

مشكلات النمو

كثيراً ما نشعر بالأسى لرؤية الأطفال المعوقين ويتبادر إلى ذهننا كيف أن حياتهم مليئة بالصعوبات والإحباط وكيف يشعرون هم بالأسى عندما يقارنون أنفسهم باقرانهم الأسوياء وربما نحاول جهد طاقتنا أو بذل أى جهد لمساعدتهم أو قد نتحول عنهم درءاً للمشاكل وما قد يمثلونه من سلوك غير سوى . وقلما يخلو أى مجتمع من هؤلاء الأطفال المعاقين وأن كانت النظرة إليهم تختلف من مجتمع لآخر فالمجتمعات الأولية كانت تميل إلى التخلص منهم أما عن طريق المهجر أو عن طريق الإبادة ونجد مجتمعات أخرى تحاول أن تبقى عليهم ولكنها تنظر إليهم كعبء فتهملهم حيناً وتقسو عليهم حيناً آخر وبتطور الحضارة تطورت النظرة لهم ورغم ذلك فالكثير منهم يوضع في مؤسسات إصلاحية تحت ظروف غاية في القسوة أو الإهمال ولكن هذه النظرة البائسة يخرقها الآن بصيص من نور يطالب بالعناية بالمعوقين وجعلهم أناساً سويين أو على الأقل إعطائهم الفرصة لكي يستغلوا ما قد يكون لديهم من إمكانيات من أجل المعيشة الأفضل وتحويلهم من حالة مستهلكة إلى أفراد يعتمدون على أنفسهم وقد ينتجون أيضاً . وقد يقول قائل كيف نضع إمكانيات كثيرة تحت تصرف مشروع ينتج انتاجاً قليلاً أو مشكوكاً فيه . وفي الواقع بأننا حين نمد يد العون إلى هؤلاء نمد يد العون إلى أنفسنا فنستغل قدراتهم ونقلل من اعتمادهم ولا نغتر بأن عددهم قد يبدو قليلاً فما لانراه منهم أكثر مما نراه وأن كنا قد شرحنا في الفصول السابق النمو السوى للطفل المتوسط فإن اتجاهنا الآن إلى إلقاء بعض الضوء على مشكلات النمو المتمثلة في الغير الأسوياء من الاطفال كمحاولة تشخيصية باحثة عن المصادر وسبل العلاج والوقاية .

مشكلات التشخيص والتسمية :

أن نظرة واحدة إلى الناس المحيطين بنا تجعلنا ندرك أن هناك نوعيات

مختلفة من البشر وهذا التنوع لانهاى . ويمكن تصنيف هؤلاء الأفراد طبقاً لمعايير عديدة طبقاً للمظهر والقدرات ولأنماط السلوك لا من سمات الشخصية ولذا فإننا حين نطلق تسميات مختلفة على أنواع الأطفال المعاقين فإننا لانقصد إلا التسمية التشخيصية التى تساعد على تحديد المشكلة بطريقة علمية منهجية ووضع الحلول لها . ولذا فيجب أن ننظر إلى التسميات التشخيصية على أساس أنها تسميات لحالات مرضية وليس لأناس معينين وهذه الحالات يمكن وصفها وتحديدتها بطريقة موضوعية وقد يكون هناك حالات بينية كثيرة من الصعب إن لم يكن من المستحيل الوصول إلى تسميتها لأننا نتعامل مع المخ البشرى والنفس الإنسانية وكلاهما غاية فى التعقيد والانفرادية هذا من جهة ومن جهة أخرى يجب علينا ألا نخلط بين التسمية التشخيصية والقيمة التربوية التى يمكن أن ترتبط بهذه التسمية التشخيصية مثل أن نطلق عليهم منحرفين - غير أسوياء - غير طبيعيين - مرضى عقليا فإن إطلاق هذه التسميات قد تضع حدوداً وقيوداً على نظرة الباحثين من جهة وعلى نظرة هؤلاء لأنفسهم من جهة أخرى فتظهر مشاعر الإحباط والرفض وقد تؤدى بطفل يعانى من حالات وقتية إلى الحبس فى مؤسسة علاجية طول حياته .

