

الباب الثاني

جداول النشاط المصورة
للأطفال المعاقين عقلياً

obeikandi.com

يعرض هذا الباب بفصوله الثلاثة التي يتألف منها لإمكانية إستخدام جداول النشاط المصورة كاستراتيجية حديثة مع الأطفال المعاقين عقليًا وذلك كبديل حديث يمكن أن يستخدم في سبيل تربيتهم وتأهيلهم . ويمثل إستخدام هذه الإستراتيجية مع أعضاء هذه الفئة تطورًا جديدًا لتلك الإستراتيجية حيث أنه قد تم إعدادها في الأساس كى تستخدم مع الأطفال التوحدين . ونظرًا لوجود العديد من نقاط التشابه بين أعضاء الفئتين التوحدية والتخلف العقلى فقد حاولنا أن نستخدمها مع الأطفال المعاقين عقليًا وذلك لتحقيق نفس الأهداف تقريبًا ، وغير ذلك من أهداف يمكن أن نحددها ونعمل على تحقيقها حتى يمكن أن تسهم في تربية هؤلاء الأطفال ، وأن نساعدهم على الإندماج مع الآخرين في المجتمع .

ويتضمن هذا الباب - كما أوضحنا - ثلاثة فصول نعرض في أولها وهو الفصل التاسع بالكتاب للإعاقه العقلية ومفهومها ، وتشخيصها ، وتصنيفاتها المتعددة ، وسبل الوقاية منها ، وأساليب رعاية الأطفال المعاقين عقليًا وتأهيلهم .

أما الفصل العاشر فيعرض لإمكانية إستخدام جداول النشاط المصورة مع الأطفال المعاقين عقليًا ، ويتضمن إلى جانب ذلك دراسة تطبيقية قمنا بإجرائها في هذا المجال كمحاولة من جانبنا لبيان إمكانية ذلك .

ويختتم الفصل الحادى عشر هذا الباب ، ويعرض لجداول النشاط المصورة كاستراتيجية حديثة لتربية الأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة ونخص بالذكر الأطفال التوحدين وأقرانهم المعاقين عقليًا . ويتضمن هذا الفصل أيضًا دراسة نظرية قمنا بإعدادها لبيان هذا الأمر .

وإذا كان الأمر كذلك فإن إستخدام مثل هذه الإستراتيجية مع هؤلاء الأطفال يفتح الباب أمام إجراء المزيد من الدراسات باستخدام هذا البديل الجديد في سبيل إكسابهم بعض السلوكيات المقبولة والمرغوبة ، أو الحد من سلوكيات أخرى غير مقبولة اجتماعيًا ، أو إكسابهم بعض المهارات وتنميتها بما يمكنهم من الإنخراط في المجتمع . .

* * *

obeikandi.com

obeyikanda.com

الفصل التاسع
الإعاقة العقلية
(التخلف العقلي)

obeikandi.com

مفهوم الإعاقة العقلية :

تعتبر الإعاقة العقلية كما ورد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD - 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) WHO بمثابة حالة من توقف النمو العقلي أو عدم إكتماله وتتسم 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 المعاقين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية ، بل إن معدل إنتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المعاقين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين العاديين . وإضافة إلى ذلك فإن الأفراد المعاقين عقلياً يتعرضون بدرجة أكبر لمخاطر الإستغلال والإعتداء الجسمى والجنسى . كما يكون سلوكهم التكيفى adaptive behavior مختلفاً دائماً ، ولكن فى البيئات الاجتماعية التى تكفل الوقاية التى يتوفر فيها الدعم اللازم لهم قد لا يكون مثل هذا الإختلال ظاهراً خاصة بين الأفراد ذوى الإعاقة البسيطة .

وتعد الإعاقة العقلية من أشد مشكلات الطفولة خطورة إذ أنها كمشكلة يمكن النظر إليها على أنها متعددة الجوانب فهى مشكلة طبية ووراثية ونفسية وتربوية واجتماعية وقانونية ، وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض بما يجعل منها مشكلة مميزة فى تكوينها إلى جانب حاجة الطفل المعاق عقلياً إلى الرعاية والمتابعة والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به والمجتمع ممثلاً فى بعض مؤسساته المختلفة ، إضافة إلى ما تتركه تلك الإعاقة من آثار نفسية عميقة لدى أسرة الطفل المعاق عقلياً وكل من له علاقة بهذا الطفل .

وتعرف الإعاقة العقلية mental retardation من المنظور الطبي بأنها ضعف في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي ، وتؤدي بالتالي إلى نقص في المستوى العام للنمو ، وفي التكامل الإدراكي والفهم ، كما تؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة . ومن ثم فإنه يتم النظر إليها في إطار هذا المنظور في ضوء تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها . أما من المنظور الاجتماعي فتعرف في ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المعاق عقليًا حيث يعد غير كفء اجتماعيًا ومهنيًا ودون نظيره السوي في القدرة العقلية ، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة منذ الميلاد أو في سن مبكرة من النمو وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد ، وهي حالة غير قابلة للشفاء التام ، وتتسم بقصور واضح في الأداء السلوكي الوظيفي . ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية . في حين يحددها المنظور السيكمومتري في ضوء نسبة الذكاء التي يصل إليها الطفل ويحققها وذلك بعد تطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال عليه بحيث تقل نسبة ذكائه عن ٧٠ ، بينما يقوم المنظور التربوي على قدرة هذا الطفل على التعلم والتي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد حيث يعتبر الطفل المعاق عقليًا غير قادر على التعلم أو التحصيل الدراسي ، كما ينخفض أداؤه السلوكي بشكل واضح في العمليات العقلية نتيجة لإنخفاض نسبة ذكائه ، ويصاحب ذلك قصور في سلوكه التكيفي . وبذلك نلاحظ أن كل منظور يركز على وجود إنخفاض 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 عشرة .

ويشير سعيد العزة (٢٠٠١) أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقل AAMR قد أوضحت في تعريفها للإعاقة العقلية أن ذكاء الفرد المعاق عقليًا يكون أقل من المتوسط ولا يضارع أبناء عمره في أدائه العقلي ، وأنه يقل عن أقرانه أيضًا في معدل نمو المهارات

الأساسية التي ترتبط بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة ومن هذه المهارات الحبو والمشى والكلام والتحكم في الإخراج ومشاركة الآخرين في نفس العمر ألعابهم ومهامهم المختلفة بمستوى مقبول ، كما تكون قدرته على الإستقلالية 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 الماضى إلى أن الإعاقة العقلية تدل على إنخفاض مستوى الأداء الوظيفى العقلى العام للطفل عن المتوسط إنخفاضاً دالاً يكون مرتبطاً بخلل في سلوكه التكيفى ، وتظهر آثاره خلال مرحلة النمو . وينعكس النقص أو القصور في السلوك التكيفى في المجالات التالية :

أ- تطور المهارات الحس حركية .

ب- تطور مهارات اللغة والاتصال .

ج- تطور مهارات العناية بالذات .

د- تطور مهارات التفاعل مع الآخرين .

ومن الجدير بالذكر أن هذا الخلل في المجالات سالفة 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 ، والإستفادة من العقل والمنطق في السيطرة على البيئة ، والأنشطة والمهارات الاجتماعية والعلاقات بين الشخصية ، إلى جانب الإنجازات الاجتماعية والمهنية .

ويعتبر وجود إنحراف عن مظاهر النمو العادية من المؤشرات الدالة على إحتمال وجود إنخفاض في القدرة العقلية العامة للطفل . ولا يخفى علينا أن هناك أنهماطاً للإعاقة العقلية يمكن إكتشافها منذ ميلاد الطفل وذلك نظرًا لما تتصف به من

خصائص لا تخطئها العين كأن تكون عينا الطفل منحرفتين ، ورقبته غليظة ، وأصابعه قصيرة على سبيل المثال ، وكلها دلائل واضحة على أن الطفل معاق عقليًا وبالتحديد من نمط زملة أعراض داون أو النمط المنغولى . كذلك هناك حالات أخرى مثل إستسقاء الدماغ أو كبر الدماغ أو صغر الدماغ تعد بمثابة أدلة واضحة على الإعاقة العقلية . 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 .

وتشير أسماء العطفية (١٩٩٥) إلى أن الإعاقة العقلية تترك آثارًا سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات ونسب متفاوتة ، فهي تنعكس على أدائه فى القدرات العقلية والمعرفية ، وتنعكس كذلك على قدرته على التكيف الاجتماعى ، وعلى إتزانه الإنفعالى ، وعلى سمات شخصيته ككل . ومن هذا المنطلق نرى أنه بشكل عام هناك العديد من الخصائص التى يتسم بها الأطفال المعاقون عقليًا والتي تعد من الأدلة التى يمكن الرجوع إليها عند التعرف على الحالة وتشخيصها . ويأتى فى مقدمة تلك السمات قدرة الطفل المحدودة على القيام بما يلى :

- أ- تكوين المفاهيم المجردة .
- ب- أداء العمليات العقلية العليا .
- ج- التركيز .
- د- إتخاذ الحيطه والحذر .
- هـ- إستبصار العلاقة بين الأهداف والوسائل التى يمكن تحقيقها بمقتضاها .
- و- العناية بالنفس .
- ز- تكوين صداقات وعلاقات بين شخصية .
- ح- العيش مستقلاً عن الآخرين .
- ط- ممارسة أى عمل نافع .

ى - الإستفادة من برامج التدريب التى يتم تقديمها لهم .
ك - الإلتزام بالقيم والعادات والتقاليد التى يأتى بها الأطفال فى نفس العمر الزمنى
والجماعة الثقافية .

وإذا ما تناولنا ذلك بشيء من التفصيل فسوف نجد أن الأطفال المعاقين عقلياً يتسمون فيما يتعلق بنموهم الجسمى بتأخر معدل النمو عادة ، وصغر حجم أجسامهم ، وقلة أوزانهم وأطوالهم عن العادى ، وصغر حجم الدماغ أو كبره مع ظهور تشوهات أحياناً فى شكل الجمجمة والعين والشم والأطراف . وبالنسبة لنموهم الحركى فهو يتأخر أيضاً ، كما يتسمون بعدم الإرتزان الحركى ، والتأخر فى إستخدام المهارات الحركية للعضلات الصغيرة أو الدقيقة . ومن الناحية النظرية نلاحظ أنهم يتسمون بضعف قدرتهم على التكيف ، ونقص الميول والإهتمامات ، وعدم القدرة على تحمل المسئولية إلى جانب ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ، والإنسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وإن كانوا يميلون إلى مشاركة الأطفال الأصغر منهم سناً فى الممارسات الاجتماعية المختلفة . كذلك فهم إندفاعيون ، ويتشتت تفكيرهم بسرعة ، ومدة إنتباههم قصيرة . كما أنهم أيضاً يتسمون بضعف مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يدفعهم إلى السلوك العدوانى سواء كان عدواناً على الغير أو إيذاء للذات والذى يحدده دبس (١٩٩٨) فى أربعة أبعاد على النحو التالى :

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

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

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

د - عدم القدرة على ضبط الذات والتحكم في الإنفعالات : ويتمثل في الإنتقام ، وعدم القدرة على التحكم في السلوك عند الإستثارة ، ورمى أى شىء أمامه عند الغضب .

