

المشكلات الشائعة لدى
ذوى الاحتياجات الخاصة

الفصل الخامس

الإعاقات الذهنية
(التخلف العقلي)

الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي)

الإعاقة الذهنية:

وصفها ومجالاتها:

رغم أن معظم الناس لديهم فكرة بسيطة عن الإعاقة الذهنية، إلا أن معظمهم لا يعلم أن هناك تعريفات فنية لهذا التعريف؛ ففي الغالب نستخدم التعريفات التي وضعتها الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية، وهي منظمة متخصصة في المشاكل الناتجة عن الإعاقة الذهنية وتطورات نسبة العجز. وهذا التعريف قد تم تنقيحه ومراجعته في ١٩٩٢، وقد كتب بلغة معقدة، وله أوجه عديدة.

«طبقاً» للجمعية الأمريكية^(١) فإن تعريف الإعاقة الذهنية كالآتي:

«التخلف العقلي أو الإعاقة الذهنية يشير إلى قصور جوهري في الوظائف العقلية، وهذه الإعاقة تتميز بمعدلات ذات دلالة تظهر في الوظائف العقلية ونسبة الذكاء، ويرتبط هذا القصور بالنشاط الذي يقوم به الفرد، ويكون مؤثراً على أهم

(1) American Association on Mental Retardation, Adhoc Committee on Terminology and Classification (1992), Washington, DC, Author.

وظيفتين عقليتين، وهما: الاتصال العقلي والعناية الشخصية، وكذلك الوظائف الاجتماعية والصحة. وفي الغالب تظهر تلك الإعاقة الذهنية قبل سن الثامنة عشر».

تشير تلك الكلمات إلى أن الوظائف العقلية تقل عن المعدل العادي، وهذا يعني أن الطفل بمقدوره أن يتخطى اختبار الذكاء بمعدل ٧٠ إلى ٧٥ أو أقل، وهذا الاختبار يكون إجراؤه فردياً.

ويشير مفهوم «مهارات الاستقلال» إلى المهارات اللازمة للاستقلال الشخصي والمسئولية الاجتماعية، مثل: الاعتماد على النفس في ارتداء الملابس، أو الاهتمام الشخصي أو التزيين أو الطعام، أو التحكم في السلوك، وكذلك الاستقلالية في المجتمع والتفاعل مع الرفاق. بينما يشير السلوك الاستقلالي إلى العناية الشخصية ومهارات التفاعل الاجتماعي، وباستخدام هذا التعريف يمكننا أن نقوم بعمل تشخيص للإعاقة الذهنية في ضوء ثلاثة معايير، هي:

(١) مستوى الذكاء الوظيفي:

والقياس الأساسي لمستوى الذكاء الوظيفي هو مقياس الذكاء، وهو مصمم على هيئة اختبار ذكاء مثل مقياس «ستانفورد بينيه» للذكاء، أو مقياس ويكسلر للذكاء الأطفال؛ فيطبق على الشخص هذا الاختبار. ومن يحصل على درجات من ٧٠ إلى ٧٥ أو أقل، يطلق عليه الحالة الأولى من التخلف العقلي، وهذا المجموع يعد أقل من المستوى العادي. أما الأشخاص الذين يحرزون ٧٥ درجة لا يعتبرون من ضمن المعاقين ذهنياً.

(٢) مستوى مهارات الاستقلال:

المعيار الثاني هو مستوى المهارات الاستقلالية، وهو عموماً تعريف مقبول للإعاقة أو التخلف العقلي للإعاقة الذهنية، ويعطى هذا المستوى عشر نقاط أساسية، تضم: القدرة على الارتباط والتعامل مع الآخرين، والاهتمام الشخصي - المهارات الاجتماعية - الصحة والحماية... فإذا كان الشخص ذو القصور الذهني يتم قياس ذكائه بواحد من اختبارات الذكاء، وأثبت أنه فعلاً به قصور عقلي، يكون على الأقل به قصور في نقطتين من المهارات الاجتماعية.

(٣) السن الذي بدأت فيه ظهور الحالة:

المعيار الثالث الذي يمكن تحليله بهدف تشخيص الإعاقة الذهنية، هو ظهور الحالة قبل سن الثامنة عشر، ويضم ذلك الوقت منذ الوعي وإلى سن الثامن عشر، وبعدها يمكن تشخيص الإعاقة الذهنية على هذا الأساس.

في عام ١٩٩٢ قامت الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية بوضع أسس أكثر عملية من قبل في التعريف، والتركيز على نماذج مساندة الشخص ذي الإعاقة الذهنية؛ بهدف الاندماج في المجتمع. في إطار عشر نقاط محددة، تؤخذ من المستويات الأربعة، كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١): مستويات تركيز المساندة للطفل المعاق ذهنيًا.

| الوصف | مستوى تركيز المساندة |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| تم المساعدة حسب الحاجة للأساسيات فالشخص ذو الإعاقة الذهنية يحتاج إلى مساعدة متقطعة وغير مستمرة أثناء الحياة العامة، مثل: فقد الوظيفة، تغيير السكن، الحوادث الطبية. | مستوى متقطع |
| يحتاج إلى مساندة ثابتة من وقت لآخر، ولكن في حدود، مثل: التدريب على العمل، بعد انتقاله من المدرسة إلى العمل. | محدودة |
| مساندة يومية في العمل أو المنزل، وهي طويلة الأجل وليست محدودة. | ممتدة |
| رعاية أكثر من قبل مجموعة، وتكون أكثر تركيزاً من الرعاية الممتدة أو الثابتة. | دقيقة |

وهي محددة طبقاً لتعريفات الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (تحيده وتصنيفه

(Luckasson, R. 1992 _

وبتعريف نقاط القوة والضعف فى الشخص ذى الإعاقة الذهنية وتعريف المساندة والاحتياجات الفردية للاستقلال قدر المستطاع، يجب على الآباء والمتخصصين أن يعملوا جنباً إلى جنب؛ لتطوير خدماتهم وملاحظة التطورات التى تطرأ على الأفراد من ذوى عدم القدرة العقلية وأن يتخلصوا من الطرق التقليدية والتى ما زالت توضع فى الاعتبار فى تعريف الإعاقة الذهنية عام ١٩٩٢، والذى يختلف عن بقية التعريفات، التى ظهرت من قبل فى نقاط عديدة، منها: محو فكرة مستويات الإعاقة الذهنية القصوى.

من قبل كانت كلمات مثل المنحنى الاعتدالى تستخدم فى تحديد المستوى للإعاقة الذهنية، والذى كان يقوم على أساس درجات الشخص فى اختبار الذكاء. وما زال يستخدم قياس المصطلح السابق فى مجالات متخصصة مثل الجمعية الأمريكية النفسية، التى تقوم مستويات الإعاقة بتشخيصها وإحصاء مدى القصور الذاتى.

الذكاء العادى:

طبقاً للتعريف الذى صدر فى عام ١٩٨٣، فإن الفرد يعتبر عادى الذكاء إذا كانت درجاته من ٨٤: ٨٥ أو من ١١٥: ١١٦ فى اختبار الذكاء، والتى تمثل بالفعل ٦٨٪ من عدد السكان فى العالم. أما الذين يحرزون أكثر من ١١٦ درجة، فهم ذوى قدرة ذكاء فوق العادية أو موهوبون.

جدول (٢): مستوى الذكاء وارتباطه باختبار الذكاء.

| النسبة بين السكان | مجموع الدرجات | مستوى الذكاء |
|-------------------|---------------------|--------------------------|
| ٦٨ ٪ | ١١٥ : ٨٥ و ١١٥ : ٨٤ | العادي |
| ١٤ ٪ | ٨٥ : ٨٤ و ٧٠ : ٦٨ | المحدود |
| ٢ ٪ | ٧٠ : ٦٨ و ٥٥ : ٥٠ | الإعاقة الذهنية البسيطة |
| أقل من ٥ ٪ | ٥٥ : ٥٠ و ٤٠ : ٣٥ | الإعاقة الذهنية المتوسطة |
| أقل من ٢٥ ٪ | ٤٠ : ٣٥ و ٢٥ : ٢٠ | الإعاقة الذهنية المتأخرة |
| أقل من ٢٥ ٪ | أقل من ٢٥ : ٢٠ | الإعاقة الذهنية الزائدة |

تصنيف المعاقين ذهنياً وفقاً لجمعية القصور العقلية الأمريكية (١٩٨٣) (١).

الذكاء المحدود:

يوضح معدل الذكاء الذي يحقق بين ٦٨ : ٧٠ أو من ٨٤ : ٨٥ أن الشخص محدود الذكاء، وأن هؤلاء الناس لا يعتبرون ذوي إعاقة ذهنية، وليست لديهم مشاكل في الاستقلال الذاتي، وتمثل هذه النسبة ١٤ ٪ من عدد السكان تقريباً.

الإعاقة الذهنية البسيطة:

هم الأشخاص الذين يمثلون من ٥٥ : ٥٠ ومن ٦٨ : ٧٠ درجة في اختبارات الذكاء، وعديد من هؤلاء الأشخاص لا يمكن تصنيفهم وتحديد نسبتهم، ولكنهم يتعلمون ببطء في المدارس وربما في وظائفهم، وهم في الغالب لديهم نوع من الاستقلال في المجتمع، مسئولون عن تدبير احتياجاتهم اليومية، وقادرون أيضاً على العمل والعيش في استقلالية بقدر بسيط من المساندة والإشراف والمراقبة.

(1) Grossman, H.J (1983): Classification in mental retardation, Washington D.C. American Association on Mental Deficiency.

الإعاقة الذهنية المتوسطة:

الأشخاص الذين يحرزون درجات من ٣٥: ٤ أو من ٥٠: ٥٥ في اختبارات الذكاء والأطفال في تلك الحالة، لهم القدرة على تعلم المهارات الرياضية الحسابية البسيطة وفقاً لاحتياجات حياتهم اليومية وكلما تقدموا، فإن المدرسة تركز على مهارات السلوك الاستقلالي؛ لمساعدة أنفسهم والانخراط في المجتمع، ويمكن تشغيلهم في أعمال تخضع لإشراف كامل.

الإعاقة الذهنية العالية:

هم الأشخاص الذين يحققون ٢٠: ٢٥ و ٣٥: ٤٠ في اختبار الذكاء، وهؤلاء الأشخاص ربما يعانون من عجز جسماني مصاحب مثل صعوبة في الحركة أو اللغة. وتتركز المدرسة على المهارات المتطورة والاتصال والسلوك الاستقلالي، وكثير منهم يحتاج إلى أعمال تحت إشراف.

الإعاقة الذهنية الأقل من المستوى العادي:

تشير إلى أن درجات اختبار الذكاء أقل من ٢٠: ٢٥، وفي هذه الحالة تكون هناك نسبة عجز ملحوظة، وبالتدريب المستمر، يمكن لهؤلاء الأشخاص تعلم المهارات الاستقلالية الأساسية، وكذلك بعض نسب العجز إن وجدت مثل صعوبة السمع أو الرؤية أو الحركة وهم في حاجة إلى ترتيب حياتهم.

ماذا نعني بالإعاقة الذهنية؟

يمكن أن يظهر مصطلح الإعاقة الذهنية على أنه مصطلح مخيف، وبالتالي يجب على الأبوبين إدراك وقبول عديد من نسب العجز في أطفالهم، ولكنهم يصدمون بمصطلح عدم القدرة الذهنية. وعديد من الناس لهم تحفظ قوى أو اعتقاد خاطئ عن هذا المصطلح، فمثلاً يعتبرون الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية مختلفين، وأنهم لا يجب أن نعلمهم أو نربيههم أو أن لديهم حتى مشاعر عادية؛ حيث إن مظهرهم غير طبيعي، وسوف يكون هناك دائماً أطفال غير قادرين على العناية بأنفسهم.

وتوجد هناك مصطلحات عديدة تصف الطفل، الذي لا يملك القدرة على التفكير أو من يقل مستوى ذكائه عن المستوى العادى فى الاختبارات النفسية.. تلك المصطلحات ربما تتعارض؛ حيث يسمع الآباء مصطلحات مثل بطئ التعليم أو تأخر عقلى أو عدم المقدرة على التعلم، ولا يعلمون كيفية التفرقة بين تلك المصطلحات.

إن الطفل غير القادر ذهنياً أساساً هو الذى يتعلم ببطء، ورغم ذلك فإن مصطلح بطئ التعلم يصف الأطفال دون المستوى من الذكاء، ولكن ليس الأطفال ذوو الإعاقة الذهنية العالية، ويشخص الطفل على أنه ذو إعاقة ذهنية لا يمنعه من التعلم والتغير والتطور ذهنى، ولكن يتوقف ذلك على الطريقة المتبعة له، ويكون أبطأ من الشخص العادى، ويكون فى الغالب أيضاً غير قادر على الاستقلال الذاتى وخصوصاً النجاح فى المهارات المدرسية.

من المهم أن نعرف أن الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية لا يملكون مقدرة على المساعدة أو الإفادة؛ لأنهم يعانون من عجز طبقى أو طبيعة غير استقلالية، ولكنهم قادرون على التطور والتقدم.

الطفل ذو الإعاقة الذهنية يعتبر طفلاً عاجزاً عن التعلم، ولكن فى تصميم هذا المصطلح.. فإن الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية غير قادرين على التعلم لأن لديهم صعوبة فى التعلم أو لأنهم يتعلمون ببطء. وبمقارنتهم بالأطفال العاديين، فالعجز عن التعلم هو مصطلح خاص يشير إلى مشاكل مختلفة، وفى الغالب يكون هؤلاء الأطفال بهم عيب أو اثنين فى مهارات التعلم، ولكن ليس لديهم عجز تام ويمكنهم التعلم بقدر معين. ويكونون فقط متأخرين بحوالى سنتين عن نظائرهم أو أكثر؛ ولهذا الأسباب لا يمكنهم التوافق لذلك يجب أن نفرق بين الإعاقة الذهنية وأنواع العجز المختلفة.

الإعاقة الذهنية وجوانب التأخر المستمر وكيفية عمل تشخيص دقيق:

من الصعب تحديد أو القطع بأن كل طفل فى مرحلة ما قبل المدرسة والذى يكون بطيئاً فى عملية التعلم فى بعض المهارات أن يكون متأخراً ذهنياً، وهذا المصطلح ربما

يوحى للآباء بأن أطفالهم سوف يبقون عند حد معين. وعلاوة على ذلك.. فإن بعض الأطفال المتأخرين عقلياً يقفون عند حد معين، وبعضهم لا يقف عند هذا الحد، وبعضهم يكون ذا إعاقة نفسية، وفي معظم الحالات، من الصعب أن نتنبأ بأن الطفل سوف يكون معاقاً ذهنياً إلا عندما يكبر.

يمكن أن نصف الطفل الذي دون مستوى الذكاء العادي بالتأخر العقلي، ولا يمكن أن نكمل هذا الوصف إلا بعد أن تطرأ تغييرات أخرى على الطفل، إن التأخر العقلي في الأطفال لا يمكن إدراكه؛ لأن تلك التطورات العديدة وغير المحدودة لا يمكن التنبؤ، بها وخصوصاً إذا كان الطفل يتشابه مع نظرائه المتوافقين اجتماعياً وعقلياً (ظاهرياً).

وإذا كان هناك تأخر في اللغة.. فإن هذا لا يعنى وجود تأخر عقلياً، وإنما يشير ذلك إلى الحاجة إلى المتخصصين في التخاطب وأمراض الكلام. وعموماً لا تظهر الإعاقة الذهنية في السن الصغير للأطفال، فمن الخطأ أن نصف الطفل بأنه من ذوى الإعاقة الذهنية؛ فالأطفال المنزولون والمنبوذون يكون لهم مشاكل نفسية أو جسمية أو لا يحبون الامتحانات ولا يودون ببراعة فى مثل هذه الاختبارات، وأيضاً لأسباب عديدة غير معروفة.. فإن هناك بعض الأطفال يظهرون اختلافات عديدة فى تأدية تلك الاختبارات خلال شهور أو سنين متتالية؛ فالطفل الذى يظهر على أن به إعاقة ذهنية فى فترة، يمكن أن يظهر أنه بطيء التعليم فى فترة أخرى، عندما يتم تقييمه من قبل ممتحن آخر، أو عندما يعطى اختبار آخر، وتكون الإجابة مختلفة.. لذلك يعد قلق الآباء طبيعياً فى هذا الشأن، لذلك يجب عدم الاقتناع بنتيجة واحدة، وكذلك يجب فهم التفاصيل من الطبيب المعالج.

فهل تعنى الإعاقة الذهنية أن مخ الطفل فيه قصور أو جروح؟ فى أغلب الأحوال يبدو صحيحاً أن هناك شيئاً خطأ فى وظائف المخ فى هذه الحالات، ولكن لا يكون محدداً بدقة أن هذا التلف أو الجرح أو القصور فى المخ هو المسئول عن تلك الإعاقة، وليس معنى الإعاقة الذهنية أنه بالطبع هناك قصور.. فمثلاً ربما يعانى الفرد من عدم توازن فى المواد الكيميائية، أو عدم وصول الدم إلى الأوعية الدموية، وهذا يؤدى إلى

حدوث مشاكل فى وظائف المخ، ويظهر ذلك فى الأمراض العصبية واختباراتها، ورسم المخ بالكمبيوتر يوضح ذلك.

