغالب عادين عند الولادة ، ولكنهم إذا لم يعالجوا عند اكتشاف الحالة وذلك خلال العام الأول من عمرهم فإن الأمر يتطور إلى حدوث التخلف العقلي . وتوضح الدراسات الحديثة أنه إذا تم تشخيص الحالة بدقة في وقت مبكر من عمر الطفل ، وتم تحديد نظام غذائي معين للطفل بعد ميلاده بوقت قصير فإن الأمر لا يصل إلى حدوث التخلف العقلي، بل إن الطفل يكون عادياً. ومما لا شك فيه أن المورثات الحاملة لهذا الاضطراب تنتقل إلى الجنين في شكل جين متنح ، فإذا تزوج الفرد الذي يحمل هذا الجين عندما يكبر من شخص آخر يحمل نفس الجين المتنحي فقد ينتج عن ذلك أن يولد لهما أطفال مصابين بهذا الاضطراب. وإذا كانت هذه الحالة مورثة فإن التخلف العقلي الناتج عنها ليس مورثاً كما أوضحنا من قبل، ولكن يعتبر نتيجة له. ويرى روبنشتين وآخرون (١٩٩٠) Rubenstein et. al. أن مثل هذا الاضطراب يعد نادراً إذ تبلغ نسبة حدوثه بين الأطفال حالة لكل أربع عشرة ألف حالة ولادة. وتتراوح حدة التخلف العقلي الناتج عن هذه الحالة بين التخلف المتوسط إلى التخلف الشديد جدا. ولا يرتبط هذا الاضطراب بطبقة اجتماعية معينة أو بمستوى اجتماعي اقتصادي معين .

ج - حالات أخرى :

هناك عوامل وراثية وعضوية أخرى تلعب دوراً أساسياً في حدوث التخلف العقلي يأتي في مقدمتها إصابة الحامل بالعدوى ، أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية ، أو تعرضها للتسمم ، أو سوء التغذية مما قد ينتج عنه حدوث خطأ أو شذوذ كروموزومي ينتقل إلى الجنين من خلال المورثات. كذلك فإن الشذوذ في تركيب الجمجمة بالنسبة للطفل أو تعرضه لإصابات شديدة بالرأس يؤثر على أجزاء معينة في المخ وهو ما يؤدي إلى اختلال في الأداء الوظيفي العقلي للطفل . وتعد العوامل

العضوية مسئولة عن حوالي ٧٠% تقريباً من حالات التخلف العقلي الشديد ، وعن حوالي ٥٠% تقريباً من حالات التخلف العقلي البسيط.

ثانياً : العوامل البيئية :

وتضم هذه العوامل نوعين رئيسيين من العوامل المسببة للتخلف العقلي، يرتبط النوع الأول منهما بمجموعة العوامل التي تؤثر على الجنين وهو في رحم أمه وتؤدي إلى إصابته بالتخلف العقلي في حين يرتبط النوع الثاني بتلك العوامل التي ترتبط بالبيئة الاجتماعية للطفل والتي تلعب دوراً رئيسياً في هذا الصدد . ويمكن تناول تلك العوامل كالتالي :

١ - البيئة قبل الولادة :

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

أ- سوء التغذية :

من المعروف أن الجنين يحصل على متطلباته الغذائية من مدخرات الأم ، فإذا كانت تلك المدخرات كافية بمعنى أن غذاء الأم كان صحيحاً مناسباً فإن ذلك يساعد الجنين على أن ينمو نمواً طبيعياً ، أما إذا كانت تلك المدخرات غير كافية نتيجة معاناة الأم من سوء التغذية فإن ذلك لا بد أن يؤثر سلباً على نمو الجنين فينمو نمواً غير طبيعي ، وسوف يؤثر ذلك عليه عند الميلاد ، ويؤثر على صحته مدى حياته . كذلك فقد

وجد العديد من الباحثين علاقة بين نقص التغذية خلال فترة الحمل خاصة البروتينات والفيتامينات وبين وجود نقص جسمي يتعرض له الجنين ويؤثر عليه منذ ميلاده إلى جانب حدوث خلل في جهازه العصبي ، أو تعرضه للقصور في قدراته العقلية، والاضطرابات النفسية، وتعرضه للعديد من الأمراض الجسمية المختلفة وهو الأمر الذي يترك أثراً سلبياً عليه . ومن هذا المنطلق فإن سوء تغذية الأم يعود سلباً على الطفل ويؤدي به إلى قصور في قدراته الاجتماعية .

ب - الحالة الصحية للأم :

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

ج - الحالة النفسية للأم :

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

د - عمر الأم :

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

قصور عقلي . وقد أوضحنا من قبل العلاقة بين سن الأم الحامل وتعرض طفلها للقصور العقلي . كذلك فإن الحمل قبل سن العشرين قد توأكبه حالات ولادة مبسرة وهو من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى القصور العقلي .

هـ - تعرض الأم للإشعاع :

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

و - تعاطي الأم للعقاقير :

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

ز - التدخين والمشروبات الكحولية :

يؤدي قيام الأم الحامل بالتدخين إلى زيادة احتمال وفاة الوليد في الأسبوع الأول من ولادته ، وزيادة احتمال أن يكون هذا الوليد أقل وزناً من أقرانه ، وأن يكون غير مكتمل النمو وهو ما يترك أثراً سلبياً عليه في العديد من الجوانب ومنها الجانب العقلي . أما تعاطي المشروبات الكحولية أثناء الحمل فيؤثر في معدل النمو الجسمي للأطفال ، وتزداد نسبة التشوهات الجسمية بينهم وخاصة في الأطراف، والقلب، والمفاصل، والرأس، والوجه ، كما يؤثر سلباً على معدل ذكاء الأطفال ، وقد يؤدي

إلى الإعاقة العقلية . ويرى أرونسون وآخرون (١٩٩٧) aronson et.al. أن تعاطي الأم للكحوليات قد يعرض الجنين لما يعرف بزملة أعراض تعاطي الكحوليات fetal alcohol syndrome والتي تتضمن تأخراً في النمو الجسمي والعصبي والعقلي . كما يرون أن الأطفال الذين يولدون لأمهات كن تعاطين الكحوليات أثناء الحمل يتعرضون لمشكلات عديدة عقلية وسلوكية تستمر خلال مراهقتهم، ويكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأجنة الذين يتعرضون لمثل هذا الأمر أن يكونوا إما متخلفين عقلياً أو توحدين وهو الأمر الذي يعد من الآثار المباشرة لتلك المتلازمة .

٢ - البيئة الاجتماعية :

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

من الأحوال، بل إن علينا أن نوليه اهتمامنا، وأن نحاول الإقلال من أثره السلبي قدر الإمكان .

الوقاية من التخلف العقلي :

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

أ - الوقاية الأولية : primary prevention

ويقصد بما تلك الجهود والإجراءات التي يتم بذلها والعمل في ضوءها وذلك في سبيل رعاية الأجنة بهدف متابعتهم وتقليل فرص واحتمالات ولادة أطفال متخلفين عقلياً أو مشوهين وذلك بتوفير الرعاية للأم الحامل ، ومراجعتها المستمرة للطبيب ، واستشارته الدائمة في كل ما تتعرض له ، وتغذيتها جيداً ، وحماتها من أى أخطار يمكن أن تسهم في ولادة طفل من هذا القبيل سواء تمثل ذلك في شكل صدمات، أو أشعة، أو عقاقير، أو مخدرات، أو كحولييات، أو تدخين، أو أى نقص في عنصر اليود، أو ما شابه ذلك . ومن هذا المنطلق يتم توفير التوعية اللازمة سواء من خلال زيارة الوحدات الصحية ، أو الزيارات المنزلية ، أو حملات التوعية بوسائل الإعلام المختلفة إلى جانب الاهتمام بالإرشاد الزواجي، وإجراء الفحوص اللازمة للشباب المقبلين على الزواج ، وتوعيتهم بالأمراض الوراثية .

كذلك فنحن نرى أن الوقاية الأولية تتضمن من ناحية أخرى رعاية الأطفال منذ ميلادهم وحتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة ، وتوفير البيئة الملائمة التي تساعد على النمو السوي . وخير شاهد على ذلك هو مشروع التأمين الصحي للأطفال وتلاميذ المدارس الذي تبناه الحكومة في الوقت الراهن . كما يتضمن هذا المستوى من الوقاية إلى جانب ذلك توفير الجو الثقافي الملائم الذي يمكن أن يساعد على النمو العقلي

السليم ، وخير مثال وشاهد على ذلك هو برنامج القراءة للجميع الذى تبناه وترعاه السيدة/ سوزان مبارك .