وفىما 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 إستخدام ما لديهم من حصيلة لغوية فى سياقات اجتماعية مختلفة . كذلك فإنهم يتسمون بوجود قصور فى العمليات العقلية الأخرى كالذاكرة والإنتباه والإدراك والتخيل والتفكير والقدرة على الفهم والتركيز والمحاكاة مما يؤدى إلى حدوث قصور فى التحصيل الدراسى ونقص فى المعلومات والخبرة وقصور فى إنتقال أثر التدريب . أما من الناحية الإنفعالية فيتسم هؤلاء الأطفال بعدم الإرتزان الإنفعالى ، وعدم الإستقرار أو الهدوء ، وسرعة التأثر ، وبطء الإنفعال ، وقصور فى ردود أفعالهم الإنفعالية حيث تعد أقرب إلى المستوى البدائى إضافة إلى أنهم يعدون أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط .

تشخيص وتقييم الإعاقة العقلية :

تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى (١٩٩٤) American Association on Mental Retardation (AAMR) الإعاقة العقلية بأنها حالة عامة من الأداء الوظيفى العقلى دون المتوسط ، وأن هذا النقص فى 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 فى السلوك التكييفى للطفل . ويعتبر السلوك التكييفى adaptive behavior بمثابة مهارات العناية بالذات (كالقدرة على أن يرتدى الطفل ملابسه بنفسه بشكل مناسب ، وأن يعمل بمهنة بسيطة على سبيل المثال) التى تعد ضرورية للطفل والتى يعد فى حاجة ماسة إليها كى يتمكن من أن يحيا بشكل مستقل . وعلى هذا الأساس فإن الطفل يجب أن يتوفر فيه عدد من الشروط كى نعتبره معاقاً عقلياً ويمكن إجمال تلك الشروط فيما يلى :

- ١ - أن يكون أداؤه الوظيفى العقلى دون المتوسط وذلك بشكل دال .
- ٢ - أن يكون فى الوقت ذاته غير قادر على أن يعتنى بنفسه أو يحيا بشكل مستقل بمعنى أن يعانى من قصور فى سلوكه التكيفى .
- ٣ - أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد بمعنى أن يحدث ذلك قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره ، أما إذا إنحدر مستوى الأداء الوظيفى العقلى للفرد إلى المستوى دون المتوسط لأول مرة فى حياته وذلك فى 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 نعتبه تحلفاً عقلياً لأنه بذلك يكون قد تجاوز أحد الشروط الضرورية للإعاقة العقلية وهو حدوثها قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره .

ومن هذا المنطلق تتطلب الإعاقة العقلية حدوث أوجه قصور فى جانبين أساسيين هما الأداء الوظيفى العقلى والأداء التكيفى للطفل . وإذا كان الأمر كذلك فإن تشخيص الإعاقة العقلية لا يجب بالضرورة أن يتطلب مقياساً وحيداً للتعرف عليه كأن نقوم مثلاً كما يحدث فى كثير من الأحيان بتطبيق أحد مقاييس الذكاء على الطفل وإذا وجدنا أن نسبة ذكائه دون المتوسط نقوم بتشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية حيث أنه إذا حدث ذلك فإننا نكون مخطئين بالفعل لأن نسبة الذكاء المنخفضة فى حد ذاتها لا يجب بالضرورة أن تكون معياراً صادقاً للإعاقة العقلية وإن كانت تمثل شرطاً ضرورياً لتشخيص الطفل كذلك . وفى مثل هذه الحالة يجب علينا إلى جانب ذلك أن نقوم بتطبيق أحد مقاييس السلوك التكيفى ، ونتأكد من أن الطفل غير قادر على أن يعتنى بذاته . ويرى بعض المتخصصين فى هذا المجال أن نقوم أولاً بتطبيق مقياس للسلوك التكيفى 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 الضرورى فى مثل هذه الحالة أن نقوم على الفور بتطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال عليه حتى نتأكد من أن نسبة ذكائه دون المتوسط . وفى مثل تلك الحالة يمكننا أن نصل إلى تشخيص

نهائى للحالة بأن صاحبها يعانى من إعاقة عقلية ، ويعرف هذا الإتجاه فى التشخيص والقياس والتقييم بأنه الإتجاه التكاملى وهو الإتجاه الذى بدأ يسود فى الآونة الأخيرة .

ويرى هاندن (١٩٩٨) Handen أنه فيما يتعلق بقياس السلوك التكيفى يمكننا أن نستخدم مقياساً صريحاً يقيس هذا الجانب ، أو نلجأ من ناحية أخرى إلى أحد البدائل التى تعمل على قياس الأداء الوظيفى المستقل ، أو النمو اللغوى ، أو القدرة على تحمل المسئولية ، أو النشاط الإقتصادى ، أو المنزلى ، أو الجسمى حيث يرى أن هناك العديد من المجالات التى يجب أن نقيس أداء الطفل فيها حتى تساعدنا فى التشخيص . ومن هذه المجالات ما يلى :

- الأداء الوظيفى المستقل .
 - النمو الجسمى .
 - النشاط الإقتصادى .
 - النمو اللغوى .
 - معرفة الأعداد والوقت .
 - النشاط المنزلى .
 - القدرة المهنية .
 - التوجيه الذاتى .
 - تحمل المسئولية .
 - التنشئة الاجتماعية أو القدرات والمهارات الاجتماعية .
- وبعد ذلك يمكن فيما يتعلق بنسبة الذكاء أن نستخدم أحد المقاييس المقننة وهى عديدة ومتوفرة فى الميدان ويأتى فى مقدمتها مقياس ستانفورد بينيه . Stanford-Binet .
- وتؤكد العديد من الدراسات الحديثة كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة إنتشار الإعاقة العقلية 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 إنتشاره تتراوح بين ١-٣٪ فقط ، ووجدت أن تلك النسبة تصل إلى ٣٪ إذا ما إعتدنا على نسبة الذكاء كمعيار أو محك وحيد فقط ، أما إذا ما لجأنا إلى السلوك التكيفي أو الأداء التكيفي للطفل كمعيار أو محك أساسى 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 المعيارى هو ١٥ . وهنا يصبح الطفل الذى يحصل على ٧٠ أو أقل ينطبق عليه أحد المحكات الأساسية للإعاقة العقلية ، ويتبقى له فى مثل هذه الحالة أن ينطبق عليه المحك الثانى وفقاً للتشخيص التكاملى وهو السلوك التكيفى .

وتعرض الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA تشخيصاً للإعاقة العقلية على النحو التالى :

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

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

أ- التواصل .

ب- المهارات الاجتماعية أو بين الشخصية .

ج- المهارات الأكاديمية .

د- الصحة .

هـ- العناية بالذات .

و- إستغلال مصادر المجتمع والإستفادة منها .

ز- العمل .

ح- الأمان .

ط- الحياة المنزلية .

ى- التوجيه الذاتى .

ك- الإستفادة من وقت الفراغ والتخطيط له .

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

وجدير بالذكر أن الإعاقة العقلية تحدث بدرجات تتباين في شدتها أو مدى حدتها . وعلى الرغم من ضرورة إستخدام محكين إثنين لتشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية وذلك وفقاً للإتجاه التكاملى هما نسبة الذكاء والسلوك التكيفى فإن نسبة الذكاء تعد هى المحك الأساسى فى التمييز بين مستويات الإعاقة العقلية 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 للإعاقة العقلية بناء على نسبة الذكاء نعرض لها على النحو التالى :

١- الإعاقة العقلية البسيطة : 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 فى مدارس التربية الفكرية .

٢ - الإعاقة العقلية المتوسطة : 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 المعاق عقليًا عن تلك التى تكون لدى طفل عادى فى التاسعة من عمره . ومن ثم تصيح التربية الخاصة ضرورة ملحة له فى تلك الحالة .

٣ - الإعاقة العقلية الشديدة : severe

وتتراوح 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 تدريبيه على العادات الصحية الأساسية ، ولكنه لا يمكن أن يتعلم المهارات الأكاديمية كما هو الحال بالنسبة لأقرانه فى المستويين السابقين . ومع ذلك فيمكن له أن يستفيد من تدريبيه على أن يقوم بالعادات المختلفة .

٤ - الإعاقة العقلية الشديدة جدًا أو العميقة : 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 تدريبيه 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 لنوضحه بشىء من التفصيل عندما نتناول تصنيف الإعاقة العقلية . هذا ويرى مادل (١٩٩٠) Madle أن حوالى ٨٩٪ من المعاقين عقليًا يعدون فى مستوى الإعاقة العقلية البسيطة ، فى حين يوجد هناك حوالى ٧٪ منهم يعدون فى مستوى الإعاقة العقلية المتوسطة ، وأن حوالى ٣٪ منهم يعدون فى مستوى الإعاقة العقلية الشديدة ، أما مستوى الإعاقة العقلية الشديدة جدًا أو العميقة فلا يوجد فيه

من المعاقين عقليًا سوى حوالي ١٪ فقط . ويضيف سكوت (١٩٩٤) Scott أن نسبة إنتشار الإعاقة العقلية تتأثر بعدد من العوامل تتضمن الجنس ، والمستوى الاجتماعي الإقتصادي ، والسلالة race حيث نجد أن نسبة إنتشار الإعاقة العقلية بين البنين تعد ضعف نسبة إنتشارها بين البنات حيث تبلغ النسبة بينهما ٢ : ١ وأن نسبة إنتشارها تزداد بين السود قياسًا بالبيض . وإلى جانب ذلك فإن الطبقة الاجتماعية ترتبط هي الأخرى بالإعاقة العقلية إذ تزداد نسبة إنتشارها بين الجماعات من المستويات الاجتماعية الإقتصادية الدنيا قياسًا 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 المعاقون عقليًا والتي قد تتزامن في حدوثها مع إعاقتهم العقلية ، من بينها تلك المشكلات التي تتعلق بالمشي ، والمشكلات الحركية الدقيقة ، والتحدث ، والسمع ، والإبصار . كذلك فإن بعض الأطفال المعاقين عقليًا قد يعانون من الصرع أو الشلل الدماغى . كما أن هناك بعض المشكلات النفسية التي قد تتزامن هي الأخرى مع الإعاقة العقلية حيث وجد سكوت (١٩٩٤) Scott أن حوالي ٢٢٪ من المراهقين المعاقين عقليًا 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 المعاقين عقليًا يكون لديهم تشخيص مزدوج حيث يتزامن حدوث اضطراب آخر لديهم مع إعاقتهم العقلية . وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تتمثل في أن مشكلات الصحة النفسية بوجه عام تتزايد لدى الأطفال والمراهقين المعاقين عقليًا قياسًا بأقرانهم العاديين وذلك بنسبة تصل إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف ، وتتزايد مثل هذه المشكلات مع زيادة حدة الإعاقة العقلية حيث يقلل إنخفاض الأداء الوظيفى العقلى 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 الإعاقة العقلية :

هناك عدد من المحكات التي يمكن أن نصل في ضوءها إلى عدد من التصنيفات يمكننا اللجوء إليها عند تناول الإعاقة العقلية . 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 . وسوف نتناول ذلك على النحو التالي :

أولاً : مصدر الإعاقة :

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

أ- الإعاقة العقلية الأولية :

وتعرف الإعاقة العقلية بأنها إعاقة أولية إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية أي وراثية بيولوجية كما هو الحال في المنغولية (زملة أعراض داون) ، أو الشذوذ الكروموزومي ، أو الفينيلكيتونوريا RKU .