أسباب الإعاقة الذهنية:

قد اكتشفت العلوم الطبية أسباباً عديدة للإعاقة الذهنية، بينما السبب الأساسى مازال مجهولاً، وهناك أسباب لتطورها مثل عدم ثباتها، أو لأنها تكون ناتجة عن أمراض عديدة؛ حيث إن كثيراً من الأمراض تكون الإعاقة الذهنية واحدة من أهم ما يميزها.

يمكن أن تكون الإعاقة الذهنية قبل وأثناء أو بعد الميلاد، فالحوادث والعدوى وإصابات المخ يمكن أن تحدث فى أى وقت، وتسبب إعاقة ذهنية، وتكون بدايتها قبل سن الثامنة عشر.

وهناك عديد من مسببات هذا المرض فى تلك الفترة، ومنها:

١- اضطراب العوامل الوراثية والجينية وشذوذ الكروموسومات، ويكون سببها اختلافاً فى عدد وتركيب الكروموسومات، بالإضافة للتعرض للأمراض الفيروسية.

٢- الكحوليات والمواد المخدرة التى تتناولها الأم أثناء فترة الحمل .



وهناك أيضاً بعض العدوى التي تصيب المرأة أثناء الحمل، مثل: سوء التغذية أثناء الوقت الذي تحدث فيه تطورات للمخ قبل وبعد الميلاد.

أيضاً هناك المشكلات الصحية التي يمكن أن تتعرض لها الأم الحامل، مثل مرض الحصبة الألمانية، فإذا تعرضت لها الأم خلال الثلاث شهور الأولى من الحمل فإن الطفل يصبح معاقاً ذهنياً - ومرض الزهري الذي قد يؤدي إلى الإعاقة العقلية والتعرض للأشعة أثناء الحمل والبول السكري وأمراض الدم، ومشاكل الإنجاب والولادة المتكررة، الحيض أو النزيف الكثير أثناء الولادة، الولادة القيصرية أو جروح الولادة أو نقص الأوكسجين أثناء الولادة، أو الضغط بشدة على المخ عند خروج رأس المولود أثناء عملية الولادة.

ويمكن الاستدلال على بعض علامات التلف في المخ بعد الولادة من ارتفاع درجة حرارة المولود، وإصابته باليرقان أو التهاب الدماغ، كذلك المشاكل الناتجة عن الغدد من قصور الغدة الدرقية، أو العدوى الخطيرة في المخ، مثل: التهاب الدماغ، والتأثيرات السامة على المخ مثل تسمم الحوادث والتي تحدث جروحاً دماغية خطيرة. كل هذه العوامل تتسبب في أن يتعرض المخ للإصابة أو الخلل في بعض الخلايا، وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن التلوث بالرصاص نتيجة لعق الطفل أدوات أو مواد بها مادة الرصاص أو استنشاق أبخرته يؤدي إلى التأثير على الجهاز العصبي، ويؤثر على المخ نتيجة التسمم بالرصاص.

توقعات الأبوين:

من أكثر اللحظات إبلاماً للأبوين أن يسمعون بأن طفلهم به إعاقة ذهنية، ولكن يجب أن نستخدم هذا التصور لأنه من الممكن أن يكون مفيداً عندما نستخدمه بطريقة صحيحة، وفيما يحزن الأبوين على أن الإعاقة ستظل طوال العمر.. فإنه يجب على الأبوين أن يكونا واقعيين في برنامج تعليم طفلهم؛ لضمان تأهيله لأعمال نافعة. ومن المؤلم للأبوين أن يفكروا في مصير هذا الابن، وأن يتنبأ بما يعطيهم

إحساساً بالرغبة فى تحقيق ما توقعوه دون تغييره وهو أن طفلهما سيظل ذكاؤه أو إعاقته الذهنية أقل من المستوى العادى.

ومن المؤلم أيضاً استخدام مصطلحات غامضة أو ناعمة لحماية الأبوين من الحقيقة، وتجنب المناقشة عن ذلك الموضوع وعدم المكافحة مع البرامج الخاصة لتعليم طفلهم، فالمدرسة غير المجهزة والضغط داخل المنزل يجعل تاريخ الأسرة مليئاً بالفشل والإحباط بالنسبة للطفل. والآن أصبحت عدم القدرة أو الإعاقة فى بعض جوانب النمو لا تستحق الخجل ولكن يجب أن يدرك الأبوان الحقيقة، بل وكل الناس حتى يتفهموا معنى عدم القدرة الذهنية، وتكون لديهم المعرفة بالبرامج العلاجية المناسبة.

الفصل السادس

قصور الانتباه واضطرابات
النشاط الزائد

قصور الانتباه واضطرابات النشاط الزائد

لا شك أن عملية تركيز الانتباه تحتاج إلى جهد إرادي موجه، ويعانى الأطفال ناقصو الانتباه، أو الذين يعانون من قصور فى الانتباه من نقص فى أتوماتيكية تحويل الأنماط الحسية إلى رموز عقلية بسهولة، والأطفال بصفة عامة يكونون معرضين لتشتيت الانتباه؛ لأن مدى الانتباه لديهم قصير.

ويعرف القصور فى الانتباه أو اضطراب النشاط الزائد Attention Deficit/ Hyperactivity (AD/ HD) بأنهما الأعراض والمظاهر الأولية لقلة الانتباه - النشاط الزائد والاندفاع.

وكانت هذه الأعراض تستخدم بصورة أخرى فى وصف (AD/ HD)، وتشمل أيضاً أعراض الطفل المقعم بالنشاط والحركة والخلل الوظيفى الأولى للمخ واضطراب النشاط الزائد وعجز الانتباه.

وقد ذكرت جمعية الأطباء النفسين الأمريكين فى الطبعة الرابعة لعدد كتابها (تشخيص وإحصاء الإضطراب العقلى) سنة ١٩٩٤:

إن هؤلاء الأطفال هم الذين يبدوون أو يظهرون درجات نمو غير ملائمة من الانتباه والدافعية، أو مفرطى النشاط، وتتماثل وتتلاءم حالاتهم مع أحد أنواع الاضطرابات المختلفة.

والأطفال الذين يظهرون علامات ذات معنى لعدم الانتباه (الذهول) أو (الشرد) وعدم النظام (الخلل)، ولكنهم ليسوا مفرطى النشاط أو لديهم نشاط زائد، يمكن أن يصنفوا على أن لديهم عجزاً (قلة) فى الانتباه، واضطراب النشاط الزائد غالباً نوع لا يهتم به الكثيرون.

* الأفراد الذين لديهم صعوبات أولية فى النشاط الزائد والدافعية يمكن أن يصنفوا على أن لديهم عجزاً فى (قلة) الانتباه، واضطراباً فى النشاط الزائد غالباً من النوع الاندفاعى.

* تستخدم صورة من اضطراب النشاط الزائد وعجز الانتباه، عندما يُظهر شخص سمات كل من عدم الانتباه والنشاط الزائد الدافعى.

* التشخيص ليس بالصعب فى وجود أعراض واضحة وصعوبات فى قدرة الشخص على تقوية الانتباه والدافع أو - مع مستوى نشاط عال. ولكن هذه الأعراض ليست كافية لمواجهة معيار أو مقياساً كاملاً لفرد ما قبل التشخيص.

* الأطفال الذين لديهم درجات أو مستويات من الإفراط فى نمو النشاط غير الملائم. ويتكرر الانتباه والدافعية أو زيادة فى النشاط. بصورة دائمة، ترجع إلى الصحة النفسية والعقلية.

* تظهر علامات الـ (AD/ HD) وبخاصة فى نوع النشاط الزائد الاندفاعى بصورة متكررة فى السن من ٢ - ٣ سنوات، وفى معدل السن المتوسط بداية من ٣ - ٤ سنوات.

من المحتمل أن تكون الملاحظة الأولى للأباء هى معرفة المدى بين المستوى العالى للنشاط والمحدود من الانتباه، فمثلاً: يصفون طفلهم بأنه «دائماً فى حركة» أو «هى لا تجلس أبداً ساكنة لمدة ثانية» «إنه يقفز من لعبة إلى أخرى» «هى لا ترى أبداً تصغى»، وعموماً عديد من هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة فى الانضباط وضبط النفس، واحتمال الإحباط لديهم ضعيف، ولديهم صعوبات فى الحفاظ على علاقاتهم مع الأطفال الآخرين.

وثمة تعليق آخر، هو أنهم يكونون غير ناضجين أو مهملين عموماً، وغير بارعين حركياً، ولديهم اضطرابات في النوم.

على الرغم من أن علامات وأعراض الـ (AD/ HD) غالباً ما تكون واضحة في سن ما قبل المدرسة. وفي بعض الأطفال، تغفل التشخيصات بعض هذه الأنواع ذات الأهمية، وربما تكون غير واضحة حتى دخول الطفل للمدرسة، فعلى سبيل المثال تعمل الضوابط الاجتماعية والأكاديمية على زيادة هذا السلوك.

فالحاجات والمطلبات الصارمة للسيطرة على السلوك في العملية التعليمية تسبب صعوبات للطفل؛ خاصة مع ملاحظة وجود أعراض (AD/ HD)، وإذا لاحظ الآباء أن طفلهم لا يستمر في أي عمل أكثر من ٥ دقائق، وينتقل من نشاط لآخر دون إتمام العمل الأول دون مبرر، أو أنه:

- يكون شاردأ معظم الوقت ولا يستطيع تنظيم أذواته بسهولة - كما ينسى أدوات وأشياء مهمة.

- يتجنب المهارات أو المهمات التي تأخذ وقتاً في إنائها، كما يلاحظ المعلمون أن الطفل يفشل في ترتيب أحداث قصة، ولا يستطيع ترتيب سلسلة من الأرقام ويحتاج إلى بذل جهد أكثر من زملائه للالتفات إلى التعليمات، ويعجز عن إتمام الأعمال التي توكل إليه، ولا يصغى إلى المناقشات والحوارات ولا يستطيع الربط بين الشيء واستعماله، كما يجد صعوبة في العمليات الإدراكية، ويتجنب الأنشطة التي تتطلب جهداً عقلياً، وكذلك نجدهم يظهرون مستوىً عالياً من النشاط في مواقف، لا تستدعي ذلك، وغالباً يكون نشاطهم الحركي غير موجه.

كل هذه العلامات تكون مؤشرات دالة على وجود قصور في الانتباه لدى الطفل؛ خاصة إذا ظهرت هذه العلامات في سن ما قبل المدرسة.

عموماً ملاحظة الآباء والمدرسين في الوقت نفسه تعنى أن الطفل لديه صعوبات بالغة الشدة في العمل بمفرده لإتمام أعماله وتنظيمها.

- عدم الهدوء والشروذ أو اللهو، فإن هذه العلامات تنشأ عن وجود مشكلة في

الانتباه. وهذه الصعوبات نلاحظها بشدة، عندما يكلف الأطفال بإنجاز أعمال صعبة، وتتطلب القدرة على التركيز أو استخدام الحواس.

مثال: (تكملة أوراق العمل أو أداء الواجبات المنزلية).

وهذا لا يمكن ملاحظته بسهولة، عندما يكون الطفل مشتركاً أو مشغولاً في عمل مُرضٍ وسار له، أو نشاط جديد مثل «اللعب بألعاب الكمبيوتر، أو مشاهدة عروض التلفزيون السريعة (الإعلانات).

ومن المهم أن نتذكر أنه حتى (AD/ HD) لا يشخص حتى سن المدرسة أو سن المراهقة، ولكن الدراسة الجيدة والدقيقة لتاريخ الطفل يمكن أن تكشف عن علامات وجود الاضطراب قبل سن السابعة.

الأسباب:

إلى الآن لم يتم تحديد الأسباب بوضوح لحالات قصور الانتباه أو الاضطراب النشاط الزائدة (AD. HD)، على الرغم من الافتراضات النظرية عن الأسباب المحتملة لهذه الأعراض، إلا أنه لم تتوافر دلائل قاطعة على أن التلف المخي يرتبط بهذه الأعراض.

وعديد من الدراسات أقترح أن المستوى الضعيف من تحديد المسارات العصبية (الكيمائيات التي تحمل رسائل أو نبضات عصبية خلال المخ) يمكن أن تؤدي إلى (AD/ HD).



* العوامل البيئية مثل (المواد السامة أو قبل الولادة أو أثناء الولادة) تؤكد الأضرار التي تلحق بالمخ، والتي ترتبط ببعض هذه الأعراض.
وفى أغلب الحالات لا توجد أسباب محددة أو معينة.

* تلعب الوراثة دوراً، وتظهر في عديد من العائلات ما بين ٣٠٪ : ٥٠٪ من الأطفال المصابين بـ (AD/ HD)؛ حيث يوجد لديهم أقارب أو الآباء أيضاً مصابين بالاضطراب، أو يعانون من الاضطراب.

أشارت بعض الدراسات إلى أن النظام الغذائي قد يسبب المرض، وظهر هذا في الثمانينات ١٩٨٠؛ حيث صنفوا الأطفال المقيدون بالنظام الغذائي بدرجة عالية، وذلك بالتأثير في مقدار السكر المتص أو المأخوذ، والطعام المضاف له مكسبات طعم أو ألوان صناعية.

وعلى الرغم من أن الأبحاث الدقيقة لم تدعم الصلة بين النظام الغذائي والأعراض الخاصة بـ (AD/ HD)، ما عدا مجموعة ضئيلة جداً من الأطفال، الذين كانت النتائج بالنسبة لهم غير دالة بدرجة كبيرة.

التأثير:

تقريباً، هناك حوالي من ٣٪ - ٥٪ من الأطفال في سن المدرسة في الولايات المتحدة الأمريكية الذين طبق عليهم مقياس لقصور الانتباه واضطراب النشاط الزائد؛ حيث ظهر الاضطراب بنسبة أعلى في الأولاد عن البنات بنسبة الإناث: الذكور، تراوح بين ١ : ٤، ١ : ٩.

مماثلة/ مطابقة

قديماً كانت تستخدم عملية تطابق (AD/ HD) لأي ضعف أو عجز متعدد الأبعاد، وهذا يعني تطابق المعلومات الواردة عن عدد من المصادر المتعددة، التي استنتجت عن شخصية هؤلاء الأطفال.

والتقرير الشامل يتضمن تفاصيل المعلومات عن تاريخ نمو الطفل ومراحله: (التاريخ الطبي - اكتساب بعض المظاهر السلوكية المبكرة، مثل المشي) ومن خلال الملاحظة العملية في البيت والمدرسة، يمكن قياس معدل نمو المهارات.

وبمتابعة متخصصين مُدرّبين بالإضافة إلى إخصائين مُدرّبين نفسياً وتربوياً، يمكن أن تزيد من مستوى المعلومات عن نقاط القوة والضعف عند الطفل.

ومن المؤكد أن الاختبارات النفسية، يمكن أيضاً أن تساعد في التحديد والفصل في قابلية الطفل في الحفاظ على انتباهه وتنظيم معلوماته.

- يجب أن يتم تشخيص (AD/ HD) بعد معرفة معلومات كافية من مصادر مختلفة. ولا يجب أن تمر أبداً ببطء من خلال تصرفات الطفل في مكتب الطبيب أو الطبيب النفسي، أو حجرة الدراسة الخاصة، أو مع أى شخص (الأب/ الأم). فمن المهم أيضاً تفسير الأختبار لانتباه الطفل والنشاط الزائد والدافعية، يجب اكتشافها قبل تشخيص الـ (AD/ HD).

فالأطفال القلقون والمحبطون أو الذين يعانون من صعوبات في التعلم، من الممكن أن يظهروا صعوبات في الانتباه، أو ربما يكونون من مفرطى النشاط.

والحل والعلاج لهذه الصعوبات على الرغم من الاختلاف بين (AD/ HD)، هو:

التدخل:

عادة يتم بمساعدة هؤلاء الأطفال المصابين بـ (AD/HD)، باستخدام كل هذه الوسائل مجتمعة مثل العلاج مع طرق التعليم التكيفية والاستشارات وطرق وتقنيات تعديل وإدارة السلوك.

العلاج:

عديد من الأطفال المصابين بهذا المرض يمكن أن يستجيبوا للعلاج بالأدوية المحفزة مثل (ميثيل فينيدات هيروكلوريد) - (ديكسدرين) - (ديكسترو أمفتامين سلفات) وسيليرت (بيمولين). ويعتقد العلماء أن هذه الأدوية تعمل على تفرغ الشحنات الموجودة بالموصلات العصبية، والتي تسببت في التهيج العصبى والنشاط غير العادى. ويجب أن يخضع الطفل لمحاولة بالعلاج فقط بعد تقييم كامل، يشمل على اختبارات عضوية (حركية) عادة بجرعة صغيرة، تقدم له كمحاولة للتقييم الإيجابى بالإضافة للأثار الجانبية.

وإذا أظهر الطفل قدرة على احتمال العلاج، فمن الممكن أن نزيد الجرعة بالتدريج حتى نصل إلى الحد الأقصى المطلوب من العلاج، ومن الممكن أن نحتاج إلى عدة جرعات في اليوم ما عدا الدواء (سيليرت)، الذي يحتاج نظاماً علاجياً طويلاً.

وتكون الآثار الجانبية عادة بسيطة ومؤقتة، تحتمل الشعور بالصداع وآلام بالمعدة توتر - مشكلات في النوم - (أرق) - فقد الشهية. وفي كثير من الحالات، من الممكن السيطرة على الآثار الجانبية فيها بتعديل جرعات العلاج، خلال الأوقات المختلفة في اليوم كمثال، ويمكن تعديله إلى (قبل الغذاء مباشرة إلى ساعة قبل الغذاء).