ب - الوقاية الثانوية : Secondary Prevention

ويتمثل هذا النوع من الوقاية فى تلك الجهود والإجراءات التى تبذل وتتخذ فى سبيل تغيير وتحسين الظروف البيئية التى لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالتخلف العقلى ، والتى يمكن لها أن تؤدى إلى حدوث تلك الإعاقة . وهو الأمر الذى يمكن أن يقلل بدرجة كبيرة من احتمال أن تلعب تلك الظروف البيئية دوراً فى حدوث الإعاقة. هذا إلى جانب تقديم الرعاية المطلوبة لأطفال الأسر الفقيرة ثقافياً واجتماعياً وذلك منذ سن مبكرة فى حياتهم ، وتوفير السبل التى يمكن أن تسهم فى أن يتطور نموهم العقلى المعرفى ويستمر فى مساراته الطبيعية الصحيحة .

ونحن نرى أن خير مثال على ذلك يتمثل فى مشروع مكتبة الأسرة برعاية السيدة / سوزان مبارك ، والذى تشارك فيه جمعية الرعاية المتكاملة المركزية، ووزارات الثقافة، والإعلام، والتربية والتعليم، والإدارة المحلية، والشباب .

ج - الرعاية الثلاثية : tertiary prevention

ويتمثل هذا المستوى من الرعاية فى تلك الجهود التى تبذل والإجراءات التى تتخذ فى سبيل رعاية المتخلفين عقلياً، وتعليمهم ، وتأهيلهم ، وتشغيلهم فى أعمال مفيدة لهم، وتعود بالنفع والفائدة على مجتمعاتهم . وفى هذا الصدد تم تحديد وتخصيص ما يوازى ٥ ٪ من الوظائف لأولئك الأفراد ذوى الإعاقات .

وخير شاهد على هذا المستوى من الرعاية من وجهة نظرنا يتمثل فى ذلك المشروع الذى تبناه السيدة/ سوزان مبارك والذى يهدف إلى تطوير مدارس التربية الفكرية فى أنحاء الجمهورية بما يمكن معه تعليم وتدريب وتأهيل المعوقين عقلياً للانخراط فى المجتمع .

رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً :

يرى كندول (٢٠٠٠) kendall أن برامج وأنماط الرعاية المقدمة للأطفال المتخلفين عقلياً قد تعددت منذ أن بدأت دول العالم المختلفة تهتم برعايتهم وتأهيلهم. ويمكن تصنيف مثل هذه الرعاية في ثلاثة أنماط أساسية تمثل في الأنماط التالية :

١ - الإقامة placement

٢ - التعليم المدرسى education

٣ - التدخلات العلاجية interventions

وجدير بالذكر أن الإجراءات التي تتخذ في كل نمط من الأنماط الثلاثة قد تعرضت لتغيرات كثيرة كان سببها الأساسي هو التطوير وذلك في سبيل تقديم خدمات بشكل أفضل وتوفير أفضل سبل الرعاية والتأهيل وذلك حتى يتسنى لهم الاستفادة مما تبقى لديهم من قدرات وإكسابهم بعض المهارات التي يمكنهم بمقتضاها أن يندمجوا مع الآخرين وأن ينخرطوا في المجتمع. وسوف يتم تناول تلك الأنماط على النحو التالي :

أولاً : الإقامة :

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

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

ب- برنامج إعدادى نهارى يهدف إلى مساعدة الطفل المتخلف عقلياً على الانتقال إلى المدرسة . بمعنى أن هذا البرنامج يعد بمثابة برنامج تهيئة .

ج- برنامج نهارى يهدف إلى توفير الرعاية بعد اليوم المدرسى للأطفال المنتظمين فى المدارس والذين لا تستطيع أسرهم أن تقدم لهم الرعاية اللازمة فيما بين انتهاء اليوم المدرسى وفترة المساء .

ومما لا شك فيه أن مثل هذه البرامج تعمل على تقديم العديد من الأنشطة ذات الأهمية، وكانت تضم بين الأنشطة التي تقدمها هؤلاء الأطفال بعض الخدمات التعليمية، والترويحية، والصحية ذات طبيعة خاصة حيث تم تصميمها بما يتفق مع الخصائص التي يتسم بها هؤلاء الأطفال حتى يتسنى فى النهاية إشباع ميول ورغبات هؤلاء الأطفال وذلك من خلال ما تتضمنه من ألعاب، وأدوات لعب ، وما يتم تقديمه لهم من خدمات متعددة، وبرامج صحية متباينة، إضافة إلى إعداد هؤلاء الأطفال للانتقال إلى المدرسة .

ومنذ الستينات من القرن الماضى ظهر ما يعرف بمراكز المجتمع المحلى Community Centers والتي تعمل على توفير مناخ أسرى شبيه بما يوجد فى المنزل ، وتوفير فرص التفاعل مع الآخرين، ومع البيئة المحلية التي ينشأ هؤلاء الأطفال فيها، وهو الأمر الذى يمكن أن يساعدهم على الاندماج مع الآخرين المحيطين بهم والانخراط فى مجتمعهم المحلى . وإلى جانب ذلك وفى سبيل تحقيق الأهداف المحددة لها عملت تلك المراكز على توفير الإشراف اللازم على الطفل وتوجيهه أثناء فترة وجوده فيها . وتتراوح الأهداف التي تتبناها مثل هذه المراكز والتي تقوم على أساس مجتمعى ، وتتسم برامجها بشبهها بالحياة الأسرية وتقدم الخدمات لكل شخص مقيم بها بين إعداد هؤلاء الأفراد

للاندماج في المجتمع المحلي من خلال ما يعرف بالمراكز المرحلية **halfway** ، وتقديم الرعاية الجماعية ، وتوفير الجو الأسرى خاصة فيما يعرف بمراكز الإقامة **boarding** والتي تعمل أيضاً على إعداد هؤلاء الأفراد للانخراط في المجتمع . وسوف نعرض لذلك كما يلي :

أ - المراكز المرحلية : **halfway centers**

وتعمل تلك المراكز على تقديم الخدمات العلاجية قصيرة المدى للأفراد الذين لم يعودوا بحاجة إلى الرعاية الداخلية ، ولكنهم لا يزالوا يحتاجون في الوقت نفسه إلى فترة من الإشراف والعلاج حتى يستطيعوا الاندماج مع الآخرين في مجتمعاتهم . ولذلك تعمل هذه المراكز على توفير مواقف للحياة الفعلية الواقعية يكتسب خلالها هؤلاء الأفراد المهارات الاجتماعية والمهنية اللازمة للأداء الوظيفي المقبول في إطار المجتمع المحلي الذي ينتمون إليه .

ب - مراكز الرعاية الجماعية : **Group care centers**

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

ج - مراكز الإقامة : **boarding centers**

وتقدم هذه المراكز خدماتها للأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة، ولا يخضع الأطفال فيها لأي قواعد أو نظم باستثناء تلك التي تقرر بشكل عشوائي من جانب إدارة كل مركز من تلك المراكز . كما أنه لا يوجد بها أي شكل من أشكال

الإشراف المباشر مما يتيح الفرصة لأي طفل متخلف عقلياً أن يلتحق بالمركز في أى لحظة. وتعمل البرامج التي يتم تقديمها من خلال مثل هذه المراكز على إعداد هؤلاء الأطفال للاندماج في مجتمعهم المحلي. وربما يرجع عدم وجود إشراف مباشر في تلك المراكز إلى أنها تقبل الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي البسيط والذين يتمكنون من خلال اشتراكهم في الأنشطة المختلفة من الأداء السلوكي بشكل مقبول ومستقل إلى حد كبير.

ثانياً : التعليم المدرسي :

يصنف الأطفال المتخلفون عقلياً وفقاً للتصنيف التربوي إلى قابلين للتعليم، وقابلين للتدريب ، وغير قابلين للتعليم أو التدريب. وقد اهتمت دول العالم، ومؤسساته، وهيئات المتخصصة منذ وقت طويل بتقديم الخدمات التعليمية للأطفال المتخلفين عقلياً من فئة القابلين للتعلم وهم أولئك الذين يعانون من التخلف العقلي البسيط. وإلى جانب ذلك فقد تم سن القوانين التي تكفل لهم الحق في أن يتلقوا هذا النوع من التعليم.