ب- الإعاقة العقلية الثانوية :

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

وسوف نتناول هذه الأسباب بالتفصيل عند التحدث عن أسباب الإعاقة العقلية بعد أن ننتهي من تناول تلك التصنيفات .

ثانياً : درجة شدة الإعاقة :

تعتمد درجة شدة الإعاقة العقلية على نسبة الذكاء كمدح أساسي ، ومن هذا

المنطلق تضم الإعاقة العقلية أربع فئات بحسب ما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) DSM-IV والتصنيف الدولي العاشر للأمراض (١٩٩٢) ICD-10 وذلك على النحو التالي :

أ- إعاقة عقلية بسيطة :

تتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ ومع أنهم يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء فإنهم يصبحون قادرين على إستخدام الكلام أو اللغة عامة لقضاء متطلبات الحياة اليومية ، ويصبح بإمكانهم إجراء الحوارات البسيطة مع الآخرين . كما يكتسب أغلب الأفراد في هذه الفئة الإستقلال في رعاية الذات بما يتطلبه ذلك من مهارات تناول الطعام وإرتداء الملابس والتحكم في عمليتي الإخراج على سبيل المثال إلى جانب بعض المهارات المهنية والمهارات اللازمة لأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية البسيطة وذلك على الرغم من أن معدل نموهم يكون أقل بكثير من أقرانهم العاديين . وتمثل الصعوبات الرئيسية بالنسبة لهم في مهام الدراسة الأكاديمية إلى جانب بعض المشكلات السلوكية والانفعالية والاجتماعية . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه يمكن تحديد سبب عضوي مسئول عن الإعاقة العقلية لدى نسبة ضئيلة منهم ، كما أن بعض هذه الحالات يكون مصحوبًا بالتوحد أو غيره من الاضطرابات النائية أو الإعاقات الجسمية .

ب- إعاقة عقلية متوسطة :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٤٠ إلى أقل من ٥٥ ويعد هؤلاء الأفراد بطيئون في فهم وإستخدام اللغة ، ويتأخر إكتسابهم للمهارات اللازمة لرعاية الذات والمهارات الحركية . أما مهاراتهم الأكاديمية فهي محدودة جدًا ، ونادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد إستقلالاً كاملاً عندما يصلون إلى مرحلة الرشد . ومع ذلك فإنهم عادة ما يكونوا قادرين على التحرك بشكل تام مع تمتعهم بالنشاط البدني ، كما يبدو 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 قياسًا 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 بالإشتراك فى حوارات بسيطة ، وما يسمح لهم بتوصيل إحتياجاتهم الأساسية للآخرين ، أو عدم إستخدام اللغة مع أنهم يفهمون التعليمات البسيطة ويستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض هذا القصور اللغوى . وفى أغلب الحالات يمكن تحديد سبب عضوى للإعاقة ، وقد يعانى الأفراد من اضطرابات أخرى شديدة سواء كانت نهائية كالتوحد أو غير نهائية .

ج- إعاقة عقلية شديدة :

وتراوح 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 . ويتسم الأفراد فى هذه الفئة بانخفاض مستويات الإنجاز بشكل عام مع المعاناة من خلل فى الحركة أو أنواع قصور أخرى مصاحبة تدل على وجود عيب تكوينى فى الجهاز العصبى المركزى .

د- إعاقة عقلية شديدة جدًا (عميقة) :

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

ثالثاً: توقيت حدوث الإعاقة :

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

أ- قبل الولادة :

وترجع تلك الأسباب في معظمها إلى عوامل وراثية جينية تترك آثاراً مباشرة على الجنين من خلال المورثات والجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية . وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ومنها تعرض الأم الحامل لأمراض الزهري أو الجدري أو أمراض القلب أو حمى الصفراء أو الحصبة الألمانية أو السحايا أو ضمور 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 الريزي RH والذي يقصد به اختلاف دم الأم عن دم الجنين وهو ما يؤدي إلى عدم نضج خلايا المخ لدى الجنين . وإلى جانب ذلك هناك إدمان الأم للمخدرات أو الكحوليات أو تدخين السجائر أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون إستشارة الطبيب ، أو اضطراب إفراز غددها الصماء ، أو تعرضها للأشعة السينية (X) ، أو محاولات الإجهاض المتكررة من جانبها . ومن هذه العوامل والأسباب أيضاً الأمراض والاضطرابات الدماغية والتي تشمل العيوب المخية التي تنتقل عن طريق الجينات والتي قد يصحبها نمو شاذ في الجمجمة قد يؤدي إلى صغر حجم الدماغ لدى الطفل أو كبره . كذلك فهناك 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 إضطرار 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 أيضًا إلى الإعاقة العقلية بسبب حدوث تلف أو ضمور خلايا المخ نتيجة لذلك .

جـ- 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 الإلتهاب السحائي meningitis أو الحمى الشوكية ، أو الحمى القرمزية ، أو إلتهاب الدماغ ، أو الزهري ، أو الإلتهاب 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 .

رابعًا : المظاهر الجسمية والأنماط الإكلينيكية :

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

أ- المنغولية : **mangolism**

وتتميز بوجود مظاهر جسمية تشبه ملامح الجنس المنغولي وهو ما سوف نتناوله مع العوامل الوراثية المسببة للإعاقة العقلية . وترجع هذه الحالة إلى إختلال في توزيع الكروموزومات حيث يوجد كروموزوم إضافي شاذ في الكروموزوم الحادي والعشرين ، فيكون بذلك لدى الطفل المنغولي ٤٧ كروموزومًا وذلك بدلاً من ٤٦ كروموزوم لدى الطفل العادي .

ب- القماءة أو القصاع : Cretinism

وتنشأ 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 إختفاء 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 ، وتحشن الصوت ، وبروز البطن ، وسقوط الشعر . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه إذا عولج الطفل خلال السنة الأولى من عمره فإنه يشفى من هذه الأعراض وينمو نموًا سويًا ، أما إذا تحلف العلاج إلى ما بعد هذه الفترة فإن الأعراض الجسمية تتحسن ولكن يبقى القصور العقلي ويستمر مع الطفل .

ج- إستسقاء الدماغ : hydrocephalus

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

د- 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 . وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٥ - ٥٠ . ويصاحبه اضطرابات في البصر وتشنجات ، وقد يكون للوراثة دور في ذلك .

هـ- صغر الدماغ : microcephaly

وتتسم هذه الحالة بصغر الجمجمة أو محيط الرأس بشكل واضح ومتفاوت مع باقى أعضاء الجسم مما يعرض الطفل لإعاقة عقلية شديدة إذا 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 فى الشهور الثلاثة الأولى من الحمل أو تعرض الأم للعدوى أثناء فترة الحمل مما يؤدي إلى إلتئام عظام الجمجمة مبكرًا بحيث لا يسمح ذلك بنمو حجم المخ نموًا طبيعيًا حيث يكون ذلك فى الغالب قبل أن يصل الطفل الشهر التاسع من عمره علمًا بأن إلتئام عظام الجمجمة يتم فى المتوسط بين سن عام ونصف إلى عامين وذلك لدى الطفل العادى . 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 المتنحية هى أحد الأسباب التى يمكن لها أن تؤدى إلى حدوث هذه الحالة .

و- العامل الريزيسى : RH factor

وتحدث هذه الحالة بسبب إختلاف دم الأم عن دم الجنين ، وربما ترجع فى الأساس إلى إختلاف دم الأم عن دم الأب فإذا كان دم الأم سالبًا ودم الأب موجبًا مثلًا ، وورث الجنين عن الأب وأصبح دمه موجبًا ، هنا يختلف دم الأم عن دم الجنين مما يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة واضطراب فى توزيع الأكسجين ، وعدم نضج خلايا الدم ، وتدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين ، وبالتالي فإن ذلك يؤثر فى تكوين المخ مما ينتج عنه تلف وضمور فى المخ ، ومن ثم الإعاقة العقلية . ولرعاية هذه الحالة ينبغى أن تتم عملية تغيير دم للطفل بشكل مستمر .

ز- اضطراب التمثيل الغذائى (الأيض) metabolism

وتتسم هذه الحالة بالاضطراب فى تمثيل الدهون ، والبروتينات ، والكربوهيدرات . ويرى سعيد العزة (٢٠٠١) أن هذا الاضطراب ينتقل عن طريق الجينات ، وهناك العديد من المركبات والعناصر الكيميائية التى تسبب ذلك الاضطراب الجينى المسئول

عن الإعاقة العقلية . وجدير بالذكر أن الإعاقة العقلية في حد ذاتها لا تكون موروثه في مثل هذه الحالة ولكنها تحدث بسبب اضطراب الأيض أى عمليتي الهدم والبناء الناتج في هذه الجينات في إختفاء نشاط أنزيمى 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 الإعاقة العقلية التي لا تزيد نسبة الذكاء فيها عن ٥٠ فقط . ولرعاية هذه الحالة يتم تحديد نظام غذائى معين يتم الإلتزام به ، ويمكن التعرف على الحالة من خلال تحليل الدم .

خامساً : السلوك التكيفى :

يقوم هذا التقسيم على تحديد قدرة الفرد على التكيف الاجتماعى والإعتماد على النفس في الحياة اليومية . ومن الأسباب التي تبرر إعتبار السلوك التكيفى أساساً ومعياراً في تحديد الإعاقة العقلية عدم وجود إتفاق على تحديد مفهوم معين للذكاء ، أو تلك العوامل التي تقيسها إختبارات الذكاء ، أو أخطاء القياس إلى جانب أن إختبارات الذكاء لا تقيس جوانب النمو الاجتماعى منها والإنفعالى . ويرى عبد العزيز الشخص (١٩٩٤) أنه يتم تقسيم الأطفال المعاقين عقلياً حسب نسب ذكائهم ودرجة تكيفهم الاجتماعى أو سلوكهم التكيفى كما يلي :

جدول (١٠٩) فئات المعاقين عقلياً ونسب الذكاء المقابلة لها ودرجة التكيف الاجتماعى

مدى الدرجات المحددة نسب التكيف	البعد عن المتوسط في الذكاء	الفئة في السلوك التكيفى
١٣٦ درجة فأكثر	ع ٢ +	فئة المتفوقين
١٣٥ - ٨٥	ع ٢ ±	فئة العاديين
٨٤ - ٧١	ع ٢ -	فئة الإعاقة العقلية البسيطة
٧٠ - ٥٨	ع ٣ -	فئة الإعاقة العقلية المتوسطة
٥٧ - ٤٥	ع ٤ -	فئة الإعاقة العقلية الشديدة
٤٤ درجة فأقل	ع ٥ -	فئة الإعاقة العقلية العميقة

ويتضح من الجدول أن نسب ذكاء الأطفال المعاقين عقليًا 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 تتضمنها الإعاقة العقلية .

سادسًا : التصنيف التربوي :

يتم تقسيم المعاقين عقليًا من المنظور التربوي إلى مستويات ثلاثة وفقًا للمواقف التربوية وذلك على النحو التالي :

أ- المعاقون عقليًا القابلون للتعليم : **educable**

وهم يقابلون فئة الإعاقة العقلية البسيطة الذين تتراوح نسب ذكائهم بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في الحادية عشرة من عمره فيحتاج الواحد منهم بالتالي إلى نوع من التربية الخاصة هو ما توفره مدارس التربية الفكرية .