وقد لوحظ في الماضي أن الأدوية المنشطة مسئولة عن ضعف النمو (بطيء النمو)، للأطفال الذين تناولوا العلاج لفترات طويلة. وقد أثبتت الأبحاث الحديثة أن هذا الضعف في (حالة حدوثه) ضئيل جداً ($\frac{1}{4}$: $\frac{1}{3}$) بوصة.

والأطفال يستعيدون هذا النقص خلال فترة قليلة من توقف العلاج، وفي نسبة ضئيلة جداً من الأطفال تتسبب هذه الأدوية في التحول الفجائي بزيادة التقلص اللاإرادي لعضلات الوجه (الحركات العضلية العصبية اللاإرادية).

كثيراً ما يحدث أن الأطفال الذين يصابون بتقلص في عضلات الوجه، يكون لديهم تاريخ مرضي في العائلة للإصابة بهذا المرض، وربما يكون هذا هو سبب تطور هذه الأعراض والمرض لديه.

التعليم التكيفي:

يستخدم التعليم الخاص للأطفال الذين يعانون من (AD/ HD) من الممكن أن يكونوا مؤهلين لتلقى الخدمات التعليمية الخاصة، بعد أن ظهرت هذه الآثار العكسية لل صعوبات على قابليتهم للتعلم، والوصول إلى مستوى تعليمي محدد عالٍ.

وعديد من الأطفال الذين يعانون من (AD/ HD) من الممكن أن يشتركوا في فصول دراسية منتظمة، ولكن من الممكن أن يستفيدوا من (التطبيقات النفسية القصيرة - أخذ فترات راحة متكررة) مساعدة الواحد للآخر - تكرار الأوامر - استخدام استراتيجيات إدارة السلوك لتحقيق الذات داخل حجرة الدراسة.

وتتطلب حالة بعض الأطفال خدمات مكثفة أكثر مما هو موجود في حجرة الدراسة، فيحتاجون إلى تجهيزات تناسب الاحتياجات النفسية.

الاستشارات:

تطور رد الفعل الشعوري الثانوى مثل (الاكتئاب - القلق) والصعوبات السلوكية غير المألوفة للأطفال، الذين يعانون من (AD/ HD) وتتطلب استشارات مفيدة للعائلات، التى لديها أطفال يعانون من (AD/ HD).

ويمكن أن تساعد الاستشارة على تعلم الطفل وأعضاء العائلة كيفية رعاية الحالات (AD/ HD)، وتدريبهم على كيفية تعويض النقص والتكيف مع هذه المشاكل، التى يواجهها الطفل. وبالنسبة للطفل، فالاستشارة تمنحه فرصة لاكتشاف مشاعره التى لها علاقة بالنقص والضعف، ويمكن أن يحدث نوع من الكفاءة. وفى مثل هذه الحالات، وقد أثبتت الأبحاث أن عديداً من الأطفال الذين لديهم مشاكل (AD/ HD) مهمة وواضحة فى علاقاتهم مع ذويهم، ويمكن استقطابهم وترويضهم والتحكم فى عدوانيتهم وشعورهم المندفع فى علاقاتهم مع أقرانهم من الأطفال.

ونتيجة ذلك أن الأطفال الذين اتبعوا هذه النصائح والاستشارات، نجدهم نجحوا فى عمل علاقات إيجابية مع الآخرين.

وأفضل البرامج التى يمكن تطبيقها مع هذه الحالات هو المهارات الاجتماعية.

تقنيات إدارة السلوك:

عديد من السلوك المتحدى للأطفال الذين يعانون من (AD/ HD) يمكن تعديله، من خلال التطبيق المناسب والجيد لمبادئ السلوك. واستخدام تعزيز السلوك الإيجابى يعد عاملاً مساعداً فى هذه المرحلة، ومن الممكن أن يكون التعزيز عن طريق إحدى البنود الآتية:

- إعطاء قطعة من الحلويات المفضلة لديه.

- يمكن أن نسمح له بمشاهدة البرامج التلفزيونية، التى يفضلها لوقت متأخر كنوع من المكافأة والتعزيز لسلوك إيجابى.

يحتاج الأطفال ذوو (AD/ HD) دائماً إلى نوع من الدعم الواضح أكثر من الأطفال الآخرين الطبيعيين ومع مرور الوقت يقل الاحتياج للتدعيم بالتدريب.

ويحتاج الطفل أن يتعلم أن السلوك يختلف من موقف إلى آخر بين المواقف المختلفة. وإذا لم يتم التصرف وفقاً للسلوك المتوقع، يكون بالمقابل هناك (عقاب). والآباء والمدرسون يكررون التهديد بأنهم إن لم يتبعوا هذه التعليمات سيكون لهم عقاب، ولكن دون تنفيذ، والآباء والمربون بإمكانهم الحد من تصاعد المشكلات الاجتماعية، من خلال توقع حدوث الإحباط والتخطيط لهذه المشكلة.

مثال (عندما يأخذ الأب والأم أطفالهم لمتجر، يجب أن يرشدوا الطفل للسلوك الملائم قبل دخول المتجر)؛ لأنه يمكن أن يمنع حدوث سوء تصرف.

فاكتشاف الإستراتيجية التي يمكن بها التعامل مع طفل بالذات، يمكن أن تشمل على (الصواب والخطأ). والاستشارات مع أخصائي مُدرّب على تطبيق تقنيات وطرق التوجيه السلوكي من خلال (مدرسة - عيادة نفسية أو الإخصائي الاجتماعي)، يمكن أن يساعد الآباء في تقديم الإستراتيجيات الملائمة المناسبة.

النتائج المتوقعة:

بعض الأطفال الذين يعانون من (AD/ HD) تظهر لديهم أعراض الاضطراب في سن المراهقة أو سن البلوغ، حتى مع أن الأغلبية منهم تعرضوا أو مروا بخبرات صعبة مع التدعيم والمساندة للأنتباه والتحكم في الاندفاع والحركة غير الهادفة. وهذه المشاكل في بعض الحالات تؤدي إلى الانخفاض في مستوى التعليم، على الرغم من شدة الذكاء، فتغير الوظيفة و/ أو عدم وجود علاقات شخصية أو إنسانية يعتمد على وجود مساندة نفسية وبعض العلاج والأدوية (بعض الحالات تستمر مدى الحياة).

أغلبية الأشخاص مع (AD/ HD) قادرين على الوصول للسعادة، ويكونون عناصر منتجة وفعالة في المجتمع.

الفصل السابع

إعاقات التعلم

إعاقات التعلم

إن الأطفال ذو إعاقات التعلم هم مجموعة غير متجانسة معروفون بأنهم لا يحملون تلك الإعاقات التقليدية كالإعاقات العقلية مثلاً أو اضطرابات السلوك أو ضعف السمع والإبصار، وإنما هؤلاء الذين يعانون من صعوبات فى التعلم.

* تعريف:

على الرغم من أن هناك اختلافاً فى وضع وتحديد تعريف لإعاقات التعلم، إلا أنهم استطاعوا وضع تعريف رسمى، يستخدم فى جميع أنظمة المدارس الأمريكية، وهو:

إعاقات التعلم:

هى العجز فى واحد أو أكثر لكثير من العمليات النفسية الأساسية، وقد يضم هذا العجز الصعوبات فى فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة.

كما أن هناك صعوبات فى التعلم، تتمثل فى عدم القابلية للاستماع (التفكير - الكلام - القراءة - الكتابة، التهجى)، أو أداء العمليات الحسابية.

إن التعريف الرسمى لإعاقات التعلم يضم حالات، مثل: إعاقات الإدراك الحسى، والتلف المخى الاختلال الوظيفى للمخ، وفقد القدرة على الكلام.

إن هذا التعريف لا ينطبق على التلاميذ، الذين يعانون من مشاكل بسبب تلف سمعى أو بصرى، أو إعاقات حركية، أو إعاقات عقلية، أو خلل فى السلوك، أو عيوب فى البيئة، أو الثقافة، أو الحالة الاقتصادية.

وتتمثل الإعاقة التعليمية فى عدم استفادة الطفل من إمكاناته الكامنة بصورة كاملة لعجز المخ فى عملية معالجة المعلومات؛ نتيجة عدم وضوح الصورة الذهنية لديهم، وهذا يؤدى إلى عدم القدرة على تفسير الرموز (*).

* نسبة الانتشار:

إن تعريف إعاقات التعلم لا يزال غير دقيق، لأنها تشمل على عدة مشكلات، طفيفة التأثير بشكل عام. وبسبب هذا الغموض، كانت هناك صعوبة فى تحديد نسبة دقيقة لانتشار إعاقات التعلم. وعلى الرغم من ذلك هناك بعض التقديرات، التى تقول إن ١٠٪ - ٢٠٪ من كل أطفال المدارس يعانون من إعاقات فى التعلم.

* الأسباب:

هناك عديد من الأسباب لإعاقات التعلم، التى يفترض بشكل عام أن تكون ذات أساس عصبى. وقد لوحظ أن العوامل نفسها التى تؤدى إلى إعاقات التعلم مترافقة ومتحددة مع إعاقات أخرى، مثل الإعاقات العقلية والخلل السلوكى. ومن ضمن هذه العوامل أيضاً، نجد الشذوذ الجينى والتأثيرات الكيميائية والتلف المخى وظروف البيئة كالارتفاع فى نسبة الرصاص فى الدم.

من المعتاد أن نجد صعوبة فى الإشارة إلى سبب محدد لإعاقات التعلم، ولذلك فإن الأسباب تكون متداخلة، ولا يوجد سبب واحد يفسر لنا صعوبات التعلم لدى الأطفال.

* صفات الطفل ذو إعاقات التعلم:

مع الأخذ فى الاعتبار التعريف الموحد لإعاقات التعلم، فإن صفات هذه الإعاقات تركز على ثلاثة جوانب، هى:

(*) المترجم.

١ - القراءة والكتابة.

٢ - الحساب.

٣ - اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية.

وعديد من المتخصصين يحددون كلاً من الضعف الحركي - الذاكرة - الإدراك كإعاقات تعلم.

إن مشاكل التعلم عادة تصبح ظاهرة، عندما يدخل الطفل في الأنشطة ذات التعليمات، مثل الطفل الذى يعانى من صعوبة فى تعلم القراءة؛ خاصة عندما يحتوى النشاط أو المهمة على عدد من الإشارات التى تبدى قدرأ من التحدى، مثل: الصعوبات التى يعانى منها الطفل فى فك شفرة، أو تداعى المعانى مع الصوت، على الرغم من أن نفس الطفل قد يكون متفوقاً فى المفاهيم الرياضية، مثل الطفل الذى يجيد القراءة ولكنه يعانى من صعوبات فى فهم المفاهيم الرياضية، وكذلك الطفل الذى قد يعانى من مشاكل تخطيطية حركية مما يؤثر فى نتاجه المكتوب.

فإذا كان الطفل يعانى أصلاً من مشكلة كالأضطراب اللغوى، فالمعلمة أو الوالدان قد يلاحظون قصوراً فى متابعة الطفل لسلسلة من الاتجاهات أو للتعبير عن نفسه بشكل واضح، فطفل الثالثة مثلاً يجب أن يكون نصف كلامه على الأقل مفهوماً، كما يستطيع أن يركز وينصت لقراءة قصة قصيرة أو لإتمام تركيب صور مفككة - وأن يتمكن من اتباع التعليمات البسيطة، فإذا تأخر الطفل عن بقية أقرانه فى هذه العلامات، فيجب استشارة المختصين.

*** تعريف:**

هناك فريق من المتخصصين يقومون بتحديد الأطفال ذوى إعاقات التعلم، وهذا ينطبق على الأطفال ذوى الإعاقات الأخرى أيضاً.

إن التقدير النفسى الفردى للذكاء والتحديد الثقافى والتربوى ضرورين، كأسس لتحديد وتقدير إذا ما كان الطفل يعانى من إعاقات التعلم أم لا. أما التقديرات

الأخرى، فقد تكون مطلوبة وضرورية. وبالاعتماد على الحاجات الفردية للطفل، فالمتخصصون في طب الأطفال - العلاج البدني - العلاج التخصصي - العمل الاجتماعي - العلاج بالمحادثة - التخاطب اللغوي والطبيب النفسي قد يحتاج لاستشارتهم في هذه الحالات.

بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة في مدارسهم، فإنه كثيراً ما يساعدنا القائمون على رعايتهم في تحديد هذه الإعاقات بصورة عامة بالنسبة لقدراتهم الحركية ولغتهم التعبيرية الاستقبالية، فالمعلومات الواردة من الآباء والمدرسين يجب وضعها في الاعتبار، قبل الوصول إلى تشخيص نهائي.

بالنسبة لمرحلة ما قبل المدرسة، فإن تحديد مستوى الذكاء يعتبر ضرورياً طالما أن الطفل يظهر مستوى معيناً من الإنجاز في التعليم. وبعد ذلك تأتي أهمية تحديد ما إذا كانت هناك فجوة أو تعارض بين قدرة الطفل (ذكائه) وبين إنجازه التعليمي.

وفي هذه الحالة يمكننا تحديد ما إذا كان أداء الطفل يتوافق مع قدراته الكامنة، وتستخدم لذلك فحوصات لتقييم مهارات الطفل الحركية الحسية، وكذلك نمو اللغة عند الطفل والذاكرة.

* التربية والبرمجة:

إن العلاج الأكثر قرباً لصعوبات التعلم هو العلاج من خلال خدمات عامة تستخدم برامج تربوية فردية، ومن خلال مناهج دراسية تقابل احتياجاتهم الفردية. إلا أن معظم الأطفال ذوي إعاقات التعلم يتعلمون في مدارس عادية.

ففي المدرسة يوجد تربوي متخصص، يمنح استشارته للمدرسين العاديين، ويمدهم بالتعليمات لمعالجة صعوبات التعلم. وهذه التعليمات مبنية على قدرات الطفل المحددة مسبقاً، مثل: مدى قوته وضعفه في المواد الأساسية كالقراءة والحساب والكتابة.



وكلنا نعلم أن كل طفل متفرد في ذاته، ولهذا اقترح استخدام التربية أو التعليم الفردي. وكذلك استخدم نظام المنهج الخاص المبني على أساس الفحوصات المسبقة على الطفل؛ لأن بعض طرق التدريس قد لا تكون ملائمة لكل الأطفال.

وعند استخدام أى طريقة للتدريس مع طفل ذى إعاقات تعلم، ولم نحصل منها على كسب أكاديمي كاف، فيجب أن نوقفها ونستخدم طريقة أخرى.

إن الأبحاث المستمرة مهمة في مساعدة المدرسين على اختيار طرق التدريس الملائمة، وكذلك اختيار الخامات التي ستكون أكثر مناسبة لحاجات الطفل الفردية في الناحية الأكاديمية.

إن الأطفال ذوى إعاقات التعلم يواجهون كثيراً من المشاكل في الناحية الأكاديمية وأدائهم الدراسي؛ لأنهم يجاهدون في عملية التعلم وأحياناً تمثل مشكلات خبراتهم الاتفعالية عائقاً في عملهم المدرسي. فمعظم الأطفال يمارسون القراءة كعمل ممتع، ولكن الأطفال ذوى إعاقات التعلم يمارسونها كعمل ممل، ونتيجة لهذا يلجأون إلى تفاديه وتجنبه لأنه عمل صعب. وهناك عامل آخر هو أن معظم المدارس واجباتها مبنية على الفهم لما يقرأون، فالأطفال ذوى صعوبات التعلم قد يصابون بالإحباط مما يؤثر على اتجاهاتهم نحو ذواتهم؛ مما يعقد المشكلة ويجعلها صعبة الحل.

من ناحية أخرى، فالأطفال ذوو صعوبات التعلم قد يظهرون مشكلات سلوكية، عندما يحاولون التكيف عند إحساسهم بالفشل أو عدم المساواة مع الآخرين. وهذا يؤدي إلى صراع مع المدرسين، ومع الوقت يرون أن السبب في مشكلاتهم هي المدرسة والمدرسون.

ولكن في الواقع أن السبب هو صراعاتهم مع مشكلات ومعوقات التعلم لديهم، ولذلك يجب على المدرسين أن يكونوا أكثر حساسية لهذه المشكلات، وأن يحاولوا أن يستخدموا بعض الأساليب، التي ترفع من اهتمامات الطفل وإحساسه بالإنتاج.

ولقد وجد أن بعض الأطفال قد حققوا نتائج إيجابية باستخدام هذه الطرق، كما أن التشخيص والعلاج المبكرين قد أسهما بشكل دال في التقليل من حجم المشكلة، وساعد على استعادة الثقة واحترام الذات ومشاعر الطفل.

* النتائج المتوقعة:

على الرغم من معظم إعاقات التعلم مستمرة مدى الحياة.. إلا أن النظرة العامة لها تعتبر جيدة، فمعظمهم تقدم ليصبح ذو وظيفة ومكانة معينة في المجتمع. والبعث يتعلم ليعوض ما ينقصه ويختار مهنة تتطلب صرامة أكاديمية في التدريب. ولهذا يجب أن نراعى أن تكون هذه المهنة عاملاً على التقليل من صعوبات التعلم، وكذلك تزيد من قوة الطفل.