ويعنى التشخيص تحليل المشكلة للتوصل إلى الأعراض الدائمة ووضع تصورات أساسية لإمكانات فهم الجوانب التى تجعل التسمية لا تتخطى حدودها ويجب أن نأخذ عملية التشخيص كما يستخدمها الأطباء بحذر شديد فهى لا يمكن أن توافق عملية التشخيص النفسى فالأطباء فى تشخيصهم يفترضون وجود المرض داخل الإنسان المريض باعتباره حالة مرضية لها أصل وسبب معين ولما زلما من الأعراض وتؤدى إلى حالات معينة ويمكن وضع علاج معين لها ولكن طريقة التشخيص هذه قد لاتنفع كثيراً فى حالة التشخيص النفسى فالأسباب عادة لايمكن تحديدها أو تتداخل مع بعضها ومسار المرض النفسى لايمكن توقعه وزملة الأعراض ليست محددة والتنبؤات (م ٧ - النمو النفسى)

لا يمكن الاعتماد عليها . ويؤدي عدم انتظام زملة الأعراض هذه إلى كثير من عدم الاتفاق بين الأطباء النفسيين المعالجين حتى في أوضح الأمراض كالقصرام كما أن الطبيب المعالج نادراً ما يكون لديه الفرصة لملاحظة الأطفال في مواقف متعددة وقراءة وروية الصورة التي يرى عليها العالم المحيط به وغالباً ما يؤكد على أعراض معينة ويترك أعراض أخرى كما أنه قد يتجاهل مرونة الطفل وقدرته التكيفية في تفاعلها مع العالم . وينتج من ذلك أننا مازلنا في حاجة إلى طريقة تشخيصية أفضل وميزان تسميه أدق من أجل منع وتصحيح المشكلات التي يواجهها الأطفال المعاقين وتصحيح رؤيتنا للحالات المرضية على أساس النسق التبادلي Transactional System الذي ينظر منه للعلاقة بين الأفراد والبيئة كعلاقة تفاعل تأثير وتأثر بين بيئة يزداد عداها كلما إزداد ضعف الفرد فيها ومن هنا يمكن أن نرى المرض النفسي في كليهما بدلا من رؤيته عند الفرد فقط .

ورغم ذلك فإننا لا يمكننا تجاهل النظرة الطبية وإسهاماتها في تغيير نظرة الناس للمعاقين من إهمال وازدراء إلى قبول ورغبة في المساعدة الحقة بدلا من اللجوء إلى السحر والشعوذة .

وكما رأينا فإن هذه الصيغة قد واجهت بعض التحديات ولكن لننظر كيف أن نظرنا للطفولة المعوقة قد تغيرت وماهى التطبيقات التي واكبت تطور المداخل بالنسبة للعلاج فبادئا ذى بدء نحن الآن نلقى نظرة أكثر من فاحصة لحدوث أنواع مختلفة من حالات المعوقين في إطار الظروف البيئية التي يوجدون فيها وبالخصوص التأثيرات التبادلية بين الطفل المعوق وبين بيئته المتمثلة في العائلة وبين البيئة المتمثلة في العائلة والمدرسين والأقران وسلوك الطفل ، أى أنها نظرة تفاعلية لمشكلات السلوك تلك النظرة التي ترى العوامل البيئية والعوامل الشخصية كليهما متداخلتين في إحداث التحلل الوظيفي أى أننا أصبحنا نهم بمصادر التحلل في البيئة ومصادر التحلل عند الطفل المعوق نفسه ومما لاشك فيه أن الطفل المعوق مهما كان سبب وضعه هذا

يخلق موقفاً داخل الأسرة تحاول أن تسايره بأداء بعض التغيرات في أنماط سلوكها وأن ردود فعل الأبوين للطفل المثير للمشاكل قد تجدد مدى هذه المشاكل فالطفل المشكل الذي يواجه والدين يعاملانه بالحنان والعطف كثيراً ما ينمو بطريقة سوية بينما الأطفال الذين يبدأون سوياً وينشأون في جو مليء بالمتاعب من المحتمل جداً أن يعاونوا من مشاكل في النمو بل أن ردود الفعل الوالدية الحاطمة قد تنتج تأثيراً له الصفة العضوية .