ويشير أجد عبد الله (٢٠٠٠) إلى أن مصر كأحد المجتمعات النامية تهتم بتربية وتعليم هؤلاء الأفراد منذ الخمسينيات تحقيقاً لمبادئ رعاية حقوق المعوقين عقلياً التي أصدرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في ديسمبر ١٩٧١ والتي تنص في مادتها الثانية على حق الشخص المعوق عقلياً في الرعاية الطبية المناسبة، والعلاج الجسمي ، وحقه في أن ينال من التعليم، والتدريب، والتأهيل، والإرشاد ما يمكنه من تنمية قدراته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن. وقد حرصت السيدة الفاضلة سوزان مبارك على ذلك وتم عقد المؤتمر الأول للطفل المعوق في أكتوبر ١٩٩٥ والذي أقر حق إتاحة الفرصة لمثل هذا الطفل المعوق كي ينال الرعاية التربوية والنفسية شأنه في ذلك شأن الطفل العادي ، وصدر قانون الطفل رقم ٢١ لسنة ١٩٩٦ والذي جعل بمصر لأول مرة في تاريخها قانوناً متكاملًا للطفل يتضمن كافة الحقوق المتعلقة به ، ومنها ما يلي :

١ - حق الطفل المعوق في التمتع برعاية خاصة :

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

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

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

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

هناك من الأحكام والقواعد التي تتعلق بنظام التعليم للأطفال المتخلفين عقلياً ما كان موجوداً من قبل، واستمر العمل به حتى صدرت أحكام وقرارات أخرى في هذا الشأن . وفي هذا الإطار يحدد القرار الوزاري رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ في المادة ١٧٨ من اللائحة التنفيذية لقانون الطفل أن يكون نظام التعليم للمعوقين عقلياً الذي يتمثل في التربية الفكرية وفقاً للأحكام التالية :

أ - فقرة هيئة :

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

ب - الحلقة الإبتدائية :

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

ج - الإعدادية المهنية :

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

وتحدد شروط القبول بمدارس التربية الفكرية على النحو التالي :

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

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

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

ب- ألا تكون لدى المقبولين إعاقات أخرى غير التخلف العقلي تحول دون استفادتهم من البرنامج التعليمي الخاص بهم .

ج- يوضع جميع التلاميذ المقبولين تحت الملاحظة لمدة لا تقل عن أسبوعين وذلك للتحقق من شروط الاستقرار النفسى ، ويتم إعداد تقرير عن حالة كل تلميذ أثناء الملاحظة يرفق بأوراق التحويل إلى العيادة النفسية .

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

وجدير بالذكر أن هناك أهدافاً متعددة تعمل مدارس التربية الفكرية على تحقيقها، ويمكن أن نقوم بإيجاز مثل هذه الأهداف فيما يلي :

- أ - تدعيم الصحة النفسية كى تساعد على الشعور بالأمن .
- ب - تنمية الثقة بالنفس .
- ج - تنمية القدرات البصرية، والسمعية، والحركية، والعقلية .
- د - تنمية القدرة على الكلام والنطق الصحيح .
- هـ - تنمية المهارات اللغوية والحسابية والمعلومات .
- و - تنمية المهارات اليدوية .
- ز - تنمية العادات والاتجاهات الاجتماعية السليمة، وغرس القيم الدينية والخلقية.
- ح - تحسين العلاقات الاجتماعية مع أفراد المجتمع .
- ط - تنمية العادات الصحية السليمة .
- ى - إعداد التلميذ المتخلف عقلياً للحياة العملية وذلك بتدريبه على مهنة مناسبة.
- ك - مساعدته على استغلال وقت الفراغ استغلالاً سليماً عن طريق برنامج النشاط الترفيهي .
- ل - تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتى للطفل فى الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل للصحة النفسية وتوفير التوعية اللازمة، وتوطيد العلاقة بين المدرسة والمنزل فى سبيل تحقيق مصلحة الطفل .
- ٤ - اعتبارات رعاية المتخلفين عقلياً :

هناك عدد من الاعتبارات التى ينبغى علينا فى ضوءها رعاية هؤلاء الأطفال يأتى فى مقدمتها الاعتبار الدينى والأخلاقى حيث يحثنا الدين والأخلاق على رعايتهم كما ورد فى الحديث الشريف (إنما ينصر الله هذه الأمة بضعيفها) و (إغوى الضعفاء فإنما

ترزقون بضعفائكم) . وهناك الاعتبار الاجتماعي الذي يقر حق كل فرد في المجتمع أن ينال الرعاية التربوية والنفسية المناسبة . أما الاعتبار الإنساني الحضارى فينظر إلى حق الشخص المعوق كإنسان في أن ينال الاهتمام الملائم . في حين ينظر الاعتبار الاقتصادي إلى أن تربية هؤلاء الأطفال لها عائد إنتاجي حيث يمكن لنسبة كبيرة منهم تقدر بحوالى ٧٥ ٪ تقريباً إذا ما أحسنا توجيههم وتعليمهم أن يحققوا التكيف النفسي، والاجتماعي، والمهني .

ومن هذا المنطلق تم وضع نظام تعليمي خاص هؤلاء الأطفال تمثله مدارس التربية الفكرية يراعى خصائصهم التي يجب وضعها في الاعتبار عند تعليمهم والتي يجب أن تراعى من خلال إستراتيجيات التدريس، والبرامج المقدمة لهم . ويعرض سعيد العزة (٢٠٠١) لهذه الخصائص على النحو التالى :

- عدم القدرة على التعليم بشكل فعال بل ببطء شديد .
- عدم القدرة على تحقيق مستوى تعليمي مقبول .
- انخفاض مستوى سرعة اكتساب المعلومات .
- توقع الفشل في التعليم بسبب عدم الكفاءة .
- الافتقار إلى الدافعية الذاتية للتعلم .
- الاعتمادية وعدم الثقة بالنفس .
- يكون موضع الضبط لديهم خارجياً، وعادة ما يعززون الفشل للآخرين .
- يعانون من مشكلات في الانتباه، والتذكر، والتركيز، واللغة .
- ضعف القدرة على تنظيم المعلومات .
- عدم القدرة على استخدام إستراتيجيات التعلم الصحيحة .
- ضعف انتقال أثر التعليم إلى المواقف المشابهة

- عدم الإتقان الكامل في أداء المهام التعليمية .
- زيادة نسبة نسيانهم للمعلومات التي يكونوا قد تعلموها .
- عدم القدرة على تعميم أثر التعلم .
- قدرة محددة على الرموز والتجريد .

وجدير بالذكر أنه يتم في هذه المدارس استخدام إستراتيجيات تدريس معينة وذلك لتسهيل تعلم هؤلاء الأطفال ، وتنظيم وترتيب بيئة التعلم بالنسبة لهم سواء في المدرسة أو المنزل وذلك لإشباع حاجاتهم . وعلى الرغم من أن مثل هذه الإستراتيجيات قد تشبه تلك الإستراتيجيات التي يتم استخدامها في الفصول العادية وذلك مع الأطفال العاديين فإن هناك بعض التعديلات التي يتم إدخالها عليها حتى تتناسب مع الأطفال المتخلفين عقلياً . ولكن يؤخذ على مدارس التربية الفكرية أنها تعزل هؤلاء الأطفال عن أقرانهم العاديين ، وتحد تماماً من اتصالهم بهم وتفاعلهم معهم . ولذلك فإن الاتجاه الحديث في هذا المجال يعمل على دمجهم مع أقرانهم العاديين في فصول ملحقة بالمدارس العادية . ومع أن مثل هذا الدمج لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً في أغلب الحالات، بل يكون مجرد دمج جزئي وذلك في حصص النشاط على الأقل ، إلا أنه مع ذلك له أهميته حيث يعمل - وهذا هو الأهم - على تغيير اتجاه الأطفال العاديين نحو أقرانهم المتخلفين عقلياً مما يزيد من إقبالهم عليهم وتفاعلهم معهم . وإن كانت هناك فوائد أخرى يمكن أن تعود على الأطفال المتخلفين عقلياً من جراء هذا الدمج فإن أهم تلك الفوائد في رأينا هو ما ذكرناه من تغيير اتجاهات الأطفال العاديين تجاههم حيث يمكن أن يساعدهم ذلك في تحقيق أي فوائد أخرى يمكن توقعها في هذا الصدد . ومع ذلك كانت لدينا محاولات أخرى للدمج الكلي، إلا أن الدمج الكلي يتطلب الكثير من الإجراءات، والاستعدادات، والمقومات سواء البشرية أو المادية، إلى جانب الوقت، والجهد، والمال وهو الأمر الذي أرى أننا لا نستطيع أن نحققه في الوقت الراهن على الأقل . ومع ذلك فقد كان الدمج الكلي يسير بشكل طبيعي في مدارسنا لبعض