وهنا يأتي دور الآباء في ضمان النجاح لهم، من خلال كونهم داعمين ومتفهمين لقدرات الطفل؛ مما يساعده على تحقيق ما يتوقعه آباؤه، وما يتوافق مع قدراته في عمله ليكون فخوراً بقدرته على العمل.

الفصل الثامن

اضطرابات الحواس

اضطرابات الحواس

من المحتمل أن يكتشف الآباء أثناء مرحلة الطفولة، سوء الرؤية أو فقد السمع لأطفالهم. ومن الأمور السيئة اكتشاف الآباء فقد السمع أو عدم الرؤيا لأبنائهم فى الطفولة المبكرة، فدرجة الضعف المتوسطة فى الرؤية أو السمع ربما تكون غير ملحوظة؛ حتى تتم الفحوصات الطبية التى تتم بالكيميوتر بواسطة طبيب الأطفال، ويمكن أن تُكتشف أثناء فحوصات ما قبل المدرسة.

إن صعوبات الإحساس ربما تكون ملحوظة فى حالة الأطفال، الذين لم يتعلموا المشى إلا منذ فترة قصيرة، فهم قد يصابون عند الوقوع أو تحدث لهم جروح ولايستجيبون للألم. كما أن عيوب التذوق والشم من الصعب أن تُكتشف فى الطفولة المبكرة، وربما تظل غير معروفة خلال المراحل المختلفة للنمو.

الضعف البصرى والعمى:

وصفه:

الضعف البصرى يعنى ببساطة الرؤية الأقل من الرؤية العادية. ونحتاج مزيداً من المعلومات لكى نحدد إلى أى مدى يكون ضعف الرؤية، وهى خاصة بنوع وشدة

المشكلة، والتشخيص الذى يعده طبيب العيون أو الإخصائى فى أمراض العيون يؤكد أن الرؤية العادية تُوصف بـ «٢٠ / ٢٠».

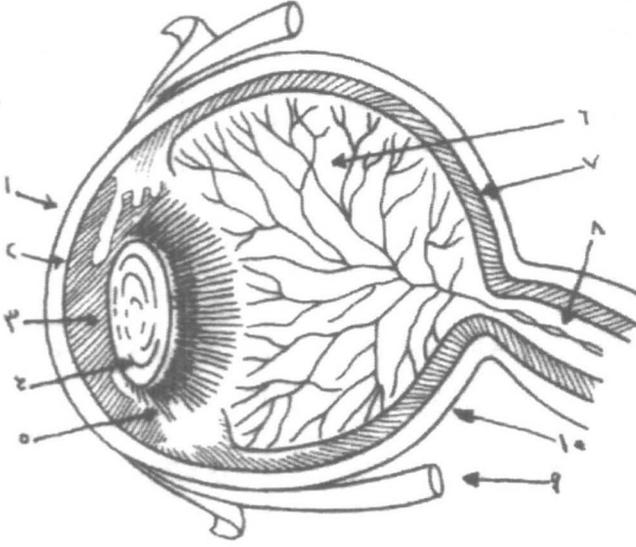
وهذا مقياس لحدة الرؤية، يعنى أن الفرد يستطيع أن يرى جيداً عند «٢٠» قدماً، الذى يفترض أن تراه العين العادية عند عشرين (٢٠) قدماً، فإذا كان الشخص لديه حدة بصر «٢٠ / ٤٠»، فإن ذلك يعبر عن ضعف متوسط فى الرؤية. وهذا الفرد يستطيع أن يرى عند ٢٠ قدماً ما يعتاد أن يرى عند ٤٠ قدماً، أما ضعف الرؤية الملحوظ فيكون «٢٠٠ / ٢٠»، فالشخص الذى لديه مثل هذه الرؤية الضعيفة يعتبر كفيفاً.

ومجال الرؤية المحدودة هو نوع آخر من الضعف البصرى، فعند النظر الممتد أماماً، يكون لدى معظم الناس (Peripherally) أقصى رؤية فى مجال ١٨٠ درجة، وإذا أدى سبب ما إلى تقليل مجال الرؤية إلى (٢٠)، فإن الشخص فى هذه الحالة يعد كفيفاً. ولكن لا يزال لديه بعض الرؤية، وإذا كان الشخص لا يرى على الإطلاق، فسوف يعتبر كفيفاً بشكل كلى.

* الأسباب والمضاعفات النوعية:

توجد أسباب كثيرة لضعف الرؤية، منها عيب فى العين نفسها يتمثل فى العصب البصرى، الذى يحمل الرسائل البصرية للمخ، أو فى مركز الرؤية فى المخ وربما يسبب ضعفاً فى الرؤية أو إتلافاً من الجروح، الحوادث، أو مرضاً يصيب جزءاً فى الجهاز البصرى، أو أى اضطرابات فى الجينات الوراثية، أو التمثيل الغذائى، أو الإختلاف الخلقى الخطير يمكن أن يسبب ضعف بصرى. ولكى تفهم كيف يمكن أن يتطور الضعف البصرى، يجب أن نساعدك على تعرف بعض الأشياء عن الطريقة (وكيف نرى عادة).

كما هو واضح فى شكل (١)، يدخل الضوء إلى العين خلال الغرفة الأمامية أو الحدقة، والعدسة. ثم يستمر خلال الزجاجية حتى يصل إلى الشبكية فى مؤخرة مقلة العين، وتحتوى الشبكية على مستقبلات الضوء التى تحول الصورة البصرية لنبضات عصبية، والتى يحملها العصب البصرى لمركز الرؤية فى مؤخرة المخ.



شكل (١): قطاع مستعرض لكرة العين يوضح تركيب العين.

- | | |
|------------------|----------------------|
| ١ - القرنية. | ٢ - الغرفة الأمامية. |
| ٣ - إنسان العين. | ٤ - العدسة. |
| ٥ - القرزحية. | ٦ - الزجاجية. |
| ٧ - الشبكية. | ٨ - العصب البصري. |
| ٩ - عضلة العين. | ١٠ - الغشاء الزجاجي. |

وعندما تصل الصورة للمخ ويتم ترجمتها، نستطيع أن نعرف ما شاهدناه. وتمثل الرؤية عملية معقدة، وأى مشكلة فى أى خطوة فى هذا التسلسل، يمكن أن تتسبب فى الضعف البصرى؛ وبعض المشاكل البصرية الشائعة نعرضها على النحو التالى:

* إظلام حدقة العين:

وهو يؤثر على حدقة العين بمنع الضوء من المرور بالطريقة العادية، وإظلام حدقة العين يمكن أن يزيد فى معظم الأحيان، بانتظام مسيئاً عماتمة العدسة، وكثير من الناس يربطون بين إظلام حدقة العين والكبر فى السن، ولكن الأطفال أيضاً ربما يصابون بإظلام حدقة العين، شاملاً ذلك الأطفال الذين ربما يولدون مصابين بإظلام الحدقة

مثل الأطفال الذين يولدون مبكراً (المتسررين)، ويحتاجون إلى أكسجين بكمية كبيرة بعد الميلاد يعانون من حالة تسمى (retrolental Fibroplasia or retinopathy of Prematurity) «Rop»؛ مما يؤدي إلى إصابة شبكية العين، وتصبح غير قادرة على الاستجابة بطريقة مناسبة للضوء.

* عمى الألوان:

بعض الحالات الأخرى التي تؤثر على الشبكية وتضعف الرؤية، مثل عمى الألوان، وتمثل في تخزين الألوان بطريقة غير مباشرة (شاذة).

* جحوظ العين (ورم العين):

يؤدي تلف العصب البصري إلى عدم القدرة على حمل موجات الضوء من العين للمخ.

وتنتج المشاكل البصرية عن خلل في ترجمة الصورة البصرية في المخ؛ نتيجة هذا التلف المخي، على الرغم من سلامة العين والعصب البصري.

* الاختلال في عضلات العين:

يمكن أن يسبب عدداً من المشاكل البصرية، فحركات العين المنتظمة تتطلب عضلات العين الستة الذين يحكمهم عدد (3) أعصاب مختلفين، يعملون معاً في تنسيق تام، وهذا يجعلنا ندرك إلى أي مدى تؤدي هذه العملية المعقدة إلى مشكلة عند الأطفال الصغار جداً.

* الحول:

هو مشكلة شائعة في الأطفال الصغار، وهناك نوعان من الحول: «esotropia» (وهو عبارة عن عيون محولة أو عيون داخلية في بعض)، و«exotropia» (العيون المستعرضة، العيون التي بعيدة عن بعضها). بالإضافة إلى ذلك، إذا عانى الطفل من فشل في تنظيم حركات العين، فإنه يسمى كَمَش - أو «العيون الكسلانة».. فإن الحالة تتطور؛ بحيث تصبح إحدى العينين متحركة، ويتجاهل المخ الرسائل من العين الأخرى؛ لكي يتحاشى الرؤية المزدوجة.

* اهتزاز مقلة العين:

هو حالة أخرى تكون فيها حركات العين شاذة، وتسبب حركات مهتزة للعين سواء بأسلوب أفقى أو رأسى أو دائرى. لو أنك تشك أن طفلك لديه الحول أو اهتزاز مقلة العين، فيجب أن تناقش مخاوفك مع الطبيب؛ ليقرر مدى احتياج طفلك للفحص بواسطة طبيب العيون.

* قصر النظر وبعد النظر:

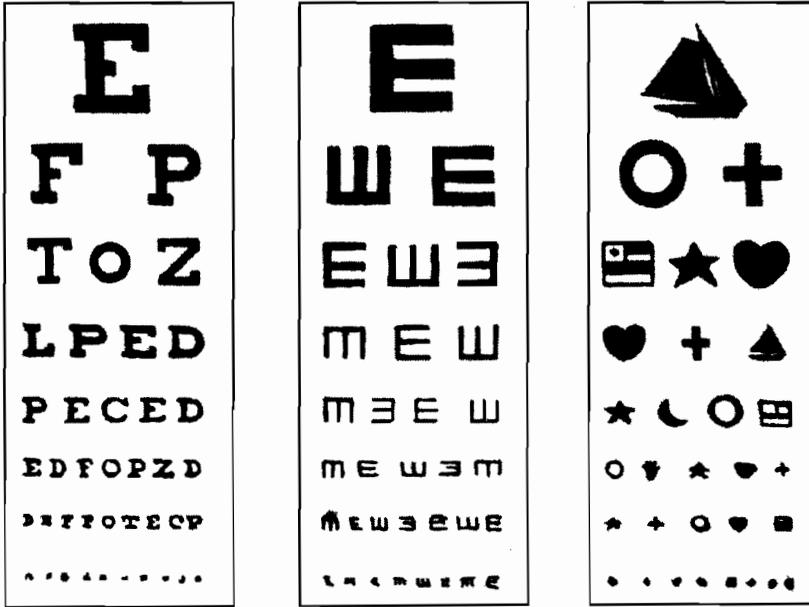
حالات شائعة من عيوب الرؤية عادة، يمكن أن تصحح بنظارة العين أو العدسات اللاصقة، وهذه الحالات فى أحيان كثيرة تكون نتيجة لانكسار فى مدى أو امتداد كرة العين أو التغيرات فى عدسة العين؛ لذلك تبرز صورة الضوء إما قليلاً أمام الشبكية أو قليلاً خلف الشبكية.

الملاحظة والفحص (الاكتشاف):

خلال السنوات الأولى من مرحلة الطفولة المبكرة، يكون الآباء وأطباء الأطفال هم عادة أول من يتوقع أن الطفل ربما تكون لديه مشكلة بصرية. فإذا كان طفلك يعانى من صعوبة فى تنظيم حركات العين، كأن يظهر وهو يمسك الأشياء قريبة جداً من الوجه، أو يبدو أن لديه سوءاً فى تنظيم العين، فيجب أن يفحصه طبيب العيون. تصبح حدة الرؤية أسهل فى قياسها، بعد أن يطور الطفل المهارات الأساسية مثل اتباع الاتجاهات وتسمية الصور أو الحروف الهجائية.

ويرتبط اختبار حدة الرؤية عادة بقراءة لوحة الحروف أو الصور، مستخدماً «صور (Snellen) سنيلين» للعين للأطفال الكبار أو لوحة «E» أو «لوحة الصور للأطفال الصغار» شكل (٢) أما بالنسبة لخرائط «E»، فالطفل يجب أن يستجيب بالإشارة إلى اتجاه أطراف حرف الـ E فى لوحة E، أو تعريف الشيء فى خريطة الصور. يكون من الصعب على الأطفال الصغار جداً أو الذين لديهم قصور فى النمو أن يختبروا إذا طرح سؤال هل الطفل يرى أم لا؟ فطريقة واحدة صحيحة يمكن أن تستخدم،

وهى اختبار طفيف لاستدعاء الرؤية. وهذا يرتبط بتنشيط العين، وبعد ذلك تسجيل استجابات المخ بأسلوب مشابه لاختبار موجات المخ أو رسم موجات المخ، باستبدال الأقطاب في مناطق معينة في مؤخرة الرأس، فالنشاط الكهربى المستقبل فى مركز المخ البصرى يمكن أن يُسجل نموذج الاستجابات لذلك الطفل مقارناً بالرؤية العادية.



شكل (٢): يوضح لوحة سيلين للعين ولوحة (E) ولوحة الصور وتستخدم الأخيرة لقياس قدرة الأطفال الصغار على الرؤية.

* المعالجة والنتائج المتوقعة منها:

يمكن أن يصحح كثير من الضعف البصرى بسهولة مع النظارة أو العدسات اللاصقة. لو اكتشف كيفية الكمش (*)، فإن تغطية أحد العينين يتم مراراً لتقوية «العين الكسلانة» فى أوقات محددة، كما تجرى جراحة للعين لضبط اختلال العضلات، أو لإزالة إظلام عدسة العين. وعامة.. فإنه كلما اكتشفت المشكلة مبكراً واتبع العلاج، كانت النتائج أفضل. ويلاحظ أن الآباء والمدرسين يشكون من آن

(*) الكمش amblyopia: إظلام العين دون مرض عضوى.

لآخر من أن أطفالهم فى سن المدرسة الذين يعانون من مشكلات فى القراءة، لديهم مشكلات فى العين، والفحوصات الطبية التى تتم بالمدرسة يمكن أن تقرر أى الأطفال لابد أن يفحصه طبيب العيون؛ خاصة فى تدريبات العين وبرامج التدريبات المقترحة من بعض متخصصى قياس النظر وعيويه للأطفال، الذين لديهم معوقات للتعلم. ولكن، ليس هناك دليل على أن هذه التمرينات تحسن مهارات القراءة؛ لذلك فعلى الآباء توخى الحذر، إذا أرادوا أن يتفوقوا الوقت والمال لاستخدام برنامج لم تثبت جدواه بعد.

بالنسبة للأطفال المكفوفين، نجد أن الطفل الكفيف منذ الميلاد تكون لديه صعوبة أكثر فى بعض جوانب النمو عن الطفل، الذى يصبح كفيفاً بعد عدة سنوات من البصر. وعلى سبيل المثال، الطفل الأعمى منذ الميلاد عادة تكون لديه صعوبات مع الإدراكات الفراغية مثل كبير وصغير، أو ما هى كمية السائل التى سوف يحتويها الإناء. وكذلك مهارات الحركة تنمو ببطء فى الطفل الذى لا يستطيع أن يرى حركات الآخرين، وهؤلاء لم يتعلموا بالتقليد؛ لأن الأطفال المكفوفين لا يستطيعون أن يستكشفوا بأعينهم، فهم لابد أن يعتمدوا على حواسهم الأخرى. فحاسة اللمس تنمو أكثر فى عدد كثير من الأطفال المكفوفين المهتمين، يجب أن يكونوا مدركين لمدى أهمية لمس الأشياء بالنسبة للأطفال، الذين لديهم ضعف فى الرؤية؛ خاصة أن نمو اللغة بصفة عامة لا يتأثر بنقص الرؤية.

ضعف السمع والصمم:

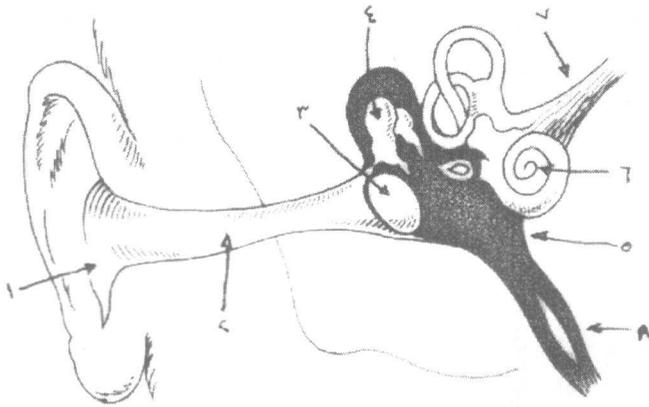
*** وصفه:**

السمع عملية معقدة مرتبطة بالثلاثة أجزاء الرئيسية للأذن: الخارجية، الوسطى، الداخلية. وكل جزء يحتوى على عدة أعضاء، مثل: غشاء طبلة الأذن، العظيماة الأذنية، التى توصل الصوت فى الأذن الوسطى والعصب السمعى، الذى يحمل الرسائل الصوتية للمخ.

