

الإعاقات العقلية

سلسلة
ذوي الاحتياجات الخاصة

أ.د/ عادل عبدالله محمد

8



الإعاقات العقلية

- القائـم : دار الرشاد
- العنوان : ١٤ شارع جراد حسي - القاهرة
- تلفـسـون : ٣٩٣٤٦٠٥
- رقـم الإيداع : ١٠٠٤ / ٣٠٥٣
- التـزيم لعدد : 011 - 6 - 364 - 977
- المـطبع : مصرية للطباعة والنشر
- العنوان : ١٠٠٧ من السلام - أرض النوازل - الهنـمـين
- تـلفـسـون : ٣٢٥٦٠٦٨ - ٤٣ - ٣٢٤١٠٤٣
- المـطبع : آرنتك الكمبيوتر
- العنوان : ٤ شارع بني كعب - مطبخ من شارع السودان - الكويت كـت
- تـلفـسـون : ٣١٤٣٦٣٢
- جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة
- الطبعة الأولى : ١٤٢٥ هـ - ٢٠٠٤ م
- مصحح : محمد قايد

سلسلة
نوى الاحتياجات الخاصة

8

الإعاقات العقلية

أ.د/ عادل عبد الله محمد

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية جامعة الزقازيق





إهداء

- إلى كل المهتمين بذوى الاحتياجات الخاصة ،
- في مصرنا الحبيبة ،
- وإلى وطننا العربي الكبير ،
- أملًا في زيادة عطائهم ،
- ورغبة في تعظيم دورهم .

مُنْتَهَى

لحمد لله رب العالمين الذي خلقنا، وسوانا في أحسن صورة، والذي فعّل آدم على الملائكة بما علمه إياه من علم، وأمرهم على أن يركعوا له حيث قال تعالى ﴿وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَٰؤُلَاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ ﴿٢﴾ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا بِهَا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴿٣﴾ قَالَ يَا آدَمُ أَنْبِئْهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ فَلَمَّا أَنْبَأَهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ قَالَ أَلَمْ أَقُلْ لَكُمْ إِيَّيَّيْ أَتُكْفَرُونَ ﴿٤﴾ (البقرة: ٣١-٣٣) ، والصلاة والسلام على سيدنا محمد خير خلق الله، وخاتم رسله، الذي أمرنا بطلب العلم، والاجتهاد فيه، والذي أخبرنا بأن فضل العلماء على غيرهم كبير، وعلى آله وصحبه وسلم.

ويعلم

بعد الجانب العقلي من أعظم الجوانب التي أودعها الله سبحانه وتعالى في الإنسان، والذي تفرد به الإنسان على غيره من المخلوقات حيث قيل به الأمانة التي آتت السموات والأرض والجبال أن يحملنها، قال تعالى ﴿إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا﴾ (الأحزاب: ٧٢) ومن خلاله أسند الله له خلافته في الأرض، قال تعالى ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَيَنحَرُّ كَسْبَ يَحْمِلُهَا وَتَلْمِذُونَ ﴿٣٠﴾ (البقرة: ٣٠) ، وأحله أمر الله الملائكة أن يسجدوا لآدم، قال تعالى ﴿وَإِذْ قُلْنَا لِلْمَلَائِكَةِ اسْجُدُوا لِآدَمَ فَسَجَدُوا إِلَّا إِبْلِيسَ

قَالَ السُّجُودُ لِمَنْ خَلَقْتَنِي يَا رَبِّ (الاسراء: ٦١) حيث نظر إلى الأمر برمته من جانب آخر إذ نظر إلى المادة التي تم من خلالها خلق كل منهما، فقال تعالى ﴿قَالَ أَنَا خَيْرٌ مِمَّنْ خَلَقْتَنِي مِنْ نَارٍ وَخَلَقْتَهُ مِنْ طِينٍ﴾ (ص: ٧٦) وبالتالي حسده على ذلك، وعصى أمر ربه متعللاً بأفضاليته للمادة عليه.

وطالما بقي الجانب العقلي للإنسان في حاكه الطبيعية فإنه يستطيع أن يستغل كل ما في الأرض من أجل مصلحته ومصلحة البشرية جمعاء، فيبتكر، ويبتصرع، ويؤلف، ويركب، ويحلل، ويطور، ويتقدم. أما إذا ما أعيقت قدراته العقلية للمعرفة فإنه يجد صعوبة بالغة في القيام بمختلف العمليات المعرفية حتى العادي أو البسيط منها، كما يجد صعوبة كبيرة في العيش مع الآخرين في إطار نفس الجماعة حيث تواجهه صعوبات جمة ومشكلات متعددة في سبيل أداء الأنشطة الحياتية المختلفة، أو رعاية ذاته، أو الاستفادة مما يمكن أن يقدمه المجتمع له في هذا الإطار، ولا يصبح بمقدوره أن يقوم بتلك المهارات اللازمة له في سبيل أداء مهنة معينة. وقد يمكنه أن يتعلم إلى قدر محدود للغاية، وقد لا يمكنه من ناحية أخرى أن يقوم بذلك.

ومما لا شك فيه أن هناك العديد من الأسباب، أو العوامل، أو المتغيرات التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى تعرض الفرد إلى نمط واحد أو أكثر من أنماط الإعاقة العقلية التي أشار الاتحاد القومي للدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية NAAR إليها وذلك في تلك الإحصائيات التي نشرها في يناير ٢٠٠٣ بأن هناك ثلاثة أنماط للإعاقة العقلية تعتبر هي أكثر هذه الأنماط شيوعاً وانتشاراً على مستوى للعالم بأسره، وأن مثل هذه الأنماط تترتب بحسب نسب ومعدلات انتشارها ليأتي التخلف العقلي في بدايتها، يليه اضطراب التوحد، ثم تأتي بعدهما من اللازمه أعراض داون. ومن الأمور التي تستحق الاهتمام فيما يتعلق بتلك الأنماط من الإعاقات العقلية ما يلي:

١- أنها جميعاً تنطبق عليها تلك الشروط الخاصة بالتخلف العقلي حيث يعان الطفل من قصور في أدائه الوظيفي العقلي، ومن قصور في سلوكه التكيفي وما يرتبط به من مهارات، وأنها ينبغي أن تحدث خلال مراحل النمو.

٢- أن كلاً منها يعد بمثابة حالة وليس مرضاً .

٣- أما بالتالي ومن هذا المنطلق تعتبر غير قابلة للشفاء .

٤- هناك مع ذلك علاج طبي ينبغي أن يتم تعاطيه من جانب الطفل لا يرتبط في الواقع بهذه الحالة أو تلك ولكنه يعمل على علاج ما يمكن أن يرتبط بها من اضطرابات أخرى مختلفة بطبيعة الحال .

٥- أنه قد توجد هناك أسباب مشتركة تعد هي المسئولة عن الإصابة بهذه الحالة أو تلك .

٦- أن مثل هذه الأسباب تتراوح بين البيئة والوراثة .

٧- أن بإمكاننا أن نعبد تقسيم تلك الأسباب إلى ثلاثية مشتركة تتضمن أسباب يمكن تأثيرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، وأسباب يمكن تأثيرها أثناء الولادة، أما الأسباب الأخيرة فيكون تأثيرها خلال مرحلة ما بعد الولادة أي في أي وقت بعد ميلاد الفرد وخلال دورة حياته المطلوبة .

٨- أن العلاج يختلف من نمط إلى آخر، ومن حالة إلى أخرى .

٩- أن تناول كل نمط من هذه الأنماط قد شهد ظهور أساليب، واستراتيجيات حديثة، كما أن ذلك يتضمن بلا شك استخدام التكنولوجيا الحديثة .

ومن هذا المنطلق فإن الكتاب الحالي يتضمن بين طياته فصول خمسة بحيث يبرز هذا الموضوع في شكل متكامل، كما يعمل على إبراز كل ما هو جديد في هذا الإطار . وعلى ذلك يتناول الفصل الأول الإعاقة العقلية عامة مبنياً مفهوماً، وأنماطها، وأساليب الرعاية الشبعة . ويتناول الفصل الثاني التخلف العقلي وهو ما يعد أكثر تلك الإعاقات شيوعاً وانتشاراً وذلك بحسب نسب ومعدلات الانتشار . كما يتناول مفهومه، وتشخيصه، وتصنيفه، وأسبابه، وأهم أساليب الرعاية التي يمكن استخدامها مع أولئك الأطفال الذين يعانون منه . أما الفصل الثالث فيتناول اضطراب التوحد، ويسر على نفس هدى الفصل الثاني فيتناول للمفهوم، والأسباب، والتصنيف،

والتشخيص، والتقييم، وأهم أساليب الرعاية التي يمكن اتباعها مع أولئك الأطفال .
وإلى جانب ذلك فإن الفصل الرابع والذي يتمثل في متلازمة أعراض داون يسمي في
نفس الأتجاه فيتناول مفهومها، وأعراضها، وأسبابها، وتشخيصها، وتقييمها إلى جانب
أساليب الرعاية سواء للمتركة أو الخاصة بهذا النمط من أنماط الإعاقة العقلية .

وبأى الفصل الأخير كى يعطينا مثلاً يبرهن به على وجود الإعاقات العقلية
للدوجة، وهذه العلاقات هي تلك التي يجمع في طرفها بين أحد أنماط الإعاقة العقلية
من ناحية، وبين أحد أنماط إعاقات أربع من الناحية الأخرى هي الإعاقة العقلية،
والإعاقة الحسية، والإعاقة الجسدية، والإعاقة النمائية أو الاضطراب النمائي . ولكننا
مع ذلك اكتفينا بتناول النمط الأول منها أى الإعاقة العقلية - العقلية إذ سنقوم بتناول
الإعاقات الأخرى في مواضع أخرى، أو بالأحرى سنقوم بتناول الإعاقة العقلية مع
الإعاقات الأخرى وذلك في مواضع أخرى . ويتناول هذا الفصل اضطراب التوحد مع
متلازمة أعراض داون مع التركيز على أن ما يحدث بينهما يعد بمثابة تلازم مرضي،
كما يتناول كذلك اضطراب التوحد مع التخلف العقلي مع التركيز على قضية أساسية
تتعلق بما إذا كانت العلاقة المرضية بينهما تعتبر تداخلاً فقط، أم أنها تعد تلازماً مرضياً
بدلاً من ذلك، وانتهى الفصل إلى أن الحالتين موجودتان، ولكنهما مختلفتان في العديد
من جوانب الشخصية .

وأخيراً أسأل الله العلي القدير أن أكون قد وفقت في عرضي لهذا الكتاب، وأن
أكون قد أضفت به شيئاً إلى للكتابة العربية في التربية الخاصة، وأن يستفيد منه كل
من يلحاً إليه، وأن يجد فيه ضلالتة المنشودة، وأن تتحقق به الفائدة المرجوة منه . .

والله ولي التوفيق ،،،

٠٥٠١ / عادل عبد الله محمد

المحتويات

الفصل الأول :

الإحالة العقلية ١٥

الفصل الثاني :

التخلف العقلي ٦٥

الفصل الثالث :

اضطراب التوجه ١٤٩

الفصل الرابع :

متلازمة أعراض داون ٢٣٥

الفصل الخامس :

الإعاقات العقلية المزروعة ٣١٣

الفصل الأول

الإعاقَة العقلية

مُقَدِّمَةٌ

تعد الإعاقة العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يمكن أن يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجوانب العقلية رغم ما يعانيه مثل هذا الفرد من مشكلات متعددة بعد هو أصل الإعاقات التي يعاني منها، والتي تترقب عليها مشكلات جمّة في العديد من جوانب النمو. الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعتبر ضرورية كي يتمكن الطفل من العيش أو التعايش مع الآخرين، وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة.

ومما لا شك فيه أن هناك أنماطاً متعددة للإعاقة العقلية بمعنى أن الأمر لا يقف عن حدود نمط واحد بعينه تشير إليه مثل هذه الإعاقات وتنعكسه، بل يتخطاه إلى ما هو أكثر من ذلك، فتتعدد مثل هذه الأنماط وإن ظلت هناك أنماط ثلاثة رئيسية تعد هي الأكثر انتشاراً بينها وذلك على مستوى العالم بأسره. وقد تأثر مثل هذه الأنماط بعوامل أو أسباب معينة تعد مشتركة بينها جميعاً، كما أن هناك إلى جانب ذلك أسباباً خاصة بكل نمط من تلك الأنماط. ومع أن تلك العوامل تعتبر في الأصل إما عوامل وراثية، أو بيئية فإنها مع ذلك تنقسم إلى ثلاثة أنماط أساسية من العوامل تحلق الأول

منها يستلزم العوامل التي يتمركز أثرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، أما الثاني فيضم العوامل التي يكون لها الأثر أثناء الولادة، بينما يتعلق ثالثها بمجموعة العوامل التي يكون لها الأثر المباشر في مرحلة ما بعد الولادة. وهناك أساليب متعددة للتدخل تتضمن برامج مختلفة، واستراتيجيات متنوعة تختلف من نمط إلى آخر من أنماط الإعاقات العقلية الثلاثة التي تتمثل في التخلف العقلي mental retardation واضطراب التوحد autism ومتلازمة أعراض داون Down's syndrome. وفي حين يعود التخلف العقلي في أساسه إلى عوامل وراثية محددة، وأخرى بيئية معروفة أيضاً، وتعود متلازمة أعراض داون إلى الشذوذ الكروموزومي وذلك في الكروموزوم رقم ٢١ على وجه التحديد، أو يرجع كذلك إلى الخطأ في انقسام الخلايا، فإنه لا توجد أسباب محددة حتى الآن يمكن أن نقول أنها هي المسؤولة عن اضطراب التوحد وذلك على الرغم مما لاحظناه من تحديد بعض العوامل أو حتى اللميمات لذلك، وما نلاحظه من إجراء الأبحاث الحديثة في هذا الصدد للتأكد منها أو من غيرها من العوامل، أو التوصل من ناحية أخرى إلى سبب بعينه أو حتى إلى مجموعة محددة من العوامل يمكن أن نعزو إليها حدوث مثل هذا الاضطراب حتى يمكن التعامل معه بعد ذلك بشكل أكثر فاعلية.

وحتى يذكر أن حالات الزيادة الكروموزومية في الكروموزوم رقم ٢١ ليست هي الحالة الوحيدة لمثل هذه الزيادة كما ترى كينسنج وسوتيل (٢٠٠٢) Kessling&Sawtell حيث هناك حالات متعددة أخرى تحدث فيها مثل هذه الزيادة، ومن أمثلتها تلك الزيادة الكروموزومية في الكروموزوم رقم ١٣ (Trisomy 13) وفي الكروموزوم رقم ١٨ (Trisomy 18) . وفي هاتين الحالتين تزداد حدة الإعاقات بدرجات كبيرة حيث يعد كلاً منهما أكثر في الحجم من الكروموزوم رقم ٢١ إذ أن الكروموزوم رقم (١) يعد هو الأكبر حجماً، ثم يقل حجم الكروموزوم مع الزيادة في رقمه، ولستلزم فإن الزيادة الكروموزومية في الكروموزوم رقم ١٣ وكذلك ما تعرف بمتلازمة أوشر Usher's syndrom تصاحبها إعاقات حسية مزدوجة وذلك في السمع والبصر إلى جانب ذلك. كما أنه يمكن حدوث زيادة كروموزومية أيضاً في

الكروموزوم المحدد للجنس Trisomy for the X chromosome حيث يمكن أن يوجد كروموزوم Y إضافي ليكون الناتج XYX أو كروموزوم X إضافي ليكون الناتج XXY إلا أن تأثيره في هذا الإطار يقل عن تأثير الزيادة الكروموزومية في الكروموزوم رقم ٢١ .

وإلى جانب ذلك يمكن أن تحدث الزيادة الكروموزومية في أي كروموزوم آخر، ولكن الأمر عادة ما ينتهي بالإجهاض وذلك بشكل طبيعي . ومن الأقل احتمالاً بالنسبة للوالدين الذين ينجبان طفلاً لديه إحدى هذه الحالات من الزيادة الكروموزومية أن ينجبا طفلاً آخر في حالة أخرى مختلفة من الزيادة الكروموزومية، أي أنه إذا كانت الزيادة الكروموزومية لدى الطفل في الكروموزوم رقم ٢١ يقل احتمال إنجاب طفل آخر لديه زيادة كروموزومية في كروموزومات أخرى مثل الكروموزوم رقم ١٣ أو الكروموزوم رقم ١٨ أو في الكروموزوم المحدد للجنس على سبيل المثال، لكن إذا حدث وتم إنجاب طفل آخر لديه زيادة كروموزومية فلها تكون من نفس نمط الزيادة الكروموزومية لدى الطفل الأول .

وغني عن البيان أن الأثنى من ذوات متلازمة داون يمكنها أن تتزوج وتتحب أطفالاً بشرط أن يكون زوجها عادياً أي لا يعاني من ذات المتلازمة أو غيرها من الإعاقات العقلية، وهذا يصبح احتمالاً إنجاب طفل من ذوى متلازمة داون مساوياً ٥٠ % في حين نجد أن الذكر من ذات المتلازمة على الرغم من قدرته على تكوين علاقات عاطفية فإنه بعد غير قادر على الإنجاب إلا في حالات نادرة للغاية لا تصل ١ % تقريباً بشرط أن تكون الزوجة عادية، ويصبح في مثل هذه الحالة احتمال إنجاب طفل من نفس المتلازمة مساوياً ٥٠ % أيضاً، أما إذا كانت زوجته من نفس المتلازمة فإن احتمال الإنجاب في حد ذاته يقل بدرجة كبيرة، أما إذا حدث إنجاب وهو الأمر الذي لا يحدث سوى في حالات نادرة فإن احتمالات إنجاب طفل من نفس المتلازمة تكون مرتفعة للغاية .

الإعاقة العقلية

تمثل الإعاقة العقلية (mental impairment, intellectual disability) في أي صورة من صورها مصوراً هاماً وأساسياً من تلك المحاور التي تدور التربية الخاصة حولها، وتوليها اهتمامها. وتعرف الإعاقة العقلية بأنها اضطراب في واحدة أو أكثر من تلك العمليات السيكلوجية الأساسية التي يتضمنها الفهم واستخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة والتي يمكن أن تعبر عن نفسها على هيئة قصور في واحدة أو أكثر من قدرات الطفل التالية :

- ١- القدرة على الاستماع .
- ٢- القدرة على التفكير .
- ٣- القدرة على التحدث .
- ٤- القدرة على الكتابة .
- ٥- القدرة على التهجى .
- ٦- القدرة على إجراء العمليات الحسابية .

ومن ثم فإن مثل هذه الإعاقة تعد بمثابة حالة تتعارض مع تحقيق إنجاز أكاديمي يتناسب مع عمر الطفل، كما تتعارض مع قيامه بأنشطة الحياة اليومية بذلك الشكل وتلك الكيفية التي نتوقعها من هم في مثل سنه . وعلى ذلك فإن أول عقبة يمكن أن يتعرض لها الأطفال ذوو الإعاقة العقلية تتمثل في حدوث قصور في تجهيز المعلومات من جانبهم حيث تعاقب قدرتهم على الاحتفاظ بالمعلومات، أو القيام بالعمليات المختلفة عليها، أو إنتاج مثل هذه المعلومات . كما أن تلك الإعاقة تستتبعها بالضرورة عدة أسور لها مغزاها ودلالاتها في هذا الإطار حيث ترتب عليها ويمثل انعكاساً لها، وهذه الأمور هي :

- ١- عدم قدرة الطفل على أن يحيا بشكل مستقل .
- ٢- عدم قدرته على إتباع التوجيهات والتعليمات المختلفة .
- ٣- عدم قدرته على القيام بترتيب المعلومات أو البيانات المختلفة .
- ٤- عدم قدرته على تصنيف تلك للمعلومات أو البيانات .
- ٥- تدني مهاراته الاجتماعية .
- ٦- قصور مهاراته التنظيمية .
- ٧- عدم قدرته على الاختيار أو ما يعرف بالقدرة على اتخاذ القرارات المختلفة .

ومن هذا المنطلق فإن الإعاقة العقلية تعد بمثابة أى حالة يتدى فيها مستوى الأداء الوظيفى العقلى للطفل إلى الدرجة التى تصل به إلى القصور فى هذا الجانب إضافة إلى القصور فى سلوكه التكيفى وهو ما يمكن التأكد منه عن طريق استخدام المقاييس الخاصة بذلك . ومن المعروف أن هناك حالات عديدة يبدو أداء الطفل الوظيفى العقلى عاملاً أساسياً فيها، إلا أن الواقع وما تظهره الإحصاءات العديدة كذلك التى صدرت عن الاتحاد القومى لدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (NAAR، ٢٠٠٣) تؤكد أن هناك ثلاثة أنماط أساسية من هذه الإعاقات يمكن ترتيبها بحسب نسبة انتشارها كما يلى :

- ١- التخلف العقلى .
- ٢- اضطراب التوحد .
- ٣- متلازمة أعراض داون .

هنا وقد كانت الإحصاءات التى صدرت عن الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America حتى عام ١٩٩٩ تؤكد أن اضطراب التوحد يأتى بعد متلازمة أعراض داون من حيث نسبة الانتشار، إلا أن الأمر قد شهد اختلافاً كبيراً بعد

ذلك حيث أصبحت متلازمة أعراض داون هي التي تأتي في الترتيب بعد اضطراب التوحد الذي لا يسبقه في هذا الإطار سوى التخلف العقلي فقط.

وحديثاً بالذكر أن كل أنماط الإعاقة العقلية تتميز بضرورة توفر شروط التخلف العقلي فسيها دون الحاجة إلى وجود التخلف العقلي معها ككيان مستقل لدى نفس الفرد في نفس الوقت وهو الأمر الذي يعنى وجود تداخل بين تلك الإعاقات. وعلى هذا الأساس نجد أن كل إعاقة من تلك الإعاقات تتغلب توفر ثلاثة شروط أساسية هي :

١- أن يقل الأداء الوظيفي العقلي للطفل بشكل يدل على وجود قصور فيه، وهو ما يعكسه يستعكس سلباً على مستوى ذكائه فيصل ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال.

٢- أن يعاني الفرد كملئك من قصور في تلك المهارات التي تتعلق بسلوكه التكيفي وترتبط به مما يؤدي بالضرورة إلى قصور في سلوكه التكيفي.

٣- أن تحدث مثل هذه الإعاقة خلال سنوات النعوى، وبالتحديد خلال طفولة الفرد أي قبل انتهاء مرحلة الطفولة للتأخرية.

وبناء على ذلك فإننا نلاحظ أن مستوى الذكاء بالنسبة للطفل الذي يعاني من أي إعاقة من تلك الإعاقات يقل عن ٧٠ على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال. ومن أشهر هذه المقاييس وأكثرها استخداماً على مستوى العالم مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال، ومقياس ستانفورد- بينيه للذكاء Stanford- Binet. ومعنى أن يقل مستوى ذكاء الطفل عن ٧٠ أنه يقل عن المستوى العادي بمقدار الحرفين معيارين أو أكثر حيث أن المتوسط بالنسبة لكل المقاييس السابقين يساوي ١٠٠ والانحراف المعياري يساوي ١٥ لمقياس وكسلر، و ١٦ لمقياس ستانفورد- بينيه. وبالتالي فإن الانحراف للمعيارين يساويان ٣٠ تقريباً، وإذا ما طرحنا ٣٠ من مائة يكون الناتج ٧٠ وهي الدرجة التي تمثل الحد الأعلى لمستوى الذكاء بالنسبة للأطفال للتخلفين عقلياً.

ومن المعروف أن مستوى الذكاء يقل بعد ذلك حتى خمس انحرافات معيارية ليصل بذلك إلى ٢٥ أو أقل، وحيث يكون الطفل في أدنى مستويات التخلف العقلي وهو التخلف العقلي الشديد جداً profound أما عندما يقل بمقدار أربعة انحرافات معيارية فقط فإن الطفل آنذاك يكون في مستوى التخلف العقلي الشديد severe بينما إذا قل بمقدار ثلاثة انحرافات معيارية فإن ذلك إنما يعكس مستوى التخلف العقلي المتوسط moderate في حين يحدد أن مستوى التخلف العقلي البسيط mild يقع بين حدود الانحرافين للمعيارين وثلاثة انحرافات معيارية وذلك عن المستوى المتوسط الذي تتراوح درجته هو بين ٩٠ - ١١٠ .