الحالات، ولكن ذلك كان يتم بشكل عشوائي بعيداً عن أى نسق محدد، أو فلسفة معينة لذلك، ومن ثم فقد كان ينجح أحياناً، ويفشل أحياناً أخرى. ومن هذا المنطلق فإن هذا الشكل لن يكون بطبيعة الحال هو ذلك الشكل أو النمط الذى نبحث عنه فى وقتنا هذا، بل ينبغى أن تكون هناك فلسفة معينة، وإجراءات محددة، ونسق معين، وتدریس، وتدريب، وإرشاد، وإشراف يتم بشكل مخطط ومحدد وفق فلسفة معينة.

وقد أخذت محاولات الدمج شكلين بدأت بإلحاق المعوقين عقلياً بفصول العاديين ، ثم تحولت إلى تعليمهم فى فصول ملحقة بالمدارس العادية. وعندما تم إلحاق الأطفال المتخلفين عقلياً بفصول العاديين رأى البعض أن ذلك يجعلهم يكتسبون الخصائص السوية ، ويساعدهم على الاندماج معهم ومع الآخرين فى المجتمع . ولم يكن الأطفال المتخلفون عقلياً يخضعون للامتحانات التى تعقد لأقرانهم العاديين وإنما يتم نقلهم آلياً حتى نهاية المرحلة أو حتى يتركوا المدرسة وإن كان ذلك قبل أن يتموا تلك المرحلة . إلا أن هذا النظام قد واجهته صعوبات عديدة تمثل أهمها فى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لم يستفيدوا من ذلك لأن أقرانهم الأسوياء يعدون فى مستوى دراسى أعلى بكثير من مستوى إدراكهم هم وتحصيلهم مما جعلهم مادة خصبة للتهكم، والسخرية، والنبد من أقرانهم الأسوياء مما أثر سلباً على تكامل الفصول ونظام العمل بها إلى جانب أن المعلمين غير مؤهلين للعمل مع هؤلاء الأطفال ذوى القدرات العقلية المحدودة فكان التفكير فى تخصيص فصول خاصة ضمن مدارس العاديين لتأهيل الأطفال المتخلفين عقلياً تحقق هدف دمجهم مع أقرانهم الأسوياء فى الأنشطة غير المدرسية مما يتيح لهم التعامل، والتفاعل معهم، وإكسابهم العادات، والتقاليد السائدة فى الجماعة مع إتاحة الفرصة لهم للتحصيل بالمعدل الذى يتناسب مع قدراتهم العقلية ، ومن ثم فإن هذا النظام لم يشعرهم بالنبد، أو العزل، أو البعد عن أقرانهم العاديين .

ومن الأساليب والطرق المعاصرة التى تستخدم مع الأطفال المتخلفين عقلياً والتي بدأ استخدامها منذ أربعة عقود تقريبا طريقة التعليم المبرمج Programmed instruction

والتي تعد بمثابة مواد تعليمية أعدت بطريقة معينة بحيث يتم تقديم المعلومات والمهارات للتلاميذ بصورة تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم في التعلم ، ويمكن وضع هذه المواد التعليمية في كتب خاصة كأن تكتب التعليمات والأسئلة في صفحة والإجابة الصحيحة في صفحة تالية ، أو يكون هذا في جزء من الصفحة، وذلك في جزء آخر، ويطلب من الطفل أن يقرأ التعليمات والأسئلة ويجيب عنها ، ثم يتأكد من صحة إجابته بالرجوع إلى الإجابات الصحيحة . كما يمكن أيضاً إعداد هذه المواد التعليمية بحيث تعرض بواسطة أجهزة تعليمية معينة فيتم تقديمها لهم بذلك على هيئة مثيرات بصرية .

وقد وضع جيمس إيفانز James Evans أسساً معينة لبرمجة مناهج المتخلفين عقلياً وذلك على النحو التالي :

أ - مبدأ الخطوات الصغيرة : small steps ويتم فيه تقسيم الموضوع إلى خطوات صغيرة يمكن للطفل استيعابها بسهولة .

ب - مبدأ الاستجابة الفعالة أو النشطة : active responding ويقوم على إعطاء الطفل الوقت الكافي كي يبحث عن الاستجابة الصحيحة بنفسه فيدونها كتابة أو يعبر عنها بيده . وبالتالي يكون إيجابياً في التعلم .

ج - مبدأ التصحيح الفوري : immediate conformation ويقوم على معرفة الطفل نتيجة تعلمه بسرعة فيعرف ما إذا كانت إجابته صحيحة أم خاطئة وذلك فور انتهائه من الإجابة وهو ما يساعده على سرعة التعلم .

د - مبدأ الكفاءة الشخصية : self-pacing ويقوم على إعطاء الطفل وقت كاف في كل خطوة من خطوات البرنامج وذلك بحسب قدرته على التحصيل ، ومن ثم فالطفل هو الذي يحدد سرعته في التعليم بنفسه .

هـ - مبدأ اختبار البرنامج : program testing ويقوم هذا المبدأ على مراجعة البرمجة وتعديل الخطوات التي تحتاج إلى تعديل ، وتبسيط الخطوات التي يخطئ فيها كثير من الأطفال وذلك من خلال تجربة المنهج بعد برمجته .

ثالثاً : التدخلات العلاجية :

تشير التدخلات العلاجية إلى تلك التدخلات التي تهدف إلى خفض حدة المشكلات الانفعالية والسلوكية المصاحبة للتخلف العقلي إلى جانب ما يمكن أن يصاحبه أيضاً من مشكلات واضطرابات نفسية . وتتضمن المشكلات المصاحبة للتخلف العقلي كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall اضطرابات معرفية كالهلاوس، واضطرابات انفعالية كالاكتئاب ، واضطرابات سلوكية كالعدوان وإيذاء الذات . كما يرى أن حوالي ٣٨ % - ٦٥ % تقريباً من المتخلفين عقلياً لديهم مشكلات سلوكية . كذلك فإن هذه التدخلات العلاجية تهدف إضافة إلى ذلك إلى تدريب هؤلاء الأطفال على مهارة معينة وإكسابهم إياها ، أو إكسابهم سلوك معين مقبول اجتماعياً ، والحد من سلوك آخر غير مقبول اجتماعياً . وسوف يتم تناول مثل هذه التدخلات من خلال إلقاء الضوء على جملة من الأساليب العلاجية الفعالة في هذا المجال والتي نستعرضها في النقاط التالية:

- أ - العلاج الطبي .
- ب - العلاج السلوكي .
- ج - جداول النشاط المصورة .
- د - العلاج باللعب .
- هـ - السيكدراما .
- و - الإرشاد الأسرى .
- ز - العلاج المعرفي السلوكي .

وسوف يتم تناول هذه التدخلات العلاجية بشيء من التفصيل وذلك على النحو

التالي :

١ - العلاج الطبي :

مما لا شك فيه أن الهدف من العلاج الطبي لا يتمثل بأى حال من الأحوال في التخلص من التخلف العقلي أو تحسين القدرات العقلية للطفل، ويرجع ذلك إلى أن التخلف العقلي لا يعد مرضاً بل إنه يعتبر بمثابة حالة عامة ، ومن ثم فالهدف من العلاج الطبي يتمثل كما يرى هاندن (١٩٩٨) Handen في الحد من المشكلات السلوكية والانفعالية المصاحبة للإعاقة ، ومن أمثلتها السلوك الفوضوى ، والأعراض الذهانية ، والمشكلات المرتبطة بالانتباه . وتتركز الأعراض الذهانية في الأفراد الأكبر سناً تقريباً الذين تصدر عنهم في الغالب مشكلات سلوكية حادة . كما أن مضادات التشنج يتم استخدامها بانتظام وذلك بغرض التحكم في تلك التوبات التي قد يصاب الطفل بها . وإلى جانب ذلك هناك نسبة من الأطفال المتخلفين عقلياً يبلغ قوامها تقريباً ما بين ٩ - ١٨ % يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى المفرط ADHD وهو ما يتطلب علاجاً طبياً هو الآخر .