ب- المعاقون عقليًا القابلون للتدريب : **trainable**

وهم يقابلون فئة الإعاقة العقلية المتوسطة الذين تتراوح نسب ذكائهم بين ٤٠ - ٥٥ والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في التاسعة من عمره ، وبالتالي يتم تدريبه على بعض المهام البسيطة مع تدريبه على بعض المهارات البسيطة التي تساعده على أداء تلك المهام .

ج- المعاقون عقليًا غير القابلين للتعليم أو التدريب :

uneducable or untrainable

وهم يقابلون فئتي الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جدًا أو الحادة ، 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 وأقرانهم في الفئة الثانية في حاجة إلى رعاية خاصة .

أسباب الإعاقة العقلية :

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

- ١ - الإلتهابات والتسمم .
- ٢ - الإصابات والعوامل الجسمية .
- ٣ - الإصابات الدماغية العامة .
- ٤ - الشذوذ الكروموزومى .
- ٥ - اضطرابات الحمل .
- ٦ - اضطرابات عملية التمثيل الغذائى .
- ٧ - عوامل ما قبل الولادة (البيئة الرحمية) .
- ٨ - الاضطرابات النفسية للأُم الحامل .

ومن ناحية أخرى يرى شتينبرج وجريجورينكو Sternberg & Grigo- (١٩٩٩) renko أن للجينات الوراثية دورًا كبيرًا في حدوث الفروق الفردية بين الأفراد سواء كانوا

عاديين أم غير عاديين ، وأن مثل هذه الفروق تحدث في جميع جوانب الشخصية . وفيما يتعلق بمحور إهتمامنا 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 الإعاقة العقلية فسوف نجد أن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها كثيرة ومتعددة ، ولا تقتصر على العوامل الجينية أو الوراثة فحسب ، بل إنها في واقع الأمر تمتد إلى أبعد من ذلك لتشمل عوامل أخرى إلى جانبها يأتي في مقدمتها العوامل البيئية . وهذه العوامل كمجموعة يمكن أن تضم تلك العوامل التي يمكن أن تؤثر على البيئة الرحمة وذلك بعد أن تكون السمات الوراثة قد إنتقلت بالفعل إلى ذلك الجنين الذي يكون قد تكون بالفعل ، إلى جانب عوامل أخرى أسرية أو اجتماعية . وسوف نلقى الضوء على مثل هذه العوامل خلال الصفحات التالية .

أولاً : العوامل الوراثة :

وتعد هذه العوامل مسئولة عن حدوث النسبة الأكبر من حالات الإعاقة العقلية والتي تبلغ حسب ما أوردته بعض التقارير والدراسات حوالي ٨٠٪ 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 الوراثة التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية ، أو بطريق غير مباشر عن طريق نقل الجينات لعيوب تكوينية يمكن أن تؤثر على أنسجة المخ وخلاياه ، وبالتالي تعوق نموه ووظائفه .

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

أ- زملة أعراض داون :

هناك خلل كروموزومى يرتبط بحدوث زملة معينة من الإعاقة العقلية قدم الطبيب البريطاني لانجدون داون Langdon Down وصفاً تفصيلياً لها لأول مرة عام ١٨٦٦ وعرفت بإسمه حيث أطلق عليها زملة أعراض داون Down Syndrome وهى ما تعرف بالمنغولية mangolism . وتمثل تلك الحالة شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية يسببها وجود كروموزوم إضافى شاذ فى الكروموزوم الحادى والعشرين والذى يظهر على شكل ثلاثى triplet بدلاً من أن يكون زوجاً ثنائياً كباقى الكروموزومات الأخرى التى تظهر على شكل أزواج ، وبذلك يصل عدد الكروموزومات فى الخلية الواحدة إلى ٤٧ بدلاً من ٤٦ .

وهناك مجموعة من الخصائص الجسمية يتسم بها الطفل الذى يعانى من زملة أعراض داون حيث تكون رقبته قصيرة وضخمة ، ويكون الجلد مترهلاً أو رخوًا ، أما طول قامته فيكون أقل من المتوسط ، ويكون محيط رأسه أو حجمها صغيرًا ، كما يكون الجزء الخلفى من الرأس مستويًا ، وتكون عيناه جاحظتين مع إنزلاقهما بزواوية ناحية جانبي الجبهة وذلك كالطفل الأحول ، وتكون عضلاته مترهلة ، أما يدها فقصيرتان وضخمتان وأصابعه قصيرة . كما يكون الأنف أبطسًا وعريضًا ، وتكون الأذنان كبيرتين ، والفم صغير ، واللسان بارز . ومع ذلك فهو اجتماعى إلى حد ما ، ويستجيب للتعليمات والتوجيهات . أما فيما يتعلق بالمخ فيكون وزنه أقل من العادى ، ويكون عدد الخلايا به أقل من الطفل العادى ، وتكون التشعبات العصبية بتلك الخلايا قليلة . وعادة ما يحصل الأطفال الذين يعانون من هذا الشذوذ الكروموزومى على درجات دون المستوى المتوسط وذلك على مقاييس القدرات العقلية على الرغم من أنهم قد يختلفون عن ذلك قليلاً فيما يتعلق بمقاييس الذكاء ومقاييس الأداء التكيفى أو السلوك التكيفى .

ومن الجدير بالذكر أن ولادة طفل مصاب بزملة أعراض داون يرتبط إلى حد كبير بسن الأم عند ولادة الطفل ، فإذا كانت الأم فى العشرين من عمرها مثلاً يكون احتمال أن تلد طفلاً بهذه الكيفية هو ١ - ٢٠٠٠ بينما إذا كان عمرها ٣٥ عامًا مثلاً يزداد هذا

الإحتمال ليصل إلى ١ - ٥٠٠ وعندما يصل عمر الأم إلى ٤٥ عامًا فإن مثل هذا الإحتمال يزداد من جديد ليصل هذه المرة إلى ١ - ٢٠ . وعلى الرغم من وجود بعض الآراء التي ترى كما يؤكد هوك وآخرون (١٩٩٠) Hook et. al. بأن ولادة طفل بهذه الكيفية يرتبط بعمر الأب أيضًا ، إلا أن مثل هذه الآراء لم تلق تأييدًا يصل بها إلى ما لاقاه إرتباط ولادة مثل هذا الطفل بعمر الأم .

وعندما يصل هؤلاء الأفراد الذين يعانون من زملة أعراض داون إلى الأربعين من أعمارهم وما بعدها فإنهم عادة ما يعانون في هذا السن من مشكلات تتعلق بالذاكرة إلى جانب أوجه قصور متعددة تتعلق بالجانب المعرفي تشكل جميعها زملة أعراض شبيهة بمرض الزهيمر . Alzheimer

ب - شذوذ الكروموزوم (X) [الكروموزوم (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 آخر من تلك الأنماط التي تتضمنها الإعاقة العقلية 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 ، والجبهة العريضة البارزة ، والفك البارز ، والأذنين الكبيرتين إلى جانب كبر اليدين والقدمين . ويرى مازوكو وآخرون (١٩٩٧) Mazzocco et. al. أن هذا النمط من الإعاقة العقلية 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 مزدوجًا في مثل هذه الحالة .

ج - الفينيلكيتونوريا : PKU

وهناك اضطراب آخر يعرف بالفينيلكيتونوريا phenylketonuria الذي يكتب إختصارًا PKU والذي يتحدد بعوامل عضوية وأخرى وراثية . ويعد هذا الاضطراب

بمثابة خطأ وراثي يتعلق بعملية الأيض أو الهدم والبناء metabolism ينشأ عن خمول في أنزيمات الكبد تؤدي إلى ظهور أحماض أمينية في البول تجعل رائحته كريهة . وهناك فحوص طبية يمكن من خلالها التعرف على هذه الحالة وذلك منذ الأسبوع الثالث بعد الولادة .

وجدير بالذكر أن الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب يكونون في الغالب عادين عند الولادة ، ولكنهم إذا لم يعالجوا عند إكتشاف الحالة وذلك خلال العام الأول من عمرهم فإن الأمر يتطور إلى حدوث الإعاقة العقلية . وتوضح الدراسات الحديثة أنه إذا تم تشخيص الحالة بدقة في وقت مبكر من عمر الطفل ، وتم تحديد نظام غذائي معين للطفل بعد ميلاده بوقت قصير فإن الأمر لا يصل إلى حدوث الإعاقة العقلية بل إن الطفل يكون عاديًا . 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 . ويرى روبنشتين وآخرون (1990) Rubenstein et. al. أن مثل هذا الاضطراب يعد نادرًا إذ تبلغ نسبة حدوثه بين الأطفال حالة لكل أربع عشرة ألف حالة ولادة . وتتراوح حدة الإعاقة العقلية الناتجة عن هذه الحالة بين الإعاقة المتوسطة إلى الإعاقة الشديدة جدًا . ولا يرتبط هذا الاضطراب بطبقة اجتماعية معينة أو بمستوى اجتماعي إقتصادي معين .

د- حالات أخرى :

وهناك عوامل وراثية وعضوية أخرى تلعب دورًا أساسيًا في حدوث الإعاقة العقلية يأتي في مقدمتها إصابة الأم 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 إختلال في الأداء الوظيفى العقلى للطفل . وتعد العوامل العضوية مسئولة عن حوالى ٧٠٪ تقريبًا من حالات الإعاقة العقلية الشديدة ، وعن حوالى ٥٠٪ تقريبًا من حالات الإعاقة العقلية البسيطة .

ثانيًا : العوامل البيئية :

وتضم هذه العوامل نوعين رئيسيين من العوامل المسببة للإعاقة العقلية ، يرتبط النوع الأول منها بمجموعة العوامل التى تؤثر على الجنين وهو فى رحم أمه وتؤدى إلى إصابته بالإعاقة العقلية فى حين يرتبط النوع الثانى بتلك العوامل التى ترتبط بالبيئة الاجتماعية للطفل والتى تلعب دورًا رئيسيًا فى هذا الصدد . ويمكن تناول تلك العوامل كالتالى :

١ - البيئة قبل الولادة :

قد تتضمن تلك البيئة عددًا من المؤثرات السلبية التى قد يصل حجم تأثيرها الضار إلى تعطيل جانب كبير من قدرات الطفل العقلية . وجدير بالذكر أن هناك عددًا من العوامل التى قد تتعرض لها الأم الحامل والتى قد تؤثر سلبًا على الجنين يأتى فى مقدمتها المشكلات الصحية سواء كانت عضوية أو نفسية ، وسوء التغذية ، والتدخين ، وتعاطى الكحوليات ، وتعرضها للعدوى أو للأمراض المعدية ، أو تعاطيها العقاقير دون إستشارة الطبيب ، أو تعرضها للإشعاعات الضارة إلى جانب نقص الأكسجين عند ولادة الطفل . ويلخص عادل عبد الله (١٩٩١) هذه العوامل كالتالى :

أ - سوء التغذية :

من المعروف أن الجنين يحصل على متطلباته الغذائية من مدخرات الأم ، فإذا كانت تلك المدخرات كافية بمعنى أن غذاء الأم كان صحيًا مناسبًا فإن ذلك يساعد الجنين على أن ينمو نموًا طبيعيًا ، أما إذا كانت تلك المدخرات غير كافية نتيجة معاناة الأم من سوء التغذية فإن ذلك لا بد أن يؤثر سلبًا على نمو الجنين فينمو نموًا غير طبيعى ، 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 للضعف العقلي والاضطرابات النفسية وتعرضه للعديد من الأمراض الجسمية المختلفة .