أما بالنسبة لاضطراب التوحد وهو ثاني هذه الأنماط فإن الإحصائيات التي أشرنا إليها سابقاً تؤكد أن ما بين ٩٠ - ٩٥ ٪ تقريباً من الأطفال التوحدين يتراوح مستوى ذكائهم بين التخلف العقلي البسيط والمتوسط، ونادراً ما نجد أطفالاً توحدين يقل مستوى ذكائهم عن ذلك. لكننا نلاحظ أن متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome والتي تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد autism spectrum disorder نادراً ما تصيب أطفالاً يقل مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط، بل إنما غالباً ما تصيب أطفالاً من ذوى الذكاء المرتفع وربما المرتفع جداً لدرجة أننا كثيراً ما نجد كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) بين أولئك الأطفال أطفالاً من الموهوبين وذلك في مجالات متباينة من مجالات الموهبة. وإذا ما انتقلنا إلى النمط الثالث من أنماط الإعاقة العقلية والذي مثله متلازمة أعراض داون فإننا نلاحظ أيضاً تدرج مستوى ذكاء أولئك الأطفال الذين يعانون منها حيث يتراوح مستوى ذكائهم بين المستوى البسيط والمتوسط، ونادراً ما نجد من بينهم من يقل مستوى ذكائه عن ذلك.

أما بالنسبة للشروط الثمان والذي يتمثل في قصور مهارات السلوك التكيفي من جانب أولئك الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فإن كندول (٢٠٠٠) Kendall يرى أن هناك قصوراً واضحاً في مهارات السلوك التكيفي من جانب الأطفال للتخلفين عقلياً، ومن ثم فإننا يجب أن نلجأ إلى استخدام مقاييس للسلوك التكيفي إلى جانب اختبارات

الذكاء المناسبة وذلك في سبيل تشخيص أولئك الأطفال بشكل دقيق حيث أن نسبة انتشار التخلف العقلي على مستوى العالم تبلغ ٣ % تقريباً عند استخدام مقاييس الذكاء فقط. إلا أن تلك النسبة تقل إلى حدود ١ % تقريباً عند إضافة مقاييس السلوك التكيفي إلى تلك الاعتبارات. ونحن نرى أننا في مصر نعتمد في تشخيصا للتخلف العقلي على اعتبارات الذكاء فقط، وهذا هو المتبع في كل مدارس التربية الفكرية لدينا. أما بالنسبة للأطفال التوحدين فإن الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال قد توصلت إلى أن مهارات السلوك التكيفي من جانبهم تماثل ما لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً أو تقل عنهم وهو ما كشفت عنه تلك الدراسة التي أجراها عادل عبدالله (١٩٩٩) ووجد فيها أن هناك فروقاً دالة في الدرجة الكلية لمهارات السلوك التكيفي بين الأطفال التوحدين وأقرانهم المتخلفين عقلياً لصالح الأطفال المتخلفين عقلياً على الرغم من عدم وجود فروق دالة بينهما في بعض للمهارات، ووجود فروق دالة بينهما في بعضها الآخر كما ستوضح في الفصل الخامس. كذلك فقد أوضحت الدراسات أن مهارات السلوك التكيفي من جانب الأطفال ذوي متلازمة أعراس دانون تماثل تقريباً ما لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً، ولا يوجد بينهما فروق دالة في مثل هذا الإطار. وبذلك يتضح أن كل فئات الإعاقة العقلية يعاني أعضاؤها من قصور واضح في مهارات السلوك التكيفي من جانبهم.

وفيما يتعلق بالشرط الثالث والخاص بحدوث تلك الإعاقة خلال سنوات الطفولة بمراحلها الفرعية الثلاث وذلك حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة فإن الواقع يشهد أن إصابات الدماغ الشديدة التي تؤدي إلى ما يعرف بارتجاج المخ تسبب خلال مرحلة الطفولة في ضمور بعض خلايا المخ، يتبعه حدوث تخلف عقلي وهو الأمر الذي لا يحدث بداية من مرحلة الرضاة وما بعدها وذلك إذا ما رجعت أسباب الإعاقة العقلية في تلك الحالة إلى عوامل تحدث بعد الولادة، ولم تعد إلى أسباب وراثية، أو إلى أسباب بيئية أخرى خلال مرحلة ما قبل الميلاد، ولم تعد كذلك إلى تلك الأسباب التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة. أما بالنسبة لاضطراب التوحد فإن هناك شرطاً أساسياً في

تشخيص حالات الإصابة به يؤكد عنى أنه لا بد أن يحدث قبل وصول الطفل ثلاثين شهراً من عمره، أو قبل وصوله الثالثة من عمره بشكل عام، وبمستثنى من ذلك حالات السنخلف العقلى الشديد جداً حيث تتعرض لمتط خاص من أنماط التوحد يعرف بالتوحد اللاهذوحي atypical autism بتأخر ظهوره عن هذه السن . ووفقاً لذلك فإن العديد من المشكلات التي تواجهنا عند تشخيص التوحد لدى ذوى الإعاقات الأخرى إنما تكمن في أننا نركز في الأساس على تلك الإعاقات الأخرى، وقد لا نقوم بإرجاع بعض السلوكيات التي تصدر عن الطفل حينئذ إلى التوحد لأننا نستجد حدوثه إذ يكون الطفل قد تجاوز الثالثة من عمره وذلك كما ستوضح في الفصل الأخير من الكتاب مع أنه لا يكون لدينا آنذاك تاريخ مرضى للطفل نستطيع أن نجزم من خلاله بعدم وجود مثل هذه السلوكيات قبل وصول الطفل الثالثة من عمره أو حتى بعد ذلك. بينما نلاحظ أن متلازمة أهراس داون تحدث عادة مع بداية فترة الحمل conception وذلك بعد تكوين البويضة للتلقحة أو الملائحة fertilized egg. لأننا نرجع في الأساس إلى شلوث كروموزومى أو خطأ في انقسام الخلايا ينتج عنه وجود كروموزوم إضافي أو زائد في الكروموزوم رقم ٢١ ليصبح بذلك عدد الكروموزومات في كل خلية بالجسم ٤٧ بدلاً من ٤٦ كما هو الحال في الظروف الطبيعية وذلك لدى الغالبية العظمى من أولئك الأطفال الذين يعانون من تلك المتلازمة، بينما قد لا تحدث مثل هذه الزيادة الكروموزومية لدى أطفال آخرين فيظل بالمتنالي عدد الكروموزومات في كل خلية ٤٦ كروموزوماً مع وجود خطأ في انقسام الخلايا وخاصة في الكروموزوم رقم ٢١ حيث يتوقف جزء منه عن الانقسام، بل وقد ينتقل إلى كروموزوم آخر، وغالباً ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم ١٤ وهنا يكون مثل هذا الانتقال جزئياً إذ نجد أن جزءاً من الكروموزوم رقم ٢١ هو الذى انتقل من مكانه إلى مكان آخر، وأحياناً يكون هذا الانتقال كلياً حيث يكون الكروموزوم رقم ٢١ حر free فينتقل كلية إلى كروموزوم آخر، وإلى جانب ذلك هناك حالات أخرى يحدث فيها ما يعرف بتضاعف تركيب الخلية أو

الفسيفسائية mosaicism تتألف على أثرها بعض خلايا الجسم من ٤٧ كروموزوماً بينما يتألف بعضها الآخر من ٤٦ كروموزوماً فقط، وتوقف حينئذ درجة الإعاقة العقلية على عدد الخلايا الشاذة بالجسم قياساً بالخلايا العادية. وتؤدي تلك الزيادة الكروموزومية أو هسنا الخطأ الكروموزومي إلى تغير واضح ومميز في شكل الجسم وسماته، كما يؤثر على جوانب النمو المختلفة، وعلى ما يرتبط بها من مهارات متباينة، وعلى توقعات كثيرة مختلفة تتعلق بظهور شيء معين لدى الطفل، أو الوصول إلى نقاط أساسية معينة في النمو milestones أو ظهور مهارات أو تناسقات معينة أو تأخر الحركات، وقدرة الطفل على إجادتها والسيطرة عليها وذلك بالشكل الذي يتفق مع عمره الزمني، ومع ما يمكن أن يقوم به أقرانه الآخرون في مثل سنه، وفي جماعته الثقافية.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه الإعاقات تؤثر بشكل مباشر على جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ولا تترك جانباً منها دون أن تؤثر عليه سلباً، ومن هذه الجوانب ما يلي :

١- الجانب العقلي المعرفي .

٢- الجانب الجسمي والقيسولوجي .

٣- الجانب الحركي .

٤- الجانب اللغوي .

٥- الجانب الانفعالي .

٦- الجانب الاجتماعي .

كما أنها إلى جانب ذلك تؤثر كثيراً على مهارات الطفل المختلفة كمهارات العناية بالذات، ومهارات الحياة اليومية، وغيرها من المهارات وهو الأمر الذي نوضحه بشكل جلي على امتداد الفصول الثان والثالث والرابع من هذا الكتاب مما يضاف على هؤلاء

الأفراد سمات فريدة تميزهم دون سواهم، كما تجعل من كل فئة منهم فئة مميزة ومتميزة حتى عن غيرها من فئات الإعاقة العقلية الأخرى وهو الأمر الذي يمكن أن يسهم في رسم بروفيل خاص بالطفل في كل فئة من تلك الفئات الثلاث مما يجعل منها فئة فريدة ومفردة. ومع ذلك فمن نرى أن كل فئة من هذه الفئات الثلاث تمثل فيما بينها فئة غير متجانسة من الأفراد وذلك وفقاً للعديد من المتغيرات والعوامل والظروف المختلفة التي أسهمت في حدوث مثل هذه الإعاقة أو تلك، والتي تحيط بالطفل وتؤثر عليه بشكل مباشر أو حتى بشكل غير مباشر. وبالتالي يصبح من الصواب عند التعامل مع أعضاء كل فئة من هذه الفئات أن يتم التعامل معهم على أساس فردي أي يتم التعامل مع كل فرد وفقاً لخطة تعلم فردية (individual educational plan) يتم تصميمها في ضوء حاجاته، وقدراته، وإمكاناته، والظروف المحيطة به، وبالتالي لا يمكن استخدامها إلا معه هو شخصياً دون سواه، كما لا يكون مقبولاً أن نستخدمها مع غيره من الأطفال دون إدخال تعديلات تكاد تكون جوهرية عليها، وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يجعلها في تلك الحالة خطة مختلفة تماماً عن غيرها.

ومن ناحية أخرى يمكننا إلى جانب تعليم الطفل بشكل فردي أن نقوم بتعليمه في إطار مجموعة صغيرة، أو يتم دمجها في فصول العاديين سواء لبعض الوقت أو كل الوقت أي في حالتي الدمج الجزئي أو الكلي، أو حتى يتم تعليمه في فصله هو الذي يدرس فيه بمدرسته الخاصة مع من هم على شاكلته. ومن ثم تتعدد البرامج التربوية التي يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال وذلك في ضوء الحاجات الفردية لكل منهم، ومن هذه البرامج ما يلي :

- ١- برامج متركزة حول الطفل.
- ٢- برامج متركزة حول الأسرة.
- ٣- برامج متركزة حول المجتمع المحلي.
- ٤- برامج فردية.

- ٥- برامج يتم تقديمها في إطار مجموعة صغيرة من الأطفال .
- ٦- برامج يتم تقديمها في إطار فصول التربية الخاصة .
- ٧- برامج يتم تقديمها في إطار الفصول العادية من خلال الدمج .
- ٨- برامج تقوم على التعليم التعاوني .
- ٩- برامج تقوم على التعاون بين معلمى التربية الخاصة ومعلمى الأطفال العاديين .

أسباب الإعاقة العقلية

ترجع أسباب الإعاقات العقلية أو العوامل التي يمكن أن تؤدي إليها في الأساس إلى نوعين رئيسيين من العوامل تتمثل أولهما في العوامل الوراثية، بينما يتمثل للثاني في العوامل البيئية، ولكل من هذه العوامل تأثيره الكبير فالعوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في التكوين حيث تنتقل السمات المرضية إلى الأبناء من الآباء والأجداد، ولا يقل دور العوامل البيئية عن ذلك حيث يبدأ دورها منذ تكوين البويضة الملقحة إذ أن هناك عوامل بيئية مختلفة تؤثر على الجنين وهو في رحم أمه، كما أن هناك عوامل بيئية مختلفة تؤثر عليه أثناء الولادة، إضافة إلى وجود عوامل أخرى تؤثر عليه بعد ولادته وذلك في أى وقت خلال سنوات نموه وبالتحديد حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة . ويمكن أن تعرض لتلك العوامل على النحو التالي :

أولاً : مجموعة العوامل الوراثية :

مما لا شك فيه أن الوراثة تعني في أساسها انتقال سمات مختلفة من الأجداد والآباء إلى الأبناء والأجيال التالية، وأن بعض هذه السمات تكون في أساسها سمات مرضية، إلى جانب أن هناك بعض الأمراض تنتقل أيضاً عن طريق الوراثة أى عن طريق الجينات. ومن هذا المنطلق فقد يولد الطفل معوقاً لأبوين عاديين حيث تنتقل السمات المرضية إليه في تلك الحالة عن طريق جين متنح recessive gene قد ينتقل إليه من الأب أو الأم، وقد يولد الطفل من جانب آخر معوقاً لأبوين من المعوقين أو يكون

أحدهما فقط معوقاً والآخر عادي فننتقل السمات المرضية إليه آنذاك عن طريق جين سائد، dominant gene كما أن هناك احتمالاً آخر يتمثل في انتقال السمات المرضية عن طريق الكروموزوم الجنسي X chromosome كما يحدث فيما نسميه بـكروموزوم X الهش fragile X chromosome وهي الحالة التي تحدث للبنين بدرجة أعلى بكثير من البنات. كما أن الشذوذ الكروموزومي الذي يؤدي إلى حدوث متلازمة أعراض داون قد ينتج عن شذوذ في انقسام الخلايا أو عن زيادة كروموزومية سواء كان مصدرها الأب أو الأم وذلك قبل أو بعد الحمل، أما ما يرتبط بالوراثة منها فهو النمط الثاني من هذه المتلازمة وهو ذلك النمط الذي ينتقل فيه الكروموزوم رقم ٢١ أو جزء منه إلى كروموزوم آخر 21 translocation trisomy والذي تصل نسبة الأطفال به ٤ % تقريباً يعتبر ربعهم فقط على وجه التقريب أي ١ % هم الذين تستغل تلك المتلازمة إليهم عن طريق الوراثة حيث يكون أحد والديهم ناقلاً لتلك المتلازمة، وإذا كانت الأم هي التي تنقلها فإن احتمال ولادة طفل آخر لها من نفس المتلازمة يصل ١ : ٦ بينما إذا كان الأب هو الناقل لها يكون احتمال ولادة طفل آخر له من ذات المتلازمة ١ : ٢٠ أما النمط الأول والثالث فلا يرتبطان بالوراثة، وإلى جانب ذلك فإن الأمر يتوقف على وجود تاريخ أسري مرضي وذلك لأي نمط من أنماط الإعاقة العقلية.

ثانياً : مجموعة العوامل البيئية :

يشير رابامز (١٩٩٧) Williams إلى أن هناك العديد من الأفراد الذين تعرضوا في الآونة الأخيرة لقصور أداتهم العقلية بسبب تلك التغيرات البيئية التي يعود السبب الرئيسي فيها إلى ما فعله الإنسان بتلك البيئة. وهذا يعني أن ما فعله الإنسان بالبيئة وخاصة الدول القوية أو الغنية قد أضاف الكثير إلى تلك التعقيدات البيئية التي يكون مسن شاكها أن تؤدي إلى الإعاقة العقلية، بل وإلى العديد من الأمراض الخطيرة والمزمنة التي تعد نعتاً من أنماط الإعاقة الجسدية، وربما تؤدي أيضاً في كثير من الحالات إلى إعاقات حسية مختلفة، وبذلك فإن الأمر لا يقتصر على الإعاقات العقلية فحسب،

يسل يستجاولها إلى ما عندها من إعاقات أخرى، وقد يؤدي إلى حدوث إعاقات مزدوجة تتراوح بين الإعاقة العقلية- العقلية، أو الإعاقات المزدوجة التي تكون إحدى الإعاقات العقلية الثلاث طرفاً فيها بينما يتمثل الطرف الآخر في واحدة من تلك الإعاقات التالية :

١- إعاقه فئائية،

٢- إعاقه جسميه.

٣- إعاقه حسيه.

ومن أهم العناصر البيئية التي تؤدي إلى ذلك تلك العناصر البيئية السامة التي تؤثر على الأعصاب كالرصاص، والإشعاع، والغازات الكيميائية السامة إلى جانب أن ما يعانيه أبناء السلول الفقيرة من نقص في عناصر غذائية لها أهميتها في هذا الصدد كالحديد، واليود iodine وهو الأمر الذي يرتبط بشكل مباشر بسوء التغذية يسهم بصورة أساسية في حدوث قصور في الأداء الوظيفي العقلي من جانب أولئك الأفراد الذين يتعرضون لها لأنها تعد بمثابة عناصر غذائية أساسية ولازمة لنمو المخ، ومن ناحية أخرى فإن أبناء تلك الدول الفقيرة يتعرضون كذلك لنقص البروتينات وهو الأمر الذي يؤثر سلباً على القدرة العقلية لدى تلك هؤلاء الأفراد وذلك بدرجات مختلفة مما يجعلهم عرضة للإصابة بإعاقة عقلية من نوع ما، كما أن انتشار الأمية في مثل هذه البلاد يجعل أبناءها غير قادرين على معرفة وتحديد العناصر الغذائية اللازمة لبناء أجسامهم وعقولهم، ومن أهم العوامل البيئية التي يمكن أن تسبب الإعاقة العقلية ما يلي :

(١) العوامل الكيميائية : chemical factors

تلعب العوامل البيئية دوراً هاماً في حدوث الإعاقة العقلية، وبأني في مقدمة مثل هذه العوامل التلوث بالرصاص، ونقص اليود، والمواد الكيميائية التي تؤثر على إفراز الهرمونات كذلك المواد السامة التي يتم استخدامها في الأسلحة الكيميائية المختلفة التي

يزيد تأثيرها عن الرصاص بكثير حيث لا يوجد لها أى علاج حتى الآن . كما أن مثل هذه العوامل تتضمن الإشعاع أيضاً وهذا لا يقتصر على التعرض للأشعة السينية X rays فحسب، بل يتجاوزها إلى الإشعاع الذرى أو النووى وهو الأمر الذى تزايد كثيراً فى ظل التسلح النووى والتسابق فيه، واستخدام النفايات النووية فى الأنشطة الثقلميدية حيث تستخدم فى طلفات الرصاص والقنابل وغيرها، أو التسرب الإشعاعى من المفاعلات النووية كما حدث فى مفاعل تشيرنوبيل Chernobyl . وإلى جانب ذلك فإنه عادة ما يتم استخدام الكيمائويات فى مجال الزراعة عامة بشكل مبالغ فيه، إضافة إلى استعمالها بشكل مائل فى المزارع المسكية . وكلها أمور يمكن أن تؤدى إلى تضاعف أعداد المعوقين عقلياً، كما يمكن أن تؤدى من ناحية أخرى إلى نقص أعداد المؤهوبين والمبدعين وغيرهم .

(٢) سوء التغذية : malnutrition

تلعب التغذية دوراً هاماً فى بناء الأجسام والعقول والقدرات العقلية عامة كما أوضحنا سلفاً، ولذلك فإن العناصر الغذائية المختلفة لها أهميتها البارزة فى هذا الإطار، ومن أهم هذه العناصر الحفيد، واليود، والبروتينات وهو الأمر الذى يتطلب ضرورة الحصول على شفاء متوازن يحتوى على العناصر الغذائية الضرورية للجسم . ومن الطريف أن اليونيسيف UNICEF قد وجدت أن الاستخدام المستمر لبناتل لبن الأم breast milk substitutes يؤدى إلى حدوث قصور فى مستوى ذكاء الأطفال الذين يتعرضون لذلك بمقدار ثمان نقاط حيث يصبح متوسط مستوى ذكائهم ٩٢ وذلك على اعتبار أن متوسط الذكاء سواء على اختبار وكسلر Wechsler أو على اختبار ستانفورد- بينيه Stanford-Binet يساوى مائة .

(٣) العوامل الاجتماعية : social factors

تلعب العوامل الاجتماعية هى الأخرى دوراً هاماً فى هذا الصدد حيث هناك العادات والتقاليد التى يحاكيها الطفل، ويلتزم بها فى سلوكياته بداية من العادات الغذائية

إلى العادات الاجتماعية فالعادات الجنسية حيث أن للممارسات الجنسية غير المقبنة وغير المشروعية يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بالإيدز AIDS والزهري syphilis وأحد نمطي الهربس herpes وهي الأمور التي يكون لها تأثير كبير في هذا الإطار . كما أن مدى تراه هذه البيئة بالثورات المختلفة له تأثيره الكبير هو الآخر إلى جانب أن هناك أموراً أخرى لها دورها حيث تعد ذات تأثير كبير وعطو، ولا يمكن تجاهلها كالتدخين، والإدمان، وتعاطي الكحوليات، أو حتى تعاطي العقاقير المختلفة دون إشراف طبي . أما عن العادات الغذائية فهي تتعلق دون شك بعدم تناول الطعام المتوازن الذي يحتوي على جميع العناصر الغذائية اللازمة لبناء الجسم والعقل نتيجة لعدم وجودها في البيئة، أو لعدم القدرة على الحصول عليها من حراء الفقر أو تدني المستوى الاقتصادي مثلاً، أما العادات الاجتماعية فتركز على أمور معينة يمكن أن تعمل على تحقيق الفائدة، ويمكن أن تتجاهلها وتركز على أمور غيرها قد لا تكون ذات جدوى وهو الأمر الذي يتوقف في المقام الأول على المستوى الثقافي للأسرة، ومستوى تعليم الوالدين، وما يكون سائداً فيها من ممارسات ثقافية مختلفة .

(٤) الظروف الخاصة :

يمكن أن تشمل مثل هذه الظروف فيما يمكن أن يتعرض له الفرد دون غيره من حوادث، وإصابات، وصلدمات شديدة في الدماغ، وغير ذلك مما يمكن أن يؤدي في النهاية إلى حدوث تلف أو ضمور في بعض خلايا المخ يتبع عنها قصور في الأداء الوظيفي العقلي عامة، أو عدم القدرة على القيام بالعديد من المهارات التي كان الطفل يقوم بها قبل ذلك . هذا إلى جانب تعرض الطفل للعدوى، أو لأمراض معينة لها تأثيرها الشديد في هذا الإطار، أو تعرضه لأمراض مزمنة أو أمراض عطلية تترك أثرها السلبي على قدراته العقلية المعرفية، وعلى مهاراته التي تتعلق بالسلوك التكيفي، أو على أدائه لمهارات وأنشطة الحياة اليومية .

أنماط الإعاقة العقلية

ذكرنا من قبل أن الإعاقة العقلية تعني أي حالة يندى فيها مستوى الأداء الوظيفي العقلي للطفل إلى الدرجة التي تصل به إلى القصور إضافة إلى قصور مماثل في سلوكه التكيفي عني أن يحدث ذلك خلال سنوات نموه. كما ذكرنا أيضاً أن هناك أنماطاً متعددة مثل هذه الإعاقات، ولكن أكثر تلك الأنماط شيوعاً يتمثل فيما يلي :

١- التخلف العقلي .

٢- اضطراب التوحد .

٣- متلازمة أعراس داون .

وأن هذا الترتيب الذي أشرنا إليه إنما يرجع إلى نسبة انتشار كل منها، ومن ثم فإن التخلف العقلي يعد هو أكثرها شيوعاً وانتشاراً، يليه اضطراب التوحد، ثم تأتي متلازمة أعراس داون في الترتيب الأخير من حيث نسبة الانتشار . وهذا لا يعني بأي حال من الأحوال أن نسبة انتشار متلازمة داون منخفضة، بل على العكس من ذلك حيث كانت تسبق اضطراب التوحد في الترتيب بناء على نسبة الانتشار وذلك حتى وقت قريب جداً وبالتحديد حتى عام ٢٠٠٢ ، إلا أن الأمر قد اختلف منذ عام ٢٠٠٣ وبات اضطراب التوحد سابقاً لمتلازمة أعراس داون في الترتيب بناء على نسبة انتشار كل منهما . ومن ناحية أخرى فإن الإعاقة العنقاية قد تكون إعاقه منفردة أي وحيدة أو فرديه، وقد تكون بجانب ذلك إعاقه مزدوجة أي تجمع إلى جانبها إعاقه أخرى، وقد تتمثل تلك الإعاقه الأخرى في واحدة أو أكثر مما يلي :

١- إعاقه عقلية .

٢- إعاقه حسية .

٣- اضطراب أو إعاقه لغوية .

٤- إعاقه جسدية .

ونظراً لأن الإعاقات النمائية ليس موضعها هنا، وأنا سوف تناول الإعاقات العقلية الحسية في كتاب آخر هو الإعاقات الحسية، فإننا سوف نكتفي هنا بتناول الإعاقات العقلية المنفردة أى التى تكون على هيئة إعاقة واحدة فقط، ثم الإعاقة العقلية المزدوجة وأقصد الإعاقة العقلية-العقلية؛ وسوف نتناول فيها اضطراب التوحد مع متلازمة أعرارض داون، واضطراب التوحد مع التخلف العقلى وهو ما يعرض الفصل الخامس له .