وقد أجريت كثير من الدراسات لتبين الاختلاف بين الأسر التي يكون فيها أطفال سويين والأسر التي يكون فيها أطفال غير سويين من ناحية المحادثات ومن ناحية المعاملات .

(Mishler and Waxler 1968, Richardson et al 1961)

وتوصلت إلى أن العائلات التي تكون فيها الأمور طبيعية أكثر استجابة في حديثهم - لبعضهم وأكثر تعبيرية ووداً ومما لاشك فيه أن الأطفال المعوقين ذوو حاسية كبيرة وعرضة أن ينشأ لديهم شعور منخفض بالذات Low self esteem مما قد يزيد من مشكلاتهم السلوكية في المواقف الاجتماعية بما في ذلك الفصول الدراسية كما يكونوا عرضة لأن يصلون بعجزهم البسيط إلى الاعتماد بالعجز الكلي كما أنهم أكثر حساسية لآراء الآخرين ويحتاجون إلى تقبل اجتماعي أكثر . هذا التقبل الاجتماعي الذي قد ينكره عليه أقرانهم ولعل رفض الأقران يعتبر من أكثر العوامل البيئية هدماً لشخصية الطفل المعوق والاتجاهات الحديثة تنافس مجدية عدم فصل المعاقين في فصول خاصة حتى نعطيهم فرصة الاستفادة من الخبرات في مواقف الأخذ والعطاء الطبيعية في مواجهة الرأي الآخر الذي ينادى بحمايتهم من رفض الأقران وإعطائهم فرصة الاستفادة من البرامج الخاصة التي توضع لاعتبارات - حاجاتهم واختلافهم الوظيفي .

والتأكيدات الجديدة في الأنسقة التبادلية تحاول أن تضع مفهوماً جديداً

للعجز فالفروق التي تكون في بيئة معينة والتي تشكل عجزاً فيها لا تشكل عجزاً في بيئة أخرى فالقصر الشديد يعتبر عجزاً في ملعب كرة سلة والطول المفرط يعتبر عجزاً في دروب السباق ، كما أن لون الجلد قد يكون ميزة أو عيباً طبقاً للثقافة التي يكون فيها بل أن الطفل ضعيف البصر غالباً ما لا يواجه أى مشكلة حتى يواجه بضرورة قراءة ما يكتب على السبورة وأثناء إنقطاع التيار الكهربى يتفوق العمى على المبصرين وهكذا نرى كيف أن العجز نتاج التفاعل بين الفروق الفردية والبيئة ومن ثم فإننا عندما نستخدم العجز في مناقشاتنا التالية يجب أن ننظر إليه من خلال هذا التفسير التفاعلى .

الصمم :

إن الفحص الطبى لكثير من الأطفال قد يودى بنا إلى نتيجة غير متوقعة وهى أن أغلبهم يعانون من درجة معينة من نقص السمع ونسبة منهم بهم صمم وأن إستخدام بعض السماعات الطبية يمكن أن يزيد من مستوى سمعهم ويعطى هؤلاء الأطفال نسبة من القدرة على السمع ، وأن العوامل الحرجة في معالجة مثل هذا الأمر يعتمد على توقيت الإصابة وتوقيت بدء العلاج . وأسباب الصمم قد تكون وراثية أو مكتسبة ولكن المهم هو توقيت الإصابة وليس سببها لأن فقدان اللغة (البكم) هو من أهم الآثار المرضية للصمم فالصمم الذى يحدث قبل اكتساب الكلام يختلف إختلافاً بيناً عن الذى يحدث بعد اكتسابه . والنوع الأول الذى يحدث كعيب خلقى أو نتيجة إصابة الأم بمرض ما أثناء الحمل أو الولادة أو الإصابة بعد الولادة تسبب البكم إذا لم تتخذ من الإجراءات ما يكفى للحد من هذا الخطر ويجب أن نضع فى اعتبارنا أن القدرة السمعية لاتعنى فرقا بين الصمم والسمع الكامل وليست وظيفة تآتى في وقت ما أو لاتآتى إلى الأبد فرغم أن تركيبات الأذن والقنوات السمعية والعصبية قد تكون سليمة من الناحية العضوية فإن وظيفتها يجب أن تتطور بواسطة الاستخدام وصفة مبدئية فإن الأعصاب السمعية التي تحرم من سماع الأصوات خلال مراحل النمو الحرجة قد تتدهور وتفقد قدرتها على نقل الإشارات الصوتية