ب- الحالة الصحية للأم :

إن تعرض الأم لأي مرض معد خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يترك أثرًا بالغًا على الجنين . فإصابتهما بالسحايا أو الحصبة الألمانية على سبيل المثال قد يؤدي بالجنين إلى الصمم أو البكم أو الضعف العقلي . كما أن اضطراب إفرازات الغدد عند الأم قد يؤدي بالجنين إلى أن يصبح معاقًا عقليًا .

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 الإعاقة العقلية ، ويتمثل الأمر الأول 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 الحوامل بعد هذا السن قد يتعرضن للمرض ، وقد يتعرضن لصعوبات بالغة أثناء الحمل والولادة ، كما قد يزداد احتمال إصابة أطفالهن بحالات الضعف العقلي . وقد أوضحنا من قبل العلاقة بين سن الأم الحامل وإصابة طفلها بزملة أعراض داون . كذلك فإن الحمل قبل سن العشرين قد توأكبه حالات ولادة مبتسرة وهو من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الضعف 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 الضعف العقلي أو حدوث تشوهات جسيمة إلى جانب أنه قد يؤدي إلى الإجهاض .

و- تعاطى الأم للعقاقير :

يؤدي تعاطى الأم للعقاقير دون إستشارة الطبيب خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل إلى تأثيرات سيئة على الجنين ، وأحياناً على الأم الحامل نفسها حيث قد يؤدي ذلك إلى ظهور أعراض فقر الدم عليها وحدث النزيف الدموي قبل الولادة وبعدها ، كما قد يؤدي أيضاً إلى العديد من التشوهات الجنينية ، أو بعض الأورام السرطانية ، أو الضعف العقلي .

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 تعاطى 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 (Aronson et. al. 1997) أن تعاطى الأم للكحوليات قد يعرض الجنين لما يعرف بزملة أعراض تعاطى الكحوليات fetal alcohol syndrome والتي تتضمن تأخرًا 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 .

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 الإتصال بالآخرين ، وعدم توفر فرص التعليم ، والحرمان الثقافي ، والفقر وسوء أو تدنى الحالة الإقتصادية مع كبر حجم الأسرة ، وسوء التغذية على سبيل المثال . وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدي بالفرد إلى النضج العقلي والنفسي والاجتماعي والإنفعالي حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذى يؤثر سلبيًا على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه ، وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يجد كثيرًا 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 الاجتماعى فى الطفولة المبكرة يترك آثارًا سلبية على النمو العقلي الذى قد تتم إعاقته فى هذه المرحلة سواء بسبب ذلك أو نتيجة لاضطرابات نفسية أو إنفعالية أخرى . ومن ثم فإن هذه المجموعة من العوامل لها دور فى هذا الصدد لا يمكن تجاهله .

الوقاية من الإعاقة العقلية :

يذكر كمال مرسى (١٩٩٤) أننا عندما نطبق مفهوم الوقاية فى الصحة العامة والصحة النفسية فى مجال الإعاقة العقلية فإنه يصبح لدينا مستويات ثلاثة من الوقاية يمكن تحديدها على النحو التالى :

أ- الوقاية الأولية : primary prevention

ويقصد بها تلك الجهود والإجراءات التى يتم بذلها والعمل فى ضوءها وذلك فى سبيل رعاية الأجنة بهدف متابعتهم وتقليل فرص وإحتمالات ولادة أطفال معاقين عقليًا أو مشوهين وذلك بتوفير الرعاية للأم الحامل ، ومراجعتها المستمرة للطبيب ، وإستشارته الدائمة فى كل ما تتعرض له ، وتغذيتها جيدًا ، وحمايتها من أى أخطار يمكن أن تسهم فى ولادة طفل معاق عقليًا أو مشوه سواء تمثل ذلك فى شكل صدمات أو أشعة أو عقاقير أو مخدرات أو كحولييات أو تدخين أو أى نقص فى 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 الإهتمام بالإرشاد الزواجى ، 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 التى تساعدهم على النمو السوى . وخير شاهد على ذلك هو مشروع التأمين الصحى للأطفال وتلاميذ المدارس الذى تتبناه الحكومة فى الوقت الراهن . كما يتضمن هذا المستوى من الوقاية إلى جانب ذلك توفير الجو الثقافى الملائم الذى يمكن أن يساعد على النمو العقلى السليم ، وخير مثال وشاهد على ذلك هو برنامج القراءة للجميع الذى تتبناه 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 بالإعاقه العقلية ، والتى يمكن لها أن تؤدى إلى حدوث تلك الإعاقه . وهو الأمر الذى يمكن أن يقلل بدرجة كبيرة من إحتمال أن تلعب تلك الظروف البيئية دورًا فى حدوث الإعاقه . هذا إلى جانب تقديم الرعاية المطلوبة لأطفال الأسر الفقيرة ثقافيًا واجتماعيًا 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 المعاقين عقليًا وتعليمهم ، وتأهيلهم ، وتشغيلهم فى أعمال مفيدة لهم ،

وتعود بالنفع والفائدة على مجتمعاتهم . وفي هذا الصدد تم تحديد وتخصيص ٥٪ من الوظائف للأفراد ذوي الإعاقات .

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

رعاية الأطفال المعاقين عقلياً :

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

١ - الإقامة . placement

٢ - التعليم المدرسى . education

٣ - التدخلات العلاجية . interventions

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

أولاً : الإقامة :

يشير تعيين المكان الملائم للفرد المعاق عقلياً إلى إجراءات أو ترتيبات الإقامة التى تتخذ لهذا الفرد . وكان يتم فى الماضى وضع هؤلاء الأفراد فى 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 المعاقين 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 المعاقين 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 يوميًا من الرعاية لطفلها المعاق عقلياً .

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

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

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

ومنذ الستينيات من القرن الماضي ظهر ما يعرف بمراكز المجتمع المحلي -Commu-nity Centers والتي تعمل على توفير مناخ أسرى شبيه بما يوجد في المنزل ، وتوفير فرص التفاعل مع الآخرين ومع البيئة المحلية التي ينشأ هؤلاء الأطفال فيها . وهو الأمر الذي يمكن أن يساعدهم على الإندماج مع الآخرين المحيطين بهم والإنخراط في

مجتمعهم المحلى . وإلى جانب ذلك وفي سبيل تحقيق الأهداف المحددة لها عملت تلك المراكز على توفير الإشراف اللازم على الطفل وتوجيهه أثناء فترة وجوده فيها . وتتراوح الأهداف التي تعمل هذه المراكز على تحقيقها والتي تقوم على أساس مجتمعى ، وتتسم برامجها بشبهها بالحياة الأسرية وتقديم الخدمات لكل شخص مقيم بها بين إعداد هؤلاء الأفراد للإندماج فى المجتمع المحلى 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 للإنخراط فى المجتمع . وسوف نعرض لذلك كما يلى :

أ- المراكز المرحلية : halfway centers

وتعمل تلك المراكز على تقديم الخدمات العلاجية قصيرة المدى للأفراد الذين لم يعودوا بحاجة إلى الرعاية الداخلية ، ويحتاجون فى الوقت نفسه إلى فترة من الإشراف والعلاج حتى يستطيعوا الإندماج مع الآخرين فى مجتمعاتهم . ولذلك تعمل هذه المراكز على توفير مواقف للحياة الفعلية الواقعية يكتسب خلالها هؤلاء الأفراد المهارات الاجتماعية والمهنية اللازمة للأداء الوظيفى المقبول فى إطار المجتمع المحلى الذى ينتمون إليه .

ب- مراكز الرعاية الجماعية : Group care centers

وتقدم هذه المراكز الرعاية الجماعية على أسس مجتمعية ، وتوفر برامج شبه أسرية للأفراد المعاقين 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 فى الوقت ذاته يكون غير قادر على الحياة المستقلة . ولذلك يكون الإشراف فى تلك المراكز مباشراً مع توفير الأنشطة الاجتماعية المتنوعة التى يتم تدريب هؤلاء الأطفال على المشاركة فيها .

جـ- مراكز الإقامة : boarding centers

وتقدم هذه المراكز خدماتها للأطفال المعاقين عقلياً من الدرجة البسيطة . ولا يخضع الأطفال فيها لأي قواعد أو نظم باستثناء تلك التي تقرر بشكل عشوائي من جانب إدارة المركز . كما أنه لا يوجد بها أى شكل من أشكال الإشراف المباشر مما يتيح الفرصة لأي طفل معاق عقلياً أن يلتحق بالمركز في أى لحظة . وتعمل البرامج التي يتم تقديمها من خلال مثل هذه المراكز على إعداد هؤلاء الأطفال للإندماج في مجتمعهم المحلي . وربما يرجع عدم وجود إشراف مباشر في تلك المراكز إلى أنها تقبل الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة والذين يتمكنون من خلال إشتراكهم في الأنشطة المختلفة من الأداء السلوكي بشكل مقبول ومستقل .

ثانياً : التعليم المدرسي :

يصنف الأطفال المعاقون عقلياً وفقاً للتصنيف التربوي إلى قابلين للتعليم ، وقابلين للتدريب ، وغير قابلين للتعليم أو التدريب . وقد إهتمت دول العالم ومؤسساته وهيئاته المتخصصة منذ وقت طويل بتقديم الخدمات التعليمية للأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعليم وهم أولئك الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة . وتم 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 المعاقين عقلياً التي أصدرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في ديسمبر ١٩٧١ والتي تنص في مادتها الثانية على حق الشخص المعاق 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 المعاق في أكتوبر ١٩٩٥ والذي أقر حق إتاحة الفرصة للطفل المعاق كي ينال الرعاية التربوية والنفسية شأنه في ذلك شأن الطفل العادي ، وصدر قانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ والذي جعل في مصر لأول مرة في تاريخها قانوناً متكاملاً للطفل يتضمن كافة الحقوق المتعلقة به ، ومنها ما يلي :

١ - حق الطفل المعاق في التمتع برعاية خاصة :

تذكر المادة ٧٦ من قانون الطفل أن للطفل المعاق الحق في التمتع برعاية خاصة اجتماعية وصحية ونفسية تنمى إيمانه على نفسه وتيسر إندماجه ومشاركته في المجتمع .

٢ - مجالات إهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعاقين (إنشاء معاهد ومدارس لهم) :

تضمنت المادة ٧٨ من قانون الطفل مجالات إهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعاقين 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 المعاقين 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 وإستعداداتهم . وتحدد اللائحة التنفيذية شروط القبول ومناهج الدراسة ونظم الإمتحانات فيها .

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

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

أ - فترة تهيئة :

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 .