١- التخلف العقلى

يعتبر التخلف العقلى هو أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً وذلك إلى الدرجة التى ينظر بها الكثير من الأفراد في البلدان النامية حتى للمتقنين منهم إلى الحالات الأخرى للإعاقة العقلية على أنها تخلف عقلى، وهو حالة يتدى فيها الأداء الوظيفى العقلى المعرفى للطفل إلى ما دون المتوسط، ويصح مستوى ذكائه في حدود ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال . كما أنه من ناحية أخرى يعانى من قصور دال في قدرته على أن يواكب أو يساير متطلبات الحياة العامة حيث يقتصر إلى بعض مهارات الحياة اليومية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية على أن تحدث مثل هذه الإعاقة خلال سنوات نموه وبالأحرى خلال مرحلة طفولته على أقصى تقدير، أى حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة . ومن المعروف أن مثل هذه الإعاقة تؤثر تأثيراً سلبياً كبيراً على العديد من الجوانب ذات الأهمية في حياة الطفل، ومنها ما يلى :

- ١- القدرة على التعلم .
- ٢- القدرة على التواصل .
- ٣- القدرة على العناية بالذات .
- ٤- السلوك الاستقلالى .
- ٥- التفاعل الاجتماعى .

٦- اللعب.

٧- العمل أو الفترة المهنية.

٨- الصحة والأمان.

ومن المعروف أن نسبة انتشار التخلف العقلي تقع في حدود ١% تقريباً إذا ما قمنا باستخدام مقاييس السلوك التكيفي إلى جانب مقاييس الذكاء، أما إذا ما قمنا باستخدام مقاييس الذكاء فقط فإن الأمر يختلف تماماً حيث قد تصل هذه النسبة إلى حدود ٣% تقريباً. كما أن التخلف العقلي يزداد انتشاره بنسبة قليلة بين الذكور قياساً بالإناث، وأنه لا يرتبط بالسلالة، أو العرق، أو العطفة الاجتماعية، أو الاقتصادية، أو الثقافية، كما أنه لا يرتبط بدولة معينة أو إقليم معين، بل إنه عادة ما ينتشر بين جميع الأفراد في دول العالم بأسره على حد سواء.

ويكسر دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA سبعة مستويات أربعة للتخلف العقلي وذلك بحسب نسب ذكاء الأطفال هي :

١- التخلف العقلي البسيط mild وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٥٠-٥٥ إلى حوالي ٧٠ .

٢- التخلف العقلي المتوسط moderate وتتراوح نسب الذكاء في هذا المستوى بين ٣٥-٤٠ إلى حوالي ٥٠-٥٥ .

٣- التخلف العقلي الشديد severe وتتراوح نسب الذكاء فيه بين ٢٠-٢٥ إلى حوالي ٣٥-٤٠ تقريباً.

٤- التخلف العقلي الشديد جداً profound وفيه تقل نسبة الذكاء عن ٢٠-٢٥ .

هنا ولا يخفى علينا أن المستوى العادي أو المتوسط للذكاء يتراوح بين ٩٠ - ١١٠ على مقياس الذكاء المختلفة التي يتم استخدامها لهذا الغرض. أما عن مستويات التخلف العقلي التي أشرنا إليها للتو فإن المستوى البسيط يضم حوالي ٨٥% تقريباً من أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً والذين يكون من الصعب في كثير من الأحيان تمييزهم عن الأطفال العاديين حتى وصرهم إلى السن الذي يلتحقون فيه بالمدرسة حيث يستعملون بدرجة أكبر من البذاء قياساً بأقرانهم العاديين، ومع ذلك نظل لديهم بعض القدرات الأكاديمية التي تجعل بإمكان الواحد منهم أن يصل إلى مستوى الصف السادس عندما يبلغ بداية الرشد. ومن الناحية التربوية يعد هؤلاء الأطفال من القابلين للتعليم، كما أن بإمكانهم العمل البسيط أو الحفيف في المجتمع إذ يمكنهم التعايش مع الآخرين إذا ما تم تقديم الخدمات المناسبة لهم، وإضافة إلى ذلك فإن بعضهم يمكنه أن يتزوج وأن يتجنب أطفالاً على أثر ذلك. أما الأطفال في المستوى المتوسط للتخلف العقلي فيمثلون ١٠% تقريباً من إجمالي عدد الأطفال المتخلفين عقلياً، ويمكن هؤلاء الأطفال أن يتقدموا أكاديمياً مع تقدمهم في السن وذلك حتى مستوى الصف الثامن الابتدائي فقط، وعلى ذلك فإنهم يصنفون من الناحية التربوية على أنهم قابلون للتدريب ذوي التعليم. وعند تقديم البرامج المناسبة لهم فإنهم يشون في مراقبتهم مستوى مناسباً من مهارات رعاية الذات كتناول الطعام، ارتداء الملابس، والذهاب إلى الحمام على سبيل المثال، كما يكون بإمكانهم أيضاً أداء بعض المهام البسيطة. أما عن قدرتهم على العمل أثناء الرشد فإن بإمكانهم القيام ببعض الأعمال البسيطة التي لا تتطلب المهارة وذلك تحت إشراف الراشدين العاديين. وبالنسبة لمستوى التخلف العقلي الشديد فإنه يضم حوالي ٣-٤% تقريباً من إجمالي عدد التخلفين عقلياً، وقد يمكن هؤلاء الأفراد أن يتعلموا الكلام أثناء طفولتهم، كما يمكنهم أيضاً أن يقوموا بتطوير بعض المهارات الأساسية التي تمكنهم من رعاية الذات. بينما يمكنهم في مرحلة رشدهم القيام ببعض الأعمال والمهام البسيطة التي لا تتطلب المهارة، إلا أن ذلك لا بد أن يتم تحت إشراف كامل من الراشدين العاديين، وعادة ما يعيش هؤلاء الأفراد مع

أسرهم أو في مؤسسات عاصمة لهم. وإذا ما قلت نسبة الذكاء عن حدود هذا المستوى فإننا بذلك نصل إلى أبقى مستويات التخلف العقلي والذي يعرف بالتخلف العقلي الشديد جداً، وهو ذلك المستوى الذي يضم حوالي ١-٢% تقريباً من إجمالي عدد أولئك الأفراد المتخلفين عقلياً. ومع أن مثل هؤلاء الأفراد يمكنهم أن يفهموا بعض المفردات اللغوية البسيطة فإنهم ليس لديهم القدرة الكافية التي يمكنهم من الكلام، وغالباً ما تكون لديهم ظروف عصبية تعد هي المستولة عن مستوى تخلفهم هذا.

أما عن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي فإن العلماء قد اكتسبوا من تحديد أسباب معينة له وذلك لدى حوالي ٦٠-٧٠% تقريباً من أولئك الأطفال الذين يعانون منه. وتتراوح هذه الأسباب بين ما يلي :

١- عوامل وراثية.

٢- اضطرابات أو أمراض تصيب الأم الحامل وتترك أثراً سلبياً على الجنين.

٣- مشكلات تحدث أثناء الولادة.

٤- مشكلات تحدث بعد الولادة وذلك في أي فترة خلال مرحلة الطفولة.

٥- أسباب أو عوامل مختلطة أي تضم أكثر من سبب واحد من أكثر من نمط واحد من تلك الأسباب السابقة.

وبالرجوع إلى تلك الأسباب المتعددة التي تم تحديدها نرى أنها تنقسم في الأساس إلى فئتين أساسيتين، نرجع إحداها إلى العوامل الوراثية، بينما نرجع الأخرى إلى العوامل البيئية وذلك على النحو التالي :

أولاً : العوامل الوراثية :

تتضمن هذه العوامل حالات متعددة منها القصور في جين معين كما هو الحال في كروموزوم X المشفر fragile X chromosome والذي اعتبره العلماء منذ عام ١٩٩٢

هو أكثر تلك الأسباب الوراثية للوذية للتخلف العقلي شيوعاً حيث يعد مسؤولاً عن حوالي ١٠% تقريباً من حالات التخلف العقلي إذ يرث هؤلاء الأطفال حيناً به عيوب أو قصور يودى إلى تكوين بقعة ضعيفة في الكروموزوم الجنسي X chromosome تتعرض للانحلال، فتؤدى إلى تلك الحالة لدى البنين بشكل مكثف عن البنات. وإلى جانب ذلك هناك مشكلات وراثية تتعلق بالأيض metabolism أى عمليات الهدم والبناء حيث يرث الطفل حيناً معيناً به عيوب أو قصور مما يجعله غير قادر على إفراز الأنزيمات أو الهرمونات اللازمة للوظائف الحيوية بالجنية. ويحدد العلماء أكثر من ثلاثمائة اضطراب جيني تتضمن أخطاء وراثية في عمليات الهدم والبناء، ويمكن لغالبيتها أن يودى إلى التخلف العقلي. ومن هذه الأخطاء الفينيلكيتونوريا phenylketonuria PKU. وهناك سبب آخر يعتبر من الأسباب الأكثر شيوعاً هو القصور الدرقي الوراثي الذى يحدث بنسبة ١ : ٤ آلاف حالة ولادة، وفيه تكون الغدة الدرقية غير قادرة على إفراز القدر الكاف من هرمون الثيروكسين thyroxine اللازم للقدر العقلي.

ثانياً : العوامل البيئية :

ويبدأ تأثير هذه العوامل بعد تكوين البويضة الملقحة، ومن بينها تلك العوامل المستعدة التى تؤثر على الجنين وهو في رحم أمه والتي تتضمن سوء التغذية، وإساءة استخدام العقاقير، وتعاطي الكحوليات، والتسمم بالرصاص أو بالزئبق، إضافة إلى تلك الإصابات الفيروسية التى يمكن أن تتضمن الحصبة الألمانية rubella والفيروس المضخم للخلايا cytomegalovirus وأمراض أخرى كالسور السكرى diabetes ومتلازمة أعراس تعرض الجنين للكحوليات fetal alcohol syndrome التى تنتج عن إفراط الأم الحامل في تعاطي الكحوليات. وهناك مشكلات يتعرض لها الجنين أثناء الولادة يمكن أن تتضمن الولادات المتسرة، وانخفاض وزن الجنين بدرجة كبيرة، ونقص الأكسجين بشكل جزئى أو كلي، هذا إلى جانب أمراض أخرى خلال مرحلة الطفولة كالحصبة، والتهاب السحايا، والسكاف، وغيرها، إضافة إلى الصدمات الشديدة بالدماغ،

والتعرض للحوادث الشديدة، وتسمم الطفل بالمواد كالمصاص أو الزئبق، وغيرها. أما الأساليب والبرامج والتدخلات العلاجية فهي كثيرة ومتعددة، وسوف نتعرض لها بالتفصيل في الفصل التالي.

٢- اضطراب التوحد

يعد اضطراب التوحد بمخاتبة اضطراب نمائى عام أو منتشر pervasive developmental disorder تظهر آثاره في العديد من الجوانب الأخرى للنمو وتنعكس عليها، كما أن مثل هذه الآثار تبدو على هيئة سلوكيات تدل على قصور من جانب الطفل. وتشير باتريشيا هولوين (Howlin, P (١٩٩٧). إلى أن اضطراب التوحد عادة ما يقع ضمن الإعاقات العقلية العامة general intellectual disabilities التي يزداد انتشارها بين البنين قياساً بالبنات إذ تصل النسبة بينهما ٤ : ١ حيث أن ما يزيد عن ٩٠% تقريباً من الأطفال التوحدين يقع ذكائهم في حدود التخلف العقلى البسيط والمتوسط. ومع ذلك فإن متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome والتي تعتبر أحد أنواع اضطراب التوحد لا تصيب سوى الأطفال ذوى الذكاء العادى أو المرتفع فقط، وربما المرتفع جداً، وأما نادراً جداً ما تصيب طفلاً تقل نسبة ذكائه عن المستوى المتوسط.

ومن الأمور المثابتة التي ترتبط بهذا الاضطراب أن معدل انتشاره يعتبر في تزايد مطرد وهو الأمر الذى جعلنا نلاحظ حدوث زيادة حقيقية وكبيرة في انتشاره، وربما تسرع مثل هذه الزيادة في نسبة انتشاره إلى الفهم الواعى والإدراك الجيد لطبيعة هذا الاضطراب من جانبنا في الوقت الراهن وذلك على العكس مما كان يسود من قبل وهو الأمر الذى دفع الكثيرين إلى القول بأننا إذا ما عدنا إلى الوراء ربما كثيراً وذلك إلى بداية اكتشافه على يدي ليو كانر Kanner, Leo عام ١٩٤٣ ثم إلى بداية ظهوره في دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الذى يكتب اختصاراً DSM وذلك منذ عام ١٩٨٠ وما بعدها، وكيف كنا ننظر إليه

بداية من اعتباره نخط من فصام الطفولة إلى اعتباره اضطراب في السلوك، ثم اعتباره أخيراً مع ظهور الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي السابق DSM-IV وذلك في عام ١٩٩٤ اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر على جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي، وأن آثاره تنعكس بشكل واضح في سلوكيات الطفل فسوف نجد أن الكثير جداً من تلك الحالات التي لم يكن يتم تصنيفها على أنها اضطراب توحدي سوف يتغير أمرها إذا ما أعدنا تصنيفها وتشخيصها من جديد إذ سنجد أن نسبة انتشاره كان لا بد لها أن ترتفع منذ ذلك الوقت أولاً عدم معرفتنا الكافية بطبيعة ذلك الاضطراب مما حدا بنا إلى تخصيص تلك الحالات بشكل خاطئ، أما الآن فإن معرفتنا الدقيقة بالاضطراب قد جعلت بمقدورنا أن نشخصه بدقة وهو الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة انتشاره الحقيقية فبدت أعلى بكثير مما كانت عليه من قبل وهو ما جعله ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي وذلك وفقاً لنسب انتشار مثل هذه الأنماط من الإعاقات العقلية. ويضيف عادل عبدالله (٢٠٠٢) أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين باضطراب التوحد يعتبرون هذا الاضطراب بموجبه أو يرويه في أساسه على أنه اضطراب معرفي واجتماعي في ذات الوقت.

ومن الجدير بالذكر أن حوالي ٢٠ - ٣٠% تقريباً من الأطفال التوحديين يظهر لديهم الصرع epilepsy مع بداية مرحلة المراهقة. وعلى الرغم من عدم القدرة حتى الآن على تحديد سبب معين يعد هو المسئول عن اضطراب التوحد فإن هناك بعض الآراء تنهب إلى وجود ارتباط له بإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض كالحصبة الألمانية rubella أو الحصبة العادية measles أو السكاف mumps وهناك من يربطه أيضاً باضطراب في جين معين كما هو الحال بالنسبة للفيليكيتونوريا phenylketonuria ، وهناك من يربطه كذلك بشذوذ كروموسومي معين مثل كروموزوم X الحش PKU ، وهناك من يربطه كذلك بشذوذ كروموسومي معين مثل كروموزوم X الحش Fragile X chromosome . ومع ذلك فإن صورة اضطراب التوحد في تلك الحالة

تفضل لاخطية atypical ورغم كل هذا هناك رأى قوى يذهب إلى ربط مثل هذا الاضطراب بالتهاب الدرن الأنسجة tuberous sclerosis . وإلى جانب ذلك فإن دراسات التوائم تؤكد أن هناك سبباً جينياً لهذا الاضطراب حيث أنه قد تكرر في حالة التوائم المتشابهة بنسبة ٩٢ ٪ في مقابل ١٠ ٪ فقط للتوائم غير المتشابهة، كما أن احتمال ولادة طفل توحدي آخر في الأسرة التي لديها طفل توحدي واحد لا يتجاوز ٣ ٪ تقريباً، ورغم كل ذلك فليس هناك رأى يمكننا أن نتمسك به وندهى أنه هو المسئول الأول أو الأساسى عن ذلك الاضطراب .

وقد حاول العلماء كما تشير هوليز (٢٠٠٢) Hollins تحديد مكون أو سبب جيني معين يعتبر هو المسئول الأول من وجهة نظرهم عن التوحيد ورأوا أنه من المفترض أن تكون هناك عدة جينات تعد في مجملها هي المسئولة عنه، فحددوا للملك الكروموزومات أرقام ١٧، ٩، ١٥ ولكنهم استبعدوا بعضها بعد ذلك، وشرعوا يبحثون عن غيرها حيث رأوا أن تلك السلوكيات المترتبة باضطراب التوحيد إنما ترجع في الأساس إلى عدة جينات مختلفة، وأن تعاطى الأم للحامل للمقاير المختلفة، أو للكحوليات، أو تعرضها للأمراض، أو التسمم بالمعادن يتفاعل مع تلك المكونات الجينية فيجعلها تؤدي إلى حدوث مثل هذا الاضطراب. وبذلك يتضح جلياً تضارب الآراء حول هذه الأمور خاصة وأن هناك رأياً قوياً آخر يذهب إلى أن هناك شيئاً ما يحدث قد وقع بالفعل بين الحمل والولادة وأدى إلى حدوث تغير في كيمياء المخ وذلك على الرغم من عدم القدرة على تحديد ذلك الأمر .

وغنى عن البيان أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور واضح في معدل لغوهم العبري، وفي قدراتهم المعرفية المختلفة . كما أنهم من جانب آخر يعانون من قصور واضح في مجالات أخرى تعد بمثابة ثوابت أساسية يمكن أن نعرف هذا الاضطراب من خلالها، كما يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

(١) قصور في فهم الاجتماعي :

يشتمل هذا القصور من جانب أولئك الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب في وجود صعوبات ومشكلات اجتماعية عديدة من جانبهم فيما يتعلق بالجانب الاجتماعي عامة لدرجة تجعله يمثل في أساسه مشكلة اجتماعية ، وتعتبر الصعوبات التي تواجههم في هذا الجانب كثيرة ومتعددة منها ما يلي :

- ١- صعوبة إقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة .
- ٢- قصور الانتباه المشترك من جانبهم .
- ٣- عدم قدرتهم على التعاطف مع الآخرين .
- ٤- صعوبة فهم القواعد الاجتماعية من جانبهم .
- ٥- عجزهم عن الارتباط بالأقران .
- ٦- عدم قدرتهم على التواصل البصري .
- ٧- عدم قدرتهم على فهم تعبيرات الوجه .

(٢) قصور في التواصل مع الآخرين :

يعاني هؤلاء الأطفال أيضاً من قصور في التواصل سواء لفظياً أو غير لفظي حيث أن هناك ٥٠ ٪ منهم على الأقل لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وبالتالي لا يكون بمقدورهم استخدام اللغة في الحديث أو استخدامها للتواصل، أما النسبة الباقية فلها تعان من قصور واضح في نمو اللغة لديهم حيث يتأخر ذلك النمو بشكل ملحوظ، ولا يكون لديهم سوى بعض الكلمات القليلة، ومع ذلك لا يكون بإمكانهم استخدامها في سياق لغوي صحيح كما نل على معناها الذي نعرفه نحن، أي أنهم لا يستخدمونها بشكل صحيح، كذلك فهم يعانون من اضطرابات عديدة ومختلفة في النطق articulation disorders .

ومن ناحية أخرى فإن لغتهم التعبيرية expressive language تنسم بالتكرار، والتشديد المرصى للكلام echolalia ، والتعلق النمطي لتلك الكلمات التي يعرفونها، وعدم القدرة على إجراء محادثات متبادلة مع الآخرين أى عدم القدرة على إقامة حوار أو محادثة معهم، وإبدال الضمائر، كما أن نغمة الصوت وإيقاعه من جانبهم يكونا غير عاديين، هذا بخلاف الاستخدام الشاذ أو غير العادى للإيماءات. ومن ناحية أخرى فإن لغتهم الداخلية internal language أى قدرتهم على الظاهر أو اللعب التخيلى تمثل جانباً آخر من جوانب القصور التي يعانون منها. أما قدرتهم على الفهم والاستيعاب فمن جانب آخر فهي محدودة جداً، كما أنهم يكونوا غير قادرين على فهم وإدراك المفاهيم المجردة.

(٣) اهتمامات وهيول وسلوكيات مقيدة وتكرارية :

وفيما يتعلق باهتماماتهم وسلوكياتهم المقيدة والتكرارية فهي تتوضع في أمثلة عديدة من بينها أن أنماط لعبهم تكون تكرارية ونمطية، وأنهم يقومون بجمع أشياء معينة غالباً ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم، ويضعونها في صنف. كذلك فمن أهم الأمور التي تميزهم المتعلق بأشياء غير عادية والانجذاب إليها، والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة، ومقاومة أى تغير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة حتى وإن كان مثل هذا التغير بسيطاً، والإصرار على التمسك بروتين صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة.

وعلى الرغم من أن جميع الأطفال للتوحدين يعانون من جوانب القصور تلك التي عرضنا لها فإن تلك المشكلات التي تصادفهم في كل منها تتوقف على مستوى ذكائهم، كما قد تتوقف على عمرهم الزمني إلى حد ما حيث أنه مع زيادة مستوى الذكاء، وزيادة العمر الزمني يزداد احتمال استخدام الطفل للكلمات المختلفة، ودمجه في تفاعلات اجتماعية مع الآخرين، والانشغال باهتمامات خاصة، وأن جميع الحقائق بدلاً من تجميع الأشياء. ومع ذلك يبقى الطفل مع زيادة عمره الزمني ووصوله إلى

مرحلة المراهقة وما بعدها معتمداً بشدة على أسرته، وتظل له احتياجاته الخاصة التي تتطلب العناية من التواضعات في البيئة المحيطة وذلك على العكس من أقرانهم ذوي متلازمة أسبرجر والذين يكون مستوى ذكائهم كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٤) على الأفضل في المستوى المتوسط، كما يكون مستوى ذكاء بعضهم الآخر مرتفعاً، وربما يكون مرتفعاً جداً مع العلم بأن بعضهم يكون موهوباً في مجال أو أكثر من المجالات المختلفة للموهبة.

وحديثاً بالذكر أن التدخلات المختلفة وخاصة التدخلات الطبية أو الغذائية التي تتعلق بتحديد نظام غذائي معين يكون أثرها محدوداً، أما التدخلات الأخرى والتي تكون سلوكية في الغالب كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) حتى مع استخدام للمثيرات البصرية التي تسير وفق الإنجازات الحديثة في هذا الصدد وفي مقدماتها جدولول النشاط للصورة فإن نتائجها تتوقف على مستوى ذكاء الطفل وترتبط به في علاقة إيجابية، ولكن برامج التدخل المبكر *early intervention* تسهم في الحد بدرجة كبيرة من تلك المشكلات المتأينة التي يعاني الطفل منها فتعكس آثارها على الأسرة أيضاً حيث أن عدم التعامل بفاعلية مع تلك المشكلات يقضب حياة الأسرة رأساً على عقب، ويجعلها لا تنطق، كما أن النجاح في التعامل معها من خلال تلك البرامج ييسر التفاعل بين أعضاء الأسرة ويساعدهم في التغلب على ما يصادفهم من مشكلات يسببها الطفل.

٢- متلازمة أعراض داون

تعد متلازمة أعراض داون خطأً أساسياً من أنماط الإعاقة العقلية يشهد درجة معينة من القصور العقلي أو المقصور في القدرة العقلية حيث يتراوح مستوى ذكاء الأطفال من هذه الزملة أو المتلازمة بين التخلف العقلي البسيط والمتوسط، كما أننا نادرًا ما نجد أطفالاً منهم يقل مستوى ذكائهم عن هذا المستوى، وغني عن البيان أن هؤلاء الأطفال كغيرهم من الأطفال حاجاتهم ومتطلباتهم الخاصة، وأهم نظراً لظروفهم يعدون من أكثر فئات الإعاقة العقلية التي يمكن أن تستفيد من الدمج نظراً لأن غالبيتهم

يعتدون من الناحية التربوية من فئة القابلين لتعلمها بخلاف نسبة أخرى منهم تعد من القابلين للتدريب. ونظراً لتفاوت قدراتهم المختلفة تفاوتاً كبيراً فإن مستوى أو درجة استقلاليتهم أو قدرتهم على الأداء الوظيفي المستقل تتفاوت بشكل كبير وهو الأمر الذى يفرض علينا عند استخدام أساليب التدخل المختلفة معهم أن نصمم خطة تعلم فردية تقوم على مثل هذه القدرات والإمكانات إلى جانب حاجات الطفل التى تميزه عن غيره من الأطفال الذين يشهرون في إعاقته. ومن ثم فإننا حينئذ نسير وفق المبدأ العام لتتبع في التعامل معهم وهو التدخل على أساس فردى وذلك كغيرهم من فئات الإعاقة الأخرى السبب لا تنف عند حدود الإعاقة العقلية فحسب بل تتخطاها إلى الإعاقات الأخرى المختلفة أيما كان نوعها.