مما يحتم عمل مسح طبي مبكر حيث أن فقدان الوظيفة لهذه الأعضاء قد يصبح أكثر صعوبة في العلاج بعد الشهور الثمانية من العمر وأن استخدام الأدوات المساعدة مثل السماعات في المراحل الأولى قد يؤدي إلى الاستغناء عنها في المراحل المتقدمة أو على الأقل الاستخدام الناجح لها إذا ما بدأ العلاج في المراحل الأولى من العمر . وهذا يؤكد وجهة النظر التي تنادى بعدم اللجوء للغة الإشارات في حالة القدرة على السمع أو للوسائل الخارجية ولو إلى حد بسيط خشية الضمور الوظيفي لجهاز السمع نتيجة إهماله وفي حالة اللجوء إلى لغة الإشارات يجب أن يصاحبها محاولة استخدام الطريقة الطبيعية حتى لا تقع في هذا المحذور ولقد توصلت الأبحاث إلى نتائج تؤيد وجهة النظر التي تقول بأن نمو الكلام يتأثر بمستوى التفاعل اللغوي أكثر من أى مشكلات سمعية قد تكون عند الأطفال كما أن الأطفال الذين يعانون من الصمم ينضجون على نفس النهج الذي ينضج عليه الأطفال السويين من الناحية اللغوية رغم قصر جملهم وتميزها بالأخطاء النحوية . ومن الغريب أن الوالدين الذين يعانون من الصمم يكسبون أولادهم ميزة كبيرة في القدرة على تعلم اللغة المكتوبة وقراءتها .

Schlesinger & Meadow 1972, Best 1970.

وكما ذكرنا في الفصول السابقة فإن أهمية اللغة تظهر بطريقة فعالة في مراحل نمو التفكير الشكلي مما يجعل الأطفال الصم متأخرين إلى حد ما في الوصول إلى هذه المرحلة والتطور فيها ولكن القدرات التعويضية التي تتكون في ذاكرتهم تجعلهم يلحقون بأقرانهم السويين ومن ثم من الأفضل ألا نحدد فصولاً مدرسية خاصة للذين يعانون من الصمم الجزئي وإن كانوا يحتاجون إلى عناية خاصة في المعاملة وفي الأخذ والعطاء .

العمى :

يعتبر العمى عند الأطفال عائقاً يبطئ النمو المعرفي والمهارات الإدراكية

ولكنه لا يحدثها. ولقد أثبتت كثير من الأبحاث أن الأطفال العمى يكتسبون بمرور العمر حساسية خاصة وكفاءة أكثر لحواسهم الأخرى وأن الأطفال الذين يولدون فاقدى البصر يلحقون بأقرانهم المبصرين فى الأعمال المعرفية والخبرات الإدراكية وإن كانوا يأخذون وقتاً أطول فى اكتساب بعض المهارات .

وتتدخل اللغة باعتبارها أساساً للأداء المعرفى فرغم التأخر المبدئى الذى يعانى منه هؤلاء الأطفال فى بداية تعلمهم للغة فإنهم يصلون إلى نفس مستوى الكفاءة ورغم وجود أخطاء نحوية أكثر . فإن تفكيرهم لا يتأثر بتأثير هذه الفروق اللغوية كما أن بعض التجارب التى أجريت على أداء الأطفال بالنسبة لمبدأ ثبات المادة قد أقرت عدم وجود فروق فى الأداء بين العمى والمبصرين وإن كانت قد أدت إلى تبين استراتيجيات مختلفة بينهما رغم تساوى النتائج ولم نتوصل إلى تأثيرات مرضية للعمى على القدرة المعرفية ولكن هذا الدليل التجريبي لا يمكن تعميمه خاصة وأنه كان مرتبطاً بأعمال معينة ومن ثم فإن القدرة التعويضية تجعلنا ننظر إلى العمى باعتباره ليس معوقاً للنمو .