جـ- الإعدادية المهنية :

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

وتتحدد شروط القبول بمدارس التربية الفكرية على النحو التالى :

- يقبل الأطفال المعاقين عقليًا الذين يتم تحويلهم إليها من المدارس الإبتدائية أو ممن لم يلتحقوا بالمدارس الإبتدائية من سن ٦ - ١٢ سنة متى توافرت فيهم شروط القبول . ولا يجوز بقاء التلميذ بهذه المدارس بعد بلوغه ١٨ سنة فى أول أكتوبر من العام الدراسى .

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

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

ب - ألا تكون لدى المقبولين إعاقات أخرى غير الضعف العقلى تحول دون إستفادتهم من البرنامج التعليمى الخاص بهم .

ج - يوضع جميع التلاميذ المقبولين تحت الملاحظة لمدة لا تقل عن أسبوعين وذلك للتحقق من شروط الإستقرار 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 الإختبارات النفسية والفحوص التى تقوم بها الجهات المختصة وذلك بعد أن يتم إستيفاء الشروط السابقة .

وجدير بالذكر أن هناك أهدافاً تعمل مدارس التربية الفكرية على تحقيقها يمكن أن نوجزها فيما يلى :

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 والإتجاهات الاجتماعية السليمة وغرس القيم الدينية والخلقية .
- ح- تحسين العلاقات الاجتماعية مع أفراد المجتمع .
- ط- تنمية العادات الصحية السليمة .
- ى- إعداد التلميذ المعاق عقلياً للحياة العملية وذلك بتدريبه على مهنة مناسبة .
- ك- مساعدته على إستغلال وقت الفراغ إستغلالاً سليماً عن طريق برنامج النشاط الترفيهي .
- ل- تحقيق التكيف والتوافق الإنفعالي والإستقلال الذاتى للطفل فى الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل للصحة النفسية وتوفير التوعية اللازمة ، وتوطيد العلاقة بين المدرسة والمنزل .

٤ - إعتبرات رعاية المعاقين عقلياً :

هناك عدد من الإعتبرات التى ينبغى علينا فى ضوءها رعاية هؤلاء الأطفال يأتى فى مقدمتها الإعتبر الدينى والأخلاقى حيث يحتنا الدين والأخلاق على رعايتهم كما ورد فى الحديث الشريف (إنما ينصر الله هذه الأمة بضعيفها) و (إبعونى الضعفاء فإنها ترزقون بضعفائكم) . وهناك الإعتبر الاجتماعى الذى يقر حق كل فرد فى المجتمع أن ينال الرعاية التربوية والنفسية المناسبة . أما الإعتبر الإنسانى الحضارى فينظر إلى حق المعاق كإنسان فى أن ينال الإهتمام الملائم . فى حين ينظر الإعتبر الإقتصادى إلى أن تربية هؤلاء الأطفال لها عائد إنتاجى حيث يمكن لنسبة كبيرة منهم تقدر بحوالى ٧٥٪ إذا ما أحسنا توجيههم وتعليمهم أن يحققوا التكيف النفسى والاجتماعى والمهنى .

ومن هذا المنطلق تم وضع نظام تعليمى خاص بهؤلاء الأطفال تمثله مدارس التربية الفكرية يراعى خصائصهم التى يجب وضعها فى الإعتبار عند تعليمهم والتى يجب أن تراعى من خلال إستراتيجيات التدريس والبرامج المقدمة لهم . ويعرض سعيد العزة (٢٠٠١) لهذه الخصائص على النحو التالى :

- عدم التعليم بشكل فعال بل ببطء شديد .
- عدم القدرة على تحقيق مستوى تعليمى مقبول .
- إنخفاض مستوى سرعة إكتساب المعلومات .
- توقع الفشل فى التعلم بسبب عدم الكفاءة .
- الإفتقار إلى الدافعية الذاتية للتعلم .
- الإعتيادية وعدم الثقة بالنفس .
- موضع الضبط لديهم خارجى ويعززون الفشل للآخرين .
- يعانون من مشكلات فى الانتباه والتذكر والتركيز واللغة .
- ضعف القدرة على تنظيم المعلومات .
- عدم القدرة على إستخدام إستراتيجيات التعلم الصحيحة .
- ضعف إنتقال أثر التعليم إلى المواقف المشابهة .
- عدم الإتقان الكامل فى أداء المهام التعليمية .
- زيادة نسبة نسيانهم للمعلومات التى تعلموها .
- عدم القدرة على تعميم أثر التعلم .
- قدرة محدودة على فهم الرموز والتجريد .

وجدير بالذكر أنه يتم فى هذه المدارس إستخدام إستراتيجيات تدريس معينة وذلك لتسهيل تعلم هؤلاء الأطفال ، وتنظيم وترتيب بيئة التعلم بالنسبة لهم سواء فى المدرسة

أو المنزل وذلك لإشباع حاجاتهم . وعلى الرغم من أن مثل هذه الإستراتيجيات قد تشبه تلك الإستراتيجيات التى يتم إستخدامها فى الفصول العادية وذلك مع الأطفال العاديين فإن هناك بعض التعديلات التى يتم إدخالها عليها حتى تتناسب مع الأطفال المعاقين عقليًا . ولكن يؤخذ على مدارس التربية الفكرية أنها تعزل هؤلاء الأطفال عن أقرانهم العاديين ، وتحد تمامًا من إتصالهم بهم وتفاعلهم معهم . ولذلك فإن الإتجاه الحديث فى هذا المجال يعمل على دمجهم مع أقرانهم العاديين فى فصول ملحقة بالمدارس العادية . ومع أن مثل هذا الدمج لا يمكن أن يكون دمجًا كليًا ، بل يكون مجرد دمج جزئى وذلك فى حصص النشاط على الأقل ، إلا أنه مع ذلك له أهميته حيث يعمل - وهذا هو الأهم - على تغيير إتجاه الأطفال العاديين نحو أقرانهم المعاقين عقليًا مما يزيد من إقبالهم عليهم وتفاعلهم معهم . وإن كانت هناك فوائد أخرى يمكن أن تعود على الأطفال المعاقين عقليًا من جراء هذا الدمج فإن أهم تلك الفوائد فى رأينا هو ما ذكرناه من تغيير إتجاهات الأطفال العاديين تجاههم حيث يمكن أن يساعدهم ذلك فى تحقيق أى فوائد أخرى يمكن توقعها فى هذا الصدد .

وقد أخذت محاولات الدمج شكلين بدأت بإلحاق المعاقين عقليًا بفصول العاديين ، ثم تحولت إلى تعليمهم فى فصول ملحقة بالمدارس العادية . وعندما تم إلحاق الأطفال المعاقين عقليًا بفصول العاديين رأى البعض أن ذلك يجعلهم يكتسبون الخصائص السوية ، ويساعدهم على الإندماج معهم ومع الآخرين فى المجتمع . ولم يكن الأطفال المعاقون عقليًا يخضعون للإمتحانات التى تعقد لأقرانهم العاديين وإنما يتم نقلهم آليًا 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 المعاقين 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 سلبًا على تكامل الفصول ونظام العمل بها إلى جانب أن المعلمين غير مؤهلين للعمل مع هؤلاء الأطفال ذوى القدرات العقلية المحدودة فكان

التفكير في تخصيص فصول خاصة ضمن مدارس العاديين لتأهيل الأطفال المعاقين عقليًا تحقق هدف دمجهم مع أقرانهم الأسوياء في الأنشطة غير المدرسية مما يتيح لهم التعامل والتفاعل معهم وإكسابهم العادات والتقاليد السائدة في الجماعة مع إتاحة الفرصة لهم للتحصيل بالمعدل الذى يتناسب مع قدراتهم العقلية ، ومن ثم فلم يشعروهم هذا النظام بالنبذ أو العزل أو البعد عن أقرانهم العاديين .

ويشير عبد الرحمن سليمان (١٩٩٩) إلى أن من الأساليب التربوية المعاصرة التى تستخدم مع الأطفال المعاقين عقليًا والتى بدأ استخدامها منذ أربعة عقود تقريبًا طريقة التعليم المبرمج programmed instruction والتى تعد بمثابة مواد تعليمية أعدت بطريقة معينة بحيث يتم تقديم المعلومات والمهارات للتلاميذ بصورة تمكنهم من الإعتماد على أنفسهم فى التعلم ، ويمكن وضع هذه المواد التعليمية فى كتب خاصة كأن تكتب التعليقات والأسئلة فى صفحة والإجابة الصحيحة فى صفحة تالية ، أو يكون هذا فى جزء من الصفحة وذلك فى جزء آخر ويطلب من الطفل أن يقرأ التعليقات والأسئلة ويحجب عنها ، ثم يتأكد من صحة إجابته بالرجوع إلى الإجابات الصحيحة . كما يمكن أيضًا إعداد هذه المواد التعليمية بحيث تعرض بواسطة أجهزة تعليمية معينة .

وقد وضع جيمس إيفانز James Evans أسس برجة مناهج المعاقين عقليًا على النحو التالى :

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

ب- مبدأ الإستجابة الفعالة أو النشطة : active responding ويقوم على إعطاء الطفل الوقت الكافى كى يبحث عن الإستجابة الصحيحة بنفسه فيدونها كتابة أو يعبر عنها بيده . وبالتالي يكون إيجابيًا فى التعلم .

ج- مبدأ التصحيح الفورى : immediate conformation ويقوم على معرفة الطفل نتيجة تعلمه بسرعة فيعرف ما إذا كانت إجابته صحيحة أم خاطئة وذلك فور إنتهائه 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 الذى يحدد سرعته في التعليم بنفسه .

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

ثالثاً : التدخلات العلاجية :

وتشير إلى تلك التدخلات التى تهدف إلى خفض حدة المشكلات الإنفعالية والسلوكية المصاحبة للتخلف العقلى إلى جانب ما يصاحبه أيضاً من مشكلات واضطرابات نفسية . وتتضمن المشكلات المصاحبة للتخلف العقلى كما يرى كندول (kendall ٢٠٠٠) اضطرابات معرفية كاهلاوس ، واضطرابات إنفعالية كالإكتئاب ، واضطرابات سلوكية كالعدوان وإيذاء الذات . كما يرى أن حوالى ٣٨٪ - ٦٥٪ من المعاقين 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 النقاط التالية :

- أ- العلاج الطبى .
- ب- العلاج السلوكى .
- ج- جداول النشاط المصورة .
- د- العلاج باللعب .
- هـ- السيكودراما .
- و- الإرشاد الأسرى .
- ز- العلاج المعرفى السلوكى .

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 الإعاقة العقلية أو تحسين القدرات العقلية للطفل . ويرجع ذلك إلى أن الإعاقة العقلية لا تعد مرضاً بل إنها تعتبر بمثابة حالة عامة ، ومن ثم فالهدف من العلاج الطبي يتمثل كما يرى هاندن (١٩٩٨) Handen في الحد من المشكلات السلوكية والإنفعالية المصاحبة للإعاقة ، ومن أمثلتها السلوك الفوضوى ، والأعراض الذهانية ، والمشكلات المرتبطة بالإنتباه . وتتركز الأعراض الذهانية في الأفراد الأكبر سناً تقريباً الذين تصدر عنهم في الغالب مشكلات سلوكية حادة . كما أن مضادات التشنج يتم إستخدامها بانتظام وذلك بغرض التحكم في تلك النوبات التي قد يصاب الطفل بها . وإلى جانب ذلك هناك نسبة من الأطفال المعاقين عقلياً تبلغ نحو ٩ - ١٨٪ يعانون من اضطراب الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى المفرط ADHD وهو ما يتطلب علاجاً طبيّاً هو الآخر .