وهناك العديد من السمات التى تميز هؤلاء الأطفال وتجعل منهم فئة فريدة بين فئات الإعاقة الأخرى ، كما نجعلهم كذلك بمثابة فئة منفردة، ويمكن تمييزها عنهم بسهولة. وتتضمن مثل هذه السمات ما يلى :

- ١- جفاف الجفد.
- ٢- البطء في ابتلاع الطعام أو حتى السوائل.
- ٣- ضعف السيطرة على اللسان.
- ٤- التعرض المستمر لعنوى الصدر أو حتى الأمراض الصدرية.
- ٥- الالتهاب المستمر للجيوب وخاصة الجيوب الأنفية.
- ٦- أن حوالي ٤٠ ٪ منهم تقريباً يتعرضون لأمراض القلب والى تتراوح بين اللفظ الخفيف slight murmur إلى الشدة الشديدة الذى يتطلب الجراحة.
- ٧- التعرض لمشكلات في السمع.
- ٨- مشكلات في الإبصار.
- ٩- مشكلات في الغدة الدرقية أو القصور الدرقي.

١٠- هناك نسبة لا بأس بها من هؤلاء الأطفال قد تكون حياتهم العادية على الرغم من كل هذه المشكلات، وقد يعيشون إلى ما بين ٤٠ - ٦٠ سنة، وربما أكثر من ذلك.

ومن الجدير بالذكر أن هذه المتلازمة ترجع في الأساس إلى شذوذ أو خطأ كروموزومى معين لا يعتمد بدرجة كبيرة على الوراثة، وإن كان ذلك يعتمد على وجود تاريخ مرضى لدى أسرة أى من الزوجين، وإلى زيادة عمر الأم الحامل عن خمس وثلاثين عاماً. وترى كيسلينج وسوتيل (Kessling&Sawell ٢٠٠٢) أن مثل هذا الخطأ أو الشذوذ الكروموزومى يتحدد في الكروموزوم رقم ٢١ الذى يصح ثلاثياً أى يتضمن كروموزوماً زائداً أو إضافياً نتيجة لأن عدد الكروموزومات في الحيوان المنوي أو البويضة يكون ٢٤ بدلاً من ٢٣ مما يؤدي بالتالى إلى زيادة عدد الكروموزومات في الخلية ليصبح ٤٧ بدلاً من ٤٦ كما يحدث في الظروف العادية إذ يكون إجمالى عدد الكروموزومات الفردية في الحيوان المنوي ٢٣ ومثلها في البويضة، وتتمثل في ٢٢ كروموزوماً فردياً هما جينات ناقلة للسمتات، أما الكروموزوم الأخير فيكون كسروموزوماً جنسياً، ويكون دائماً X عند الأنثى أى يكون كذلك في كل بويضة تفرز شهرياً، بينما يختلف في مرات القذف عند الذكر بحيث يكون X في بعض المرات، ويكون Y في بعضها الآخر إذ تكون الحيوانات المنوية في مرة القذف الواحدة عبارة عن نسخة واحدة. ونظراً لأن انقسام الخلايا بعد بمثابة نسخ وتكرار للخلية الأصلية بكل ما فيها من كروموزومات وجينات، فإن كل خلية من خلايا الجسم تصبح بذلك متضمنة لسبع وأربعين كروموزوماً.

ومن هذا المصطلح فإن هذه المتلازمة أو هذه الحالة تسمى أحياناً بالشذوذ الكروموزومى في الكروموزوم رقم ٢١ (Trisomy 21) الذى يتضمن ثلاثاً من الكروموزومات وهو ما يدل عليه المصطلح الإنجليزي المستخدم حيث تعني tri ثلاثة، أما somy فتعني كروموزومات، وبذلك فإن المصطلح ككل يعنى أن الكروموزوم رقم

٢١ يتضمن ثلاثة كروموزومات . وتعتبر معظم هذه الحالات نتائجاً لزيادة في عدد الكروموزومات من جانب أى من الوالدين قبل الحمل، أو نتائجاً لحطاً في انقسام الخلايا وذلك في المراحل الأولى لتكوين البويضة الملقحة . وتقل احتمالات ولادة طفل آخسر من هنا النمط حيث لا تتجاوز تلك الاحتمالات ١ ٪ تقريباً . ومع ذلك فهناك حالات أخرى كما أوضحنا من قبل، وكما سنوضح بالتفصيل في الفصل الرابع لا تتضمن مثل هذه الزيادة الكروموزومية، بل يكون عدد الكروموزومات في كل خلية طبيعياً أى ٤٦ كروموزوماً فقط، ولكن الخطأ في تلك الحالة يكمن في انتقال جزء من الكروموزوم رقم ٢١ أو انتقاله بأكمله إلى كروموزوم آخر فـد يكون الكروموزوم ١٣ أو ١٤ أو ١٥ أو ٢٢ ولكنه في الغالب يكون رقم ١٤ وقد يحدث ذلك قبل الحمل، وقد يحدث كذلك بعد الحمل وذلك عندما يتوقف هذا الكروموزوم عن الانقسام وينتقل جزء منه أو ينتقل بأكمله إلى الكروموزوم رقم ١٤ . ويمكن أن يكون السوالد أماً كان أو أماً حاملاً لذلك كسمة متتحة فينقلها إلى أطفاله لتكون سائدة لسابهم، وأن حوالي ١ ٪ تقريباً من أولئك الأطفال هم الذين يرثون تلك الحالة أى تنتقل إليهم وراثياً وذلك من والدهم الذى بعد حاملاً لخل هذه السمة . هذا وتبلغ احتمالات ولادة طفل آخر من ذلك النمط ١ : ٦ إذا كانت الأم هي الحاملة لتلك الحالة أو الناقلة لها، بينما تبلغ ١ : ٢٠ إذا كان الأب هو الناقل لها أو هو الذى يحملها . وإلى جانب ذلك هناك حالة أخرى يجمع للفرد خلافاً في خلاياه بين الخلايا الطبيعية والخلايا الشاذة حيث يكون عدد الكروموزومات في بعض خلاياه طبيعياً أى ٤٦ كروموزوماً، بينما يكون في بعضها الآخر شاذاً أى ٤٧ كروموزوماً، وعادة ما تتكون هذه الحالة بعد الحمل حيث تنقسم الخلايا بشكل عادي، بينما يحدث خطأ يرتبط بذلك في انقسامات تالية مما يجعل بعض خلايا الجسم عادية وبعضها الآخر شاذاً، وتنتج درجة الإعاقة لدى الفرد بمقدار ما لديه من خلايا شاذة في مقابل خلاياه الطبيعية، وتعد ولادة طفل آخر في الأسرة من نفس هذا النمط نادرة للغاية .

ورغم وجود ثلاثة أنماط من متلازمة أعراس داون فإنه لا توجد فروق بين الأطفال من هذه الأنماط جميعاً، ولكن بإمكاننا أن نعرف على غط هذه المتلازمة على وجه التحديد من خلال فحص الدم، ورسم بروفيل للكروموزومات karyotype .

وإذا كانت عاظم ولادة طفل من ذوى متلازمة داون تزداد مع زيادة عمر الأم حتى عن ٣٥ عاماً فإن النسبة الأقل من هؤلاء الأطفال يولدون لأمهات تصل أعمارهن إلى مثل هذا السن، ونظراً بالتالي النسبة الأكبر منهم يولدون لأمهات تقل أعمارهن عن الثلاثين. وقد يرجع ذلك في الأساس إلى أن الأم عندما تصل إلى هذا السن الذي تزداد فيه مخاطر التعرض لتلك الإصابة تكون قد حملت ووضعت كثيراً، وبالتالي فإنها غالباً لا تحمل في ذلك السن أى تكون قد اكتضت بحرات الحمل والولادة السابقة، ومن ثم تظل المشكلة في أساسها منحصرة في النساء الأصغر سناً أي اللاتي تقل أعمارهن عن ثلاثين عاماً وخاصة أولئك اللاتي يكون لديهن أو لدى أزواجهن تاريخ مرضى أسرى مثل هذه الحالات. ولذلك فغالباً ما نلجأ إلى الفحوص الطبية اللازمة للأم الحامل في هذا الإطار وذلك منذ بداية فترة حملها حيث هناك فحوص تصفية يتم التعرف من خلالها على احتمالات حدوث مثل هذا الخطأ الكروموزومي. وتستخدم تلك الفحوص بين فحوص الدم البسيطة للأم الحامل، وبين الفحوص باستخدام الموجات فوق الصوتية. وتعد النتائج التي يتم التوصل إليها باستخدام مثل هذه الفحوص الأخيرة على وجه التحديد نتائج مؤكدة بدرجة قد تزيد عن ٩٩% تقريباً وهو الأمر الذى يجعلها دقيقة للغاية.

ونشير سارة روتر (Rutter, S. ٢٠٠٢) إلى أن متلازمة أعراس داون تعد مشكلة عمن حوالي ١٥- ٢٠% تقريباً من نسبة الإصابة بالإعاقات العقلية. ومن المعروف أن الطبيب الإنجليزي جون لانغدون داون John Langdon Down هو الذى اكتشف هذه المتلازمة عام ١٨٦٦، وأن عالم الوراثة والحياتيات الفرنسي البروفيسور جيروم ليجون Jerome Lejeune هو الذى اكتشف عام ١٩٥٩ أنها ترجع إلى التشذوذ

الكروموزومى فى الكروموزوم رقم ٢١ وأطلق على الحالة 21 trisomy وذلك لى ٩٤-٩٥ ٪ تقريباً من هؤلاء الأطفال، وبعدها تم اكتشاف نطين آخرين من تلك المتلازمة هما الانتقال الحاطع للكروموزوم رقم ٢١ إلى كروموزوم آخر translocation 21 trisomy ويحدث لى ٤ ٪ تقريباً من أولئك الأطفال، أما النوع الأخير فهو النمط الفميفسائى أو ما يعرف بتضاعف تركيب الخلايا mosaicism ويحدث هذا النمط لى حوالي ١-٢ ٪ تقريباً من هؤلاء الأطفال. ومن هنا فإن متلازمة أعراض تاون لا تعود إلى الوراثة لى الغالبية العظمى من تلك الحالات التى تتعرض لها من الأطفال in the vast majority of cases Down's syndrome is not hereditary بل تعود إلى عوامل أخرى غير معروفة حتى وقتنا الراهن تودى إلى حدوث شذوذ كروموزومى لى أحد الوالدين أو إلى شذوذ فى انقسام الخلايا يتبع عنها وجود كروموزوم زائد أو إضافى مع الكروموزوم رقم ٢١ والذى يمثل مصدره فى الأب أو الأم على حد سواء دون أى فروق تظهر على الطفل، إلا أن الأكثر شيوعاً أنه يأتى من الأم وبخاصة عندما يصل عمرها إلى ٣٥ عاماً أو يزيد، ومع ذلك فلا يزال سبب هذا الأمر غير معروف أيضاً حتى الآن إذ أنه من الأكثر غرابة كما أوضحنا من قبل، وكما ستوضح بالتفصيل فى الفصل الرابع أن النسبة الأكبر من هؤلاء الأطفال تتم ولادتهم لأمهات تقل أعمارهن عن ثلاثين عاماً، كما أن تلك الحالات التى تعود إلى الوراثة من بينهم لا تتجاوز ١ ٪ تقريباً، وتكون جميعها من النمط الثانى translocation حيث يكون أحد الوالدين حاملاً لتلك السمة ويرثها الطفل عنه علماً بأن هذا النمط ككل لا يمثل سوى ٤ ٪ تقريباً من ذوى هذه المتلازمة أى أن ربعهم فقط هم اللذين يتأثرون بالوراثة. والحقيقة المؤكدة حتى الآن أن حدوث مثل هذه المتلازمة لا يرتبط بأشياء معينة أو ممارسات معينة أو حتى ممارسات جنسية معينة قبل أو أثناء الحمل، كما أنه يحدث فى كل الطبقات الاجتماعية، ومن كل الأجناس، وفى كل الثقافات دون تمييز، وفى كل الأقطار.

ومما لا شك فيه أن الطفل من ذوى متلازمة أعراض داون يمكن التعرف عليه بسهولة بعد ميلاده نظراً لوجود سمات معينة تميزه عن غيره منعرض لها بالتفصيل في حينه، كما أنه يتعرض أيضاً لمشكلات عديدة في القلب، والسمع، والإبصار، والغدة اللعرقية، والجهاز الهضمي، ومشكلات أخرى تتعلق بالجهاز التنفسي منعرض لها جميعاً في ذات الفصل. ونظراً لأن العديد من تلك المشكلات يمكن علاجها طبيياً فإن الحالة الصحية للطفل يمكن أن تتحسن بشكل جيد، ولكن يجب أن يكون هناك كشف طبي دوري على الطفل حتى نظل حالته الصحية على هذا النحو من التحسن وهو الأمر الذي نلاحظه في الآونة الأخيرة مما ساهم في أن يعيش بعضهم حتى بعد سن الأربعين وربما الستين. كذلك يمكن اللجوء إلى أنماط أخرى من التدخل يمكننا أن نساعد الطفل على أثرها على ممارسة حياته بشكل شبه عادي، وعلى أن يتعايش مع الآخرين، وأن يتنمى معهم علمياً بأن نتائج مثل هذه التدخلات تزداد إيجابية كلما بادرننا باستخدام برامج التدخل المبكر المختلفة.

الإعاقة العقلية للزوجة

تعتبر الإعاقة العقلية المزدوجة بمثابة حالات متعددة ومتنوعة من الإعاقة التي يتم خلالها الجمع بين أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة العقلية، وتعرف مثل هذه الحالة من الإعاقات بالإعاقة العقلية- العقلية أي التي تجمع في طرفها بين الإعاقات العقلية، وبعد أكثر تلك الإعاقات شيوعاً ما يجمع بين اضطراب التوحد من ناحية وبين التخلف العقلي أو متلازمة أعراض داون من ناحية أخرى وهو ما نتناوله بالتفصيل في الفصل الأخير من الكتاب. ومن ناحية أخرى فقد تمثل أحد طرفي الإعاقة العقلية المزدوجة في أحد الأنماط الثلاثة التي تمثل الإعاقة العقلية سواء كانت تلك الإعاقة هي التخلف العقلي، أو اضطراب التوحد، أو متلازمة أعراض داون، بينما قد تمثل الطرف الثاني من تلك الإعاقة في أحد الاضطرابات النمائية المعروفة، أو في أي نمط من الأنماط الثلاثة الأساسية المثلة للإعاقة الجسمية والتي تمثل في إعاقة أحد أعضاء الجسم، والأمراض المزمنة، وإصابات الدماغ إلى جانب ما يمكن أن يضمه كل نمط

أساسي منها من أنماط فرعية مختلفة. كما يمكن أن تمثل هذا الطرف الآخر من الإعاقسة العقلية للزردوجة في أي إعاقسة حسية أخرى كالإعاقسة البصرية أو الإعاقسة السمعية أو أي إعاقسة حسية أخرى. وعلى هذا الأسس فإن الإعاقسة العقلية في أي نمط من أنماطها يمكن أن تصاحبها إحدى الإعاقات التالية حتى تكون إعاقسة مزدوجة، وهذه الإعاقات هي:

١- الإعاقات العقلية.

٢- الإعاقات الجسمية.

٣- الإعاقات الحسية.

٤- الإعاقات أو الاضطرابات النمائية.

وما يهمنا في هذا المقام هو الإعاقسة العقلية-العقلية أي التي تجمع في طرفها بين نمطين من أنماط الإعاقسة العقلية حيث يدور موضوع الكتاب للحال حول مثل هذا النوع من الإعاقات، بينما سنتناول في مواضع أخرى تلك الإعاقات الزردوجة التي تجمع بين الإعاقسة العقلية من ناحية وبين واحد أو أكثر من أنماط الإعاقات الأخرى التي عرضنا لها من قبل. وعلى هذا الأساس فسوف نكتفي هنا بتناول اضطراب التوحد مع كل من التخلف العقلي من ناحية، ومتلازمة أعراض داون من ناحية أخرى، بينما سنتناول في مواضع أخرى تلك الإعاقات للزردوجة العقلية الحسية مثل اضطراب التوحد والإعاقسة البصرية، واضطراب التوحد والإعاقسة السمعية، ثم التخلف العقلي والإعاقسة البصرية، والتخلف العقلي والإعاقسة السمعية. كما يمكن من ناحية أخرى أن تتناول المتلازم المرضي بين أي نمط من أنماط الإعاقسة العقلية وبين أي نمط أو حتى نمط فرعي من أنماط الإعاقسة الجسمية، إضافة إلى إمكانية تناول أنماط الإعاقسة العقلية مع أنماط الإعاقات أو الاضطرابات النمائية المختلفة. ومن هنا لننتقل بتضح وجود أنماط أساسية من هذه الإعاقات إلى جانب العديد من الأنماط الفرعية التي تنفرع عن مثل هذه الأنماط الأساسية التي يمكن أن تتصل بصفة رئيسية فيما يلي :

١- الاستغاف العقلي والإعاقات الأخرى أو الإضافية . mental retardation and other (additional) disabilities

٢- اضطراب التوحد autism والإعاقات الأخرى أو الإضافية .

٣- متلازمة أعراض داون Down's syndrome والإعاقات الأخرى أو الإضافية .

هذا فيما يتعلق بالأعاط الأساسية من الإعاقات العقلية المزدوجة، أما الأعاط الفرعية التي تصفرع منها وتسمى إلى كل منها فيمكن أن تضم أي نمط من الأعاط الأربعة للإعاقات التي عرضنا لها من قبل، وبالتالي فإن كل نمط من أعاط الإعاقات العقلية مع كل نمط آخر من أعاط الإعاقات الأخرى يمكن أن يمثل فئة مميزة وفريدة حيث تختلف كثيراً عن غيرها من الفئات الفرعية المختلفة التي تنشأ عن تلازم أي نمط من أعاط الإعاقات العقلية وأي نمط من أعاط الإعاقات الأخرى، وسوف نجد أن كل فئة فرعية من تلك الفئات تمثل في جوهرها فئة غير متجانسة من الأفراد استناداً إلى العديد من السمات ذات الصلة. وإذا ما وضعنا ذلك في اعتبارنا فسوف نجد أن الفئات الأساسية الثلاث السابقة تمثل في الأصل فئات غير متجانسة وذلك للأسباب التالية :

١- أن كلاً منها تضم عدداً كبيراً من الفئات الفرعية .

٢- أن كل فئة فرعية متضمنة تتأثر بمجموعة كبيرة من المتغيرات المختلفة التي يتباين تأثيرها بدرجة كبيرة بين أعضائها .

٣- أن كل فئة فرعية تتأثر بمجموعة من المتغيرات قد تختلف عن غيرها من الفئات الفرعية العديدة الأخرى .

٤- أن كل فئة فرعية بناء على ذلك تمثل في حد ذاتها فئة غير متجانسة من الأفراد .

٥- أن كل عضو بكل فئة فرعية من هذه الفئات يمثل حالة فردية فريدة .

ومن هذا المنطلق يتبين أساليب الرعاية بما تضمنه وتتضمنه من عدد من المحاور ذات الصلة من بينها ما يلي :

- ١- استراتيجيات .
- ٢- أساليب تدخل .
- ٣- برامج إرشادية، أو تلوينية، أو علاجية .
- ٤- برامج أخرى تتمركز حول الطفل، أو تتمركز حول الأسرة، أو برامج مجتمعية مختلفة .
- ٥- الاستفادة من مصادر المجتمع في تصميم وتنفيذ الخطط التربوية الفردية التي تختلف من طفل إلى آخر .

أساليب الرعاية

تستعدد أساليب الرعاية واستراتيجيات التدخل التي يمكن اللجوء إليها في مثل هذه الحالة وتتسوع بشكل كبير للدرجة لها تختلف حتى من حالة إلى أخرى . وسوف نعرض هنا لبعض هذه الاستراتيجيات فقط أو أكثرها استخداماً، ومنعرج عند تناول كل إتاعة في فصل مستقل لما يمكن أن نستخدمه معها من استراتيجيات متنوعة .

(١) الاكتشاف المبكر للحالة :

يمثل الاكتشاف المبكر للحالة أساساً هاماً في نجاح ما يقدم لها من تدخلات، وتحقيق أهدافها وهو الأمر الذي يؤدي إلى حلول تحسن من جانب الحالة . ويتوقف ذلك على ملاحظة المؤشرات والدلائل الأولية من جانب الطفل التي تعكس معاناته . وتتمثل مثل هذه الدلائل في المقام الأول في تلك المحكات التي يعرضها الدليل التشخيصي السدي بعرف بدليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA الخاصة بكل منها .

هذا وسوف نعرض في الفصول الثاني والثالث والرابع للعديد من المؤشرات الأخرى الدالة على ذلك حيث أننا قد اكتفينا هنا بمجرد الإشارة إلى مصدر هذه المؤشرات

فقط وهو الأمر الذي يسهم في التشخيص المبكر لتلك الحالات حتى يتم الالتفات إليها في وقت مبكر وعلاجها على الفور كي لا تتفاقم ويزداد الأمر سوءاً.

(٢) الخدمات الاجتماعية :

تتسع تلك الخدمات الاجتماعية التي يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأفراد حتى يتمكنوا من الاندماج مع الآخرين ومشاركتهم ما يقومون به من أنشطة مختلفة . ومن هذه الخدمات ما يلي :

- ١- التدريب على التواصل ؛ وهناك أساليب مختلفة بالنسبة لكل فئة من هذه الفئات سوف نعرض لها بالتفصيل في الفصول الثاني والثالث والرابع .
- ٢- التدريب على السلوك الاستقلالي من خلال تنمية وتطوير مهارات الحياة اليومية هؤلاء الأطفال وذلك بعد تعليمها لمن لا يجيدها، وتدريبهم عليها .
- ٣- التدريب على استخدام الكمبيوتر وغيره من الوسائل والأجهزة للتكنولوجية الحديثة التي يتم استخدامها من جانبهم .
- ٤- الإحالة إلى المستشفى أو العيادات الخاصة وذلك لتلك الحالات التي تتطلب رعاية طبية خاصة لأي أسباب كانت .
- ٥- تقديم المساندة الاجتماعية لأسر هؤلاء الأطفال بما يمكنهم من تقديم الرعاية لهم .

(٣) التدخل المبكر :

بعد التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات العقلية على درجة كبيرة من الأهمية حيث يعود بالفائدة على الطفل وبمساعده دون شك في تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين المحيطين به، كما يساعده على التفاعل معهم . ويجب أن نعمل على تحقيق أهداف معينة خلال البرنامج بما يضمن اشراك الطفل في العديد من الأنشطة المختلفة، من أهمها ما يلي :

١- لتشخيص المبكر هؤلاء الأطفال، والتعرف عليهم، وتحديدهم من خلال اللجوء إلى تقييم شامل لهم .

٢- تزويد الأسرة بما يجب أن تقدمه للطفل، ومساعدتها في تنفيذ خطة معينة في هذا الصدد، والاشتراك معها في تحديد الأنشطة المناسبة .

٣- إعداد المعلمين المؤهلين للتعامل مع هؤلاء الأطفال ومساعدتهم على تحقيق معدل معقول من النمو .

٤- تحسين التكامل بين الأسرة والمدرسة أو للمعلم في هذا الإطار، والسير معاً وفقاً لخطة محددة في سبيل تحقيق مصلحة الطفل .

ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من برامج التدخل المبكر يمكن أن يندرج كسل برنامج تحت أحدها، كما يمكن أن يجمع بين أكثر من نوع من هذه الأنواع الثلاثة في إطار برنامج واحد، وتشتمل تلك الأنواع فيما يلي :

١- برامج تركز حول الطفل .

٢- برامج تركز حول الأسرة .

٣- برامج تدخل مجتمعية .

وإلى جانب ذلك فإن مثل هذه البرامج تغطي عدداً من المجالات كما يلي :

أ - مجال تقييم حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

ب- مجال إشباع حاجات أولئك الأطفال .

ج- مجال رعاية نمو الأطفال المعوقين .

د - مجال رعاية أسر الأطفال المعوقين .

هـ - مجال نمو الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة .

و - مجال تقييم وإشباع حاجات الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة .

ز - مجال رعاية أسر الأطفال المعرضين للاضطرابات التنمائية .