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

٢- العلاج السلوكي :

تشبه التدخلات السلوكية التي تستخدم للحد من المشكلات السلوكية والانفعالية للمتخلفين عقلياً تلك التدخلات التي يتم استخدامها مع الأفراد العاديين مع بعض التغييرات فيها حتى تتلاءم مع المتخلفين عقلياً. وتعد التدخلات السلوكية هي أنسب التدخلات العلاجية معهم وأكثرها فائدة لهم .

وتركز برامج التدريب السلوكية على تعليم الأفراد المتخلفين عقلياً مهارات معينة للوصول بهم إلى أداء وظيفي أكثر تكيفاً . وتعمل مثل هذه البرامج على تطبيق نظام المكافآت التي تأخذ أشكالاً متعددة ، كما تعتمد أيضاً على استخدام التعزيز الاجتماعي كالابتسام، أو الشئ اللفظي، أو الربت على الظهر وهو الأمر الذي يكون له أثر إيجابي على هؤلاء الأفراد . هذا وقد تم استخدام الأساليب السلوكية بشكل جيد معهم في سبيل الحد من سلوكهم الفوضوي أو غير المرغوب اجتماعياً ، أو للسيطرة على سلوكهم العدواني ، أو لتدريبهم على استخدام التواليت ، أو ما شابه ذلك ، أو إكسابهم سلوكيات مرغوبة . ومن الفنيات التي يتم استخدامها في هذا الصدد التلقين اللفظي ، والتقليد ، والنمذجة ، والتركيز على الاستجابة الصحيحة دون الخاطئة ، والتعزيز ، والتغذية الراجعة أو المرتدة .

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

- ١- ألا يزيد عدد أفراد المجموعة العلاجية عن ستة أفراد .
- ٢- أن يكونوا جميعاً ممن يعانون من مشكلات متشابهة .
- ٣- أن تكون ظروف إنعاقتهم وشدتها تقريباً واحدة .

٤- أن يكونوا متشابهين فيما بينهم من حيث العمر الزمني، والمستوى العقلي، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، ونسبة الذكاء .

٥- أن يتم تدريبهم جميعاً على نفس المهارة .

٣ - جداول النشاط المصورة :

يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) أن جداول النشاط المصورة تأتي في إطار التوجه السلوكي في تعديل السلوك، وتعد أحد أحدث الاستراتيجيات التي يتم استخدامها مع هؤلاء الأطفال، كما أنها تتبع أحدث التوجهات التي تنظم العمل في هذا الإطار والتي تتمثل في المثيرات البصرية حيث أنها تعمل على استخدام الصور الثابتة، ومع ذلك يمكن تطويرها واستخدامها كصور متحركة وذلك من خلال برنامج كمبيوتر، كما أن بإمكاننا أيضاً أن نستخدمها في إطار التوجه الآخر الحديث في هذا الصدد والذي يتمثل في الإرشاد الأسري وذلك من خلال تقديمها للوالدين، وشرح فكرتها لهما، وكيفية القيام بتصميم جداول شبيهة، ثم نطلب منهما أن يستمرا في استخدامها مع أطفالهما بالمتزل كنوع من استئناف التدريب عليها. وتهدف مثل هذه الجداول إلى تحقيق أهداف أو أغراض محددة تمثل في ثلاثة أهداف أساسية هي :

١- تدريب الطفل على السلوك الاستقلالي .

٢- إتاحة فرصة أكبر للاختيار أمام الطفل وتدريبه على القيام بذلك .

٣- تدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي .

ونظراً لأن مثل هذه الجداول تعتمد في الأساس على الصور المختلفة، كما تعتمد في ذات الوقت على الأشياء أو أدوات اللعب الحقيقية التي يقوم الطفل باستخدامها في سبيل القيام بذلك النشاط الذي تعكسه أي صورة تتضمنها أي صفحة من تلك الصفحات التي يتضمنها جدول النشاط المصور، والتي تعطى الإشارة للطفل كي يقوم بأداء هذا النشاط أو ذاك فإن جدول النشاط المصور عادة ما يتضمن خمس أو ست

صفحات تتضمن كل منها صورة واحدة تعكس نشاطاً معيناً ينبغي على الطفل أن يقوم به وذلك بالترتيب الذى يعرضه الجدول به على أن يقوم باستخدام تلك الأدوات التى يتم إحضارها لهذا الغرض، ويتم وضعها على رف أو على منضدة مجاورة أمامه حتى يسهل عليه الحصول عليها كى يقوم بالنشاط المستهدف .

وحتى يمكن للطفل أن يقوم بذلك وفق هذا النسق الذى تقوم عليه جداول النشاط المصورة، فإنه ينبغي عليه أن يدرك الصور المتضمنة جيداً، وأن يتعرف على ما تتضمنه من أدوات مختلفة، وأن يقوم بإحضارها من حيث يتم وضعها حتى يقوم بذلك النشاط المستهدف، ولذلك فهناك ثلاث مهارات أساسية يتطلبها استخدام مثل هذه الجداول، ويتم إعداد جدول خاص بكل منها . وتمثل هذه المهارات فيما يلى :

١- التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية .

٢- التعرف على الأشياء المتشابهة، وإدراكها، وتمييزها .

٣- إدراك التطابق بين الصورة وذلك الموضوع أو الشيء الذى تشير إليه .

كما أن تلك الجداول تقوم فى الأساس على تحليل الأنشطة المتضمنة إلى عدد من الخطوات ، هام الصغيرة التى تمثل فى مجملها ذلك النشاط الذى تعكسه الصفحة، ويمثل أداء تلك الخطوات أو المهام أو الوحدات الصغيرة أداء للنشاط المتضمن بالصورة التى توجد فى الصفحة المستهدفة . ويتم أداء كل نشاط متضمن من خلال التدريب على مكونات النشاط، والقيام بها أو أدائها بشكل صحيح . وتمثل هذه المكونات فيما يلى :

١- فتح الجدول، وقلب صفحاته المتضمنة، والوصول إلى الصورة المستهدفة .

٢- الإشارة إلى تلك الصورة، ووضع الإصبع عليها، وتسميتها مع تحديد النشاط المطلوب .

٣- إحضار الأدوات اللازمة لأداء ذلك النشاط من حيث تم وضعها .

٤- القيام بالنشاط المستهدف .

٥- إعادة الأدوات إلى مكانها الأصلي الذي تم إحضارها منه .

وعلى الرغم من وجود خمسة مكونات لكل نشاط فإن بعض الأنشطة الاجتماعية لا تتضمن سوى ثلاثة مكونات فقط حيث لا تتطلب أدوات معينة لأداء النشاط المستهدف، وبالتالي لن يكون هناك إعادة للأدوات المستخدمة. كذلك فإن هناك إجراءات معينة لإعداد الجدول بما يضمنه ويتضمنه من صور مختلفة، واستخدامه، وتدريب الطفل على أداء ما يتضمنه من أنشطة متعددة .

ومع أن مثل هذه الجداول قد تم إعدادها في الأساس للاستخدام مع الأطفال التوحدين فإننا قد قمنا باستخدامها مع الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك في مجموعة من الدراسات التي قمنا بها بغرض تعديل السلوك لمثل هؤلاء الأطفال . ولزيد من المعلومات حول هذه الاستراتيجية، وكيفية استخدامها يمكن الرجوع إلى كتابنا " جداول النشاط المصورة للأطفال التوحدين " .