ويجب أن يعمل كل عضو من الأذن كما ينبغى إذا كان السمع طبيعياً، وضعف

السمع ربما يترتب على مشاكل فى أى جزء من الأذن أو مركز السمع فى المخ، وهناك ثلاث حالات من مشاكل السمع: التوصيلية، النخاع الشوكى السمعى، والتشويش. ويتصل فقد التوصيل السمعى بمشكلة فى الأذن الخارجية أو الوسطى، بينما يشير تلف النخاع الشوكى السمعى إلى مشاكل فى الأذن الداخلية، مثل العصب السمعى. وعندما توجد مشاكل فى التوصيل السمعى أو تلف فى النخاع الشوكى السمعى، فإن الضعف يرجع إلى حالة مختلفة من تلف السمع.

وكثير من الأطفال لديهم مشاكل سمعية فى أذن واحدة فقط، وهذا يسمى تلفاً سمعياً فى طرف واحد، وإذا شمل التأثير كلا الأذنين فيسمى تلفاً سمعياً من الجهتين. ويتحدد حدة تلف السمع بمدى ارتفاع الصوت، الذى يجب أن يكون قبل أن يُسمع، والمعروف أن حدة الصوت التى تقاس بالديسيبل، تختصر إلى dB. والناس الذين لديهم سمع عادى يمكن أن يلاحظوا عديداً من الأصوات عند ٢٠ ديسيبل أو أقل.



شكل (٣): رسم تخطيطى يوضح تركيب الأذن.

تركيب الأذن:

- | | | | |
|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| ١ - الأذن الخارجية. | ٢ - قناة الأذن. | ٣ - غشاء طبلة الأذن. | ٤ - عظيمات الأذن. |
| ٥ - الأذن الوسطى. | ٦ - الأذن الداخلية. | ٧ - العصب السمعى. | ٨ - القناة السمعية. |

وبصفة عامة هناك ٤ مستويات لضعف السمع، هي: تلف السمع الطفيف، ويعنى أن الأصوات يجب أن تكون ما بين ٢٠ إلى ٤٠ ديسيبل وأكثر، قبل أن تُسمع، والفرد الذى لديه ضعف طفيف فى السمع يمكن أن يسمع ويشارك فى المحادثات، ولكن ربما تكون لديه صعوبة فى سماع الأصوات والضوضاء عن مسافة أو الأصوات الهامسة.

والأطفال الذين لديهم مشكلة السمع الطفيف ربما يتأخرون فى نمو اللغة، لكن الحديث والنطق عامة لا يتعطل. أما فى حالة السمع المتوسط فيعنى أن الأصوات لا يمكن أن تُسمع حتى تصل إلى ٤١ - ٧٠ ديسيبل أو أكثر. والمحادثات التى تتم عند مستوى عادى من ارتفاع الصوت من الصعب أن تُسمع، والنطق غالباً يضعف، ويتأخر نمو اللغة فى هؤلاء الأطفال عادة.

وفى حالة ضعف السمع الشديد، فإنه يعنى فقد السمع عند معدل ٧١ : ٨٥ ديسيبل. وعند هذا المستوى الفرد عامة لا يستطيع أن يشترك فى المحادثات العادية، فمعظم الذى يقال يكون غير مسموع. وتعمل أدوات تكبير الصوت على مساعدة الأشخاص، الذين لديهم ضعف متوسط أو شديد فى السمع. وأطفال المدارس ربما يحتاجون إلى (F.M) لموائمة التردد، وتستخدم فى قاعة الدراسة. أما فى حالة فقد السمع العميق جداً فالأصوات يجب أن تكون ٨٥ ديسيبل أو أعلى؛ لكى تُسمع وهؤلاء الأفراد لا يتكلمون بطريقة عادية، ويستخدمون مساعدات السمع بشكل جزئى، ويتعلمون بنظام مُتناوب من الاتصال مثل: لغة الإشارة، ولوحة الاتصال، ومُرَكَّب الصوت.

* الأسباب:

الإصابات وجروح الرأس تعد من أكثر الأسباب شيوعاً لمشكلات السمع عند الأطفال أثناء سنوات ما قبل المدرسة، وكثير من الأطفال معرضون لعدوى متكررة للحلق والأذن الوسطى (والأخيرة تسمى التهاب الأذن الوسطى). وتتسبب عدوى الأذن الوسطى المزمن فى فقد موصل للسمع طفيف أو متوسط، وهذا النوع من مشكلة السمع ربما يكون مؤقتاً، لكن ربما يؤثر على الأداء الأكاديمى.

مشكلة أخرى شائعة في الأطفال، وهي يمكن أن تسبب فقداً مؤقتاً للسمع، وهي تجمع طبقات من الشمع، أو إفراز الأذن في القناة السمعية، عندما تكون القناة السمعية مسدودة تماماً، فالأصوات لا يمكن أن تصل طبلة الأذن ويضعف السمع.

أما ضعف النخاع الشوكي السمعي، فيمكن أن ينتج عن أسباب كثيرة منها الوراثة. وفي هذه الحالة يولد هؤلاء الأطفال غالباً صم، أو نتيجة عدوى فيروسية، أو استخدام مخدرات معينة أثناء المراحل المبكرة من الحمل، ربما يسبب جرحاً لآلية سمع الطفل الجنين. والولادة المتعسرة تسبب نقص الأكسجين في مخ الطفل، والذي يتسبب عنه ضعف النخاع الشوكي السمعي في فترة الميلاد ولدى حديثي الولادة، ويسبب استخدام المضادات الحيوية (Streptomycin) أمراضاً معينة خطيرة، مثل: (الالتهاب السحائي البكتيري)، ويرتبط بفقد السمع النخاعي الشوكي المتأخر.

وتؤدي الضوضاء الزائدة في البيئة في بعض الأحيان إلى ضعف سمع شوكي من طفيف لمتوسط، وهذه المشاكل ربما تكون مؤقتة. أما استمرار التعرض للضوضاء، فإنه يؤدي إلى أن تكون المشاكل دائمة، وبالنسبة للشباب، فالمصدر الشائع للضوضاء هو الاستماع للموسيقى الصاخبة، أو حضور حفلات الروك الموسيقية، التي تصل إلى ١٢٠ ديسيبل والمشابه للضوضاء الناتجة من المحرك النفاث. وعلى الرغم من أن عدداً ضخماً من أسباب ضعف السمع قد اكتشف، إلا أن عديداً من حالات فقد السمع أسبابها غير واضحة.

* المدى:

تقريباً نجد في كل ألف طفل، واحد فقط لديه فقد عميق جداً، ويعتبر أصم. ومن هؤلاء، مقدار ٦٥٪ كانوا صماً منذ الميلاد. وعندما نضيف للإحصائيات مستويات ضعف السمع الطفيف والمتوسط والعنيف، فإن تقديرات الأطفال الذين لديهم ضعف سمع تتزايد إلى ١٥ - ٣٠ في الألف، وتحدث مشكلات السمع تحدث مراراً مصاحبة لبعض أنواع العجز الأخرى، والدراسات المسحية لأطفال المدارس أظهرت أن من بين الأطفال الذين لديهم ضعف سمع، وجدت نسبة ٤٠٪ لديهم عجز أو قصور آخر، يضاف إلى القصور في السمع.

* الملاحظة والاكتشاف:

خلال الميلاد والطفولة المبكرة، يمكن اكتشاف فقد السمع الشديد بواسطة الآباء وأفراد العائلة. وأنهم يلاحظون أن الأطفال لا يستجيب للأصوات العالية ولا يبدو أنهم يعرفون أسماءهم، وتجد مشكلات السمع الطفيفة صعوبة في اكتشافها. ولكن، إذا عانى الطفل من عدوى متكررة لالتهاب الأذن، أو أظهر استجابات بعدم الانسجام أو عدم التواصل عندما تتحدث إليه، أو كان بطيئاً في اكتساب مهارات اللغة، عندئذ يجب أن يستشار متخصصو السمع، الذين يستخدمون طرقاً لاختبار سمع الأطفال في جميع الأعمار، بعض هذه الطرق محددة في الفصل (٢٢).

ومعظم اختبارات قياس قوة السمع ترتبط بوجود عديد من الأصوات المختلفة الحدة والتردد لكلتا الأذنين، ويعبر الطفل عندما يسمع الصوت، اعتماداً على سته وقدرته. وربما يستخدم متخصص السمع سماعات الرأس للأصوات الحالية، أو ربما يلاحظ إستجابات الطفل للأصوات في حجرة الإختبار عن طريق المتحدثين.

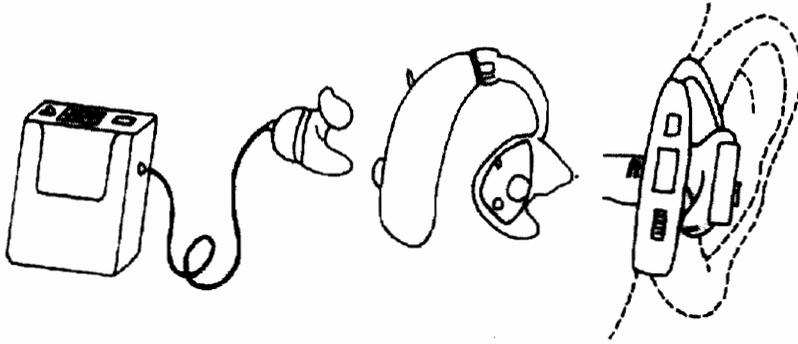
ومتخصصو السمع أيضاً يختبرون مرونة وقابلية حركة طبلة الأذن، مستخدمين طريقة صحيحة، تسمى قياس إعاقة السمع. للأطفال الصغار جداً، والأطفال الذين لديهم صعوبة في الأختبار؛ تم استئارتهم باختبارات، يتم وصفها تفصيلاً في الفصل (٢٢).

* المعالجة والنتائج المتوقعة:

تنتج مشكلات السمع التوصيلي من عدوى الأذن المتكررة أو سائل في الأذن الوسطى، ويتم التحسن مع المعالجة الطبية. وكثير من الأطفال يستجيبون جيداً للمضادات الحيوية. بينما يحتاج الآخرون جراحة بسيطة لنزع الطبقة السائلة. والطريقة الجراحية الشائعة ترتبط بشق طبلة الأذن مع القناة الداخلية، وتتم هذه الطريقة - تحت تخدير عام - حيث يتم قطع صغير في طبلة الأذن، وأنبوبة صغيرة توضع في الأذن الوسطى لنزع السائل من هذا المكان.

وحالة فقد السمع النخاعي الشوكي لا يمكن علاجها في بعض الأشخاص مع فقد السمع الشديد جداً، وقد تم تجريب تطعيم معين بنجاح متوسط. ويعد استخدام

أجهزة مساعدة للسمع مفيد جداً لأطفال معينة، لديهم ضعف النخاع الشوكي السمعي. مع أنهم ربما لا يشفون تماماً، فهم لا يعلمون كثيراً من الأصوات العالية بدرجة كافية. والحالة الأكثر شيوعاً لأجهزة مساعدات السمع، هو النوع الذي يُوضع خلف الأذن، كما في الشكل (٤).



شكل (٤): الجهاز المساعد للسمع في اليسار عادة مرفق بسير أو تلبسة. جهاز مساعدة السمع الخلفي مرسوم على اليمين.

ويكون الأطفال الذين لديهم ضعف في السمع غالباً متأخرين في تعلم اللغة. وكُلَّمَا صَعُبَ فقد السمع، صَعُبَ أن تكتسب اللغة العادية. وبعض الأطفال لا يتعلمون أبداً الكلام، ولكنهم يطورون وينمون طرق اتصال أخرى مثل استخدام لغة الإشارة أو استخدام لوحة الاتصال أو مُرَكَّب الأصوات. والأطفال الذين لديهم ضعف سمع ملحوظ، ويتكلمون غالباً لديهم مشكلات نطق، وصعوبات النطق تعكس قصور السمع لدى الطفل.

وتكون خدمات التعليم الخاص عادة مطلوبة للأطفال، الذين لديهم فقد سمع دائم، باستخدام المساعدات الإضافية مع برامج التدخل المبكر المعدة لهؤلاء الأطفال، والتي لها أهمية بالغة أثناء سنوات ما قبل المدرسة. ويتطلب ذلك بعض أنواع المساعدة الخاصة للأطفال، الذين لديهم ضعف خطير في السمع، منذ بداية دخولهم المدرسة حتى النهاية، وبعض الأطفال يحتاجون استخدام جهاز التدريب السمعي اللاسلكي (F M).



نقص الإحساس:

* وصفه:

صعوبة في شعور عديد من الحواس في عدة إعاقات مع الشلل أو جروح العصب، مثل شق العمود الفقري (Spina bifida)، وتشتمل الحواس على اللمس، وكذلك القدرة على الإحساس بالألم والحرارة والتغيرات والاهتزاز، والإحساس بالوضع في الفراغ، وربما يكون فقد أو ضعف الحاسة جزئياً أو كلياً وكذلك مؤقتاً أو دائماً.

* الأسباب والمدى:

أى مرض أو جرح أو عجز يؤثر على الأعصاب، وربما تؤثر مستقبلات الإحساس على القدرة على شعور الإحساس.

وربما تؤثر حالات مثل الشلل الجزئي، التي ترتبط بجهاز نقل الإحساس على

القدرة على تفسير الإحساسات. وهناك حالة نادرة معروفة بنقص الإحساس الخلقى للألم، وفيها لا يمكن للأطفال الإحساس بالألم، ولكن لا توجد لدينا بيانات عن عدد الأطفال والبالغين، الذين لديهم ضعف أو نقص الإحساس.

* الملاحظة والاكتشاف:

يمكن ملاحظة استجابات الأطفال للإحساسات العديدة. وبمساعدة طبيب الأطفال أو طبيب الأمراض العصبية، يمكن تقدير نسبة القصور في قدرات إحساسات طفلك، إذا كانت هناك مشكلة في الإحساس.

* المعالجة والنتائج المتوقعة:

سوف يحدد سبب مشكلة الإحساس نوع العلاج الذي سيستقبله الطفل، والضعف المؤقت الذي يسبب المرض، نجد أنه يخفى عامة مع علاج المرض. على سبيل المثال الأطفال الذين لديهم عجز دائم ربما لا يُعالج، ولكن القدرة على الشعور أو ترجمة الإحساس يمكن أن تتحسن مع العلاج. أما في حالات الفقد الكلى للإحساس، فلا يوجد تحسن متوقع، وعلى الأطفال والآباء أن يدربوا على كيفية الوقاية من الجروح لأجزاء الجسم التي ليس بها إحساس. على سبيل المثال، الأطفال الذين لديهم شلل جزئي، ويقضون ساعات جالسين في الكرسي المتحرك، عليهم أن يتعلموا كيف يغيرون من وضعهم ليتحاشوا التهابات الجلد والقروح.

الفصل التاسع

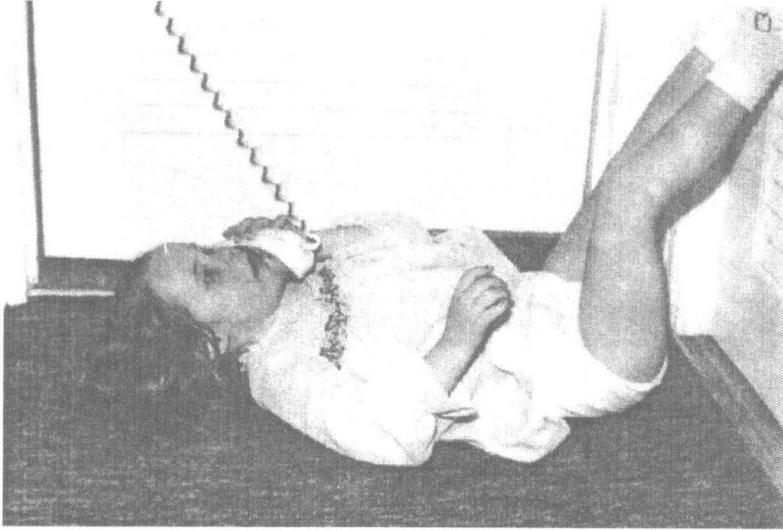
طفلك واضطرابات
مهارات الاتصال

طفلك واضطرابات مهارات الاتصال

يتمثل الاتصال في القدرة على فهم وتفسير ونقل الرسالة بين طرفي الاتصال، ولا تقتصر هذه العملية على الاتساق الصوتي للحروف وإنتاج الجمل، وإنما تتسع لتشمل نغمة الصوت (Tone of voice)، وقدرتها على التوصيل والاتصال بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم. وتوجد بعض مهارات الاتصال منذ الولادة، وتنمو قدرة الأطفال على الاتصال، من خلال تطور قدرتهم على فهم الكلام المنطوق واللغة المكتوبة.

وصف اضطرابات الاتصال:

تشتمل الاضطرابات على كل العوامل المؤثرة على النمو اللغوي والقدرة على تبادل المعلومات اللفظية وغير اللفظية، وتعرف المشكلة اللفظية بأنها الاضطرابات المرتبطة بعملية نطق الألفاظ، بداية من الخلل الذي يصيب الأصوات أو التلعثم والاضطرابات اللغوية؛ مما يؤدي إلى صعوبة في عملية الاتصال، وهي تنتج عن عوامل عضوية وغير عضوية. ويعتمد نمو مهارات الاتصال على مدى الاستعداد البيولوجي لأعضاء النطق، بالإضافة إلى العوامل المعرفية والاجتماعية والبيئية.



اضطرابات النطق :Articulation

تشتمل على كل ما يؤثر على إخراج الصوت اللغوى بانسيابية، وتتضمن إهمال أو إسقاط بعض الحروف، وقد ترجع هذه إلى عيوب فى الأسنان أو اللسان.