ويستلزم التدخل المبكر أن يتم إجراء تقييم شامل للطفل يتم من خلاله التعرف على اهتماماته، وما يميل إليه، ويفضله، كما يتم أيضاً التعرف على قدراته العقلية، وقدرته على التواصل، وتقييم الوسائل التعليمية المستخدمة، وتحديد حاجات الطفل، ويتم بناء على ذلك تحديد استراتيجيات التعلم المناسبة، وتحديد الحطة التربوية الفردية لكل طفل، واستراتيجيات التواصل، والأنشطة والألعاب اللازمة للتفاعل، كذلك فإن التدخل المبكر يتضمن مجموعة من الإجراءات الهادفة التي تعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة فلا تحول بالتالي إلى عجز دائم، كما تعمل على توفير الرعاية المطلوبة، والخدمات العلاجية اللازمة التي تساعد الطفل على النمو والتعلم حال استفادته منها، وحتى تأتي مثل هذه العملية بشمارها المرجوة ينبغي أن تتضمن عدداً من العناصر كما يلي :

- ١- أن تبدأ بعملية تقييم الأسرة والظروف الأسرية المختلفة .
- ٢- دراسة الخصائص المختلفة للبيئة الأسرية للطفل وما يمكن أن تتيحه من فرص متنوعة للنمو أمامه .
- ٣- التعرف على العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الطفل والديه .
- ٤- دراسة الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وما يمكن أن يكون له من انعكاسات على تعلمه، وما يسهم به في ذلك .
- ٥- التعرف على المستوى التعليمي والثقافي للأسرة .
- ٦- التعرف على تلك الضغوط الناتجة عن الإعاقة وتحديدتها والتعامل معها .
- ٧- التعرف على ردود أفعال الأسرة تجاه مثل هذه الضغوط .
- ٨- تحديد مستوى الكفاءة الوالدية في التعامل مع مختلف الضغوط التي تواجههم، ومن بينها الضغوط الناتجة عن الإعاقة .

ومما لا شك فيه أن الإعاقة المبكرة هي التي تصيب الطفل في وقت مبكر من حياته يكون لها أثرها السلبي المسئ على قدرته على التعلم حيث تفقده الكثير من الفرص

التي يمكن أن يتعلم منها، وتفقده العديد من المهارات . كذلك فإن تلك الإعاقة قد تفقده الفرصة لتعلم اللغة كما في حالة اضطراب التوحد علماً بأننا نعد هي وسيلة الاتصال والتواصل الأساسية، ولذلك يصبح من الضروري بالنسبة له أن يتعلم أساليب بديلة للتواصل مع الآخرين . وإذا كان الأمر كذلك فإن التدخل المبكر يعد من قدر لا بأس به من تلك الآثار السلبية التي تترتب على الإعاقة، وبالتالي يعد أمراً في غاية الأهمية حيث يساعد الطفل في اكتساب العديد من المهارات، كما يساعده على اكتساب السلوك الاستقلالي وهو الأمر الذي يعد مثل هذا الطفل في حاجة ماسة إليه.

وينبغي أن تركز برامج التدخل المبكر التي يتم تقديمها هؤلاء الأطفال على تنمية وتطوير مهاراتهم المختلفة كالمهارات الاجتماعية على سبيل المثال، ومهارات الحياة اليومية كى نساعدهم على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، وعلى أن يأتوا بالسلوكيات الاستقلالية، بينما ينبغي أن تركز تلك البرامج التي يتم توجيهها إلى أولئك الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المزوجة على حاجاتهم للتواصل أولاً، كما تسهم في مساعدة والديهم على تقبل ذلك الأمر والتكيف معه.

وبذلك نلاحظ أن برامج التدخل المبكر التي تكون موجهة نحو الطفل تهدف إلى تحقيق أحد هدفين يمثل أولهما في التواصل، في حين يمثل الثاني في التعلم . أما البرامج الأخرى التي تكون موجهة نحو الوالدين والأسرة فتهدف إلى تعليم الوالدين وأعضاء الأسرة كيفية التعامل عن تلك الصعاب والمشاكل التي يمكن أن تحول دون تحقيق أطفالهم للتواصل أو التعلم، وهو الأمر الذي تطوى عليه البرامج المجتمعية أيضاً، ولكن يزداد عليه في تلك الحالة العمل على دمج هؤلاء الأطفال مع غيرهم سواء من المعوقين أو العاديين .

(4) الوسائل والخدمات التكنولوجية المساعدة :

تعني الوسائل التكنولوجية المساعدة assistive technology devices أى عنصر أو جهاز أو نظام يتم استخدامه بما هو عليه أو بعد تعديله وذلك في سبيل الحفاظ على

الخدمات الوظيفية للطفل المعوق، أو تحسينها، أو زيادتها. أما الخدمات التكنولوجية المساعدة فمعنى أى خدمة يتم تقديمها للطفل المعوق كى تساعدنا نحن بشكل مباشر على اختيار الوسيلة التكنولوجية المساعدة اللازمة للطفل التى تعد هى الأكثر فائدة له، وتساعدته هو فى ذات الوقت على استخدام مثل هذه الوسيلة بما يعمل على تحقيق الهدف منها. ويتضمن ذلك ما يلى :

- ١- تقييم احتياجات الطفل بما فيها تقييم أدائه الوظيفي فى البيئة الخاطئة.
- ٢- شراء الوسائل التكنولوجية اللازمة للطفل، أو تقديم تسهيلات معينة كالإعاقات الجسمية لتلك الأجهزة، أو توفيرها لهم بأسعار مخفضة.
- ٣- اختيار، وتصميمه، وإصلاح، واستبدال مثل هذه الوسائل التكنولوجية بما يعمل على توفيرها لهم.
- ٤- استخدام تدخلات وخدمات وأساليب أخرى إلى جانب تلك الوسائل كبرامج التأهيل والتدريب وخلافها مما يساهم فى تحقيق الاستفادة القصوى منها.
- ٥- تدريب وتأهيل وتوفير المعلمين اللازمين الذين يمكنهم مساعدة الطفل على الاستفادة من تلك الوسائل.
- ٦- تدريب أسرة الطفل المعوق على مساعدته كى يستخدم تلك الوسائل ويستفيد منها أيضاً.

وهناك العديد من الأجهزة التكنولوجية الحديثة التى تعد بمثابة أجهزة تعويضية أو مساعدة يمكن أن تساهم بدرجة كبيرة فى مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق تلك الأهداف من البرامج المستخدمة، والتى تتمثل غاليتها كما أسلفنا فى تحقيق التواصل والاستماع. وفى هذا الإطار هناك أجهزة الكمبيوتر العادي، والتليفزيون، والفيديو، والمسجلات أو أجهزة التسجيل، وأجهزة العرض المختلفة، والمسحات. كما يمكن استخدام العروض البصرية، والكمبيوتر المناطق خاصة مع الأطفال التوحدين وهو ما

نلاحظ من خلاله أن غالبية تلك الأساليب الحديثة يتم استخدامها بغرض تقديم مشروبات بصرية متنوعة سواء كانت الصور لتقدمة ثابتة أو متحركة. ويمكن عند القيام بالمهام والأنشطة المختلفة حتى عند استخدام مثل هذه الوسائل أو الخدمات أن تقوم بعدد من الخطوات على النحو التالي :

١- تقسيم أو تحليل المهمة الكبيرة إلى عدد من المهام الأصغر حتى يمكن تناول كل منها.

٢- إعداد قائمة بما يجب على الطفل أن يقوم به.

٣- تحديد تعليمات أساسية، ومحاولة تعليمها للطفل، وتدريبه على الالتزام بها.

٤- تقديم عروض بصرية مبسطة كتماذج لما يجب عليه أن يقوم به.

٥- السماح للطفل بالحصول على فترات راحة قصيرة أثناء قيامه بأداء المهمة المستهدفة.

٦- اللجوء إلى التكرار كلما كان ذلك ضرورياً.

٧- توفير وقت إضافي حتى يتعلم الطفل المهمة جيداً، ويتدرب على أدائها بشكل مناسب.

(٥) التواصل :

تختلف أساليب التواصل وتعدد، بل وتتنوع باختلاف الإعاقة العقلية، فبالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً هناك أساليب للتواصل خاصة بهم، يميزهم عن غيرهم كما ستوضح في الفصل الثاني وإن التفتت في حوارات منها مع ما يتم تقديمه لأولئك الأطفال ذوي متلازمة أعراض داون، أما الأطفال التوحديين فلهم أيضاً أساليبهم المميزة في التواصل، وهو ما سنتلقى الضوء عليه في الفصل الثالث، ومع ذلك فهم يستفنون في جانب منها حتى وإن لم يكن كبيراً مع أفرادهم المتخلفين عقلياً، وكذلك الحال بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية المزججة (العقلية- العقلية) حيث تختلف

تلك الأساليب وفقاً لعدد غير قليل من المتغيرات كما سنبين في الفصل الخامس إذ يتوقف الأمر في المقام الأول على درجة الإعاقة العقلية وشدها أو حدتها ونوعها حتى يمكننا أن نحدد أهم الأساليب المستخدمة . ومن ثم يتم الاهتمام في المقام الأول بما تبقى لديهم من قدرات حتى يصر بإمكانهم أن يقوموا بالأنشطة المختلفة للحياة اليومية، وأن يتحسن سلوكهم التكيفي، وأن يزدوا المهام والأنشطة المختلفة بدرجة معقولة من الاستقلالية، وأن يتفاعلوا مع الآخرين .

(٦) العلاج الوظيفي :

يعتبر العلاج الوظيفي occupational therapy من التدخلات الرئيسية التي يجب الاهتمام بها وتقديمها للأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمختلف أنماطها سواء تمثلت في التخلف العقلي، أو اضطراب التوحد، أو متلازمة داون، أو كانت إعاقة عقلية مزدوجة تتضمن أحد أنماط الإعاقة العقلية مع أحد الإعاقات الأخرى سواء النعالية أو العقلية أو الحسية أو الجسمية .

وبعد هذا النمط من الأنماط العلاجية بمثابة خدمة تقدم لهم في سبيل مساعدتهم على أن يأتوا بالسلوكيات الاستقلالية مما يجعلهم أكثر اعتماداً على أنفسهم . وحتى يتحقق ذلك يتم تقييم الحالة أولاً تقييماً دقيقاً كي يتحدد الأسلوب الأمثل للتدخل، ويتم اختيار تلك الأجهزة التي يمكن اللجوء إليها، وعمل التوافقيات اللازمة في البيئة المحيطة أو البيئة المنزلية على وجه التحديد بما يمكن أن يساعدنا على تحقيق الاستقلالية في السلوك . وعلى هذا الأساس فإن العلاج الوظيفي يمكن أن يمثل حاتياً من تأهيل rehabilitation ذوي الإعاقة العقلية على وجه العموم، مثلهم في ذلك كأقرانهم المكفوفين أو الصم المكفوفين وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في تحسين أوضاعهم حيث إن ذلك من شأنه أن يساعدهم على تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين المحيطين بهم، ومن ثم إقامة العديد من العلاقات معهم وهو ما يمثل الأساس في سبيل إخراجهم من عزلتهم .

(٧) استخدام التكنولوجيا الحديثة :

يمكن أن يفيد الكمبيوتر كثيراً في مجالات الإعاقة العقلية كغيرها من الإعاقات الأخرى حيث يستخدم الكمبيوتر المعادى مع الأطفال المتخلفين عقلياً، ومع أقرانهم من ذوي متلازمة داون، ويمكن استخدام الكمبيوتر العادى أو الناطق للأطفال التوحدين، كما تستخدم العروض البصرية أيضاً في إبطار تلك الرامع الخاصة بهم وهو ما يمثل اتجاهأ حديثأ في هذا المضمار . ومن ثم يدخل الكمبيوتر في هذا الصدد في إطار ما يعرف بالوسائل التكنولوجية المساعدة . وعند استخدام مثل هذه الوسائل فإننا يجب أن نعامل مع الوضع الرامن للفرد، وكيف يمكننا أن نستخدم تلك الوسائل معه في سبيل مساعدته على تحقيق تلك الأهداف التى يتم تعديدها في هذا الإطار .

وغنى عن البيان أن استخدام مثل هذه الوسائل لا يخلص الفرد من إعاقته العقلية حيث أن تلك الإعاقة موجودة قبل استخدام هذه الوسائل وبعده، إلا أن استخدامها يعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة أى يساعد الفرد في التغلب على كثير من المشكلات أو الصعوبات التى تترتب عليها . وبالتالى فإن مثل هذه الوسائل يمكن أن تساعد بدرجة كبيرة في الاندماج مع الآخرين من خلال مساعدته على تحقيق التفاعل الجيد معهم، ثم شكته بعد ذلك من تحقيق قدر مناسب من التواصل معهم سواء كان التواصل تعبيرياً أو استقبالياً .

(٨) الإرشاد الأسرى :

يعد إرشاد أسر الأطفال المعوقين عقلياً من الأمور الهامة في هذا الإطار حيث من المؤكد أن الأمرة هى التى تفضلطع بالمسؤولية الأكبر في سبيل رعاية الطفل وتأهيله، ومساعدته على الاندماج مع الآخرين، ونظراً لأن الاتجاهات الأسرية نحو الطفل المعوق تختلف وتتباين مع مرور الوقت بين رفض للوضع القائم، أو رفض لوضع الطفل أى لإعاقته، أو تقبل الطفل ورفض أن يراه أحد، أو رفض للطفل ذاته، فإن تلك الاتجاهات تعد بمثابة أمور تحتاج إلى الإرشاد . كذلك فإنه لا يمكن أن نحقق أى تقدم

مع الطفل في تلك البرامج التي يتم تقديمها له دون أن تكون الأسرة شريكاً أساسياً في مثل هذه البرامج وهو الأمر الذي يتطلب أن يتم إشراك الأسرة في تلك البرامج التي يتم تقديمها للطفل حتى تستمر في تدريبه على القيام بما تتضمنه من عناصر في المنزل، وبالتالي يمكنها من هذا المنطلق أن تكمل ذلك الدور الذي تضطلع به المدرسة أو الأخصائي وهو الأمر الذي يوفر فرصة أمام الطفل تمكنه من التدريب على المهام والأنشطة المختلفة وفقاً لطويلاً يشبه تلك الطريقة أو ذلك الأسلوب الذي اتبعه لوفاز Lovans مع الأطفال الترحدين والذي لا يزال يعرف باسمه حتى الآن، ويقوم على تدريب الطفل بشكل مكثف يصل إلى أربعين ساعة أسبوعياً مما يمكنه من تعلم المهمة المقدمة له في الوقت المحدد، ومن ثم يتم تعليم الأسرة في سبيل القيام بذلك كيفية مساعدة الطفل على تعلم المهارات، والمهام، والأنشطة المطلوبة والتدريب عليها حتى يتمكن من القيام بها بشكل مقبول ومستقل.

ومن الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد ما يعرف بالإرشاد الجيني أو الوراثي genetic وهو الأمر الذي يتعلق بإرشاد أعضاء الأسرة جمعاً أو ما يعرف بشجرة العائلة وذلك عند اكتشاف حالة متكررة من الإعاقة التي ترجع إلى أسباب جينية أو وراثية مما يستدعي توضيحها لهم بشكل دقيق وصریح حتى يأخذوا قرارهم المناسب من وجهة نظرهم سواء بالإيجاب أو بعدم الإيجاب وخاصة إذا ما تم اكتشاف جين متسح بين بعض أعضاء تلك الأسرة الأكبر أو الأقارب مما قد يؤثر ظهور تأثيره لدى بعضهم، وهو ما لا يبين مطلقاً استبعاده لدى بعضهم دون بعضهم الآخر، كما أن هناك أيضاً إمدادهم بالمعلومات عن الأمراض الوراثية المنتشرة، وكيفية تفاديها أو الرقابة منها، وكلها أمور لها أهميتها في هذا الإطار.



المراجع

- ١- عماد عبد الله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات . القاهرة، دار الرشاد.
- ٢- عماد عبد الله محمد (٢٠٠٢)؛ جدول النشاط للصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة، دار الرشاد .
- ٣- عماد عبد الله محمد (١٩٩٩)؛ السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحدين وأقرانهم المعاقين عقلياً . مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، ع ٣٩، ص ٣٣ - ٥٨ .
- 4.American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV, Washington, DC: author.
- 5.Autism Society of America (1999);What is autism?USA, Bethesda,MD.
- 6.Hollins, Sheila (2002); Controversial issues in autism : The measles, mumps, and rubella(MMR)vaccine.London: Medical Research Council.
- 7.Howlin, Patricia (1997); Treating children with autism and Asperger syndrome: A guide for carers and professionals. Chichester,Wiley.

8. Kendall, Philip C.(2000); *Childhood Disorders*. UK, East Sussex, Psychology Press Ltd, Publishers.
9. Kessling, Anna & Sawtell, Mary (2002); *The genetics of Down's syndrome*. London: Oxford University Press.
10. National Alliance for Autism Research (NAAR)(2003); *NAAR autism poll show Americans want more action on autism*. Washington, DC: NA AR, January 21.
11. Rutter, Sarah (2002); *Down's syndrome*. London: Souvenir Press.
12. Williams, Christopher(1997); *Terminus brain: The environmental threats to human intelligence*. London: Cassell.



الفصل الثاني

التخلف العقلي

تمهيد

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

وبعد التخلف العقلي من أشد مشكلات الطفولة معطوبة إذ أنه كمشكلة يمكن النظر إليه على أنه مشكلة متعددة الجوانب؛ فهى مشكلة طية ووراثية ونفسية وتربوية واجتماعية وقانونية ، وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض مما يجعل منها مشكلة مميزة في تكوينها إلى جانب حاجة الطفل للمتخلف عقلياً إلى الرعاية والمتابعة والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به والاحتجاج كمثلًا في بعض مؤسساته المختلفة ، إضافة إلى ما

يركز التخلف العقلي من آثار نفسية عميقة لدى أسرة الطفل للتخلف عقلياً وكل من له علاقة بهذا الطفل .

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

مفهوم التخلف العقلي :

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

(١) التخلف العقلي من المنظور الطبي :

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

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

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

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

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

١- التواصل.

٢- العناية بالنفس.

٣- للمهارات الاجتماعية.

٤- الأداء الأكاديمي.

٥- المهارات العملية.

٦- قضاء وقت الفراغ.

٧- الاستفادة من مصادر المتصع.

٨- التوجيه الذاتي.

٩- العمل.

١٠- السلوك الاستقلالي.

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

١- قصور في الأداء الوظيفي العقلي .

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

٣- حدوث تلك الحالة قبل الثامنة عشرة من العمر .

ومن جانب آخر فإن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) World Health Organization WHO قد عرفت التخلف العقلي في التصنيف الدولي العاشر للأمراض International Classification of Diseases ICD- 10 على أنه حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله تتميز باحتلال في المهارات، ويظهر ذلك أثناء دورة النمو، كما يؤثر على المستوى العام لذكاء الطفل، أي قدراته المعرفية، واللغوية، والحركية، والاجتماعية . وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسدي آخسر، ولكن الأفراد للتخلفين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين التخلفين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين مجموع السكان، كما يكون سلوك الطفل التكيفي مختلفاً . ومن هنا فإن الشروط الثلاثة اللازمة للتخلف العقلي واضحة تماماً، ويتضمنها التعريف بشكل صريح .

كذلك فقد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association APA في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) DSM- IV وجود ثلاثة عكبات رئيسية للتخلف العقلي كالآتي :

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

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

والتوجيه السلبي، واللهايات الأكاديمية الوظيفية، والعمل، والفرغ، والصحة، والسلامة.

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

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

(٢) التخلف العقلي: من المنظور الاجتماعي:

أما من المنظور الاجتماعي فيتم تعريفه في ضوء الكفاية الاجتماعية للطفل المتخلف عقلياً حيث يعد غير كفاء اجتماعياً ومهنياً ودون نظيره السوي في القدرة العقلية والاجتماعية، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقات منذ ليلاد أو في سن مبكرة من النمو وتتميز كذلك حتى مرحلة الرشد. وهي حالة غير قابلة للشفاء التام، وتتسم بقصور واضح في الأداء السلوكي الوظيفي. ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية.

وإنما كسبان السلوك التكيفي يعرف بأنه درجة الفاعلية التي يحقق بها الفرد غايته الذاتية، ويستجيب بها لمسئولياته الاجتماعية المتوقعة منه وفقاً لعمره الزمني، ونوع وطبيعة الجماعة التي ينتمي إليها فإنه يتم بناء على ذلك كما يشير عبدالعزيز الشخص

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

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

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

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

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

(٣) التخلف العقلي من المنظور الميكومتری :

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

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

(٤) التخلف العقلي من المنظور التربوي:

يسمى للتطور التربوي على قدرة هذا الطفل على التعلم والتي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد حيث يعجز الطفل للتخلف عقلياً غير قادر على التعلم أو التحصيل الدراسي ، كما ينخفض أدائه السلوكي بشكل واضح في العمليات العقابية نتيجة لانخفاض نسبة ذكائه ، ويصاحب ذلك قصور في سلوكه التكيفي. ويضم التخلف العقلي من هذا المنظور ثلاث فئات يمكن أن نعرض لها كما يلي :

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

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

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

ويشير سعيد العزة (٢٠٠٦) أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR قد أوضحت في تعريفها للتخلف العقلي أن ذكاء الفرد المتخلف عقلياً يكون أقل من المتوسط ولا يضارع أبناء عمره في أدائه العقلي، كما أنه يقل عن أقرانه أيضاً في معدل نمو للمهارات الأساسية التي ترتبط بشكل عام بمرحلة الطفولة المبكرة، ومن هذه المهارات الحبو، والمشي، والكلام، والتحكم في الإخراج، ومشاركة الآخرين في نفس العمر المناسب ومهامهم المختلفة بمستوى مقبول، كما تكون قدرته على الاستقلالية، والتخلف على ذاته في بيئته، وقدرته على التكيف، وإقامة علاقات اجتماعية محدودة بدرجة كبيرة مما يشير إلى وجود قصور في أدائه التكيفي يحدث خلال مرحلة النمو أي بداية من الميلاد وحتى الثامنة عشرة من عمره . ومن هذا المنطلق أشار جروسمان Grossman منذ سبعينيات القرن الماضي إلى أن الإعاقة العقلية تدل على انخفاض مستوى الأداء الوظيفي العقلي العام للطفل عن المتوسط انخفاضاً دالاً يكون مرتبطاً بشكل في سلوكه التكيفي ، وتظهر آثاره خلال مرحلة النمو . وينعكس النقص أو القصور في السلوك التكيفي في الحالات التالية :

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

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

وبحسب وجود انحراف عن مظهر النمو العادية من ثلوثات النفاذ على احتمال وجود انخفاض في القدرات العقلية للطفل ، ولا يخفى علينا أن هناك خصائص معينة للتخلف العقلي يمكن اكتشاف بعضها منذ ميلاد الطفل، أما بعضها الآخر فيتم التعرف عليه بعد سن البلوغ خلال مرحلة الطفولة، وعند التعرف بالندرة وذلك نظراً لأنها يصعب تمييزها بخصائص لا تحتفظها العين مثل استسقاء الدماغ، أو كبر الدماغ، أو ضمور الدماغ تعد جميعها بمثابة أدلة واضحة على التخلف العقلي . ومع ذلك فهناك مجالات أخرى عديدة لا يتم التعرف عليها إلا من خلال العديد من الفحوص الطبية والأشعة ورسم المخ والأشعة المقطعية وتحليل الدم والبول وما إلى ذلك .

خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً

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

التكيف الاجتماعي ، وعلى تراتبه الانفعالي ، وعلى سمات شخصيته ككل . ومن هنا
المتعلق نرى أنه بشكل عام هناك العديد من الخصائص التي يتسم بها الأطفال
للتخلفون عقلياً والتي تعد من الأدلة التي يمكن الرجوع إليها عند التعرف على الحالة
وتشخيصها . وبأني في مقدمة تلك السمات قدرة الطفل المحدودة على القيام بما
يلي :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(١) الخصائص الجسمية والحركية :

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

- أ - أن الفروق بين معظم حالات التخلف العقلي وأقرانهم العاديين قليلة .
 ب- أن مثل هذه الفروق لا تميز بين المتخلف وغير المتخلف بشكل قاطع .
 ج- أن حالات التخلف العقلي تنمو جسدياً في الطفولة مثل العاديين تقريباً .
 د - أن علامات البلوغ تظهر عليهم خلال مرحلة المراهقة كأقرانهم العاديين .
 هـ- عادة ما يكتمل نمو العضلات، والعظام، والطول، والوزن، والجنس من جانبهم في حوالي سن الثامنة عشر كأقرانهم العاديين .
 و - أنهم يصلون إلى النضج الجسمي في نفس الوقت الذي يحدث فيه نفس الشيء تقريباً لدى أقرانهم العاديين .

ز- على الرغم من ذلك فإن حالات التخلف العقلي المتوسطة والشديدة والحادة عادة ما يتأخر لديها النمو الجسمي والحركي، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما يصل إليه العاديون .