٤ - العلاج باللعب :

يرى سعيد العزة (٢٠٠١) أننا يمكن أيضاً أن نستخدم العلاج باللعب مع الأطفال المتخلفين عقلياً . ويمكن أن يتم هذا التدخل العلاجي إما بشكل فردي أو بشكل جماعي ، فإذا كانت مشكلات الفرد المتخلف عقلياً من النوع الذي ترتبط بالتكليف الاجتماعي فإنه يفضل استخدام النمط الجمعي في حين إذا كانت تلك المشكلات من النوع الذي يتصف بالاضطراب الانفعالي فيفضل استخدام النمط الفردي . ويمكن من خلال العلاج باللعب الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعياً ، أو إكساب الطفل سلوك مرغوب ، أو حتى تنمية مهارة معينة لديه . ولذلك يجب أن تتوفر للعلاج باللعب غرفة تحتوي على أنواع وأشكال مختلفة من الألعاب وأدوات اللعب غير القابلة للكسر حتى لا يؤذي الطفل بما نفسه أو غيره .

٥ - السيكودراما :

يمكن استخدام السيكودراما كأحد التدخلات العلاجية في هذا الصدد مما يعطي للطفل الفرصة من خلال لعب الدور وعكس الدور أن يعبر عن انفعالاته ورغباته

المكبوتة بشكل حر مما يعمل على تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة لديه. ومن ثم تعد السيكدودراما وسيلة جديدة للتفيس عن تلك الشحنات ، ويمكن استخدامها لتحقيق نفس الأهداف التي نعمل على تحقيقها باستخدام أى أسلوب آخر من أساليب العلاج النفسى . ومع ذلك لا بد من الحذر الشديد حتى لا نخلط بين كل من الدراما والسيكدودراما.

٦ - الإرشاد الأسرى :

وتهدف برامج الإرشاد الأسرى إلى إشراك أحد الوالدين، أو كليهما، أو أعضاء آخرين من النسق الأسرى فى العديد من البرامج التى يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال . ولا تركز تلك البرامج على مشكلات الطفل المتخلف عقلياً فحسب، بل تركز أيضاً على مشاعر أعضاء الأسرة تجاه هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل معهم مستخدمة فى ذلك إجراءات تعديل السلوك فى سبيل تربية طفلهم ذى الاحتياجات الخاصة . ولا يخفى علينا أن مثل هذه البرامج أو غيرها لا تهدف إلى القضاء على التخلف العقلى لأنه كما أوضحنا من قبل حالة وليس مرضاً ، ولكن تلك البرامج تهدف إلى السيطرة على بعض الاضطرابات المصاحبة مما يساعد الفرد المتخلف عقلياً وذلك بدرجة كبيرة فى أن يحيا بشكل أفضل ، وأن يستفيد مما تبقى لديه من قدرات وإمكانات ، وأن يسلك بشكل مستقل ومقبول.

وإلى جانب ذلك فقد استخدمنا فى بعض الدراسات التى قمنا بإجرائها نمطاً من الإرشاد الأسرى يقوم على إرشاد والدى هؤلاء الأطفال فى سبيل استئناف تدريب أطفالهما هؤلاء على استخدام جداول النشاط المصورة فى السياق الأسرى بغرض تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية . وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية هذا الأسلوب الإرشادى فى هذا الصدد مما أدى إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال المتخلفين عقلياً من جراء ذلك . كذلك فقد تم اللجوء الأسرى فى مقابل جداول النشاط المصورة، ثم الجمع بينهما كنوع من الإرشاد أو العلاج

التكاملية. كما يمكن إلى جانب ذلك إرشاد الوالدين إلى ضرورة استخدام الأساليب التربوية السليمة في تنشئة أطفالهما المتخلفين عقلياً والتي تتطلب البعد عن الأساليب السلبية حتى لا تزيد من مشكلات مثل هؤلاء الأطفال. ومن هذه الأساليب الحماية الزائدة، والنبد، والإهمال، والترفقة في المعاملة، ومعاقتهم جسدياً، والرفض وعدم التقبل، والحرمان. والأهم من ذلك هو اتجاهاتهما واتجاهات أعضاء النسق الأسرى نحو أبنائهم المتخلفين عقلياً، وتدريب هؤلاء الأبناء على القيام بالأدوار الأسرية والأعمال المنزلية البسيطة مما يساعدهم على التكيف مع البيئة المحيطة، والاندماج مع من فيها.

٧ - العلاج المعرفي السلوكي :

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

وإذا كان هذا الأسلوب العلاجي يهتم بالضبط الذاتى للسلوك من جانب أعضاء هذه الفئة فإن هناك اتجاهين للعلاج المعرفي السلوكي يرتبطان بالمتخلفين عقلياً يقوم الأول منهما على التعليم الذاتى self-instruction أو التنظيم الذاتى self-regulation لتعديل السلوك، ويهتم بتدريب أعضاء هذه الفئة على أداء مهارات معينة مع مراعاة العجز الموجود لدى هؤلاء الأفراد في الأداء اللفظي، ومن ثم كان يقوم الباحثون

بانسقاء أفراد عيانتهم ممن هم عند حد أدنى معين في الأداء اللفظي حيث يعتمد هذا الاتجاه على التعليمات اللفظية الذاتية . أما الاتجاه الثاني فقد تطور عن مناهج وأساليب العلاج النفسي ، ويهتم بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها أعضاء هذه الفئة والتي تعتبر محصلة لمعارفهم المشوهة بما تتضمنه من صور واستنتاجات وتقييمات تعد الاضطرابات السلوكية نواتج لها . ويسير هذا الاتجاه في ضوء اتجاهي بيك Beck وإليس Ellis . وفي هذا الإطار قام تراور وآخرون Trower et. al. في نهاية عقد الثمانينيات بتطوير نموذج في إطار هذا المنحى العلاجي يعد بمثابة نموذج للحدث - الاعتقاد - النتيجة antecedent - belief - consequence والتي تكتب اختصاراً ABC على غرار نموذج إليس يصلح للاستخدام مع الأطفال المتخلفين عقلياً . ومع ذلك يظل استخدام هذا النموذج في العلاج يتطلب ثلاثة أشياء أساسية هي :

- أ - أن يقوم الفرد بتمييز وتحديد الحدث (الحدث) والفكرة المستنتجة المرتبطة به (الاعتقاد) والنتيجة السلوكية أو الانفعالية المترتبة عليه (النتيجة) .
- ب - أن يدرك الفرد أن النتيجة ترتبط تماماً بالاعتقاد وليس بالحدث .
- ج - أن يدرك الفرد أن الاعتقاد عرضة للتحقق من صحته .

ومن الأساليب أو التكنيكات العلاجية التي تستخدم مع أفراد هذه الفئة تلك الأساليب السلوكية ذات المكون المعرفي ، ومن أهمها الضبط أو التنظيم الذاتي للسلوك، والتدريب على التواصل . ويعرف التنظيم أو التعليم الذاتي للسلوك بأنه تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغيير في سلوك الفرد والتي تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك . وهناك برنامج مقترح يتضمن ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بوجه عام ومن بينهم بطبيعة الحال أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً . ويمكن عرض هذه الخطوات كالتالي :

١ - الشرح والتفسير والمناقشة : **explanation**

ويعنى مناقشة السبب الذى من أجله نعتبر نمطاً سلوكياً معيناً أو مهارة معينة على درجة كبيرة من الأهمية .

٢ - التعيين : **identification**

ويعنى مساعدة الطفل فى التعرف على أمثلة أو نماذج من السلوك الذى يتم تدريسه عليه .

٣ - النمذجة : **modeling**

ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوب تعلمها أو السلوك المستهدف.

٤ - التمييز : **differentiation**

ويعنى تعليم الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج الملائمة وغير الملائمة من السلوك.

٥ - لعب الدور : **role- playing**

وبممارسة الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تغذية راجعة أو مرتدة.

٦ - التقييم : **assessment**

ويتم التأكد على فترات منتظمة من أن الطفل قد اكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت .

وإلى جانب ذلك يتم تدريب هؤلاء الأطفال على التواصل ، ويتضمن ذلك العديد من عناصر الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ويعمل على خفض حدة السلوك غير المرغوب فيه ، ويمكن توظيفه فى العديد من المواقف المختلفة سواء كان التواصل رمزياً أو غير رمزى حيث يمكن تدريبهم على جذب انتباه الآخرين أو الاهتمام بهم أو طلب الطعام على سبيل المثال . وهناك عدد من العوامل تلعب دوراً هاماً فى تعليم هؤلاء الأفراد التنظيم الذاتى للسلوك والتواصل يأتى فى مقدمتها

دمجهم مع أقرانهم العاديين في المدرسة حيث يتيح ذلك أمامهم متسعاً من الخيارات لتعلم المهارات المطلوبة ، ويساعد في الاستجابة بشكل مناسب لحاجات هؤلاء الأفراد ، ويوفر لهم العديد من الأساليب كى يصبحوا أكثر خبرة في السيطرة على سلوكهم والتحكم فيه ، ونقل أثر التدريب إلى مواقف أخرى شبيهة ، والاستخدام الجيد للغة وهو الأمر الذى يساعدهم على تحقيق الاستقلالية بشكل مقبول .