وعلاوة على ذلك هناك علاج طبي للأم الحامل يعمل على الوقاية من حدوث الإعاقة العقلية 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 العسرة ، 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 إستسقاء الدماغ فيتم اللجوء إلى عملية جراحية (بذل) للتخلص من كمية من السائل المحيط بالمشغ ، 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 والإنفعالية للمعاقين عقلياً تلك التدخلات التي يتم إستخدامها مع الأفراد العاديين مع بعض التغييرات فيها حتى تتلاءم مع المعاقين عقلياً . وتعد التدخلات السلوكية هي أنسب التدخلات العلاجية معهم وأكثرها فائدة لهم .

وتركز برامج التدريب السلوكية على تعليم الأفراد المعاقين 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 إستخدام التعزيز الاجتماعي كالإبتسام أو الثناء اللفظي أو الربت على الظهر وهو الأمر الذي يكون له أثر إيجابي على هؤلاء الأفراد . هذا وقد تم إستخدام الأساليب السلوكية بشكل جيد معهم في سبيل الحد من سلوكهم الفوضوي أو غير المرغوب اجتماعياً ، أو للسيطرة على سلوكهم العدواني ، أو لتدريبهم على إستخدام التواليت ، أو ما شابه ذلك ، أو إكسابهم سلوكيات مرغوبة ، أو لتدريبهم على مهارات معينة ، أو للحد من سلوكيات غير مرغوبة . ومن الفنيات التي يتم إستخدامها في هذا الصدد التلقين اللفظي ، والتقليد ، والنمذجة ، والتركيز على الإستجابة الصحيحة دون الخاطئة ، والتعزيز ، والتغذية الرجعية 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 المعاق عقلياً من ناحية أخرى ، كما يمكن أن تكون برامج جماعية بشرط توفر عدد من المحكات الهامة من بينها ألا يزيد عدد أفراد المجموعة العلاجية عن ستة أفراد ، وأن يكونوا جميعاً ممن يعانون من مشكلات متشابهة ، وأن تكون ظروف إعاقتهم وشدتها تقريباً واحدة ، وأن يكونوا متشابهين فيما بينهم من حيث العمر الزمني والمستوى العقلي والمستوى الاجتماعي الإقتصادي الثقافي ونسبة الذكاء ، وأن يتم تدريبهم جميعاً على نفس المهارة .

٣- جداول النشاط المصورة :

تأتى جداول النشاط المصورة وهى الفكرة التى تمثل جوهر الكتاب الحالى فى إطار التوجه السلوكى وتعديل السلوك ، وتهدف إلى تحقيق أهداف أو أغراض محددة . ومع أن مثل هذه الجداول قد تم إعدادها فى الأساس للإستخدام مع الأطفال التوحدين فإننا قد قمنا بإستخدامها مع الأطفال المعاقين عقليًا وذلك فى الدراسة التى إشتراك معنا فيها د/ السيد فرحات (٢٠٠١) وهى الدراسة التى نعرض هنا فى الفصل التالى ، والتى نوضح من خلالها كيف يمكن إستخدام تلك الإستراتيجية الحديثة معهم فى هذا الإطار. ومن هذا المنطلق فإن إستخدام هذه الإستراتيجية مع هؤلاء الأطفال يعد أحد الإستخدامات الحديثة لها ، وهو ما سوف نتناوله بالتفصيل فى الفصل العاشر من هذا الكتاب .

٤- العلاج باللعب :

يرى سعيد العزة (٢٠٠١) أننا يمكن أيضًا أن نستخدم العلاج باللعب مع الأطفال المعاقين عقليًا . ويمكن أن يتم هذا التدخل العلاجى إما بشكل فردى أو بشكل جماعى ، فإذا كانت مشكلات الفرد المعاق عقليًا من النوع الذى يرتبط بالتكيف الاجتماعى فإنه يفضل إستخدام النمط الجمعى فى حين إذا كانت تلك المشكلات من النوع الذى يتصف بالاضطراب الإنفعالى فيفضل إستخدام النمط الفردى . ويمكن من خلال العلاج باللعب الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعيًا ، أو إكسابه سلوك مرغوب ، أو حتى تنمية مهارة معينة لديه . ولذلك يجب أن تتوفر للعلاج باللعب غرفة تحتوى على أنواع وأشكال مختلفة من الألعاب وأدوات اللعب غير القابلة للكسر حتى لا يؤذى الطفل بها نفسه أو غيره .

٥- السيكودراما :

يمكن إستخدام السيكودراما كأحد التدخلات العلاجية فى هذا الصدد مما يعطى للطفل الفرصة من خلال لعب الدور وعكس الدور أن يعبر عن إنفعالاته ورغباته المكبوتة بشكل حر مما يعمل على تفريغ الشحنات الإنفعالية المكبوتة لديه . ومن ثم

تعد السيكودراما وسيلة جديدة لتتنفيس عن تلك الشحنات ، ويمكن إستخدامها لتحقيق نفس الأهداف التى نعمل على تحقيقها باستخدام أى أسلوب آخر من أساليب العلاج النفسى .

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 المعاق عقليًا فحسب ، بل تركز أيضًا 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 الإعاقة العقلية لأنها كما أوضحنا من قبل حالة وليست مرضًا ، ولكن تلك البرامج تهدف إلى السيطرة على بعض الاضطرابات المصاحبة مما يساعد الفرد المعاق عقليًا 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 إستخدمنا فى دراستنا التى إشتراك معنا السيد فرحات (٢٠٠١) فى إجراءاتها نمطًا من الإرشاد الأسرى يقوم على إرشاد والدى هؤلاء الأطفال فى سبيل إستئناف تدريب أطفالها هؤلاء على إستخدام 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 المعاقين عقليًا من جراء ذلك . كما يمكن إلى جانب ذلك إرشاد الوالدين إلى ضرورة إستخدام الأساليب التربوية السليمة فى تنشئة أطفالها المعاقين عقليًا والتى تتطلب البعد عن الأساليب السلبية حتى لا يزيد من مشكلات مثل هؤلاء الأطفال ، ومن هذه الأساليب الحماية الزائدة ، والنبد ، والإهمال ، والتفرقة فى المعاملة ، ومعاقتهم جسديًا ، والرفض وعدم التقبل ، والحرمان . والأهم من ذلك هو تغيير إتجاهاتها وإتجاهات أعضاء النسق الأسرى نحو أبنائهم المعاقين عقليًا ،

وتدريب هؤلاء الأبناء على القيام بالأدوار الأسرية والأعمال المنزلية البسيطة مما يساعدهم على التكيف .

٧- العلاج المعرفي السلوكي :

تعد فئة ذوى الإعاقة العقلية كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٠) من أكثر الفئات التى لم تتلق أى إهتمام من قبل فى التطبيق الإكلينيكي للعلاج المعرفي السلوكي ، وربما يرجع ذلك إلى أن أعضاء هذه الفئة تنقصهم الكفاءة العقلية وناقدره على التنظيم الذاتى . self-regulation وبالتالي فإن الإهتمام بهذه الفئة وإتساع نطاق تضيقات العلاج المعرفي السلوكي عليها يمثل تطورًا جديدًا لكل من العلاج المعرفي السلوكي والإهتمام بأعضاء هذه الفئة إذ يعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على ذوى الإعاقة العقلية من الإتجاهات الحديثة فى هذا المجال بدأ فى نهاية الثمانينيات وإزدهر خلال التسعينيات ، وإزدادت الدراسات التى تناولته زيادة كبيرة تعكس هذا الإهتمام المتزايد .

وإذا كان هذا الأسلوب العلاجي يهتم بالضبط الذاتى للسلوك من جانب أعضاء هذه الفئة فإن هناك إتجاهين للعلاج المعرفي السلوكي يرتبطان بذوى الإعاقة العقلية 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 فى الأداء اللفظى ، ومن ثم كان يقوم الباحثون بإنتقاء أفراد عيناتهم ممن هم عند حد أدنى معين فى الأداء اللفظى حيث يعتمد هذا الإتجاه على التعليمات اللفظية الذاتية . أما الإتجاه الثانى فقد تطور عن مناهج وأساليب العلاج النفسى ، ويهتم بالاضطرابات الإنفعالية والسلوكية التى يعانى منها أعضاء هذه الفئة والتى تعتبر محصلة لمعارفهم المشوهة بما تتضمنه من صرر وإستنتاجات وتقييمات تعد الاضطرابات السلوكية نواتج لها . ويسير هذا الإتجاه فى ضوء إتجاهى بيك Beck وإليس Ellis . وفى هذا الإطار قام تراور وآخرون Irower et. al فى نهاية عقد الثمانينيات بتطوير نموذج للحدث - الإعتقاد - النتيجة antecedent - belief - consequence والتى تكتب إختصارًا ABC على غرار نموذج إليس يصلح للإستخدام مع

الأطفال المعاقين 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 الإنفعالية 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 الذاتى للسلوك ، والتدريب على التواصل . ويعرف التنظيم أو التعليم الذاتى للسلوك بأنه تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغيير فى سلوك الفرد والتي تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك . وهناك برنامج مقترح يتضمن ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة بوجه عام وذلك كالتالى :

١ - الشرح والتفسير والمناقشة : **explanation**

ويعنى مناقشة السبب الذى من أجله يعد 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 تدريبه 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

ويمارس الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تغذية رجعية .

٦ - التقييم : assessment

ويتم التأكد على فترات منتظمة من أن الطفل قد إكتسب 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 ، ويمكن توظيفه فى العديد من المواقف المختلفة سواء كان التواصل رمزياً أو غير رمزى حيث يمكن تدريبهم على جذب إنتباه الآخرين أو الإهتمام 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 فى المدرسة حيث يتيح ذلك أمامهم متسعاً من الخيارات لتعلم المهارات المطلوبة ، ويساعد فى الإستجابة بشكل مناسب لحاجات هؤلاء الأفراد ، ويوفر لهم العديد من الأساليب كى يصبحوا أكثر خبرة فى السيطرة على سلوكهم والتحكم فيه ، ونقل أثر التدريب إلى مواقف أخرى شبيهة ، والإستخدام الجيد للغة وهو الأمر الذى يساعدهم على تحقيق الإستقلالية بشكل مقبول .

هذا ويمكن إستخدام ذلك الأسلوب العلاجى لتدريب الأطفال المعاقين 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 ، ففى حين يعمل التدريب على المهارات الاجتماعية على إكساب العميل إستجابات تتناسب مع المواقف الاجتماعية التى يمر بها فإن حل المشكلات الاجتماعية يشير إلى عملية إكتشاف سلسلة من التصرفات أو السلوكيات لها فاعليتها فى 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 ذوو الإعاقة العقلية إلى كم كبير من التدريب على هذا الأسلوب نظرًا لوجود تلك الأنماط من السلوك الاجتماعى غير المرغوبة التى تصدر عنهم . ولذلك فهناك إقتراح يرى تدريب هؤلاء الأفراد على هذا الأسلوب العلاجى فى خمس خطوات على أن تتراوح مدة التدريب بين أربعة إلى ثمانية أسابيع ولا تتعدى ذلك مع زيادة عدد الجلسات خلال هذه الفترة بقدر المستطاع ، وإستخدام الأسئلة القصيرة إلى جانب التعزيز المستمر. وتمثل هذه الخطوات فيما يلى :

- ١- التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديد لها .