وإدھنية الحفظيـب (٢٩٩٢) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً يمتون فيما يتعلق بالمهارات الحشركية من مشكلات حركية مختلفة قياساً بأقرانهم العاديين حيث أنهم يعانون من قصور واضح في مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة . وإلى جانب ذلك فإننا نرى أنه كلما زادت درجة تخلفهم العقلي زادت بالتالي معاناتهم الحركية بشكل دال حيث نجدهم آنذاك يتسمون بعدد غير قليل من السمات تأتي السمات التالية في مقدمتها :

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

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

(٢) الخصائص العقلية للمرضية :

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

أ- بطء معدل نموهم العقلي :

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

ب- قصور الانتباه والإدراك :

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

ج- قصور الذاكرة :

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

ذاكرتهم طويلاً المدى، ولكنه يكون أقل بكثير من ذلك التصور في ذاكرتهم قصيرة المدى.

د- قصور التفكير :

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

١- قصور الذاكرة.

٢- ضعف القدرة على اكتساب المفاهيم المختلفة.

٣- قصور تكوين الصور الذهنية المثالية.

٤- ضعف الحصول اللغوي وضالته.

٥- قصور في تجهيز المعلومات.

هـ- قصور التعميم والنقل أثر التعليم أو التدريب :

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

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

٢ - عدم قدرته على إدراك أوجه الشبه والاختلاف تلك.

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

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

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

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

١ - الاعتماد على الأنشطة المختلفة.

٢ - الاهتمام بتقدم مهام متعددة للطفل.

٣ - تنويع المهام والأنشطة التي يتم تقديمها له.

٤ - تعدد الأماكن التي تقوم بتعليمه فيها.

٥ - الاهتمام بالترتيب المستمر للمهمة والنشاط والحركة ككل.

و- قصور المهارات الأكاديمية الوظيفية :

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

١ - ضعف القدرة على التعلم بصفة عامة.

٢ - قصور في بعض القدرات النوعية.

٣ - قصور في جوانب النمو العقلي.

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

وعلى الرغم من ذلك يمكن باتباع أساليب تدريس معينة، والتدريب على الأنشطة المستنفاة، والمصورة إلى الاستراتيجيات التعويضية أن تسهم في تحسين مهاراتهم الأكاديمية.

(٢) الخصائص اللغوية :

تعتبر للمشكلات اللغوية من أهم المشكلات التي ترتبط بالتخلف العقلي وتصح عنه، كما أنها تزداد في الدرجة مع زيادة مستوى التخلف العقلي، وعلى ذلك فإن للتخلف عقلياً من الدرجة البسيطة كما يذهب القريبطي (٢٠٠١) يصلون إلى مستوى معقول من الأداء اللغوسوى وذلك على الرغم من أنهم يتأخرون في التطق، بينما يعانون ذور التخلف العقلي المتوسط من مشكلات وصعوبات لغوية مختلفة من أهمها ما يلي :

أ - البطء للمحوظ في النمو اللغوي.

ب- التأخر في التطق.

ج- التأخر في أكساب قواعد اللغة.

د - ضالة المفردات اللغوية وبساطتها.

هـ- بساطة التراكيب اللغوية ومطحتها.

و- تدن مستوى الأداء اللغوي.

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

أ - أن يسم الصوت على وتيرة واحدة.

ب- أن يتسم بالنمطية .

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

والى جانب ذلك فإن اضطرابات المنطق والكلام ترتبط كماً وكيفاً بدرجة التخلف العقلي حيث تقل في حالة التخلف العقلي البسيط، وتزداد مع زيادة مستوى التخلف مسن للتوسط إلى الشديد، ثم تضطرب تماماً في حالة التخلف العقلي الشديد جداً أى الحد .

(٤) الخصائص الانفعالية :

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

أ- عدم الثبات الانفعالي : emotional instability

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

١- عادة ما تكون انفعالات أولئك الأطفال غير ثابتة .

٢- تعد انفعالاتهم مضطربة .

٣- تغير انفعالاتهم تلك من وقت إلى آخر .

٤- ميلون إلى التبلد الانفعالي .

٥- بدون اللامبالاة فيظهرون غير مهلين بما حولهم ومن حولهم .

٦- عدم الاكتراث بما يدور حولهم .

٧- يتسمون بالانفعالية .

٨- عدم التحكم في الانفعالات .

ب- اضطراب مفهوم الذات : self- concept disorder

من الأمور التي شهدت تحدياً سابقاً والتي باتت شبه مؤكدة أن إدراك الأطفال المتخلفين عقلياً لنواظم يكون سالباً إذ يكون مفهومهم لنواظم شيئاً نتيجة لعدد من الأسباب يوردها كعمال مرسى (١٩٩٩) فيما يلي :

١- تعرضهم الكبير لخوات للفشل والإحباط سواء في المنزل أو المدرسة أو في المجتمع بصفة عامة .

٢- الشعور بعدم الكفاءة .

٣- الشعور بالدونية .

٤- عدم الرضا عن الذات .

٥- الاعتماد على الآخرين .

٦- الاستعداد للقلق (نتيجة لشعورهم بالدونية) .

٧- السلوك العدوانى .

٨- سوء التوافق .

٩- عدم الواقعية خاصة في مفهومهم لنواظم .

١٠- عدم ثبات تقديرهم لنواظم .

ج- الانسحاب الاجتماعي : social withdrawal

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

د- العدوان : aggression

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

١- عنف الطاعة .

٢- الضجور البدني .

٣- العدوان اللفظي .

٤- تدمير الممتلكات .

٥- إعاقة الآخرين .

٦- إيذاء الذات .

وقد أشرنا إلى ذلك من قبل وذلك بشيء من التفصيل .

(5) الخصائص الاجتماعية :

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

ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المتخلفين عقلياً ما يلي :

- ١- قصور في المكفاءة الاجتماعية .
- ٢- عجز عن التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها .
- ٣- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين .
- ٤- قصور في القدرة على التواصل .
- ٥- تدني مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي .
- ٦- عدم القدرة على المبادرة بالحدوث مع الآخرين .
- ٧- قصور في المهارات الاجتماعية .
- ٨- صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين .
- ٩- صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم .
- ١٠- لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم .
- ١١- الميل إلى مشاركة من يصغرونهم سناً في أي ممارسات اجتماعية .

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

تشخيص وتقييم التخلف العقلي :

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

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

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

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

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

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

- الأداء الوظيفي المستقل .

- النمو الجسمي .

- النشاط الاقتصادي .

- النمو اللغوي .

- معرفة الأعداد والوقت .

- النشاط المنزلي .

- القدرة المهنية .

- التوجيه الذاتي .

- تحمل المسؤولية .

- التنشئة الاجتماعية أو القدرات والمهارات الاجتماعية .

وبعد ذلك يمكن فيما يتعلق بنسبة الذكاء أن نستخدم أحد المقاييس المقننة وهي بطريقة الحسالة عديدة ومتوفرة في الميدان والتي ن مقدمتها مقياس ستانفورد- بينيه Stanford-Binet إلى جانب مقياس وكسلر Wechsler .

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

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

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

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

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

أ - التواصل.

ب - المهارات الاجتماعية أو بين الشخصية .

ج - المهارات الأكاديمية .

د - الفصحة .

هـ - العناية بالذات .

و - استغلال مصادر أو موارد المجتمع والاستفادة منها .

ز - العمل .

ح - الأمان .

ط - الحياة المعرفية .

ي - التوجه الذاتي .

ك - الاستفادة من وقت الفراغ والتخطيط له .

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

ويعتبر بالذكر أن التخلف العقلي يحدث بدرجات تتباين في شدتها أو مدى حدتها . وعلى الرغم من ضرورة استخدام محكين اثنين لتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلي وذلك وفقاً للاتجاه التكاملية هما نسبة الذكاء والسلوك التكيفي فإن نسبة الذكاء تعدد هي المحك الأساسي في التمييز بين مستويات التخلف العقلي ومدى حدتها . ويحدد كل من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO أربعة مستويات للتخلف العقلي بناء على نسبة الذكاء نعرض لها حتى النحو التالي :

١ - التخلف العقلي البسيط : mild

وتتراوح نسبة ذكاء الطفل في هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ ولا يزيد الطفل في مهاراته الأكاديمية عن طفل عادي في الحادية عشرة من عمره وذلك عندما يصل إلى السن الذي يحدث فيه التضح التام للطفل العادي . ومن ثم فإن هذا الفرد لا يمكنه أن يتعلم للقررات الدراسية التي يتم تدريسها في مراحل دراسية

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

ب - تخلف عقلي متوسط :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد في هذه الفئة بين ٤٠ إلى أقل من ٥٥ وبعد هؤلاء الأفراد يطبقون في فهم واستخدام اللغة ، ويتأخر اكتسابهم للمهارات اللازمة لرعاية الذات والمهارات الحركية . أما مهاراتهم الأكاديمية فهي محدودة جداً ، نادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً كاملاً عندما يصلون إلى مرحلة الرشد . ومع ذلك فإنهم عادة ما يكونوا قادرين على التحرك بشكل تام مع قمتهم بالنشاط البدني ، كما يبدى غالبيتهم دلائل على نموهم الاجتماعي من خلال قدراتهم على التواصل والتفاعل مع الآخرين ومشاركتهم في بعض الأنشطة الاجتماعية البسيطة . ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن العسور الوصفية لقدرات هؤلاء الأفراد تباين ، فحي حين يصل بعضهم إلى مستويات أعلى في المهارات البصرية والمكانية قياساً بتلك للهام التي تعتمد على اللغة نجد أن بعضهم الآخر يتمتع بالتفاعل الاجتماعي والحوار البسيط . وفيما يتعلق بمستوى النمو اللغوي لأعضاء هذه الفئة فإنه يتباين بين ما يسمح لهم بالاشتراك في حوارات بسيطة ، وما يسمح لهم بتوصيل احتياجاتهم الأساسية للآخرين ، أو عدم استخدام اللغة مع أنهم يفهمون التعليمات البسيطة ويستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض هذا القصور اللغوي . وفي أغلب الحالات يمكن تحديد سبب عضوي معين للإعاقاة ، وقد يعاني الأفراد من اضطرابات أخرى شديدة سواء كانت نمائية كالتوحد أو غير نمائية .

ج - تخلف عقلي شديد :

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

الإعاقات، والمخالفات المصاحبة لها. وتتم الأفراد في هذه الفئة بانخفاض مستويات الإنجاز بشكل عام مع المعاناة من عطل في الحركة أو أنواع قصور أخرى مصاحبة تدل على وجود عيب تكويني في الجهاز العصبي المركزي .

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

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

ثالثاً : توقيت حدوث الإعاقاة :

يعتمد هنا التصنيف على الترتيب الزمني لحدوث الإعاقاة وما يمكن أن يؤدي إلى ذلك من أسباب. ومن هنا المنطلق يمكن تصنيف الإعاقاة بناء على عوامل قبل الولادة، أو أثناء ما، أو بعدها وذلك على النحو التالي :

أ - قبل الولادة :

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

نضج خلايا المخ لدى الجنين . وإلى جانب ذلك هناك إيمان الأم للمخدرات أو الكحوليات أو تدخين السجائر أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب : أو اضطرابات إفراز غددها الصماء ، أو تعرضها للأشعة السينية (X) ، أو محلولات الإحساس للتكررة مسن جانبها . ومن هذه العوامل والأسباب أيضا الأمراض والاضطرابات الدماغية والتي تشمل العيوب الخفية التي تنتقل عن طريق الجينات والتي قد يصحبها فر شاذ في البلعمة قد يؤدي إلى صغر حجم الدماغ لدى الطفل أو كسره . كذلك هناك أسباب أخرى يأتي في مقدمتها اضطراب تكوين الخلايا ، واضطراب التمثيل الغذائي ، وجميعها يسهم بشكل مباشر في حدوث الإعاقة العقلية .

ب - أثناء الولادة :

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

ج - بعد الولادة :

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

دائماً : المظاهر الجسمية والاعاقات الإكلينيكية :

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

أ - القماءة أو القصاص : Cretinism

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

ب - استمقاء الدماغ : hydrocephalus

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

ج - كبير الدماغ : macrocephaly

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

د - صغر الدماغ : microcephaly

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

هـ - العامل الريزيسي : RH factor

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

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

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

وبالتالي فإن ذلك يؤثر في تكوين المخ مما يتج عنه تلف وضمور في المخ ، ومن ثم التخلف العقلي . ولسرعاية هذه الحالة ينبغي أن تتم عملية تغير دم المولود بشكل مستمر .

و - اضطراب التمثيل الغذائي (الأيض) metabolism

وتتسم هذه الحالة بالاضطراب في تمثيل الدهون ، والبروتينات ، والكربوهيدرات . ويرى سعيد العزة (٢٠٠١) أن هذا الاضطراب ينتقل عن طريق الجينات ، وهناك العديد من المركبات والعناصر الكيميائية التي تسبب ذلك الاضطراب الجيني المسؤول عن التخلف العقلي . ويدير بالذكر أن التخلف العقلي في حد ذاته لا يكون موروثاً في معظم هذه الحالة، ولكنه يحدث بسبب اضطراب الأيض أي التمثيل الغذائي أو عمليتين الهضم والبناء الناتج في هذه الجينات عن اختفاء نشاط أيزمي معين أو اضطرابه فيما يخص العمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات . ويظهر ذلك في نقصان السعول وارتفاعه الكبرية حيث تزداد نسبة حامض الفينيل في الدم مما يسبب تسمم الدماغ وتفسو ما يؤدي إلى اضطراب في الخلايا العصبية للدماغ ، ومن ثم التخلف العقلي الذي لا تزيد نسبة الذكاء فيه عن ٥٠ فقط، وتعد هذه الحالة موروثية كما أوضحنا منذ قليل . ولرعاية هذه الحالة تقوم بتحديد نظام غذائي معين ويتم الالتزام به ، ويمكن التعرف على الحالة من خلال تحليل الدم .

خامساً : السلوك التكيفي :

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

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

| الفترة في السلوك التكيفي | البعد عن المتوسط في الذكاء | مدى الدرجات المحددة لنسب التكيف |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| فئة المتفوقين | + < ٢ ع | ١٣٦ درجة فأكثر |
| فئة العاديين | + ٢ ع | ١٣٥ - ٨٥ |
| فئة التخلف العقلي البسيط | - ٢ ع | ٨٤ - ٧١ |
| فئة التخلف العقلي المتوسط | - ٣ ع | ٧٠ - ٥٨ |
| فئة التخلف العقلي الشديد | - ٤ ع | ٥٧ - ٤٥ |
| فئة التخلف العقلي الشديد جداً | - ٥ ع | ٤٤ درجة فأقل |

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

سادساً : التصنيف التربوي :

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

أ - المتخلفون عقلياً القابلون للتعلم : educable

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

ب - المتخلفون عقلياً القابلون للتدريب : trainable

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

ج - المتخلفون عقلياً غير القابلين للتعليم أو التدريب :

uneducable or untrainable (custodial)

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

أسباب التخلف العقلي :

يشير سعيد العزة (٢٠٠١) إلى أن هالاهان وكوفمان Hallahan & Kouffman يريان أن نسبة حالات التخلف العقلي غير المعروفة في سببها العضوي تمثل نسبة كبيرة بين حالات الإعاقة حيث تتراوح بين ٨٠ - ٩٤ ٪ ويطلق على مثل هذه الحالات اسم التخلف العقلي ذي الأسباب الثقافية الأمريكية cultural familial وهو ما ينسبها إلى أسباب اجتماعية وثقافية متدنية تكون موجودة في بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه، وتؤدي إلى تقلفه العقلي مع أنه لا يتفرغ حتى الآن دليل قسوى على صحة مثل هذا الافتراض وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حيث أرجعت ذلك إلى أسباب نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها أسباب ثقافية أسرية وذلك في مقابل الأسباب العضوية التي قد تؤدي إلى التخلف العقلي والتي تم حصرها في ثمانية أسباب على النحو التالي :

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

٥ - اضطرابات الحمل.

٦ - اضطرابات عملية التمثيل الغذائي .

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

٨ - الاضطرابات النفسية للأم للحامل .

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

أولاً : العوامل الوراثية :

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

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

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

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

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

ب - الفينيلكيتونوريا : PKU

وهناك اضطراب آخر يعرف بالفينيلكيتونوريا *phenylketonuria* الذي يكتب اختصاراً PKU والذي يتحدد بعوامل عضوية وأخرى وراثية، وبعد هذا الاضطراب تشابه خطأ وراثي يتعلق بعملية الأيض أو الهدم والبناء *metabolism* ينشأ عن تحول

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

جـ - حالات أخرى :

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

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

ثانياً : العوامل البيئية :

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

١ - البيئة قبل الولادة :

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

أ- سوء التغذية :

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

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

ب - الحالة الصحية للأم :

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

ج - الحالة النفسية للأم :

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

د - عمر الأم :

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

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

هـ - تعرض الأم للإشعاع :

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

و - تعاطي الأم للعقاقير :

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

ز - التدخين والمشروبات الكحولية :

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

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

٢ - البيئة الاجتماعية :

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

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

الوقاية من التخلف العقلي :

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

أ - الوقاية الأولية : primary prevention

ويقصد بما تلك الجهود والإجراءات التي يتم بذلها والعمل في ضوئها وذلك في سبيل رعاية الأجنة بهدف مناهجتهم وتقليل فرص واحتمالات ولادة أطفال متخلفين عقلياً أو مشوهين وذلك بتوفير الرعاية للأُم الحامل ، ومراجعتها المنتمرة للطبيب ، واستشارته الدائمة في كل ما تعرض له ، وتغذيتها جيداً ، وحمايتها من أي أخطار يمكن أن تسبب في ولادة طفل من هذا القبيل سواء تمثل ذلك في شكل صدمات، أو أشعة، أو عقاقير، أو مخدرات، أو كحوليات، أو تدخين، أو أي نقص في عنصر اليود، أو ما شابه ذلك . ومن هذا النطلق يتم توفير التوعية اللازمة سواء من خلال زيارة السوحذات الصحية ، أو الزيارات المنزلية ، أو حملات التوعية بوسائل الإعلام المختلفة إلى جانب الاهتمام بالإرشاد للزواج، وإجراء الفحوص اللازمة للشباب المقبلين على الزواج ، وتوعيتهم بالأمراض الوراثية .

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

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

ب - الوقاية الثانوية : Secondary Prevention :

وتمثل هنا النوع من الوقاية فى تلك الجهود والإجراءات التى تتخذ فى سبيل تغيير وتحسين الظروف البيئية التى لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالتخلف العقلى ، والتى يمكن لها أن تودى إلى حدوث تلك الإعاقة . وهو الأمر الذى يمكن أن يقلل بدرجة كبيرة من احتمال أن تلعب تلك الظروف البيئية دوراً فى حدوث الإعاقة. هنا إلى جانب تقم الرعاية للطلوبة لأطفال الأسر الفقيرة ثقافياً واجتماعياً وذلك منذ سن مبكرة فى حياتهم ، وتوفير السبل التى يمكن أن تسهم فى أن يتطور نموهم العقلى المعرف ويستمر فى مساراته الطبيعية الصحيحة .

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

ج - الرعاية الثلاثية : tertiary prevention :

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

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

رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً :

يرى كندال (٢٠٠٠) kendall أن برامج وأنماط الرعاية المقدمة للأطفال المتخلفين عقلياً قد تعددت منذ أن بدأت حول العالم المختلفة فتم برعايتهم وتأميلهم. ويمكن تصنيف مثل هذه الرعاية في ثلاثة أنماط أساسية تتمثل في الأنماط التالية :

١ - الإقامة placement

٢ - التعليم المدرسي education

٣ - التدخلات العلاجية interventions

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

أولاً : الإقامة :

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

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

ب- برنامج إعدادي محارى يهدف إلى مساعدة الطفل المختلف عقلياً على الانتقال إلى المدرسة بمعنى أن هذا البرنامج يعد بمثابة برنامج تحية.

ج- برنامج محارى يهدف إلى توفير الرعاية بعد اليوم المدرسي للأطفال المنتظمين في المدارس والسنتين لا نستطيع أسرهم أن تقدم لهم الرعاية اللازمة فيما بين انتهاء اليوم المدرسي وفترة المساء.

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

ومنذ الستينات من القرن الماضي ظهر ما يعرف بمراكز المجتمع المحلي Community Centers والتي تعمل على توفير مناخ أسرى شبه مما يوجد في المنزل، وتوفير فرص التفاعل مع الآخرين، ومع البيئة المحلية التي ينشأ هؤلاء الأطفال فيها، وهو الأمر الذي يمكن أن يساعدهم على الاندماج مع الآخرين اغيطين بهم والانخراط في مجتمعاتهم المحلي. وإلى جانب ذلك والى سبيل تحقيق الأهداف المحددة لما عملت تلك المراكز على توفير الإشراف اللازم على الطفل وتوجيهه أثناء فترة وجوده فيها. وتتراوح الأهداف التي تتبناها مثل هذه المراكز والتي تقوم على أساس مجتمعي، وتتم برامجها بشبهها بالحياة الأسرية وتقدم الخدمات لكل شخص مقمب بما بين إعداد هؤلاء الأفراد

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

أ - المراكز المرحلية : *halfway centers*

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

ب - مراكز الرعاية الجماعية : *Group care centers*

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

ج - مراكز الإقامة : *boarding centers*

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

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

ثانياً : التعليم للتدريس :

يصنف الأطفال للتخلفون عقلياً وفقاً لتصنيف الثربوي إلى قابلين للتعليم، وقابلين للتدريب ، وغير قابلين للتعليم أو التدريب . وقد اهتمت دول العالم ، ومؤسساته ، وهيئاته المتخصصة منذ وقت طويل بتقديم الخدمات التعليمية للأطفال للتخلفين عقلياً ممن فسفة القابلين للتعليم وهم أولئك الذين يعانون من التخلف العقلي البسيط . وإلى جانب ذلك فقد تم سن القوانين التي تكفل لهم الحق في أن يتلقوا هذا النوع من التعليم .

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

١ - حق الطفل المعوق في التمتع برعاية خاصة :

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

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

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

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

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

أ - فترة قسمة :

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

ب - الحلقة الابتدائية :

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

ج - الإعدادية المهنية :

وتبلغ مدة الدراسة بها ثلاث سنوات ، وتتضمن خطة الدراسة التدريبات المهنية ، ويسمح المتخرج شهادة مصلة بالتمام الدراسة بمرحلة التعليم الأساسي بمدارس التربية الفكرية .

وتحدد شروط القبول بمدارس التربية الفكرية على النحو التالي :

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

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

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

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

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

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

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

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

هناك عدد من الاعتبارات التي ينبغي علينا في ضورتها رعاية هؤلاء الأطفال يأتي في مقدمتها الاعتبار الديني والأخلاقي حيث يحثنا الدين والأخلاق على رعايتهم كما ورد في الحديث الشريف (إنما يتصر الله هذه الأمة بضعيفها) و (يغوي الضعفاء وإنما

تسرزقون بهضعفانكم) . وهناك الاعتراف الاجتماعي الذي يقر حق كل فرد في المجتمع أن ينال الرعاية التربوية والنفسية المناسبة . أما الاعتراف الإنساني المختص إلى حق الشخص المعوق كإنسان في أن ينال الاعتراف الملائم . في حين ينظر الاعتراف الاقتصادي إلى أن تربية هؤلاء الأطفال لها عائد إنتاجي حيث يمكن لنسبة كبيرة منهم تقدر بحوالي ٧٥ ٪ تقريباً إذا ما أحسن توجيههم وتعليمهم أن يحققوا التكيف النفسي والاجتماعي، والمهني .

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

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

- عدم الإتقان الكامل في أداء مهام التعليم .
- زيادة نسبة نسيانهم للمعلومات التي يتعلمونها .
- عدم القدرة على تعميم أثر التعلم .
- قدرة محدودة على الرموز والتحديد .

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

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

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

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

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

وقد وضع جيمس إيفانز James Evans أسماً معينة لترجمة مناهج المتخلفين عقلياً وذلك على النحو التالي :

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

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

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

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

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

ثالثاً ، التدخلات العلاجية :

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

- أ - العلاج الطي .
- ب - العلاج السلوكي .
- ج - جداول النشاط المصورة .
- د - العلاج باللعب .
- هـ - السيكودراما .
- و - الإرشاد الأسري .
- ز - العلاج المعرف السلوكي .