أما العيوب الناتجة عن الخنف، فهى ترتبط بأسباب تشريحية تتعلق بالأنف والحنجرة، وتؤدى إلى عيوب فى رنين الصوت، وقد ترجع إلى وجود شق فى اللهاة الخلقى، أو شلل فيها، وتؤدى إلى الخنف المزدوج.

أما الحبسة الكلامية فهى تنتج عن عيوب فى الجهاز العصبى المركزى، والذى يؤثر بدوره على أعضاء التنفس والحنجرة والنطق.

وتبدأ عيوب النطق منذ الطفولة المبكرة، مثل: إبدال بعض الحروف أو حذفها أو تغيير بعض أصوات الحروف، لذلك نجد أن عدم السيطرة على أعضاء النطق مثل اللسان وحركة الشفاة (عضلات الفم) يؤدى إلى عدم التنسيق فى إخراج الحروف والأصوات؛ مما يؤدى إلى التأخر فى الكلام وعدم مطابقة الأصوات للكلمات، وهؤلاء يعانون من صعوبات تعليمية فيما بعد. والمعروف أن غالبية الأطفال يستطيعون النطق الصحيح للكلمات فى سن ٦ - ٧ سنوات من عمرهم فى ضوء

التدريبات على النطق الصحيح، ويؤدي الاستمرار فيها إلى حدوث تحسناً تدريجياً ملحوظاً في النطق.

اضطرابات الصوت Voice Disorders:

تظهر هذه المشكلة بشكل أقل في الأطفال الصغار عن الكبار، وترجع هذه المشكلة إلى خلل في وظيفة الصوت، أو تلف في الأحبال الصوتية، أو نتيجة لسوء استخدام الأحبال الصوتية؛ مما يؤدي إلى حدوث تغير في الصوت. وقد يصاب الغشاء المبطن للثنايا الصوتية بانتفاخ، يؤثر على انتظام حافة هذه الثنايا ونعومتها، وذلك يمنع تلاقى هذه الثنايا في الخط الأوسط للحنجرة عند إخراج الصوت؛ مما يؤثر على حركة الثنايا الصوتية، ويؤدي ذلك إلى منع حرية الحركة من وإلى الخط الأوسط من الحنجرة، كما يؤثر سلباً على قيام الثنايا بالترددات المناسبة نظراً لتوترها. ولعدم تفاقم هذه الحالة وزيادتها سوءاً، ينصح بعدم الكلام أو إصدار الأحداث؛ إذ يعتبر التحكم في هذه العملية مهماً للغاية.

وإذا زادت الفترة التي يعاني فيها الفرد من هذه الاضطرابات عن (٢ - ٤ أسابيع)، فإنها تؤدي إلى مضاعفات.

وفي بعض الأحيان، نجد أن الاضطرابات الصوتية تنتج عن أسباب غير عضوية، وينتج عنها الإصابة بقطع العصب الصوتي. وقد تنتج عن الاضطرابات العصبية والاضطرابات الحركية أو التعرض لمواقف اجتماعية معينة أو لظروف بيئية خاصة. ويؤدي سوء استخدام الجهاز الصوتي إلى البحة المزمنة أو البحة التشنجية - أو احتباس الصوت الهستيرى - أو الكلام التشنجي.

التلعثم Stuttering :

يتمثل التلعثم في تكرار بعض الكلمات أو الحروف أو التوقف عن الكلام أو إدخال مقاطع ليس لها علاقة بالموضوع. وقد يستخدم المتلعثم حركة الرقبة أو الأكتاف أو أجزاء أخرى بالجسم للاشتراك في التعبير بالكلام أو الحديث. وهؤلاء الأطفال لا يستطيعون التعبير اللفوي بطلاقة كبقية الأطفال، وقد يعتاد هؤلاء

الأطفال هذه الطريقة فى الحديث؛ مما يسبب لهم القلق والتوتر والرغبة فى الانعزال عن الآخرين، ويعتريهم الخجل والشعور بعدم القبول وعدم الثقة بالنفس.

اضطرابات اللغة Language Disorders :

تصنف اضطرابات اللغة وفقاً لأسبابها، وفى ضوء الصعوبات التى يواجهها الأطفال فى عملية الاتصال.

وتعرف الجمعية الأمريكية للكلام هذا الاضطراب بأنه: يتمثل فى عدم القدرة على الفهم، أو وجود اضطراب فى الوعى الصوتى للغة لأحد المقاطع اللغوية أو المعانى، أو القواعد اللغوية المرتبطة بالنظام اللغوى.

والأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات يواجهون مشكلات فى إنتاج الجمل أو الكلمات، ويجدون صعوبة فى تجريد المعلومات أو تحويلها إلى رموز عقلية ذات معنى (تحويل الكلام إلى أفكار رمزية).

وهذا بدوره يؤثر على عملية الاسترجاع قصير المدى وطويل المدى.

ونستطيع أن نستعرض الصعوبات المرتبطة بمشكلات الصوت اللغوى (Phonological)، أو التركيب اللغوى Morphological and Syntactical والمعنى اللغوى Semantic والمهارات اللغوية المرتبطة بالمهارات الاجتماعية، التى تحقق التكيف فى المواقف المتعددة:

(1) الاضطرابات اللغوية الناتجة عن خلل الجهاز العصبى المركزى:

قد ترجع الاضطرابات اللغوية إلى خلل فى الجهاز العصبى المركزى؛ مما يؤدى إلى عرقلة النمو اللغوى للطفل، والمعروف أن الجهاز العصبى المركزى يقوم بدور التحكم فى المستقبلات الحسية الواردة عبر الحواس (البصر - السمع - الإحساس). وعلى ذلك.. فإن إصابة إحدى هذه الحواس يضعف أو تلف يؤثر على عمليات اللغة، فالطفل الأصم مثلاً يعانى من مشكلات فى النطق، وهذه المعاناة تحدث نتيجة عجزه عن التقاط الأصوات الصحيحة للألفاظ.

وإذا لم يكتشف هذا المعجز فى مرحلة مبكرة، فقد تلحق بالطفل أضرار تعوقه

عن النمو اللغوى، وفي هذه الحالة يكون بحاجة إلى إستراتيجيات مساعدة للتقليل من أضرار الإعاقة، وينتج عن إصابة المخ - بتلف أو اضطراب فى مركز الكلام - مشكلات ترتبط بعملية الاتصال تسمى (esxpressive aphasia) و (Apraxia)، ويجد الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلات صعوبة فى فهم ما تنقله الحواس (استقبال المعلومات الواردة عن طريق الحواس).

والخلل الذى يعانى منه هؤلاء الأطفال يعد خلافاً فى عملية إستقبال وإصدار الاستجابة المناسبة، وليس خلافاً فى الإحساس، لذلك نجد أن هؤلاء الأطفال يعانون من الارتباك لعدم قدرتهم على فهم الرسائل، ولذلك تكون استجاباتهم اللغوية غير مناسبة للرسائل التى يستقبلونها، وفى معظم الأحيان تكون غير صحيحة أو نجدهم يلجأون إلى تكرار العبارات التى توجه إليهم؛ مما يشعرهم بالإحباط عند تعرضهم إلى الدخول فى مناقشات أو حوارات.

وهذه الفئة يمكنها الاستفادة من البرامج المتخصصة؛ لمساعدة ذوى الصعوبات فى الاتصال.

(٢) الاضطرابات اللغوية الناتجة عن صعوبات التعلم:

وجد أن الطفل الذى يعانى من صعوبات فى التعليم الرسمى الأكاديمى، يعانى كذلك من اضطرابات لغوية، تتعلق بعدم القدرة على فهم الحديث، كما أنه يعانى من عدم القدرة على التعبير باللغة الشفهية أو الكتابية - ولوحظ أنه يفشل فى استخدام الكلمات التى تعبر عن أفكار عقلية معينة، ويعانى من قصور فى استيعاب المفاهيم التى تصل عن طريق الحواس (السمعية والبصرية - اللمس - الحركة)، وتبلغ نسبة من يصابون بهذه الاضطرابات (٤٠٪ - ٦٠٪) (١).

ونظراً لأن عملية تحديد ذوى الصعوبات اللغوية تعد أمراً صعباً فى مرحلة الطفولة المبكرة، ونادراً ما تكتشف فى فترة ما قبل المدرسة؛ لذلك يلقى على عاتق الأسرة الاهتمام بملاحظة طفلها، والتأكد من وجود أية علامات أو مظاهر للتأخر

(1) Shames, G. A. Wiig (1985): Human Communication Disorders (2nd ed) Columbus, Oh. Charles E. Merrill.

اللغوى. ويعد أمر مراقبة ومتابعة الأسرة للطفل أمراً مربكاً؛ لأنه يتطلب منها التفرغ للحوارات والمناقشات مع الطفل، وتقديم التوجيهات المطولة، وقراءة القصص بصوت مسموع (مرتفع)، ولا يستطيعون التعبير عن أفكارهم بطريقة منظمة، كما يجدون صعوبة فى متابعة قراءة الطفل للقصة بمفرده، وعدم استطاعته التعبير عن أفكارها؛ لأنه يفشل فى استخدام الألفاظ دون أحداث واقعية أو وجود اتصال حقيقى بينه وبين آخرين.

كما أن الطفل الذى يفشل فى التحدث كبقية رفاقه، المماثلين له فى العمر الزمنى، وجد أنه يعانى من مشكلة عدم وضوح كلماته، والأطفال ذوى صعوبات التعلم يعانون من اضطرابات لغوية، ووجد أنهم يجدون صعوبة فى استخدام الكلمات الصحيحة المناسبة، كما يستخدمون بدائل غير مناسبة لأسماء الأشياء، ويستخدمون أسماء لا تعبر بدقة عن المفاهيم (أسماء خاطئة)؛ نتيجة عدم قدرتهم على تصنيف الأشياء فى فئات نتيجة عدم الفهم، كما أنهم يعجزون على الإجابة عن الأسئلة البسيطة التى تتطلب الإجابة عن: لماذا؟ وكيف؟، ويجادون صعوبة فى إصدار الأحكام المناسبة فى المواقف الاجتماعية. ويخفقون فى استخدام الكلمات المعبرة عن الوقت والزمن (غداً - أمس - قريب - بعيد)، كما أنهم لا يفهمون الكلمات التى تحمل معان متعددة، أو التى تحمل تعبيراً مجازياً. ويعد رد فعل الأباء وأفراد الأسرة والأصدقاء على التأخر فى الأداء المدرسى مؤشراً، يكشف عن أسباب التأخر اللغوى.

ونظراً للنظام الروتينى المدرسى المضاد، والذى يتبع الطرق التقليدية فى التدريس (والذى يعتمد مثلاً على تكرار ترديد حروف الهجاء) وتذكر الحقائق الرياضية دون فهم أو استيعاب للمفاهيم... فإن اكتشاف القدرة على عدم الفهم واستخدامه للغة غير المناسبة يتأخر؛ لذلك يجب أن يتم تقويم الأطفال ذوى الاضطرابات اللغوية فى إطار التقويم النفسى والتربوى والمعرفى والاجتماعى، لأهمية هذه السياسات فى تحديد الصعوبات، التى يواجهها هؤلاء الأطفال.

وفي ضوء ذلك، يتم استخدام برامج التدخل المناسبة بإشراف المتخصصين وأعضاء أسرة الطفل؛ حيث تشكل كل هذه العناصر أساساً مهمة في البرنامج التعليمي، المستخدم في المدرسة الابتدائية وخلال المرحلة الثانوية.

ضعف اللغة الخاصة Specific Language impairment :

يلاحظ ضعف اللغة الخاصة في ضوء معدل الوظائف المعرفية، ويتضمن هذا الضعف المناطق الخاصة بعمليات اللغة بالمخ.

*** الأسباب:**

تتنوع أسباب الاضطراب في الاتصال، وفقاً لتعدد مشكلات الإعاقة اللغوية، ففي حالة التلعثم مثلاً يرى عديد من الباحثين وأصحاب النظريات اللغوية - في هذا المجال - أن التلعثم ينتج عن عوامل نفسية أو انفعالية، أو أسرية، بينما يعزو آخرون المشكلة إلى حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي، بينما ترجع اضطرابات الصوت إلى وجود اضطرابات في الأحبال الصوتية أو الحنجرة، أو اضطرابات في آلية الصوت. ويستطيع طبيب الأنف والأذن والحنجرة (otolaryngology) تشخيص هذه الاضطرابات، كما يساعد استخدام أشعة (X) على الحنجرة أو قياس درجة النطق الشفهي في تعرف العيوب الخلقية في اللسان، أو وجود شق في سقف الحلق أو في الفك أو في الحنجرة.

كما يمكن الاستدلال على التأخر في النمو اللغوي واضطرابات اللغة، من خلال ثلاثة عوامل رئيسية، هي:

.Perception abilities القدرات الإدراكية

.Cognitive development النمو المعرفي

.Brain Injury الضرر المخي

*** مدى التأثير:**

يحسب مدى حدوث هذه الاضطرابات في ضوء العمر الزمني، وتبلغ نسبة

الأطفال الذين يعانون من هذه الصعوبات اللغوية ٦٪ من مجموع الأطفال في أعمار (٦ - ١٨ سنة)، والذين يعانون من صعوبات في التعلم.

التقييم Assessment:

عندما يرتاب أحد الوالدين أو المختصين في أن الطفل لديه أحد الاضطرابات اللغوية، فينصح بتحويل الحالة إلى أخصائي التخاطب لمتابعتها. عندئذ يقوم الإخصائي بتقدير قدرة الطفل السمعية، وكذلك قدرته على النطق والتحدث والقدرة على التناسق اللغوي والصوتي، وقدرته على الفهم والتعبير عن اللغة اللفظية.

ويقوم طبيب أمراض الكلام بتقييم الأداء الشفهي، وعادة يقوم بالكشف على تركيب الفهم ويلاحظ حركة اللسان والشفيتين والفك، وربما يوجه أسئلة إلى الطفل ليلاحظ حركة الفم والأصوات وإصدار الكلمات وأداء الجمل الصوتية. وما تقدم يعد من خطوات الاختبار الأول. أما الاختبار الثاني: فيشتمل على: تعرف القدرة على النطق، ويتم عادة بسؤال الطفل عن أسماء بعض الصور، كما يطلب من الطفل أن يحكى قصة مفضلة لديه، ويختبر قدرته على أداء الأصوات الساكنة والمتحركة. ومن خلال التحدث، يقف على مدى التناسق في الوعي الصوتي، وإلى أى مدى يحتاج برنامج تدخل لمعالجة الاضطراب اللغوي.

والاختبار الثالث: يحدد قدرة الطفل على الفهم واستخدامه اللغة في الحديث، وتتنوع الاختبارات باختلاف الأعمار الزمنية للأطفال، وفي ضوء قدرتهم على تركيز الانتباه، وتشكل الصور والألعاب مضموناً أساسياً في هذه الاختبارات لمساعدة الطفل على فهم الصور، وتسهيل عملية التعبير عنها.

وتقيس الاختبارات جانباً مهماً آخر، وهو القدرة على الفهم Comperhension، ويتم عادة بتوجيه سؤال إلى الطفل لتحديد الصورة، التي ينطق المختبر اسمها ويتبع اتجاهاتها.

وتتضمن أيضاً قياس القدرة على فهم الأسماء وتأثير الكلمات - الصفات - المفاهيم، التي تعبر عن الحجم والكم والقواعد اللغوية.

كما تستخدم اختبارات تقيس القدرة على فهم اللغة المسموعة، مثل: مقياس زميرمان Zemmerman . كما تستخدم القائمة المتابعة لنمو الاتصال لتينا بانجز Tena Bangs للمحصول اللغوى - ومقياس باركن Barcken للمفاهيم الأساسية - ومقياس النمو اللغوى - وهو مقياس إكلينيكي للغة الوظيفية - ومقياس يابدى المصور للحصيلة اللغوية Peabody Picture، ومقياس التدخل للاتصال لمكارثى Macarthey ويقيس الاتصال والسلوك الرمزي، ويتضمن اختبار اللغة التعبيرية استخدام الطفل للألفاظ وتركيب الجمل وتسلسل التفكير - والأفكار والاستجابة على الأسئلة البسيطة مثل: لماذا؟ وأين؟ وكيف؟

ويمثل محتوى هذه المقاييس الصور الشائعة والألعاب المعتادة للأطفال، وربما يسأل الطفل عن تفسير بعض الجمل، كما تستخدم أسئلة للكشف عن كيفية التفكير أو كيف يكونون أفكارهم؟ وكيف يربطون بين الأفكار المسموعة.

كما يلاحظ المختبر الحركات الجسمية التي يستخدمها الطفل أثناء التعبير اللغوى، وكذلك الإيماءات وتعبيرات الوجه، بالإضافة إلى الأماكن والكلمات... إن كل ذلك يشكل عناصر مهمة فى تقويم صعوبات التعبير اللغوى بالنسبة للأطفال، الذين يعانون من صعوبات فى التعبير عن أنفسهم لفظياً، وتستخدم أدوات لتقويم المعنى واستخدام الكلمات فى حل المشكلات - كذلك اختبار المفردات اللغوية، التى تشمل على الكلمة والصورة واختبار الكفاءة اللغوية، وهذه الاختبارات قد تمت مناقشتها فى الفصل الثامن.