هذا ويمكن استخدام ذلك الأسلوب العلاجي لتدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على حل المشكلات الاجتماعية وذلك بعد تدريبهم بطبيعة الحال على المهارات الاجتماعية من خلال الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك إذ يختلف حل المشكلات الاجتماعية عن التدريب على المهارات الاجتماعية ، ففي حين يعمل التدريب على المهارات الاجتماعية على اكتساب الطفل استجابات تتناسب مع المواقف الاجتماعية التى يمر بها فإن حل المشكلات الاجتماعية يشير إلى عملية اكتشاف سلسلة من التصرفات أو السلوكيات لها فاعليتها في مواجهة المشكلات اليومية وهو ما يأتى بعد التدريب بطبيعة الحال، أى أن التدريب على المهارات الاجتماعية يسبق حل المشكلات الاجتماعية ، وبالتالي يمكن تطبيق حل المشكلات الاجتماعية على عدد كبير من المواقف ، كما يمكن تعميمه على مشكلات يحتمل ظهورها في المستقبل . ويحتاج الأطفال المتخلفون عقلياً إلى كم كبير من التدريب على هذا الأسلوب نظراً لوجود تلك الأنماط من السلوك الاجتماعى غير المرغوب التى تصدر عنهم . ولذلك فهناك اقتراح يرى تدريب هؤلاء الأفراد على هذا الأسلوب العلاجي في خمس خطوات على أن تتراوح مدة التدريب بين أربعة إلى ثمانية أسابيع ولا تتعدى ذلك مع زيادة عدد الجلسات خلال هذه الفترة بقدر المستطاع ، واستخدام الأسئلة القصيرة إلى جانب التعزيز المستمر . وتتمثل هذه الخطوات فيما يلى :

١ - التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديدتها .

٢ - التفكير الموجه لتحقيق أغراض معينة .

٣- التفكير الوسيلى أو الذى يتضمن الغاية والوسيلة .

٤- التقييم واتخاذ القرار .

٥- التوصل إلى الحل .

هذا ومن المهارات الاجتماعية التى يمكن تعليمها لهؤلاء الأطفال التواصل بالعين، والتعبير الوجهى ، والإبقاء على المسافة الاجتماعية ، وخصائص الصوت ، والترحيب بالآخرين ، والتحدث مع الآخرين ، واللعب والعمل مع الآخرين ، ولفت الانتباه، أو طلب المساعدة . ويمكن تحقيق ذلك خلال ست خطوات كالتالى :

١ - التحديد أو التعيين : ويعنى تحديد المهارة المستهدفة وبيان أهميتها .

٢ - نمذجة المهارة : وذلك بتقديمها من خلال نموذج سواء كان النموذج حياً أو رمزياً من خلال الفيديو أو الأفلام أو أفلام الكرتون .

٣ - التقليد : ويعنى محاولة الطفل أن يودى نفس المهارة التى يكون قد تم أداؤها أمامه .

٤ - التغذية الراجعة : ويمكن استخدام الفيديو مثلاً لتوضيح أنه لم يود المهارة المطلوبة كما ينبغى مما يسهم فى تحسين أدائه .

٥ - إتاحة الفرصة أمام الطفل لاستخدام المهارة : وذلك من خلال إشراكه فى العديد من الأنشطة المتنوعة .

٦ - التعزيز : ويتم بشكل مادى أو لفظى كالمكافأة أو الثناء .

أما فيما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية فلا تزال هناك صعوبات عديدة تحول دون استخدام العلاج المعرفى السلوكى معها بشكل مناسب وذلك بالنسبة للمتخلفين عقلياً. وتمثل غالبية هذه الصعوبات فى تلك الخصائص التى يتسم بها هؤلاء الأفراد جسدياً، وانفعالياً، وعقلياً، واجتماعياً، وسلوكياً، إلى جانب الظروف البيئية المحيطة .

كما أن الخلل الموجود في النسق المعرفي لأعضاء هذه الفئة لا يجعل لديهم معارف ثابتة، ويترتب على ذلك أن يصبح من الصعب التأكد من أن التغيرات التي سوف تحدث تعود إلى هذا الأسلوب العلاجي أم لا .

- نماذج حديثة من التدخلات العلاجية :

هناك نموذجان أساسيان يعدان في طليعة الاتجاهات الحديثة التي يتم استخدامها في التدخلات العلاجية المختلفة للأطفال المتخلفين عقلياً حيث تقوم تلك البرامج على أحد هذين النموذجين ، الذين يتمثلان فيما يلي :

أ - نموذج تحليل العمليات :

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

ب - نموذج المهارات :

ويعمل هذا النموذج على تحليل أنماط الاستجابات غير المناسبة، ويتحدد سبب المشكلة في ضوء هذا النموذج في الطفل وليس الاضطراب الداخلي، ولذلك يتم اللجوء إلى تحليل المهارات ، والتدريب المباشر والمتكرر ، والتقييم المباشر والمتكرر لمستوى التحسن في أداء الطفل . ويمكن أن تدخل جداول النشاط المصورة في إطار هذا النموذج حيث يتم من خلالها تعليم الطفل وتدريبه على مهارات معينة وأنشطة متعددة من خلال التدريب على مكونات النشاط ، وتكرار التدريب ، والتوجيه

سواء اليدوى أو اللفظى ، والإشارات التى تهدف إلى تذكرة الطفل بما ينبغى عليه أن يفعل ، إلى جانب التعزيز . ويمكن أيضاً من خلالها تعليم الطفل العديد من المهارات المختلفة كالمهارات الاجتماعية ، والمهارات اللغوية ، والمهارات السلوكية ، والمهارات الحركية ، وغيرها من المهارات الحياتية المختلفة التى يكون من شأنها أن تصل بالطفل إلى السلوك الاستقلالى .

تأهيل المتخلفين عقلياً :

ترتبط برامج التأهيل بمرحلة المراهقة ، وتعمل على إعادة الفرد الذى يعانى من قصور بدنى أو عقلى إلى المجتمع بحيث يندمج فيه، ويتوافق معه بما فيه ومن فيه ، ويعتمد على طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن . ويعنى التأهيل **habilitation** مساعدة أولئك الذين لديهم جوانب قصور ارتقائية تبدأ منذ وقت مبكر من حياتهم على تحقيق الاستقلالية والاندماج فى المجتمع ، أما إعادة التأهيل **rehabilitation** فتعنى إعادة الفرد المتخلف عقلياً إلى المجتمع ، واندماجه فيه بشكل أكثر توافقاً . وفى مجال التربية الخاصة يتم استخدام هذين المصطلحين بنفس المعنى ، وسواء كان هذا أم ذاك فإن المقصود به هو الاستخدام المتكامل والمنسق للوسائل الطبية، والاجتماعية، والتعليمية، والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد المتخلف عقلياً بما يودى إلى تحسين قدراته الأدائية ، ويساعده بالتالى على أن يتمكن من الاندماج فى المجتمع . وإذا تم التعامل مع الجوانب المهنية للفرد المتخلف عقلياً ، وتمت محاولة تنمية قدراته المهنية بما يساعده على أن يصبح فرداً منتجاً فإن ذلك يرتبط تماماً بالتأهيل المهني . **vocational** هذا وتعتمد فلسفة التأهيل ومبادئه على عدد من المبادئ من أهمها طبيعة الفرد المعوق وخصائصه المميزة ، وحقه فى المساواة مع أقرانه العاديين فى المجتمع ، وحقه فى تقرير مصيره ، وحقه فى المشاركة بفاعلية فى حياة المجتمع والاندماج فيه ، والتركيز على جوانب القوة لديه ، وتنمية سلوكياته ومهاراته وقدراته المختلفة إلى جانب الاهتمام بتعديل وتغيير الظروف البيئية .