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

١ - العلاج الطبي :

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

وعلاوة على ذلك هناك علاج طبي للأم الحامل يعمل على الوقاية من حدوث التخلف العقلي كأن تعطى التطعيمات اللازمة ضد الأمراض المعدية التي لها علاقة بالإعاقة العقلية ، ووقايتها من التعرض لأمراض فقر الدم والأنيميا ، ومراجعة الطبيب باستمرار أثناء الحمل ، والعمل على تجنب حدوث الولادة المتعسرة ، وإعطائها حقنة تتعلق بالعامل الريزيسي . ويجب أن توضح أنه على الرغم من أهمية هذا الجانب الطبي فيما يتعلق بالأم الحامل فإنه في الأصل يرتبط بالوقاية من الإعاقة مما يجعله ضرورياً . وإلى جانب ذلك فإنه تتم عملية تغيير دم للطفل الذي يعاني من الإعاقة نتيجة للعامل الريزيسي ؛ أما الطفل الذي يعاني من استمقاء الدماغ فيتم اللجوء إلى عملية جراحية (بديل) للتخلص من كمية من السائل المخيط بالدمخ ؛ في حين يتم تمديد نظام غذائي معين للطفل الذي يعاني من اضطراب التمثيل الغذائي .

٢- العلاج السلوكي :

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

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

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

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

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

٥- أن يتم تدريبهم جميعاً على نفس المهارة .

٣ - جداول النشاط المصورة :

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

١- تدريب الطفل على السلوك الاستقلالي.

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

٣- تدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي.

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

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

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

١- التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية.

٢- التعرف على الأشياء المشابهة، وإدراكها، وتمييزها.

٣- إدراك التباين بين الصورة وذلك لموضوع أو الشيء الذي تشير إليه.

كما أن تلك الجداول تقوم في الأساس على تحليل الأنشطة المتضمنة إلى عدد من الخطوات، ثم الصغرة التي تمثل في مجملها ذلك النشاط الذي تعكسه الصفحة، ويمثل أداء تلك الخطوات أو المهام أو الوحدات الصغيرة أداء للنشاط المتضمن بالصورة التي توجد في الصفحة المستهدفة. ويتم أداء كل نشاط متضمن من خلال التدريب على مكونات النشاط، والقيام بما أو أدائها بشكل صحيح، وتمثل هذه المكونات فيما يلي :

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

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

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

٤ - القيام بالنشاط المستهدف .

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

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

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

٤ - العلاج باللعب :

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

٥ - السيكودراما :

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

الكسوتة بشكل حر مما يعمل على تفريغ الشحنات الانفعالية المكونة لديه. ومن ثم تعد السيكودراما وسيلة صالحة للتنفيس عن تلك الشحنات ، ويمكن استخدامها لتحقيق نفس الأهداف التي نعمل على تحقيقها باستخدام أى أسلوب آخر من أساليب العلاج النفسي . ومع ذلك لا بد من الحذر الشديد حتى لا نخلط بين كل من الدراما والسيكودراما .

٦ - الإرشاد الأسرى :

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

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

التكاملية. كما يمكن إلى جانب ذلك إرشاد الوالدين إلى ضرورة استخدام الأساليب التربوية المسلمة في تنشئة أطفالهما للتخلفين عقلياً والتي تتطلب البعد عن الأساليب السلبية حتى لا تزيد من مشكلات مثل هؤلاء الأطفال. ومن هذه الأساليب الحماية الزائدة ، والنيل ، والإهمال ، والتفرقة في المعاملة ، ومعاقبتهم جسدياً ، والرفض وعدم التقبل ، والفرمان ، والأهم من ذلك هو اتجاههما واتجاهات أعضاء النسق الأسري نحو أبنائهم التخلفين عقلياً ، وتدريب هؤلاء الأبناء على القيام بالأدوار الأمرية والأعمال المنزلية البسيطة مما يساعدهم على التكيف مع البيئة المحيطة، والاندماج مع من فيها.

٧ - العلاج المعرفي السلوكي :

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

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

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

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

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

١ - الشرح والتفسير والمناقشة : explanation

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

٢ - التعيين : identification

وبعنى مساعدة الطفل في التعرف على أمثلة أو نماذج من السلوك الذى يتم تدريسه عليه .

٣ - النمذجة : modeling

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

٤ - التمييز : differentiation

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

٥ - لعب الدور : role-playing

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

٦ - التقييم : assessment

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

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

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

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

١ - التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديدتها .

٢ - التفكير الموجه لتحقيق أغراض معينة .

٣- التفكير الموسيقي أو الذي يتضمن الغاية والموسيلة .

٤- التقييم واتخاذ القرار .

٥- التوصل إلى الحل .

هذا ومن المهارات الاجتماعية التي يمكن تعليمها هؤلاء الأطفال التوصل بالمعين ، والتعبير الوجهي ، والإبقاء على المسافة الاجتماعية ، وعصائص الصوت ، والتشجيع بالأخسرين ، والتحدث مع الآخرين ، واللعب والعمل مع الآخرين ، ولفت الانتباه، أو طلب المساعدة . ويمكن تحقيق ذلك خلال ست خطوات كالتالي :

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

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

٣ - التقليد : ويعني محاولة الطفل أن يؤدي نفس المهارة التي يكون قد تم أدائها أمامه .

٤ - التغذية الراجعة : ويمكن استخدام الفيديو مثلاً لتوضيح أنه لم يؤد المهارة المطلوبة كما ينبغي مما يسهم في تحسين أدائه .

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

٦ - التعزيز : ويتم بشكل مادي أو لفظي كالمكافأة أو الثناء .

أما فيما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية فلا تزال هناك صعوبات عديدة تحول دون استخدام العلاج المعرف السلوكي معها بشكل مناسب وذلك بالنسبة للمتخلفين عقلياً. وتحتل غالبية هذه الصعوبات في تلك الخصائص التي ينسب لها هؤلاء الأفراد جسدياً، وانفعالياً، وعقلياً، واجتماعياً، وسلوكياً، إلى جانب الظروف البيئية المحيطة .

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

- نماذج حديثة من التدخلات العلاجية ،

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

أ - نموذج تحليل العمليات :

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

ب - نموذج المهارات :

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

سواء اليدوي أو اللفظي ، والإشارات التي تهدف إلى تذكير الطفل بما ينبغي عليه أن يفعل ، إلى جانب التعزيز . ويمكن أيضاً من خلالها تعليم الطفل العديد من المهارات المختلفة كالمهارات الاجتماعية ، والمهارات اللغوية ، والمهارات السلوكية ، والمهارات الحركية ، وغيرها من المهارات الحياتية المختلفة التي يكون من شأنها أن تصل بالطفل إلى السلوك الاستقلالي .

تأهيل المتخلفين عقلياً :

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

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

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

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



المراجع

- ١- أحمد عكاشة (١٩٩٢)؛ الطب النفس المعاصر . ط٨- القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢- أسماء عبدالله العظيمة (١٩٩٥)؛ تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الرقازين .
- ٣- أحمد محمد عطية عبدالله (٢٠٠٠)؛ مدى فاعلية برنامج مقترح الرعاية التربوية والنفسية في تنمية بعض جوانب الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة .
- ٤- جمال محمد سعيد الخطيب (١٩٩٢)؛ تعديل السلوك للأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين . عمان، دار إشراف للنشر والتوزيع .
- ٥- سعيد حسني العزة (٢٠٠١)؛ الإعاقة العقلية، عمان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع .
- ٦- سعيد عبدالله دبس (١٩٩٨)؛ فاعلية التحيز التفاضلي للسلوك الأخر في خفض السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً المقابلين للتعلم . ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي . كلية التربية جامعة قطر .

- ٧- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢)؛ حوار النشاط المصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعالين عقلياً. القاهرة، دار الرشد.
- ٨- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠)؛ العلاج المعرف السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة، دار الرشد.
- ٩- عادل عبدالله محمد (١٩٩١)؛ اتجاهات نظرية في سيكولوجية نمو الطفل والمرجع. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠- عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٩)؛ سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة. ج ٤ - الأساليب التربوية والبرامج التعليمية. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- ١١- عبدالعزيز السيد الشخص (١٩٩٧)؛ اضطرابات النطق والكلام؛ خلفياتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- ١٢- عبدالعزيز السيد الشخص (١٩٩٤)؛ مدخل إلى سيكولوجية غير العاديين. القاهرة، المكتبة الفنية الحديثة.
- ١٣- عبدالمطلب أمين الفريطى (٢٠٠١)؛ سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط٣- القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٤- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩١)؛ التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدة. مجلة دراسات نفسية، م١١، ج٣، ص ٥١٣ - ٥٢٨.
- ١٥- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٩)؛ مرجع في علم التخلف العقلي. ط٢- الكويت، دار النشر للجامعات.
- ١٦- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤)؛ التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسى فيه. المؤتمر الدولي الأول لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



الفصل الثالث

اضطراب التوحد

مُتَكَمِّمًا

يعد اضطراب التوحد autism وهو اضطراب نمائي عام أو منتشر شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفي العقلي للطفل سلباً من جراءه، ويكون مستوى ذكاء الطفل في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط، وهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بهذا المجال على أن اضطراب التوحد يعتبر إعاقة عقلية معقدة، وأنه من هنا للمنطلق يعد إعاقة عقلية واجتماعية في ذات الوقت، ووفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بدرجة كبيرة للعامة حيث أصبح متوسطها ١: ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرها الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America في عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤- ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى أن تجاوز اضطراب التوحد متلازمة أعراض داون في الترتيب بعد أن كانت تلك المتلازمة تسبقه، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط، أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة .

ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى، وليس على الجانب العقلي أو الجانب الاجتماعي فقط، بل إن الواقع يشهد أن أغلب جوانب النمو تتأثر به، وهو الأمر الذي ينفرد به هذا الاضطراب دون سواه من الإعاقات العقلية الأخرى سواء التخلف

العقلي، أو متلازمة أعراض دون حيث لا يوجد في أي منهما ما يمكن أن يكون كذلك. ومن بين تلك الجوانب التي يمكن أن تتأثر، مثل هذا الاضطراب ما يلي :

١- الجانب العقلي اللغوي .

٢- الجانب الاجتماعي .

٣- الجانب اللغوي وما يرتبط به من تواصل .

٤- الجانب الانفعالي .

٥- اللعب .

٦- الملوحيات .

هنا وقد شهد اضطراب التوحد تغيرات متعددة في تصنيفه وتشخيصه، ولا يخفى علينا أن كل تغير من هذه التغيرات يمكن أن يمثل مرحلة معينة من تلك المراحل التي مرت بها عملية التشخيص والتصنيف تلك. ففي البداية لم يكن هذا الاضطراب معروفاً قبل أن يكشفه ليو كانر Leo Kanner عام ١٩٤٣ أثناء دراسته لسلوكيات مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً، ووجد أن ما يصدر من سلوكيات عن أولئك الأطفال يختلف بدرجة كبيرة في جوانب كثيرة من عما يصدر عن أفرادهم المتخلفين عقلياً، وهنا أكد كانر أنهم يمثلون فئة أخرى غير المتخلف العقلي بطبيعة الحال. وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نوع من قصاص الطفولة مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحاً كما ستوضح فيما بعد. وفي عام ١٩٤٤ اكتشف الطبيب النمساوي هانز أسبرجر Hans Asperger متلازمة أعراض مرضية تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد سميت باسمه فيما بعد Asperger's syndrome ولكنها لا تتفق مع اضطراب التوحد- مع أنها أحد أنماطه- إلا في وجود اضطراب أو قصور في الجانب الاجتماعي للطفل، إلى جانب بعض مشكلات بسيطة في الجانب اللغوي بينما تكون نسبة الذكاء مرتفعة، ومن ثم فإن هناك مرهوبين من بين أولئك الذين يعانون من هذه المتلازمة.

ومع ظهور أول إشارة لذلك الاضطراب في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وذلك في الطبعة الثالثة منه DSM-III في عام ١٩٨٠ لم في الطبعة الثالثة للتعلم من ذات الدليل DSM-III-R في عام ١٩٨٧ تمت الإشارة إليه على أنه اضطراب سلوكي، ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الاضطراب حيث تظهر أعراضه على شكل تلك السلوكيات، ويمكن الاستدلال عليه من خلال مثل هذه السلوكيات حتى وقتنا الراهن، فإن ذلك لم يعد كافياً بالمرّة، وأصبح يتم النظر إلى ذلك الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV في عام ١٩٩٤ على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر pervasive developmental disorder له انعكاساته السلبية على العديد من جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرف لدرجة أن هناك كما أوضحنا من قبل شبه إجماع على أنه إعاقة عقلية معتدلة، بل إنه يعد أحد ثلاثة أنماط أساسية للإعاقة العقلية، وثانيها انتشاراً على مستوى العالم وذلك بحسب معدلات انتشاره.

وهناك آراء تعتقد أنه لو أننا أضفنا إلى معدلات انتشار مثل هذا الاضطراب تلك المعدلات أو النسب أو الحالات التي تم تصنيفها (بشكل خاطئ) في كل مرحلة من تلك المراحل التي مر بها هذا الاضطراب في تشخيصه على أنها تعاني منه وذلك بحسب ما كان يطلق عليه آنذاك سواء فصام الطفولة، أو اضطراب سلوكي، أو ما إلى ذلك فإننا سوف نلاحظ دون شك أن هناك أعداداً إضافية سوف يتم إضافتها إلى النسب الحالية وهو ما يمكن أن يغير من الصورة الراهنة إلى درجة كبيرة أو صغيرة بحيث يحدث تغير من جراء ذلك.

الاضطراب النمائي العام أو المنتشر

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر pervasive developmental disorder ومن الجدير بالذكر أن مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر يستخدم في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي

يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصوراً حاداً في عدد من المتغيرات التي يكون من شأنها أن تميزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى هي :

١- نمو الطفل المتأخر.

٢- نموه الاجتماعي .

٣- نموه الانفعالي .

٤- السلوك .

وبعد ذلك بطريقة الخال هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تأخر عام في العملية التنمائية بأمورها وهو أمر منطقي حيث أن تأثيره السلبي كما أوضحنا لا يقف مطلقاً عند حدود جانب معين أو اثنين فقط من جوانب النمو، بل يتجاوز ذلك بكثير ليؤثر على غالبية مثل هذه الجوانب تأثيراً من شأنه أن يؤدي بها إلى التأخر عما يحدث في الظروف والأحوال العادية وهو الأمر الذي يفسر إطلاق مثل هذا الاسم عليه إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمتنشر إلى أنه يترك آثاراً سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة .

ويرى لورد وروتر (١٩٩٤) Lord & Rutter أن اضطراب التوحد قد أصبح في الوقت الحالي يمثل أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً في المجالين البحثي والإكلينيكي، واتضح من خلالهما أن الأطفال التوحدين يظهرون أوجه قصور شديدة في عدد من الجوانب المختلفة وذلك على النحو التالي :

١- التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين .

٢- اللعب بين الشخصي .

٣- التواصل .

وتعمل أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يبدون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة للمتخلفين

عقلياً في كثير من هذه السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينهما في حالات عديدة هو فرق في الدرجة ليس في هذه السمات فحسب، بل في سمات أخرى عديدة سوف نتناولها على مدى حديثنا عن تلك الفئة وهو الأمر الذي جعل من اليسر كنتيجة لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل خاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى تتمكن من تقديم البرامج المناسبة لكل منهما.

هذا وقد توصلنا نحن من خلال سلسلة الدراسات التي قمنا بإجرائها على الأطفال التوحديين والتي تندرج في الغالب تحت قسمين رئيسيين يمثل أوجهاً في تلك الدراسات التشخيصية الفارقة التي قمنا خلالها بالمقارنة بين هؤلاء الأطفال وبين أقرانهم للتخلفين عقلياً، أما القسم الثاني فإنه يمثل تلك الدراسات الترباعية التي تم خلالها اللجوء إلى برامج مختلفة في سبيل إكسابهم مهارة معينة، أو سلوك معين، أو الحد من سلوك آخر غير مرغوب عادة ما يصدر عنهم توصلنا إلى ما يشبه البروفيل الخاص بكل منهما كفتين مستقلتين؛ المتخلفون عقلياً، والتوحديون وإن ظل مثل هذا البروفيل محدوداً بتلك الحالات التي تمت دراستها. ولذلك فإننا سوف نستعين بما توصلنا إليه (عادل عبدالله ٢٠٠٢ - أ) وما هو معروف عنهم من خلال ما كشفت عنه الدراسات المختلفة التي تم إجرائها في هذا الإطار كي نصل إلى بروفيل عام يميزهم، أو بالأحرى يميز كل فئة منهم، وتتضمن المنطوق العريضة أو العالم الرئيسية لمثل هذا البروفيل فيما يلي :

١- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في مستوى النمو اللغوي عامة وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية حيث تتضح تلك الفروق في كم المفردات اللغوية، وكم وكيف التراكيب اللغوية، والاستخدام اللغوي، والمشكلات اللغوية أو حتى الاضطرابات اللغوية.

٢- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في مهارات الأداء أو التطبيع الاجتماعي بشكل عام وذلك كما يعكسه أدائهم الوظيفي الاجتماعي، وما يضمه ويتضمنه من مهارات اجتماعية واحدة أو واهية يملفها القصور سواء كانت مهارات لفظية أو غير لفظية. وإضافة إلى ذلك هناك قصور من جانب الأطفال التوحديين في التواصل بشكل يتفوق ما يوجد بالنسبة لأقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تعلق ذلك بمهارات التواصل التعبيري أو حتى بمهارات التواصل الاستقبالي.

٣- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في الدرجة الكلية للسلوك التكيفي، ولا يخفى علينا أن القصور الدال في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لكتنا الإعاقتين معاً، كما أن أي نمط آخر من أنماط الإعاقة العقلية يجب أن تنطبق مثل هذا الشرط عليه حتى يصبح كذلك، إلا أن هذا القصور يزداد بدرجة دالة في حالة الأطفال التوحديين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً، أو حتى من أية فئة أخرى من تلك الفئات التي تتضمنها الإعاقة العقلية حيث ترتبط تلك الإعاقة في أساسها بقصور في السلوك التكيفي عامة وما يتجنى به من مهارات مختلفة.

٤- لا تختلف الفئتان في الجوانب الأخرى للسلوك التكيفي والتي تتمثل بحسب للقياس المستخدم فيما يلي :

أ- الأداء الوظيفي المستقل، وهو الأمر الذي يتعلق بالاستقلالية في الأداء حيث من المعروف أن هناك قصوراً في هذا الجانب تنسب به الفئتان معاً.

ب- أداء الأحوال الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفي المستقل، ونظراً لوجود قصور في استقلالية الأداء بالنسبة للفئتين معاً فإن هناك قصوراً مماثلاً في هذا الجانب أيضاً، إلا أنه من الممكن تحسين ذلك من خلال اتباع برامج سلوكية معينة في إطار التوجهات الحديثة في هذا الصدد.

جـ - النشاط المهني - الاقتصادي ، وهو ما يرتبط أيضاً بالعنصرين السابقين ،
كما أن المقصود في كل منهما يتمكس عليه هو الآخر ، لكن الواقع يشهد
أن مثل هذا المقصود يوجد لدى أعضاء كلتا الفئتين معاً ، وأن المستوى العام
له قد يتحسن إلى حد ما إذا ما لجأنا إلى التوامج المناسبة .

٥- الأطفال التوحديون أقل تفاعلاً مع الآخرين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً ،
وهو الأمر الذي يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظي
منها وغير اللفظي ، ويرتبط من ناحية أخرى بمستوى تفهم الاجتماعي . هنا
إلى جانب أنه يعتبر أيضاً بمثابة محصلة أو نتيجة للعديد من الجوانب الأخرى ،
وكلها أمور يتفوق فيها الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين .

٦- الأطفال التوحديون يعدون أكثر انسحاباً من أقرانهم المتخلفين عقلياً وذلك
من المواقف والتفاعلات الاجتماعية عامة - وهو أمر يرتبط في المقام الأول
بعدد من المتغيرات ذات الصلة في هذا الصدد من أهمها ما يلي :

أ - تدني مستوى تفهم الاجتماعي .

ب- قصور في مهاراتهم الاجتماعية .

جـ - لامبالاهم الاجتماعية .

د - فظاظتهم الاجتماعية .

هـ - قصور اهتمامهم الاجتماعية .

و - قصور في التواصل .

وعلى ذلك يصبح من المنطقي أن يتحرك الطفل بعيداً عن الآخرين ،
فتحتنهم ، ويعيش في عالمه الخاص ، أو الخيالي وهو الأمر الذي دفع الكثيرين
إلى إطلاق مصطلح الطفل الذاتوي عليه .

٧- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في المهارات الاجتماعية، بما لديهم من عناصر ومتغيرات عديدة من بينها ما يلي :

أ - وعي اجتماعي نسبي .

ب- قدرة نسبية على التعلق بالآخرين .

ج- قدرة على استخدام ما لديهم من مفردات لغوية وتراكيب لغوية تفوق أقرانهم التوحديين في سياقات اجتماعية متعددة .

٨- الأطفال التوحديون أقل عدوانية من أقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تضمن ذلك العدوان على الذات، أو الغير، أو الممتلكات، وسواء كان ذلك العدوان مادياً، أو لفظياً حيث يقل العدوان اللفظي بينهم بدرجة كبيرة، بل إنه يكاد يتعدم نظراً لانقراضهم الصارخ إلى المفردات والتراكيب اللغوية المختلفة . ومن المعروف أن هذه العدوانية قد ترتفع في مستواها لديهم بعض الشيء، وذلك عندما تتم مضايقتهم، ومع ذلك يظل مستوى عدوانيتهم أقل من أقرانهم المتخلفين عقلياً .

٩- يتسم الأطفال التوحديون بدرجة من النشاط الزائد تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقلياً حيث هناك العديد من السلوكيات المرتبطة باضطرابهم هذا كاللوران المستمر، والفرقة بالذراعين، والحركة المستمرة في المكان، وغيرها تكشف عن قدر أكبر من النشاط الحركي الزائد، والاندفاعية .

١٠- تتسم كلتا الفئتان بنقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والتغيرات المختلفة، وإن كان الأمر بالنسبة للأطفال التوحديين يزداد بعض الشيء عن أقرانهم المتخلفين عقلياً . ويمكن العمل على تحسين مستوى انتباههم نوعاً ما عن طريق استخدام التغيرات البصرية سواء المتحركة أو الثابتة .

١٦- أن اضطراب طيف التوحد يضم عدة أنماط من الاضطرابات المرتبطة من بينها زملة أو متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome وأن هذه المتلازمة كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) نادراً جداً ما تصيب طفلاً يقل مستوى ذكائه عن المتوسط، بل إنما عادة ما تصيب الأطفال من ذوي مستوى الذكاء المرتفع، وحتى المرتفع جداً، ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالاً موهوبين من بين هؤلاء الأطفال في حين لا يوجد أطفال موهوبون بين المتخلفين عقلياً، بل قد يوجد بينهم أطفال يرتفع مستوى بعض القدرات لديهم إلى حد ما وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يمكنهم من أداء ما يرتبط بهذه القدرة أو تلك بشكل متميز عن غيرهم مما يدفع البعض إلى أن يعتبر تلك موهبة مع أن الأمر كله لا يمكن أن نعثره على هذه المشكلة وذلك للأسباب التالية:

أ- أن هناك شروطاً معينة لاعتبار الطفل الموهوب موهوباً، وأن أول هذه الشروط يتشمل في استثناء التخلف العقلي من ذلك أو بمعنى أدق استبعاده من ذلك.

ب- أن المجالات المختلفة للموهبة والتي تتراوح بين ستة وعشرة مجالات بحسب تصنيف التبحر تتطلب مستوى مرتفعاً جداً من الذكاء للموهبة العقلية أو الأكاديمية فقط، ثم مستوى من الذكاء لا يقل عن المتوسط على الأقل بالنسبة لجميع مجالات الموهبة الأخرى وهو الأمر الذي لا ينطبق على التخلف العقلي.

ج- أن الموهبة تتطلب الإنكار - بغض النظر عن الموهبة الابتكارية كجمال من مجالات الموهبة - وهو الأمر الذي لا يمكن للطفل المتخلف عقلياً أن يقوم به تحت أي ظروف حيث أنه ليس في مقدوره أن يتكر شيئاً.

د- أن الموهبة قد تتطلب مستوى معيناً من التثقل الاجتماعي، والتكيف مع البيئة، والتوافق مع من فيها من الأشخاص وهو الأمر الذي يصعب على الطفل المتخلف أن يقوم به إذ أن أحد الشروط الثلاثة للتخلف العقلي

يتمثل في وجود قصور واضح في السلوك التكيفي للطفل وما يرتبط به من مهارات .

١٢- أن هناك العديد من الاضطرابات التي ترتبط بجانب اللغة والتواصل يعاني منها الأطفال من كلا الجنسين وإن ظل الأطفال التوحديون هم الأكثر معاناة منها قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً . ومن أهم هذه الاضطرابات وأكثرها شيوعاً ما يلي :

أ - اضطرابات اللغة .

ب- اضطرابات النطق .

ج- اضطرابات التواصل .