- ٢- التفكير الموجه لتحقيق أغراض معينة .

- ٣- التفكير الوسىلى أو الذى يتضمن الغاية والوسيلة .

- ٤- التقييم وإتخاذ 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 ، بيان 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 يؤدى نفس المهارة التى يكون قد تم أداؤها أمامه .

- ٤- التغذية الرجعية : ويمكن إستخدام الفيديو مثلاً لتوضيح أنه لم يؤد المهارة المطلوبة كما ينبغى .

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

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

أما الاضطرابات الإنفعالية فلا يزال هناك صعوبات عديدة تحول دون إستخدام العلاج المعرفى السلوكى معها بشكل مناسب وذلك لدى المعاقين عقلياً . وتمثل غالبية هذه الصعوبات فى تلك الخصائص التى يتسم بها هؤلاء الأفراد جسمياً وإنفعالياً وعقلياً واجتماعياً وسلوكياً إلى جانب الظروف البيئية . كما أن الخلل الموجود فى النسق المعرفى لأعضاء هذه الفئة لا يجعل لديهم معارف ثابتة ، ويترتب على ذلك أن يصبح من الصعب التأكد من أن التغيرات التى سوف تحدث تعود إلى هذا الأسلوب العلاجى أم لا .

- نماذج حديثة تستخدم فى التدخلات العلاجية :

هناك نموذجان أساسيان يعدان فى طليعة الإتجاهات الحديثة التى يتم إستخدامها فى التدخلات العلاجية المختلفة للأطفال المعاقين عقلياً حيث تقوم تلك البرامج على أحد هذين النموذجين ، وهما :

أ- نموذج تحليل العمليات :

يقوم هذا النموذج على أن هناك اضطرابات داخلية لدى الطفل تعد هى المسئول المباشر عن المشكلات السلوكية والأكاديمية التى يتعرض لها الطفل . ولذلك يجب أن تكون البرامج العلاجية والتربوية بمثابة برامج تعويضية تعمل أولاً على معالجة الاضطراب الداخلى (الأسباب) وليس الأداء السلوكى أو الأكاديمى (النتيجة) . ومن الاضطرابات الداخلية لدى الطفل المعاق عقلياً اضطرابات إدراكية حركية ، أو بصرية إدراكية ، أو نفسية لغوية ، أو سمعية إدراكية . ولذا يتم تدريب الطفل على المهارات الإدراكية والحركية كالوضع الجسمى ، والتوازن الجسمى ، والتصور الجسمى ، وإدراك الأشكال ، وإدراك الإتجاهات .

ب- نموذج المهارات :

ويعمل هذا النموذج على تحليل أنماط الإستجابات غير المناسبة . ويتحدد سبب المشكلة في ضوء هذا النموذج في الطفل وليس الاضطراب الداخلى ، 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 تذكير الطفل بما ينبغى عليه أن يفعل ، والتعزيز . 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 الإستقلالى .

تأهيل المعاقين 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 إرتقائية تبدأ منذ وقت مبكر من حياتهم على تحقيق الإستقلالية والاندماج فى المجتمع ، أما إعادة التأهيل rehabilitation فتعنى إعادة الفرد المعاق إلى المجتمع واندماجه فيه بشكل أكثر توافقاً . وفى مجال التربية الخاصة يتم إستخدام هذين المصطلحين بنفس المعنى ، وسواء كان هذا أم ذاك فإن المقصود به هو الإستخدام المتكامل والمنسق للوسائل الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد المعاق بما يؤدى إلى تحسين قدراته الأدائية ، ويساعده بالتالى على أن يتمكن من الإندماج فى المجتمع . وإذا تم التعامل مع الجوانب المهنية للفرد المعاق ، وتمت محاولة تنمية قدراته المهنية بما يساعده على أن يصبح

فردًا متتجًا فإن ذلك يرتبط تمامًا بالتأهيل المهني . vocational هذا وتعتمد فلسفة التأهيل ومبادئه على عدد من المبادئ من أهمها طبيعة الفرد المعاق وخصائصه المميزة ، وحقه في المساواة مع أقرانه العاديين في المجتمع ، وحقه في تقرير مصيره ، وحقه في المشاركة بفاعلية في حياة المجتمع والاندماج فيه ، والتركيز على جوانب القوة لديه ، وتنمية سلوكياته ومهاراته وقدراته المختلفة إلى جانب الإهتمام بتعديل وتغيير الظروف البيئية .

ومن الجدير بالذكر أن عملية التأهيل تتم في خطوات متتابعة وذلك على مدى ثلاث مراحل تتمثل أولها 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 التى ترتبط بالنواحى الجسمية ، والتعرف على العيوب المرتبطة بالحواس والنطق والكلام والقوام وغير ذلك من الاضطرابات المختلفة التى قد تعانى منها الحالة . ومن الناحية النفسية يتم تقييم الأداء العقلى للفرد المعاق (الحالة) وتحديد نسبة ذكائه ، والوقوف على جوانب القصور فى سلوكه التكيفى وذلك من خلال إستخدام أحد مقاييس السلوك التكيفى أو البدائل المتاحة ، وإلى جانب ذلك قد يتطلب الأمر التعرف على ميول هذا الفرد وإهتماماته . 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 وإستعداداته وقدراته المهنية وإمكانية قيامه بأعمال فعلية معينة . ومن الناحية التعليمية يتم التعرف على مستوى الفرد فى الكتابة والقراءة والحساب . بينما تتمثل المرحلة الثانية فى التشخيص والإرشاد ، وتتم من خلال تشخيص الحالة بدقة وتحديد أوجه القصور التى تعانى منها وذلك من خلال التقارير التى تكون قد تجمعت لدى المرشد والتى تساعده على تشخيص الحالة بدقة ، وتحديد حاجات الفرد فى المجالات المختلفة . يلي ذلك تقديم الإرشاد اللازم وذلك بالإشتراك مع أسرة الفرد المعاق عقلياً ، ثم إعداد خطة التأهيل الفردية اللازمة له ، وتحديد الخدمات التأهيلية التى يجب أن تقدم له . فى حين

تتمثل المرحلة الثالثة في تقديم الخدمات اللازمة لتأهيل تلك الحالة سواء بدنيًا ويتضمن ذلك الرعاية الصحية ، وإجراء الجراحات اللازمة ، وتوفير ما قد يحتاجه الفرد من أجهزة تعويضية ، وتصحيح عيوب القوام ، أو كان التأهيل مهنيًا من خلال إكسابه مهارات تتعلق بالمهنة التي وقع الإختيار عليها وذلك بتجزئة سلوك العمل إلى مكونات أو أجزاء صغيرة أى مهام مع إستخدام التعزيز عند إتمام كل مهمة ، أو كان ذلك في شكل برامج تعديل السلوك أو برامج التدريب على التوافق الشخصى والاجتماعى من خلال التدريب على السلوك التكيفى وتعديل السلوك وعلاج بعض المشكلات المتخصصة كمشكلات النطق والكلام على سبيل المثال . يلي ذلك إلحاق الفرد بعمل معين يكون قد تم تدريبه عليه وتأهيله من هذا المنطلق ، ثم متابعة الحالة للوقوف على مدى الإستفادة من البرنامج ، ومتابعة مدى تطورها للتأكد من مدى تحقق الأهداف ومدى إندماج الفرد في المجتمع .

ويجب عند تأهيل حالات الإعاقه العقلية أن يتم إستبعاد 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 الإستقلالية ، والتوافق ، والخدمات الاجتماعية . وتوفر تلك المراكز الإقامة الداخلية لبعض الحالات . في حين تضم مراكز التأهيل الشاملة أكثر من فئة واحدة من فئات الإعاقه وتعمل على تقديم التأهيل اللازم لها .

* * *

مراجع الفصل التاسع

- ١ - أحمد عكاشة (١٩٩٢): الطب النفسى المعاصر . ط ٨ - القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢ - أساء عبد الله العطية (١٩٩٥) : تنمية بعض جوانب السلوك التكيفى لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا بدولة قطر . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية جامعة الرقازيق .
- ٣ - أمجد محمد عطية عبد الله (٢٠٠٠) : مدى فاعلية برنامج منترح للرعاية التربوية والنفسية فى تنمية بعض جوانب الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا . رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة القاهرة .
- ٤ - سعيد حسنى العزة (٢٠٠١) : الإعاقة العقلية . عمان ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع .
- ٥ - سعيد عبد الله ديبس (١٩٩٨) : فاعلية التعزيز التفاضلى للسلوك الأخر فى خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعليم . ندوة علم النفس وأفاق التنمية فى دول مجلس التعاون الخليجى . كلية التربية جامعة قطر .
- ٦ - عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : العلاج المعرفى السلوكى ، أسس وتطبيقات . القاهرة ، دار الرشاد .
- ٧ - _____ (١٩٩١) : إتجاهات نظرية فى سيكولوجية نمو الطفل والمرهق . القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٨ - عادل عبد الله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠١) : إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقليًا على إستخدام جداول النشاط المصورة وفعالته فى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية . المؤتمر الدولى الثامن لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ٤ - ٦ / ١١ .
- ٩ - عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩) : سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة . الجزء الرابع ، الأساليب التربوية والبرامج التعليمية . القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- ١٠ - عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٤) : مدخل إلى سيكولوجية غير العاديين . القاهرة ، المكتبة الفنية الحديثة .
- ١١ - كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤) : التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلى ودور الإرشاد النفسى فيه . المؤتمر الدولى الأول لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس .

12. American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4 th ed., DSM - IV. Washington, DC., author.
13. 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 child Neurology*, v 39, n 4 .
14. Einfeld, S. L. & Aman, M. (1995); Issues in the taxonomy of Psychopathology in mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,v 25, n 1.
15. Handen, B. L. (1998) ; Mental Retardation. In E. Mash & R. Barkley (eds.); *Treatment of childhood disorders*. 2 nd ed., New Youk : Guilford Press.
16. Hook, E. B. et. al. (1990); Factual, statistical and logical issues in the search for a paternal age effect for Down Syndrome. *Human Genetics*, v 85, n 3 .
17. Johnson, C. R. et. al. (1995); Psychiatric and behavioral disorders in hospitalized preschoolers with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 1.
18. Kendall, Philip C. (2000); *Childhood Disorders*. UK; Cornwall,, T J International Ltd .
19. 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.
20. Mazzocco, M. et. al. (1997); Autistic behaviors among girls with fragile x syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, v 27, n 3.
21. Rubenstein J. L. et. al. (1990); The neurobiology of developmental disorders. In B. Lahey & A. E. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child Psychology*, v 13. New York : plenum Press.
22. Scott, S. (1994); Mental Retardation. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (eds.), *Child and adolescent Psychiatry*. Oxford, UK; Blackwell.
23. Sternberg, R. J. & Grigorenko, E. (1999); Genetics of childhood disorders : 1. Genetics and Intelligence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , v 38, n 4 .
24. World Health Organization (WHO) (1992); *International Classification of diseases*. 10 th ed., ICD - 10. Geneva. author.

* * *