الاضطرابات الحركية :

قد تبدو الاضطرابات الحركية لوضوحها أكثر من الاضطرابات النفسية ولكنها فى الواقع أقل والتمة الأكثر شيوعاً بالنسبة لهذه الاضطرابات هى نتيجة الشلل المخى الناتج عن ظروف وراثية أو نقص الأكسجين أثناء الولادة أو قبلها أو الإساءة للأولاد جسمياً واجتماعياً وتظهر هذه الاضطرابات على شكل تقلصات أو رعشة أو تصلبات كما يصاحبها أحياناً تخلف عقلى وقد تم إخضاع الكثير منها للعلاج الجراحي والعقاقير الطبية والعلاج الطبيعى مما يزيد من فرص استقلالية المصابين بها . والاضطراب الثانى ينشأ عن الإصابة بمرض الصرع ورغم أن الأطفال المصابين بمرض الصرع لا يختلفون

عن الأطفال بين النوبات إلا أن حدوث النوبات المفجائية يشكل عنصراً عاتقاً خاصة ما يصاحبه من شعور بالفزع للمصاحبين له وقد تم التحكم في كثير من هذه الحالات عن طريق العقاقير وفي بعض الحالات عن طريق جراحات المخ ولأن الاضطرابات الحركية مثل الاضطرابات السمعية والبصرية يمكن أصلها بالجهاز العصبي المركزي فإن أي خلل فيه قد يؤدي إلى أكثر من عائق ومن ثم فإن التخلف العقلي قد يصاحبه اضطراب في السمع وفي البصر وفي الحركة .

الاضطرابات النفسية :

تظهر هذه الاضطرابات بدرجات متفاوتة فقد تكون على شكل بكاء مفاجيء أو أرق أو ضيق ويميزها التغير المفاجيء بلاسبب واضح وقد يهملها الآباء والأمهات نتيجة أن كثيراً من أعراضها لا تبدو خطيرة مثل الخجل ، وقضم الأظافر ، والتهمة أو الكوابيس الليلية كما قد يظن عليها عوارض لحالات أخرى أو يصاحبها ظروف اجتماعية معينة ترضى تساؤل الآباء بالنسبة لهذه الحالات . ويرجع أتباع نظرية التحليل النفسي هذه الأمراض العصبية للصرعات الطفولية التي لم يتم التوصل إلى حل لها مما يدفع الفرد الطفل إلى اللجوء لميكانيزمات الدفاع لمقاومة الموقف الذي يجد نفسه فيه وينشأ لديه قلق فظيع يظهر على هيئة إستجابات معينة مثل العدوانية أو الذهان لتخفيف معاناته بينما يرجع السلوكيون القلق لخبرات غير سارة مما ينتج عنها سلوك الهروب أو الأحجام الذي يقلل من الشعور بالقلق مما يشكل تعزيزاً سلبياً للجوء إليه وتختلف أعراض العصاب عند الأطفال على شكل اكتئاب أو على شكل رهاب من نوع معين وأن صعوبة التشخيص لهذه الأمراض تجعلنا غير قادرين على تحديد العلاج أو ضمان نتيجته ، ولكن خطورتها تكمن في ردود الفعل السلبية وما ينتج عن هذه الحالة من سلوك من الفرد والمحيطين به .

الذهان النفسى :

قد لا يكون ظهور الفصام عند الأطفال واضحاً وإن كان يتضح أكثر عند الكبار وأعراضه انحراف مزاجى أو نقص ثقافى أو إدراكات غير طبيعية أو فقدان للذاتية الشخصية وتميز بزيادة فى الطاقة الحركية وقد يصاحبها تخلف فى النطق ويعزو أتباع التحليل النفسى هذه الحالات للظروف الاجتماعية وتدخل الآباء بطريقة غير سوية ولذا لا يمكن إلقاء مسئولية الفصام على عوامل جينية وإن كانت هناك اتجاهات لاعتبار الاستعداد للإصابة بهوراثيا وقد وجدت الأبحاث أيضاً أن هناك العائلات التى بها حالات من الفصام تختلف أنماط الاتصال والحديث عندهم عن الأسر والعائلات التى ليس فيها مثل هذه الحالات مما يؤكد أن الفصام عند الأطفال يعتبر نتيجة للضغط البيئى على طفل لديه حساسية واستعداد للإصابة بالذهان وأن الشفاء من الفصام فرص ضئيلة وقد يشب الطفل ومعه المرض حتى يصل إلى البالغ مصاب بالفصام . Mishler and Waxler 1968