وبعد تطبيق الاختبارات وملاحظة السلوك اللغوى للطفل عن طريق المختبر، يعطى الطفل الدرجة المعيارية التى تعبر عن درجة اضطرابه، والتى تقاس بمقارنة أدائه بالنسبة لمن هم فى مستوى عمره الزمنى نفسه.

الاختبار الرابع: يشتمل هذا الاختبار على التقويم الطبى والتربوى، واستخدام المقاييس النفسية، والتى تؤكد تحديد الوقت الذى حدثت فيه المشكلة اللغوية.

وبالنسبة للأطفال فى سن المدرسة، تستخدم قائمة المقاييس المقننة وقوائم الملاحظة لمعرفة مدى التفاعل اللفظى مع الأصدقاء والمعلمين، فى إطار المناقشات داخل الفصل كقياسات عملية للغة، وأحياناً تستخدم تسجيلات لما يتم.

وفى الغالب تكون النتائج التى تم الحصول عليها من الحالات الظاهرية، والتى قدرت بواسطة استخدام المقاييس المقننة متفقة فى تحديد المستوى اللغوى الخاص للطفل، من حيث: التراكيب اللغوية، وتكوين اللغة، ومدى الملاءمة مع الاستجابات فى إطار المناقشات.

ويقوم المختصون بمضاهاة النتائج فى ضوء الدرجات العملية والناجمة من استخدام المقاييس وفى ضوء النتائج يتم تحديد العلاج المناسب، وكذلك برامج التدخل العلاجية، ويشترك الآباء والمعلمون فى إعداد وتقييم البرامج الدراسية المناسبة فى ضوء المناهج، وتسمى برامج التعليم الفردى (IEP)، وبذلك تتحقق للطفل الكفاءة فى الاتصال فى ضوء خدمات الإرشاد المساعدة.

* برامج العلاج:

يستخدم عمر الطفل كمحدد لنوع اللغة الخاصة أو لغة الحديث المستخدمة فى العلاج لذوى الاضطراب فى الاتصال، كما يعتمد التقدم فى النمو اللغوى على الأنشطة، التى تستثير الطفل وتسهم فى الإسراع والتقدم فى عملية الاتصال.

وتمثل الأنشطة التى تعالج لغة الحديث علاجاً وظيفياً فى مرحلة الطفولة المبكرة، وتصمم الأنشطة المساعدة للطفل على اكتساب المهارات ولبعض الحالات الفردية؛ لتعويض الآثار النفسية المترتبة على وجود الاضطراب.

كما تتم المعالجة الفردية بواسطة برامج مصممة بصفة خاصة للمساعدة فى حجرات الدراسة لتدعيمهم مرة أخرى، وتحدد الاحتياجات الفردية نوع الخدمات التى يحتاج إليها الأفراد.

معينات الاتصال:

تستخدم مع بعض الأطفال الذين لديهم صعوبات فى الاتصال الشفهى، والذين يعانون من اضطرابات فى الاتصال.

وهى عبارة عن بدائل للاتصال (كتعبيرات الوجه والإيماءات والكتابة).

ويستخدم الناس المصابون بالصمم مثلاً الإشارات؛ لتحقيق عملية التواصل والاتصال المبدئى مع الآخرين. والأطفال غير القادرين على الكلام يستخدمون الإيماءات والإشارات، ويستخدم معهم الصور البسيطة وتستخدم الكلمات فى تنظيم الأشياء، وهذه الطرق تتم بطريقة فردية خاصة.

وفى مواقف عديدة تستخدم التكنولوجيا الإلكترونية المساعدة فى عمليات الاتصال. ويعتمد استخدام التقنيات المساعدة على عمر الطفل الزمنى، وقدرته الجسمية على استخدام أجزاء الجسم فى العمليات الذهنية والحسية والحركية، وإحداث التوازن بين السمع والرؤية والعوامل البيئية والاقتصادية الأخرى.

لوحات الاتصال Communication Boards:

تعتبر أبسط أشكال معينات الاتصال، وهى تعتمد على قدرة الأطفال على المضاهاة بين الاستجابة بالإشارة والمعنى الذى يريده.

فى لوحة الاتصال أو كتاب الاتصال، تعرض الصور أو الكلمات أو الرسومات أو رموز الاتصال، ويقوم الطفل بوضع نقاط (إشارة) على البنود التى يريد التعبير عنها، فإذا أراد الطفل شكل الثعبان مثلاً فإنه يطلب النقاط على كلمات (أريد كعكة بسكر) ليتحقق له الطلب نفسه.

والأطفال الذين يعانون من قصور معرفى لاتساعدهم لوحة الاتصال على إنماء المهارات، على الرغم من أن الصور تمثل الأشياء.



وعلى ذلك.. فلوحة الاتصال تستخدم كبديل للاتصال الفعلى، فى ضوء ما تتميز به من صور هادفة وكلمات ورموز، تساعد الأطفال على تتبعها من خلال صفحات كتب الاتصال، كما يستطيعون تفسير ما يرونه من صور وكلمات، ويقومون بوضع نقاط على ما يرون أنه ضرورى ويتصل بأفكارهم عنها.

المساعدات الآلية Mechanical Aids:

تقدم هذه المساعدات كأجزاء متحركة، ولكن ليست كالأجهزة الإلكترونية، ومعظم الأطفال الذين ينقصهم التحكم فى الحركة لا يقدرّون على الكتابة، ولكن بإمكانهم الضغط على مفاتيح الآلة الكتابة لإنتاج حروف الكلمات، التى تعبر عن أفكارهم.

المساعدات الإلكترونية:

تنوعت وتعددت معينات الإنصال الإلكترونية بشكل كبير فى السنوات الأخيرة، وقد استطاعت هذه الأدوات أن تساعد على التقدم اللغوى والاتصال بشكل كبير.

وتتم عملية الاتصال بالمساعدات الإلكترونية من خلال شاشات الكمبيوتر بدوائر

اتصال رقمية، وتطبع البرامج فى توقيت الاتصال نفسه بسهولة ويسر، كما أن هذه البرامج مدعمة بالصوت، وتستطيع أن تحدث الطفل وتساعد على التقدم اللغوى. وتعتبر نموذجية كالإنسان الآلى، وبعض هذه الأدوات يقل حجمها عن الآلة الحاسبة. وقد أتاحت هذه المعدات التنوع فى الاتصال.

وأدى هذا التنوع فى آليات الاتصال إلى الانفتاح على العالم والتفاعل الاجتماعى، والاتصال بعدد من الأفراد فى اللحظة نفسها، وكل ذلك ساعد على نمو الاتصال لذوى الاضطراب فى الاتصال. ومن ناحية أخرى زادت مشاركتهم فى الأنشطة الاجتماعية.

الاتصال المساند (الميسر) Facilitated Communication:

يعتمد الشخص ضعيف اللغة على شخص أو أفراد آخرين لمعاونته فى استخدام بدائل الاتصال اللغوى، مثل (الآلة الكاتبة - الكمبيوتر - الصور والخطابات - والكلمات ولوحات الرموز...).

وتسهل هذه الممارسات عملية الاتصال؛ حيث يقوم الشخص المساند بمساعدة الطفل ضعيف اللغة على اختيار الكلمات المناسبة والحروف الملائمة للصور، ويتم ذلك بالإشارة إلى الحرف المتطابق مع الرسالة الصوتية. ويعمل الأشخاص المساندون على تقليل الحركات، التى يتطلبها الاختيار المناسب لكل من الحرف أو الكلمة، وكذلك يهيئون الطفل للاختيار التالى، وبتكرار هذه الممارسات يتحقق للطفل ذوى الصعوبات اللغوية القيام بهذه المهمة بنفسه، ويقلل من الاعتماد على الآخرين؛ حيث يقوم المساند بتعزيز اختيارات الطفل المناسبة لكل من الحروف والكلمات.

ولا يقتصر دور المساند فى عملية الاتصال على مساعدة الفرد غير القادر على التحكم فى الحركة لاستخدام الاتصال البديل، ولكنه يساعدهم على استغلال أقصى طاقة لديهم لتحقيق الاتصال.

وقد أشارت الدراسات إلى أن مساند الاتصال قد ساعد على حدوث تغييرات إيجابية في حياة بعض الأطفال غير القادرين على الاتصال؛ خاصة الذين يعانون من التخلف العقلي، وحالات غير القادرين على التحدث.

ويتم تقييم الشخص القائم بدور المساند في الاتصال؛ لتحديد مدى كفاءته في هذا المجال عن طريق المقابلة الشخصية، ويؤخذ في الاعتبار قدرته على الاستمرار والمتابعة، واستخدام بدائل الاتصال، كما تؤخذ سمات شخصية معينة كالميل إلى الدعابة والمرح وبعض السمات الأخرى، التي تعتبر مهمة تؤخذ بواسطة أسر الأطفال، الذين يعانون من صعوبات في الإتصال.

وقد لوحظ بعد استخدام ميسرين الاتصال أنه لم يعد هناك طفل صامت، أو ليست لديه القدرة على التحدث، كما أن العلاقات بين الطفل والكبار أو الأصدقاء تغيرت فجأة تغيراً إيجابياً، وأصبح الطفل ينال التقدير والاحترام من الآخرين، على الرغم من عدم قدرته على التحدث بطريقة تسيطر على مشاعرنا وعواطفنا. وأصبحوا يمتلكون قدرات أدبية غير متوقعة، على الرغم من أنهم لا يعتمدون على الطرق التقليدية في القراءة.

وعلى الرغم من التأثير الحقيقي لمهام المساند في الاتصال، إلا أن الدراسات المهمة بهذا الموضوع لم تقدم دلائل واضحة، تؤكد حدوث معجزة لميسر الاتصال في برامج التدخل.. لذلك فإن الضرورة توجب الاهتمام بالرسائل التي ينتجها الأطفال؛ وخاصة أن هذه الرسائل تعتبر نماذج تصف الأفكار والمشاعر، التي اكتسبها الأطفال في إطار برامج التدخل باستخدام الميسر في الاتصال، والتي لم تأخذ حظها من الاعتبار والاهتمام بالنسبة لذوى الإعاقات في الاتصال، والتركيز على الظروف البيئية والأساليب الحياتية المعاشة التي يتواجدون فيها.

وعلى الرغم من الدور الإيجابي الذي يقوم به الميسر والنتائج، التي سوف تأتي بثمارها بما يعود على هؤلاء الأطفال بتحقيق التقدم في الاتصال، إلا أن الأطفال

الذين يعانون من ضعف فى الاتصال لن ينتظروا؛ حتى تصل هذه الأبحاث إلى النتائج التى تقدم إليهم ما هم فى حاجة إليه.

إن برامج الاتصال يجب أن يكون لها الدور الحاسم فى التدخل؛ بحيث يكون مدخلها مركزاً على ماذا يريد الطفل؟ وإلى أى مدى يحتاج إلى المساعد والميسر لتعليمه كيفية تكوين رسائل لغوية ذات معنى، ويشجع على ذلك باستخدام الطرق المتعددة فى الاتصال، فى إطار اهتمامات الأطفال ومهاراتهم.

وتعتبر الأعمال الفردية ضرورية بالنسبة لمهارات الاتصال، والتى تختلف باختلاف البيئات، ويؤخذ فى الاعتبار مراجعة التقييمات باستمرار؛ بحيث يمثل تحقيق الاتصال أهم الأهداف المرجوة.

الفصل العاشر

التوحيد

انتشار اضطرابات النمو

التوحد انتشار اضطرابات النمو

مقدمة:

خلال سنوات الرضاعة يشكل عديد من الأطفال قلقاً وانزعاجاً للآباء؛ خاصة إذا كانت مظاهر النمو غير عادية، وعندما يستخدم الأطفال باستمرار الصراخ والبكاء للتعبير عن حاجتهم، فربما يدل ذلك على معنى مهمة، هو وجود مشكلة في النمو وفي هذا الفصل والذي عنوانه انتشار اضطرابات النمو (-Apersive Develop P.D.D (mental Disorder)، والذي يؤثر على الطفل مدى الحياة اجتماعياً وسلوكياً وعلى قدراته الشخصية، والذي يوصف بالتوحد وهو الأكثر شيوعاً في هذا المرض، يتناول هذا الفصل التركيز على هذا الموضوع.

وصف لأعراض التوحد:

ينتشر هذا المرض في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة، كما أوجزته جمعية اتحاد علم النفس الأمريكي.

التوحد هو الأكثر انتشاراً والذي يعرف بالشغب، ويقع تحت عنوان P.D.D، وبقية أنواع الشغب تكون مجموعة أعراض مثل مرحلة الطفولة، التي تتميز بالشغب

والتحطيم. من ناحية أخرى هناك مجموعة فرعية معينة تعرف بـ PDD - NOS ، ويتم تشخيصها على أساس أنه ينتشر لديهم سلوك الشغب بحيث لا يؤسس أو يهيىء مكاناً لتأسيس نوعية الفوضى المذكور سابقاً.

فالتوحد هو الأكثر انتشاراً من P.D.D، ولكن في السنوات الحالية يعد استخدام تشخيص P.D.D أكثر شيوعاً.

إن هذا المرض P.D.D معقد في مظاهر الاضطراب؛ إذ إنه يحتوى على عدة اضطرابات، تتضمن اللغة ومهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي، وكل هذه الأعراض تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وفي بعض الحالات تكون هنالك مجموعة من الأعراض، تشكل حركة تلك المشكلات، فمن الممكن أن يتوقف بعض الأطفال عن استخدام أيديهم في عمر معين، وتكون لديهم صعوبات في المشي، ويصرون على تكرار بعض أنواع من السلوك.

تعرف مجموعة هذه الأعراض أساساً بواسطة التفاعل الاجتماعي، أى من خلاله دون تأخر التطور اللغوى وإدراك القدرات، والتي تشاهد في بعض الأنواع الأخرى من المرض .

أعراض التوحد:

بسبب التشابه بين الأفراد المصابين بـ P.D.D والمتوحدين، سيتم وصف أعراض التوحد في هذا الفصل.

في عام ١٩٤٤ عالم النفس النمساوى هانز اسبرجر هو أول من وصف هذه الأعراض والتي تحمل اسمه الآن.

وتشمل هذه الأعراض الاتصال غير الطبيعي في التحدث، والاتصال سواء الشفهي أو غير الشفهي والذي يفسد التفاعل الاجتماعي.

وتشمل أيضاً تكرار بعض الأنشطة ومقاومة التغيير وضعفاً في التنسيق واهتماماً شديداً بموضوع أو اثنين.

وعند مقابلة شخص من هؤلاء، نجد أن أهم العلامات التي تميزه هي اضطراب التفاعل الاجتماعي.

على العكس من المتوحدين.. فإن الأفراد المصابين بالأسبرجر لا ينسحبون من الاتصال الاجتماعي، على الرغم من أن لديهم صعوبات في المشاركة في طريقتين من التفاعل، فهم لا يبدو مهتمين بالسيطرة على الحديث، ويتحدثون عن واحد أو اثنين من الموضوعات، ويستبعدون أي موضوع آخر.

وغالبا ما تكون موضوعات اهتماماتهم محدودة وضيقة الأفق، مثل: جدول مواعيد الأتوبيس، وشخصيات المسلسلات التلفزيونية.

وغالبا ما تأخذ المناقشة معهم أوجهها واحداً، وفي مجال اهتماماتهم اللغوية ذكر ذلك.

القواعد النحوية لديهم تكون مكتسبة عامة، ولكن هناك بعض الصعوبات في استخدام الضمائر الصحيحة.

الشخص الذي لديه أعراض الأسبرجر، لديه تعبيرات وجه محددة وصوت غير طبيعي، وتكون إيماءاتهم محدودة أو مبالغاً فيها وغير ملائمة مع الحديث.

الأطفال الذين لديهم أعراض الأسبرجر، تكون لديهم نزعة إلى عدم الملاءمة وعدم القدرة على القيام باللعب، الذي يتطلب قدرة عالية على التنسيق.

وبسبب تفاعلهم الاجتماعي الغريب، فإن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات في تنمية الصداقات أو المحافظة عليها.

إن الأفراد المشخصين بهذا المرض، عادة ما تكون معدلات ذكائهم عادية أو فوق العادي؛ لأن المعدل الفعلي لنسبة الذكاء يكون غالباً أعلى من أدائهم.

في السنوات الحالية سجل أن بعض هؤلاء الأطفال لديهم تأخر عقلي، ويعانون في مرحلة المدرسة من مشكلات كثيرة في خبرات الكتابة والقراءة والحساب.

وعند البلوغ فهم عادة يكونون قادرين على العيش باستقلال ومساندة أنفسهم على العمل، ولكنهم غالباً يكونوا منزولين ولديهم مشكلات نفسية مثل الاكتئاب والسلوك غير الاجتماعي، وقد تم تسجيل محاولات انتحار لديهم.

وعلى الرغم من أن السبب الدقيق للأسبرجر غير معروف، إلا أن التنبؤ بأن هناك عنصراً جينياً يكون وارداً، ففى دراسة لسته أجيال لعائلة لديها عدة أفراد تحمل هذا المرض وجد أن هناك صلة وراثية تؤثر غالباً فى الأولاد أكثر من البنات.

والاختبارات العلمية الأخرى تشير إلى أن بعضهم لديه إلهام غير عادى.

ويعتبر كل ذلك دليلاً على أن مصدر هذا المرض بيولوجى.