ومن الجدير بالذكر أن عملية التأهيل تتم في خطوات متتابعة وذلك على مدى ثلاث مراحل تتمثل أولاها في دراسة الحالة وتقييمها حيث يتم إجراء الدراسة الأولية اللازمة والحصول على أى بيانات قد تفيد في عملية التأهيل ، ثم إجراء التقييم اللازم في الجوانب الطبية، والنفسية، والاجتماعية، والمهنية، والتعليمية حيث يتم من الناحية الطبية التعرف على المشكلات التي ترتبط بالنواحي الجسمية ، والتعرف على العيون المرتبطة بالحواس، والنطق، والكلام، والقوام، وغير ذلك من الاضطرابات المختلفة التي قد تعاني منها الحالة . ومن الناحية النفسية يتم تقييم الأداء العقلى للفرد المعوق (الحالة) وتحديد نسبة ذكائه ، والوقوف على جوانب القصور في سلوكه التكيفي وذلك من خلال استخدام أحد مقاييس السلوك التكيفي أو البدائل المتاحة ، وإلى جانب ذلك قد يتطلب الأمر التعرف على ميول هذا الفرد اهتماماته . بينما يتم من الناحية الاجتماعية التعرف على ظروف الفرد ونشأته وظروف أسرته ، وأهم الحاجات الاجتماعية له ولأسرته . أما من الناحية المهنية فيتم التعرف على الخصائص المهنية للفرد وميوله واستعداداته وقدراته المهنية وإمكانية قيامه بأعمال فعلية معينة . ومن الناحية التعليمية يتم التعرف على مستوى الفرد في الكتابة والقراءة والحساب . بينما تتمثل المرحلة الثانية في التشخيص والإرشاد ، وتتم من خلال تشخيص الحالة بدقة وتحديد أوجه القصور التي تعاني منها وذلك من خلال التقارير التي تكون قد تجمعت لدى المرشد والتي تساعده على تشخيص الحالة بدقة ، وتحديد حاجات الفرد في المجالات المختلفة . يلي ذلك تقديم الإرشاد اللازم وذلك بالاشتراك مع أسرة الفرد المتخلف عقلياً ، ثم إعداد خطة التأهيل الفردية اللازمة له ، وتحديد الخدمات التأهيلية التي يجب أن تقدم له . في حين تتمثل المرحلة الثالثة في تقديم الخدمات اللازمة لتأهيل تلك الحالة سواء بديناً ويتضمن ذلك الرعاية الصحية ، وإجراء الجراحات اللازمة ، وتوفير ما قد يحتاجه الفرد من أجهزة تعويضية ، وتصحيح عيوب القوام ، أو كان التأهيل مهنياً من خلال إكسابه مهارات تتعلق بالمهنة التي وقع الإختيار عليها وذلك بتجزئة سلوك العمل إلى مكونات أو أجزاء صغيرة أى مهام مع استخدام التعزيز عند

إتمام كل مهمة ، أو كان ذلك في شكل برامج تعديل السلوك أو برامج التدريب على التوافق الشخصي والاجتماعي من خلال التدريب على السلوك التكيفي وتعديل السلوك وعلاج بعض المشكلات المتخصصة كمشكلات النطق والكلام التي قد يتعرض لها على سبيل المثال . يلي ذلك إلحاق الفرد بعمل معين يكون قد تم تدريبه عليه وتأهيله من هذا المنطلق ، ثم متابعة الحالة للوقوف على مدى الاستفادة من البرنامج ، ومتابعة مدى تطورها للتأكد من مدى تحقق الأهداف ومدى اندماج الفرد في المجتمع .

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



المراجع

- ١- أحمد عكاشة (١٩٩٢)؛ الطب النفسى المعاصر . ط٨- القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢- أسماء عبدالله العطية (١٩٩٥)؛ تنمية بعض جوانب السلوك التكيفى لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق .
- ٣- أجد محمد عطية عبدالله (٢٠٠٠)؛ مدى فاعلية برنامج مقترح للرعاية التربوية والنفسية فى تنمية بعض جوانب الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة .
- ٤- جمال محمد سعيد الخطيب (١٩٩٢)؛ تعديل السلوك للأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين . عمّان، دار إشراق للنشر والتوزيع .
- ٥- سعيد حسنى العزة (٢٠٠١)؛ الإعاقة العقلية . عمّان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع .
- ٦- سعيد عبدالله دبيس (١٩٩٨)؛ فاعلية التعزيز التفاضلى للسلوك الآخر فى خفض السلوك العدوانى للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم . ندوة علم النفس وآفاق التنمية فى دول مجلس التعاون الخليجي . كلية التربية جامعة قطر .

- ٧- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.
- ٨- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠)؛ العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة، دار الرشاد.
- ٩- عادل عبدالله محمد (١٩٩١)؛ اتجاهات نظرية في سيكولوجية نمو الطفل والمراهق. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠- عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٩)؛ سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة. ج٤ - الأساليب التربوية والبرامج التعليمية. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- ١١- عبدالعزيز السيد الشخص (١٩٩٧)؛ اضطرابات النطق والكلام؛ خلفيتها- تشخيصها- أنواعها- علاجها. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- ١٢- عبدالعزيز السيد الشخص (١٩٩٤)؛ مدخل إلى سيكولوجية غير العاديين. القاهرة، المكتبة الفنية الحديثة.
- ١٣- عبدالمطلب أمين القريطى (٢٠٠١)؛ سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط٣- القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٤- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩١)؛ التشخيص الفارق بين التخلف العقلى واضطرابات الانتباه والتوحدية. مجلة دراسات نفسية، ١٣، ج٣، ص ٥١٣-٥٢٨.
- ١٥- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٩)؛ مرجع فى علم التخلف العقلي. ط٢- الكويت، دار النشر للجامعات.
- ١٦- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤)؛ التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسى فيه. المؤتمر الدولى الأول لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس.

١٧- محمد محروس الشناوى (١٩٩٧)؛ التخلف العقلي؛ الأسباب- التشخيص-
البرامج. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٨- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩)؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض
ICD-10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية
(الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسى
بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية، المكتب
الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

19.American Psychiatric Association(1994); Diagnostic and statistical
manual of mental disorders, 4th ed.,DSMIV, Washington,DC:author.

20.Aronson, M.et.al. (1997) ; Attention deficits and autistic spectrum
problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow
up study. Developmental Medicine and Neurology, v39, n4.

21.Einfeld,S.L. & Aman,M.(1995); Issues in the taxonomy of
psychopathology in mental retardation. Journal of Autism and
Developmental Disorders, v25, n1.

22.Handen, B.L. (1998) ; Mental retardation. In E. Mash & R. Barkley
(eds.);Treatment of childhood disorders. 2nd ed.,New York:
Guilford Press.

23.Hook, E.B.et.al. (1990); Factual, statistical and logical issues in the
search for a paternal age effect for Down syndrome. Human
Genetics, v85, n3.

24.Johnson, C.R.et.al.(1995) ; Psychiatric and behavioral disorders in
hospitalized preschoolers with developmental disabilities. Journal
of Autism and Developmental Disorders, v25, n1.

25. Kendall, Philip C.(2000); Childhood disorders. UK; Crownwall,TJ International Ltd.
- 26.Madle, R.(1990); Mental retardation in adulthood. In M.Hersen & C.Last(eds.); Handbook of child and adult psychopathology:A longitudinal perspective. New York: Pergamon Press.
- 27.Mazzocco, M.et.al.(1997); Autistic behaviors among girls with fragile X chromosome. Journal of Autism and Developmental Disabilities, v27, n3.
- 28.Rubenstien, J.L.et.al.(1990) ; The neurobiology of developmental disorders. In B.Lahey&A.E.Kazdin(eds.); Advances in clinical child psychology, v13. New York: Plenum Press.
- 29.Scott, S.(1994); Mental retardation. In M.Rutter;E.Taylor;& L.Hersov (eds.); Child and adolescent psychiatry. Oxford, UK: Blackwell.
- 30.Stemberg, R.J.& Grigorenko,E.(1999); Genetics of childhood disorders. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v38, n4.
- 31.World Health Organization WHO (1992); International Classification of diseases. 10th ed., ICD-10. Geneva, author.