التخلف العقلى :

إن تشخيص وعلاج التخلف العقلى قد تحسن منذ أن كان الأطفال المصابين بها يحسبون فى زنانات مغلقة يحرم الاتصال بهم ويجب أن نفرق بين التخلف العقلى والنقص العقلى فالنقص العقلى خلل وظيفى بينما التأخر العقلى قد يكون نتيجة للحرمان الثقافى أو الأسرى ولا يمكن إرجاع هذه الحالات إلى ضعف جسمى ويجب النظر إليها فى إطار الوضع الاجتماعى حتى تكتمل صورة المصابين بهذه الحالات ولا تقع فى فخ التسميات وما قد تجره هذه التسمية من نتائج مأساوية . وإذا ما توصلنا إلى الأسباب فإن الإجراءات التى يمكن اتخاذها قد تكون وقائية وقد تكون علاجية ، أما من ناحية الإجراءات الوقائية فتشمل رعاية الأمومة والطفولة والإرشاد الأسرى والفحص الاكلينيكى قبل الزواج وأثناء الحمل والفحص الدورى

والوقاية من تلوث البيئة أما بالنسبة للإجراءات العلاجية فإن هناك برامج تعليمية تساعد على زيادة الإثارة في البيئة التعليمية خاصة لأولئك الذين يطلق عليهم لفظ القابلين للتعلم والتعليم الحرفي لأولئك الذين يطلق عليهم لفظ التخلف ويجب أن نفرق بين هؤلاء وبين من يصابون بأنماط من العجز عن التعلم أولئك الذين يتمتعون بذكاء عادي ولكنهم لا يستطيعون التحصيل على مستوى أقرانهم ، ومما هو جدير بالذكر أن هذه الأنماط من العجز لا تخضع لسبب معين وإن كانت تأخذ في الاعتبار الخلفية الانفعالية والظروف البيئية والخبرة التعليمية والتاريخ المرضي مما يساعدنا على تحديد وتحييد ما يبدو لنا من أسباب ولا يمكن التقليل من أى شيء يمكن أن يوصلنا إلى إقامة برنامج علاجي .

لقد طال الحديث عن أسباب وراثية وأسباب بيئية ويبدو أنه من الأفضل أن نذكر الآن ما نعنيه بالأسباب الوراثية والأسباب البيئية أما الأسباب الوراثية فقد تكون نتيجة أخطاء كروموسومية أو تمثيلية فمن ناحية الأخطاء الكروموسومية فتحدث عندما يتكون زيجوت بكر وموسوم زائد فينشأ الطفل المغولى وينشأ لديه عيوب فسيولوجية وعقلية ولحسن الحظ فإن معظم هذه الحالات لا ترى النور أو تفقد الحياة بعد فترات قصيرة أما الأخطاء التمثيلية فتحدث في الجينات كخلل أوظفرة في جزيئات الأحماض النووية كما يحدث في حالات أنيميا الخلايا المنجلية .

أما العوامل البيئية فتشمل الاضطرابات النفسية التي تسبق الولادة وأخطار عملية الولادة والأخطار التي تأتي بعد الولادة وأنماط السلوك العائلي والاتجاهات الوالدية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ونقص التغذية وإساءة معاملة الأولاد والحرمان وعموميات الثقافة ونظرتها للأولاد .

الوقاية والعلاج :

يلجأ السلوكيون إلى معرفة الأعراض واستخدام استراتيجية تعديل السلوك بينما يلجأ أتباع التحليل النفسى من أجل تصريف الضغط الناتج من القلق كما يلجأ بعض المعالجين إلى استخدام العقاقير ولكن مما لاشك فيه أن تكامل أنماط العلاج يؤدي إلى نتائج أفضل . وأن أفضل علاج لهذه الاضطرابات هو العمل على منعها عن طريق وأد أسبابها .