إن مدى حدوث الأسبرجر غير معروف، كما أنه لا توجد مقاييس دراسية تؤكد نسبة وجوده.

التوحد:

إن الأفراد المصابين بالتوحد تظهر لديهم اضطرابات، تتضمن الحواس، وقدرات التفكير، اللغة، التواصل، التفاعل الاجتماعى. وفى أحوال كثيرة يظهر لديهم سلوكيات متعلقة بالطقوس والتحفز الذاتى، مثل: الاهتزاز، والدوران السريع والنقر بالأصابع.

وتظهر لدى الأفراد المتوحدين استجابات فريدة ونادرة نحو البيئة.

إن كلمة «متوحد» تشير إلى نزعه أو ميل إلى الارتداد للنفس، وتجاهل كثيراً مما يمكن أن يحدث فى داخل البيئة.

ولأن التوحد يحدث نتيجة اختلافات أو مشكلات فى الجهاز العصبى والمخ، فإن الأطفال والبالغين المصابين بالتوحد يمكن أن يكون لديهم تشوهات فى الخبرات فى واحده أو أكثر من قدراتهم الحسية، وبالتالي يمكن أن تختلف لديهم الرؤية أو الأصوات أو التذوق أو الإحساس اختلافاً كبيراً.

يكون بعض من البالغين المصابين بالتوحد قادراً على وصف قدراته الحسية غير الطبيعية، فعلى سبيل المثال سجلت امرأة أن صوت المطر على الشباك يشبه صوت رعد هائل متحرك يجرح أذنها، وشخص آخر سجل أفضلية بصرية للون محدد وفقاً للثقافة.

كثير من الأفراد يبدو أن لديهم ردود أفعال مختلفة نحو الألم واللمس، وبعضهم يكون حساس جداً نحو الضوء واللمس، في حين أن بعضهم يبدو أنه يعاني من الضغط العميق.

ليس هناك اثنان من المتوحدين متشابهين في الاستجابات نفسها للإثارة الحسية. هؤلاء الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب يمكن أن تكون لديهم ردود أفعال غير طبيعية نحو نوع معين من الإثارة.

وبسبب الاضطرابات في معلومات التخيل الحسى للأطفال المصابين بالتوحد، فإنهم يتفاعلون مع الإثارات الحسية بطرق مختلفة.

من هذه الردود المتعددة الضحك بكثرة ونوبات الغضب والضرب بعنف والتوتر، مع حدوث تكرار في معدلاتهم، فبعض الأطفال تحدث لديهم مرات متعددة في اليوم والبعض الآخر تحدث لديهم مرة واحدة في الأسبوع.

وبتحليل السلوك بعناية تكشف الاختبارات عن بعض حالات الهيجان.

ومن خلال ذلك الهيجان يظهر هؤلاء الأطفال ردود أفعال مختلفة نحو نوع معين من الإثارة الحسية، ويكون لدى البعض الآخر انخفاض في مشيرات التفاعل؛ مما يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي ليظهر الطفل أو الطفلة، وكأنه في عالمه الخاص.

والأطفال المصابون بالتوحد تظهر لديهم علاقة حساسة أو اختلاف نحو الناس، ويشمل ذلك أفراد أسرهم كما يشيع بينهم تكرار الحركات، مثل: الاهتزاز الإيقاعي أو الدوران السريع.

ويعكس هذا النوع من الاستجابة يعكس محاولة الشخص لإيقاف المثير الحسى لسرعة تهيجهم.

ويجد الآباء صعوبة في السيطرة عليهم أو احتضانهم، ومتى سيطر عليهم.. فإن هؤلاء الأطفال يتسمون بالصلابة والقسوة، مما يضعف أجساد آبائهم، وتكرر مشكلة التغذية كثيراً حيث إن هؤلاء الأطفال يكون لهم غذاء محدد، ويرفضون زيادته أو تجربة غذاء جديد.

تكون حالتهم المزاجية غير عادية بصفة أساسية، وغالباً ما يتغير مزاجهم سريعاً.

ويظهر لديهم خوف أو ردود أفعال ضد الاعتراض غير ضارة أو مؤذية، ويظهر لديهم توتر جسدى، يوضح العلاقة بين الخوف والخطر الحقيقى، ويظهر لديهم بوضوح فقدان التفاعل الانفعالى فى المواقف الاجتماعية، وفى الوقت نفسه يتجنبون الاحتكاك أو الاتصال المباشر بالعين مع الآخرين. هناك حركات غير عادية أخرى تظهر عموماً مثل تكرار الحركات والتلويح بالأزرع والتصفيق بالأصابع، ويمكن أن يلاحظ ذلك فى الاستجابة للمثيرات أو لمثير معين.

ويلاحظ فى كثير من هؤلاء الأفراد أنهم يتميزون بوقفة شاذة، ويمشون على أصابع القدم، كما أن مهارات التفكير وقدرات الإدراك لديهم تكون غير طبيعية بشكل واضح.

على الرغم من أن التخلف العقلى يظهر فى سن النضج عند هؤلاء.. إلا أن بعضهم يمتلك معدلات ذكاء عالية، على الرغم من قصور تفكيرهم، كما يجدون صعوبة فى تفسير تعبيرات الوجه والإيماءات.

وقد سجل أيضاً عن هؤلاء الأطفال قيامهم باللعب التخيلى أو الإدعائى، ولوحظ أنهم يكررون الأفعال نفسها مع اللعب مثل القوالب، وعمل البازل نفسه مرات عديدة. أما الأطفال الكبار.. فيصرون على اتباع الروتين نفسه يومياً، وربما يقعون فى محنة إذا تغير هذا الروتين دون قصد.

وتعتبر مشكلات الاتصال من أهم المشكلات المستقبلية لهؤلاء الأطفال؛ فهم يعانون من تأخر فى التحدث واللغة كما يعانون من مشكلات تتعلق بارتفاع وانخفاض درجة الصوت وتغير فى نعمة الصوت ومعدل الكلام والقدرة على التعبير عن أنفسهم، وحديثهم يتألف غالباً من تكرار التعبير بكلمات معينة أيضاً، تتأثر قدراتهم على فهم ما يقال.

والأفراد المتوحدون يكونون غالباً غير قادرين على فهم السخرية أو النكات أو التورية والمصطلحات الشائع استخدامها فى اللغة اليومية.

سبب التوحد:

أثبتت الأبحاث العلمية أنه توجد اختلافات بيولوجية، لوحظت في تركيب المخ لهؤلاء الأشخاص. وبناء على ذلك.. فإن اضطراب الجهاز العصبي يشكل أحد أسباب التوحد، بالإضافة إلى بعض السلوكيات المضطربة الأخرى في فئة P.D.D.

وبعض الأسباب المؤكدة تشير إلى أن سبب التوحد ينتج عن فيروس، أو التعرض الكيميائي أثناء الحمل وأمراض معينة مثل سيلياك والروبيلا (Celiac-Rubella).

من الممكن أن تلعب الحقائق الأصلية أيضاً دور. أن الجين الفعال في معالجة هؤلاء المتوحدين غير معروف؛ لأنه من الممكن جداً أن يكون التوحد نتيجة مجموعة متعددة من هذه الأسباب.

منذ سنوات عديدة كان شائعاً - ولكن غير صحيح - أن عدم استجابة الآباء والضغط النفسي يمثل - بطريقة أو بأخرى - سبباً في نمو التوحد لدى الأطفال.

ولابد من تأكيد أنه لا يوجد دليل على أن التوحد ينشأ بسبب عدم استجابة الآباء أو توقع الضغط النفسي البيئي للأطفال.

يشجع تيار الأبحاث بوضوح نظرية أن التوحد يكون نتيجة لاضطراب الجهاز العصبي، على الرغم من أن السبب الحاسم غالباً غير معروف.

مدى التأثير بالتوحد:

قد يقدر مدى التأثير بالتوحد بحوالى من ٢ - ٤ حالات في كل ١٠,٠٠٠ من المواليد، وقد يرتفع إلى ١٥ في كل ١٠,٠٠٠ من المواليد.

إن التوحد يظهر على وجه التقريب ٤ مرات، أو أكثر في الذكور عن الإناث.

تشخيص التوحد:

إن تشخيص التوحد جاء بعد الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي، إلا أنه لا يوجد اختبار طبي معين أو

إجراء، يستطيع أن يؤكد تشخيص التوحد بدلاً من نظرة المتخصصين لأعراض الأشخاص ومقارنتها لتكون محكاً لتشخيص التوحد، فإذا ظهرت لدى هؤلاء الأشخاص هذه الأعراض.. فإنها تسجل في قائمة المحك ويتم التشخيص. ولو كان التشخيص موضع شك الطبيب أو عالم النفس أو أى متخصص آخر، فملاحظة الطفل خلال فترة من الوقت، قبل تصنيفه على أنه مصاب بالتوحد تعتبر مهمة.

معيار تشخيص التوحد:

إن تقييم علماء النفس الأمريكيان يصف تشخيصاً معيناً كمعيار للتوحد أو الاضطراب فى كتيب باسم الاضطراب العقلى، فى معظم الطبقات الحديثة من هذا الكتيب فى عام ١٩٩٤. ويصنف التوحد على أنه نوع من مجموعة الاضطرابات فى النمو؛ حيث إن تشخيص التوحد يتم لو أن الطفل أظهر على الأقل ٦ صفات من الـ ١٢ صفة، التى نظمت تحت العناوين الثلاثة الرئيسية التالية:

- ١- الاضطرابات النوعية أو الكيفية فى التفاعل الاجتماعى، والتى تشمل مشكلات نمو الصداقات والتواصل بالعين والاعتراف بالمشاعر واستخدام تعبيرات الوجه.
- ٢- الاضطرابات النوعية فى الاتصال، والتى تشير إلى تأخر النمو أو التحدث مثل الكلام المتكرر أو غير عادى وعدم القدرة على الاستمرار فى المحادثة.
- ٣- حصر التكرار لنمط معين من السلوك والنشاطات دون تغيير، والتى تشير إلى انشغال التفكير فى موضوع معين والتكرار غير العادى بطريقة معينة فى الكلام أو السلوك، مثل: الاهتزاز والدوران السريع والنقر بالأصابع والنزعة إلى تكلمة الروتين بالطريقة نفسها.

إن عدم الأخذ بعين الاعتبار لأى معيار، الذى وضع بواسطة تقييم علماء النفس الأمريكان يجعل تشخيص التوحد أمراً صعباً أو غير مباشر وفى حالات كثيرة، حين يكون لدى الأطفال بعض هذه السلوكيات، ولكن ليس بالضرورة توافر كل سلوكيات القائمة. وعلى الرغم من ذلك.. فإن تطبيق هذا التصنيف أصبح موضوعاً صعباً بالنسبة للآباء والمتخصصين على حد سواء.

وإذا لم يستخدم الأفراد المحك المعيارى فى تشخيص التوحد، على الرغم من رؤيتهم لعلامات الاضطراب فى مجالى التفاعل الاجتماعى والاتصال، ووجدوا مجموعة محددة من الأنشطة والموضوعات، التى وضعت سابقاً.. فإن هناك تشخيصات أخرى عن فئة P.D.D يمكن أن توضع فى الاعتبار، وهى تشمل: بعض الأعراض عن الشغب، وأعراض الاسبرجير وP.D.D، وليس فى نواح أخرى، وعلى الرغم من ذلك يختلف معيار السلوك الفوضوى كثيراً، ويتداخل يكون جلياً وواضحاً.

وكثير من الآباء سجلوا عن أبنائهم أن لديهم مشكلات متعددة فى السلوك والتواصل، فتم التشخيص ببساطة على أنهم P.D.D .
إن استخدام الـ P.D.D كعلامة للتشخيص لا يتفق دائماً مع توقع المتخصصين فى العلاج لهؤلاء الأطفال. وما زالت P.D.D تستعمل لوصف أو تشخيص الأطفال، الذين لا نجد لديهم المعيار أو المحك المعين للتوحد.

علاج التوحد:

على الرغم من أن التوحد يوجد لدى الأطفال الذين يعانون من التأخر العقلى، إلا إنه لا توجد الرعاية المناسبة، التى تستخدم برامج التدخل المختلفة وفقاً لاختلاف قدرات الأفراد لمساعدتهم على الاستقلال فى حياتهم المهنية، ولمساعدتهم على الحياة المنتجة.

يوجد كثير من برامج التدخل للعلاج، تشمل: الجانب التعليمى والسلوكى والمهنى والمداخل الحسية، تخصص لتقليل تأثير الحساسية العالية فى الحواس المرئية أو السمعية.

إن استخدام مجموعة من الوصفات الطبية فى نظام حمية مختلف لمضافات الأغذية؛ للتقليل من أعراض التوحد قد تمت محاولته بدرجات مختلفة من النجاح. ويعتبر استخدام المضافات بالأغذية والأنظمة الغذائية المعينة مسألة مثيرة

للجدل من قبل المتخصصين؛ لأن طريقة الغذاء هذه لم يتم إثبات تأثيرها من خلال الأبحاث المقتنة.

ولا يوجد شخصان أو أكثر من الأشخاص المصابة بالتوحد لديهما تشابه في نمو السلوك الفوضوى.. لذلك فإن خطة العلاج الفردى لابد أن يتم تطويرها لتقابل احتياجات الفرد الخاصة.

وهناك مجموعة أخرى من طرق العلاج من المتخصصين، تتضمن مجموعة من التدريبات ليعمل أفراد العائلة معاً؛ لتصميم استراتيجيات تعد من أفضل الطرق لخلق خطة فردية علاجية.

وعندما يعمل الآباء والمتخصصون معاً، تكون لهم الأولوية في المرحلة العامة من حياة الأطفال، وتتغير الأهداف تبعاً لنمو الطفل ونضجه واكتسابه للمهارات.

و يكون تركيز خطة العلاج المناسبة لغالبية الأطفال المصابين بالتوحد والأنواع الأخرى من الـ PDD متمثلاً في اللغة ومهارات الاتصال وقدرات التفاعل الاجتماعي والسلوكي ولزيادة السلوك البديل، الذي يجعل منهم أفراداً مرغوباً فيهم.

وعندما يبدأ العلاج في فترة مبكرة من الحياة.. فإن التدخل المبكر للبرامج في المدرسة الابتدائية، وخصوصاً برامج التعلم المتضمنة في الولايات المتحدة الأمريكية فإنها تؤثر بشكل إيجابي لهم.

إن التدخل المبكر يعد من أفضل الطرق لتغيير هؤلاء الأطفال ومساعدتهم على التوافق الجيد في الحياة. وتعرض دراسة تأثيرات التوافق المبكر في الأطفال المصابين بالتوحد نتائج إيجابية تشمل تحسين السلوك والقدرات، التي يمكن من الاستمرار في فصول المدارس العامة.

إن التوافق المبكر يظهر فاعلية أكثر، عندما يتضمن المشاركة الفعالة من الآباء وأفراد الأسرة الآخرين.

يتلقى معظم الأطفال المصابين بالتوحد التعلم فى الفصول أو المراكز المتخصصة باستخدام التعلم الفردى، أو من خلال الجماعات الصغيرة، والتي تعتمد على القدرات المحدودة لديهم.

من الممكن أن يمضى بعض الأطفال سنوات الدراسة كلها فى برامج متخصصة. وعلى العكس، يمكن أن يحتاج البعض الآخر سنوات قليلة قبل التحاقه بالمدارس الحكومية، وذلك بالإضافة إلى ضرورة إنشاء فصول جيدة ومدرسون مهرة بارعين فى تصميم وإنجاز برامج متخصصة، تكون ملائمة للسلوك تتضمن طرقاً خاصة مثل الإجراءات السلوكية، والتي تساعد الأطفال المصابين بالتوحد على التعلم وتنمية مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعى.

إن تعديل السلوك يعتمد على تدعيم أو مكافأة الطفل، عندما يظهر السلوك المناسب وتجاهل السلوك غير المناسب.

وفى حالات نادرة فإن سلوك التمزق أو الإثراء النفسى يكون خطيراً عندما يقرر الأفراد فى العائلة والمتخصصين زيادة استخدام إجراءات العقاب كضرورة.

وعلى أية حال.. فإن خطة العلاج فى تطورها تكون حاسمة بالمشاركة النشطة الفعالة للآباء.

النتائج المتوقعة من الأطفال المصابون بالتوحد:

على الرغم من أن التوحد يؤدي إلى الاضطراب مدى الحياة، إلا أنه يمكن التقليل من تأثيره، من خلال الجهود المستمرة من ناحية الآباء والمتخصصين.

وعلى الرغم من أنه لا توجد رعاية خاصة بالأشخاص المصابين بالتوحد للتعلم وتعويض النقص فى القدرات، إلا أن مدى التنظيم يعتمد على خطورة السلوك الفوضوى، سواء فى المشكلات التى تصاحبه مثل النوبات المرضية ومشكلات السمع والرؤيا أو الظروف الصحية الأخرى.



ويوجد تقريباً واحد من كل ستة أشخاص، هم الذين يشخصون على أنهم متوحدون، يكونون متوافقين اجتماعياً، ولديهم القدرة على العمل المستقل في المجتمع.

ويظل واحد آخر من هؤلاء الستة منتجاً بصورة واضحة، بينما تظل البقية متأثرة مدى الحياة بالتدخل المتخصص والخدمات، ويستخدم كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد قدراتهم، من خلال تدعيم استخداماتهم للبرامج وتدعيم استعداداتهم للحياة.