١٣- لا توجد هناك اضطرابات نطق معينة ترتبط بصفة معينة من الصفات الخاصة عامة حيث تنتشر كل اضطرابات النطق بين كل الفئات تقريباً، ومن ثم فلا يوجد هناك اضطراب يميز فئة معينة دون غيرها . إلا أن بعض الأطفال التوحديين قد لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وقد يشخصهم البعض خطأ على أنهم من فاقدى السمع .

١٤- أما بالنسبة لاضطرابات التواصل فإن هناك العديد من السمات التي تظل تميز أولئك الأطفال عن غيرهم من الأطفال الآخرين، والتي قد تسهم في جعلهم فئة تكاد تكون فريدة في هذا الصدد . ومن أهم هذه السمات ما يلي :

أ - عدم القدرة على التواصل أو التلاحم البصري كسمة مميزة للأطفال التوحديين دون سواهم من الفئات الخاصة الأخرى وهو أمر لا يقوم به أقرانهم المتخلفون عقلياً .

ب- عدم قدرتهم على إدراك تعبيرات الوجه .

ج- عدم إجادتهم للتواصل عن طريق الإيماءات أو تعبيرات الوجه .

- د - فشلهم في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل دون تدريب .
- هـ - عدم إظهارهم تعبيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة .
- و - أنهم قد لا يقوموا باستخدام الإشارات في مواقف أخرى .
- ز - ظهور سلوكيات دالة على التحدى والغضب عند استشارتهم .
- ١٥- وفيما يتعلق باضطرابات اللغة فإن الأطفال التوحدين يتسمون بعدد من السمات التي قد تميزهم دون سواهم من أهمها ما يلي :
- أ - ضعف الحصول اللغوي لديهم بدرجة كبيرة .
- ب- تدني مستوى التراكيب اللغوية من جانبهم .
- ج- عدم قدرتهم على استخدام مفرداتهم اللغوية الاستخدام المناسب .
- د - عدم القدرة على استخدام تلك المفردات في إحراء محادثات مع الغير .
- هـ - أن الطفل لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعد على استرجاع المعلومات .
- و - أن الطفل لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة .
- ز - التردد المرضي للكلام المسموع echolalia سواء كان ذلك ترديداً بغير كلمات فقط أو عبارات .
- ح - أن اللغة قد لا تنمو على الإطلاق لدى بعض هؤلاء الأطفال .
- ١٦- وجود قصور في قدرة الأطفال التوحدين على القيام باللعب النظائري أو الادعائي إلى جانب قصور واضح في قدرتهم على اللعب الرمزي وهو الأمر الذي يمثل جانباً من جوانب القصور لدى الطفل المتخلف عقلياً أيضاً .
- ١٧- وجود قصور في العمليات الحسية والإدراكية حيث يكون هناك إغراط في ذلك من جانب الطفل التوحدي إذ يمكن أن تكون استجابته الحسية مقرطة

سواء لارتفاعاً أو انخفاضاً وذلك من موقف إلى آخر دون قدرة من جانبنا على الترفع بالاستجابة، وقد يرجع ذلك إلى أخطاء في الإدراك من جانب الطفل . أما بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً فإن الأمر يختلف عن ذلك بكثير، ومع أن هناك أخطاء متعددة في الإدراك من جانبه إلا أن مثل هذا الإفراط في الاستجابات الحسية لا ينطبق عليه بنفس هذه الدرجة التي يظهرها أو يبدئها قربه التوحدي .

١٨- وجود قصور من جانب كلتا الفئتين في فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين . وقد يمثل مثل هذا القصور في عدم قدرتهم على فهم ما يلي :

أ - الاعتقادات .

ب - النوايا .

ج - الانفعالات .

د - البيئة الاجتماعية المحيطة .

١٩- حدوث أخطاء سلوكية واهتمامات نمطية، ومقيدة، وتكرارية وذلك من جانب الأطفال التوحدين دون أقرانهم المتخلفين عقلياً على الرغم من أن اهتمامات الأطفال المتخلفين عقلياً تكون مقيدة أيضاً، وقاصرة في الغالب، كما قد تكون نمطية في بعض الأحيان . إلا أن التمسك الصارم بالروتين يميز بين الفئتين بشكل جلي حيث يعد أساسياً بالنسبة للأطفال التوحدين دون أقرانهم المتخلفين عقلياً .

٢٠- يؤدي القصور العقلي المعرفي لكلتا الفئتين وما يرتبط به من متغيرات إلى عدم تجاوز أي من هاتين الفئتين للمرحلة الثانية من تلك المراحل التي حددها بياجيه Piaget لتنمو العقلي المعرفي وذلك كحد أقصى .

ويرى كندول (٢٠٠٠) kendall أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود نظامين للاضطراب النمائي العام أو المتشترهما :

١- اضطراب التوحد .

٢- فصام الطفولة .

ومن الجدير بالذكر أن فصام الطفولة يتسم بالانسحاب الاجتماعي الحاد ، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين ، ولكنه في الوقت ذاته يختلف عن فصام المراهقة في غياب المللوس والضلالات تقريباً . ولا يخفى علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو بهائه أو التعبير عنه حتى في إطار التفاعلات الأسرية . ويؤكد نوسوم وهوفاليتز (١٩٩٧) Newsom & Hovanitz أن سن الطفل عند بداية كلا الاضطرابين التوحد والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفال الفصامين يمرون بفترة من النمو العادي تعكس توافقاً عادياً نسبياً يتبعها بداية أعراض حادة للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل لطفل الثالثة من عمره ، ولا يمر الطفل في الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبياً كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة .

اضطراب التوحد:

يعد اضطراب التوحد autism كما نرى نادية أبو السعود (٢٠٠٠) من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، ومع ذلك تعان العادات النفسية المصرية من قصور واضح في أساليب تشخيص هذا الاضطراب ينتج عنه أن يتم في الغالب تشخيص الأطفال التوحديين على أنهم متخلفون عقلياً حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات أو الاضطرابات على ملاحظة الظاهر السلوكية المختلفة وهو الأمر الذي قد يرتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تماماً . وإضافة إلى ذلك فإن هذه الفئة لم تزل حظها من الاهتمام حتى على مستوى المجال البحثي وذلك على المستويين

الإقليمي والخطى على الأقل ، وإلى جانب تشخيصهم الخاطئ على أنهم متخلفون عقلياً لا يوجد هناك مركز متخصص للتعامل معهم إلا نادراً، كما أن المراكز المحدودة التي توجد في الوقت الراهن هي مراكز أهلية خاصة في حين يختلف الأمر عن ذلك كثيراً على المستوى الدولى وخاصة في دول أوروبا وأمريكا حيث المدارس والجمعيات والمراكز الخاصة هؤلاء الأطفال ، والخدمات التي يتم تقديمها لهم ولأسرهم ، والكم الكبير من الدراسات الذى تم إجراؤه عليهم وذلك منذ أن أدخل كانر Kanner هذا المصطلح إلى المجال البحثى منذ ما يربو على نصف قرن وبالتحديد في عام ١٩٤٣ .

وقد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة ، وعدم ظهور تشخيص مستقل لها إلا في العليقة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-III-R الذى أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV التى صدرت عام ١٩٩٤ . هذا إلى جانب أن السبب الرئيسى لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد للآن ، ففى الوقت الذى يردده جيسلون (٠ ، ٢) Gillson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل في اضطراب في بعض الإفرازات المعوية يؤثر على الأداء الوظيفى للمخ، يذهب دونالد وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحد ، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسى غير معروف ، وسوف نعود إلى ذلك بعد قليل . كذلك فلا يزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال ، أو الأخصائين النفسيين المدربين ، أو أطباء نفس الأطفال ، أو أطباء الأعصاب وإن كان دورمان وليفير (١٩٩٩) Dorman & Lefver يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد ، وسلوكهم ، ومستوياتهم النمائية . وهذا يعنى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة زملة أعراض مرضية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل

والتي تصحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (1999) Dennis et al. فيما يلي :

- ١- اضطرابات عامة في التفاعل الاجتماعي .
- ٢- اضطرابات في النشاط التخيلي، والقدرة على التواصل .
- ٣- انغلاق على الذات، وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والوضوعات الخارجية.

ويرى أرونز وجيتنز (1992) Aarons & Gittens أن التوحد يمثل اضطراباً أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر على الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً. ويتضمن ذلك عدداً من الاضطرابات كالتالي :

- أ - اضطراب في سرعة أو تتابع النمو .
 - ب - اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات .
 - ج - اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .
 - د - اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والوضوعات .
- ويذكر عبد الرحيم بحيث (1999) أن هناك سمات للأطفال التوحديين يمكن أن تميزهم عن غيرهم من الأطفال حتى من الفئات الخاصة الأخرى، وأنه عند تشخيص مثل هؤلاء الأطفال يجب أن تنبه جيداً إلى تلك السمات التي تعد السمات التالية من أهمها :

- ١- عدم الارتباط بالأشياء .
- ٢- ضعف استخدام اللغة والاتصال أو التواصل .
- ٣- المحافظة على الرثابة والروتين .
- ٤- ضعف أو قصور في الوظائف العصبية .

ويرى حلوانى (١٩٩٦) أنه كانت هناك افتراضات ووجهات نظر متعددة حاولت تفسير اضطراب التوحد؛ فنظر النموذج الاجتماعي نه على أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية غير السوية التي نتج عنها شعور الطفل بالرفض من الوالدين، وفقدان الآثار العاطفية منهما مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به. في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال القصور للبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي، بينما يشير نموذج آخر إلى أنه يرجع إلى العنقل نفسه حيث يعتبره عجزاً إدراكياً مصاحباً للاضطراب اللغوى . ويرى عبد الرحيم بحيث (١٩٩٩) أن هذه الافتراضات قد أضحت مشكوكاً فيها مما جعل الاهتمام ينصب بعد ذلك على الدراسات العصبية والبيولوجية والبيئية والتي كان من نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب واحد محدد يؤدي إلى اضطراب التوحد.

الأسباب المؤدية للاضطراب

بما لا شك فيه أن أى اضطراب لا بد أن تتفح خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل ومن المستحيل أحياناً أن يكون هناك سبب واحد يعد هو المسئول عن اضطراب معين أو يمكن أن نعزو مثل هذا الاضطراب إليه. ومن الجدير بالذكر أن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز ١٠% تقريباً فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التي باتت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة تتمثل في أن حوالي ٩٠% تقريباً أو يزيد من حالات هذا الاضطراب لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين يعزو حدوث مثل هذا الاضطراب له، ومع ذلك هناك بعض الحقائق التي تتعلق بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد يمكننا أن نعرض لها على النحو التالي :

١- أنه ليس هناك سبب واحد فقط يمكن أن يكون هو المسئول عن هذا الاضطراب.

٢- أن هناك مجموعة من الأسباب والعوامل تسهم في حدوث هذا الاضطراب على الرغم من عدم قدرتنا على تحديد دور كل منها أو إسهامه النسبي في ذلك.

٣- أن هناك عوامل جينية أو وراثية يمكن أن تسهم في حدوث هذا الاضطراب.

٤- أن هذه العوامل الجينية أو الوراثية هي نفسها التي تؤدي إلى حدوث بعض الإعاقات. - حقلية أو حتى الجنسية الأخرى.

٥- أن العلماء قد حاولوا أن يجدوا أساساً كروموزومياً للاضطراب التوحدي، ومع أنهم قد حددوا كروموزومات معينة ترتبط به، فلا توجد هناك أدلة تؤكد صحة تلك الآراء حتى وقتنا الراهن.

٦- أن هناك عوامل بيئية يرجع تأثيرها إلى فترة معينة أثناء الحمل وقبل أن تتم الولادة تسهم بدرجة كبيرة في حدوث ذلك الاضطراب.

٧- أن الحالات التي يمكن العلماء من تحديد سبب معين للاضطراب فيها لم تتجاوز ١٠% في حين بلغت الحالات التي لم يتمكنوا من تحديد سبب معين لها ٩٠% تقريباً.

وعلى هذا الأساس يمكننا أن نحدد أنفسنا عند تناول تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحدي في عدد قليل جداً من التساؤلات أرى أنه لا يتجاوز ثلاثة تساؤلات حسب ما تمت الإشارة إليه في النقاط السابقة، وتدور تلك التساؤلات حول النقاط التالية :

١- هل ترجع تلك الأسباب إلى عامل واحد فقط، أم أنه يمكننا أن نقوم بعزوها إلى مجموعة معينة من العوامل؟

٢- هل هناك تصنيف معين لتلك العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الاضطراب
كأن تكون على سبيل المثال كما يلي :

أ - عوامل وراثية ؟

ب- عوامل بيئية ؟

ج- عوامل كروموزومية أو عطل كروموزومي ؟

٣- على أي أساس تم تحديد سبب معين لحالات معينة من هذا الاضطراب ولم
يتم التوصل إلى ذلك السبب أو تلك الأسباب في حالات أخرى ؟
هذا ويمكننا أن نتناول مثل هذه التساؤلات على النحو التالي :

أولاً : سبب واحد أم مجموعة أسباب :

شهدت الساحة العلمية فيما يتعلق بتلك الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي
إلى ذلك الاضطراب جدلاً واسعاً حول تلك الأسباب، فرأى البعض أن هناك سبباً
واحداً هو المسؤول عنه، ورأى آخرون أن هناك جملة من الأسباب يمكن أن نعزو إليها
هذا الاضطراب، في حين رأى غيرهم أن السبب الذي يؤدي إلى مثل هذا الاضطراب
لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن .

ومن هذا المنطلق يؤكد بومر وآخرون (Boomer et.al. (١٩٩٥) أن هناك اعتقاداً
بأن عطلاً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي من عوامل غير معروفة يعد هو السبب
الأساسي الذي يمكن عطف هذا الاضطراب ويؤدي إلى حدوثه، ومن ثم انصب
الاهتمام على دراسة متلازمة الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد . وكما أوضحنا
من قبل فإن هناك من الباحثين والعلماء من يرد هذا الاضطراب إلى أسباب بيوكيميائية
في المنح مثل جيلسون (٢٠٠٠) Gillson وهو الأمر الذي يكون من نتائجه أن يؤدي
ذلك إلى اضطراب في بعض الإفرازات المعوية مما يؤثر بالتالي على الأداء الوظيفي

للمسح. في حين يرده آخرون مثل دونالد وبيرس (1999) Dunlap & Pierce إلى أسباب متعددة وليس إلى سبب واحد فقط حيث يعتقدان أنه لا يمكن أن يكون هناك سبب وحيد يعدد هو المسئول عن الاضطراب، بل لابد أن يكون هناك أكثر من سبب واحد يسودى إلى ذلك من خلال اشتراك كل هذه الأسباب مجتمعة في حدوث الاضطراب.

ويرى كندال (2000) Kendall أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحدين ، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذى يتضمن تلك الشعقة الهامة التى تعد هى المسئولة عن حدوث التواصل . ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب مؤدعا أنه لا يوجد أى سبب واضح على وجه التحديد يعدد هو المسئول عن حدوث ذلك الاضطراب ، أو يمكننا من خلاله أن نفهم السبب الذى يجعل الأطفال التوحدين يملكون مثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذى يؤدي إلى حدوث تلك الأعراض التى تميز هذا الاضطراب والتى تعتبر بمثابة ملامح أساسية مميزة له . ومع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بمللك الاضطراب على أنه يعدد اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته، وأن هناك أسباباً بيولوجية متعددة - وليس سبباً واحداً - حدثت في وقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التى تتضمن تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب . ويضيف روتر وآخرون (1994) Rutter et.al. أنه ليس هناك سبباً طبياً محدداً نستطيع أن نعتبره في الواقع هو المسئول عن مثل هذا الاضطراب وذلك عند فحص غالبية حالات اضطراب التوحد عند عرضها عليهم حيث تم توصلوا إلى هذا السبب الطبي المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين 5 - 10 % تقريباً من تلك الحالات التى قاموا بفحصها ودراستها.

ثانياً ، وجود تصنيف معين للعوامل التي تسهم في حدوث الاضطراب :

من الجدير بالذكر أن الرأي الأرجح في النقطة السابقة يتمثل في وجود مجموعة من الأسباب والعوامل يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث مثل هذا الاضطراب، ويرى البعض أن هذه الأسباب تجمع بين الوراثة والبيئة، بل ويضم آخرون إلى ذلك مجموعة أخرى من العوامل تتمثل في العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي . وسوف نتناول هذه الآراء على النحو التالي :

(١) العوامل الجينية أو الوراثية :

تشير نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار إلى أن للعوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد أحد أهم العوامل المستقلة عن حدوث اضطراب التوحد، وأن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر له إسهامه الكبير في مثل هذا الصدد . ومن أهم هذه العوامل نلاحظ ما يثير الكثير من اللبس حيث يمد عدة عوامل يمكن أن تؤدي في حد ذاتها إلى التخلّف العقلي على سبيل المثال، أو إلى أي إعاقه حسية أخرى، وهو ما يمثل نقطة أخرى مثيرة للجدل حيث نلاحظ أن نفس العامل في حد ذاته يمكن أن يؤدي إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقه العقلية، كما يمكن أن يؤدي أيضاً في ذات الوقت إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقه الحسية . كما أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي أيضاً إلى التخلّف العقلي كنمط أساسي من أنماط الإعاقه العقلية .

ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقه عقلية أخرى كالتخلّف العقلي على وجه التحديد ما يلي :

١- حالات النصاب الدرقي للأنسجة . tuberous sclerosis

٢- حالات الفينيلكيتونوريا . phenylketonuria

٣- حالات كروموزوم X الهش . fragile X chromosome

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهي مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق بعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية. ويمكن لمثل هذه النتيجة أن تؤدي إما إلى التخلف العقلي، أو إلى اضطراب التوحد. وقد تناولنا هذه الحالات عند الحديث عن التخلف العقلي من قبل ، ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال تؤكد أن احتمالات ولادة طفل آخر للأسرة يعاني من نفس هذا الاضطراب أي طقل توحدى تتعد احتمالات مرتفعة بلوحة لا بأس بها حيث تتراوح بين 3- 6% تقريباً، وهو الأمر الذي يضيف إلى دور العوامل الوراثية تعقيدات أخرى .

وإلى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التي تؤكد على الدور الحيوى للعوامل الوراثية في حدوث هذا الاضطراب منها ما يلي :

1- تؤدي بعض حالات الشذوذ الكروموزومى إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ في الكروموزوم رقم 13 من أكثر هذه الحالات شيوعاً، ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم يرتبط كذلك بمتلازمة أوشر Usher's syndrome التي تعد اضطراباً جينياً.

2- أن هناك عدداً من الجينات يتراوح بين 3- 5 جينات تشترك جميعها في حدوث التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص مع العلم بأنها غير متضمنة في كروموزوم واحد فقط، بل إنها تتوزع على عدد من الكروموزومات المختلفة، وهي جمعاً تتضمن أنواعاً من الخلل الكروموزومى. وإذا قل هذا العدد عن ذلك فلن يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد.

3- أن عيب الرأس لدى هؤلاء الأطفال يكون أكثر من مثيله لدى أقرانهم العاديين . ومن المعروف أن كبر حجم عيب الرأس أو صغره يعد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي .

٤- أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي perkinje cells بالمخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي limbic من جانبهم .

٥- نقص طول وعمق جذع المخ brain stem لديهم علماً بأن جذع المخ يلعب دوراً حيوياً في عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركي على سبيل المثال .

٦- عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية facial nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه، والتي تكون مسؤولة بالتالي عن التعبير غير اللفظي . بينما يتمثل ثانيهما في الزيتون العليا super olive وهي التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمشاعر السلبية . ومن المعروف أن هذين الجزئين يتكونان في الأساس من جزء الأنبوب العصبي الذي يتكون الجهاز العصبي المركزي للجنين منه وذلك في الأسابيع الأولى من الحمل .

٧- يوجد إلى جانب غياب النواة الوجهية نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمائة خلية عصبية لدى الطفل التوحدي بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية .

٨- أن حوالي ٣٠% تقريباً من الأطفال التوحديين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السوروتين التي تعتبر من الناقلات العصبية وذلك في الصفائح الدموية .

(٢) العوامل البيئية :

تعدد العوامل البيئية التي يمكن أن تؤثر على اضطراب التوحد وتؤدي إليه، ومن بين هذه العوامل مسببات كثيرة تؤدي كذلك إلى التخلف العقلي منها ما يلي :

- ١- التلوث البيئي الكيميائي سواء من خلال الكيماويات المختلطة أو التلوث بالمعادن كالتدخين والرصاص على سبيل المثال سواء تم ذلك من جانب الأم خلال فترة الحمل، أو من جانب الطفل بعد ولادته.
- ٢- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات يمكن أن يؤدي إلى ذلك.
- ٣- التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي يسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك.
- ٤- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X)؛ أو التسرب الإشعاعي، أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية، أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد.
- ٥- التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها، وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول. وتعد هذه الأمراض المعدية هي نفسها التي تؤدي إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك.
- ٦- اضطرابات الأيض، أي حدوث خلل أو قصور في التمثيل الغذائي.
- ٧- تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطاً، فعلى سبيل المثال اتضح أن عقار الثاليدوميد thalidomide الذي كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد، بل وإلى التخلف العقلي كذلك، وإلى مختلف الإعاقات الحسية أيضاً.

٨- تغطي الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدي عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين للكحوليات fetus alcohol syndrome وهو الأمر الذي يؤدي به إما إلى التخلف العقلي أو اضطراب التوحد.

٩- تعد البيئة الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية التي ينشأ الطفل فيها ذات دور كبير في حدوث أو منع أو تطور الاضطراب وذلك بما يلقاه فيها من اهتمام، وما يتعلمه من عادات صحية، وما يجته من عناية ورعاية صحية.

١٠- ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العوامل البيئية تؤثر على تطور الاضطراب ومآله إذ أننا يمكن أن نلاحظ ما يلي :

أ- أن الوالدين على سبيل المثال قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما التوحدي فلا يستطيعان مساعدته على ما يلي :

- اكتساب سلوك مرغوب، أو

- الحد من سلوك غير اجتماعي، أو

- إكسابه تلك المهارات المطلوبة لأداء نشاط ما.

ب- قد لا تعمل البيئة التي يوجد الطفل فيها على مساعدته كي يتمكن من القيام بأي من السلوكيات التالية :

- اكتساب مهارات معينة تساعده على الاندماج مع الآخرين .

- إقامة علاقات مختلفة معهم .

- التفاعل الناجح معهم .

ج- قد لا تشجع تلك البيئة الآخرين المحيطين بالطفل على القيام بما يلي :

- احتواء ذلك الطفل .

- مساعدته على الاندماج معهم بدلاً من انسحابه بعيداً عنهم .

- مساعدته على التفاعل معهم بدلاً من قيامه بالسلوك العنقوي سواء ضد نفسه حيث يقوم بإيذاء ذاته، أو ضلهم.

د - كذلك ينبغي على الوالدين أن يكونا قادرين على تحديد تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب حتى يتمكنوا من الحد من آثارها السلبية قدر الإمكان.

(٣) العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي :

من الجدير بالذكر أن هناك من العلماء من حاول تحديد نمط ما من أنماط الشذوذ الكروموزومي، واعتباره مسئولاً عن حدوث اضطراب التوحد، ومن أكثر الأنماط التي تم التحدث عنها في هذا الصدد ذلك الشذوذ في الكروموزوم رقم ١٣ وإلى جانب ذلك فإن هناك نمطاً آخر من ذلك الشذوذ يتمثل في كروموزوم X المشي أو ما يشار إليه على أنه الكروموزوم المتسنى المشي - fragile X chromosome وإضافة إلى ذلك هناك شذوذ في عدد من الجينات تتراوح في عددها كما أشرنا من قبل بين ٣ - ٥ جينات تتوزع على عدد من الكروموزومات، ويجب أن يتوفر هذا العدد لدى الطفل، وإلا فلن يحدث مثل هذا التأثير السلبي.

ومن ناحية أخرى فقد حاول بعض العلماء البحث عن أسس جينية عند لاضطراب التوحد، ورأى البعض أن الكروموزوم رقم ٧ يعد هو المسئول عنه، وبالتالي فإن الشذوذ في هذا الكروموزوم يؤدي إليه بالضرورة، في حين رأى غيرهم أن الشذوذ في الكروموزوم رقم ٩ يعد هو المسئول عن ذلك، إلا أن البعض قد استبعد هذا الكروموزوم رقم ٩ ، بينما حدد آخرون الكروموزوم رقم ١٥ ليكون الشذوذ فيه هو المسئول عن حدوث اضطراب التوحد، ورغم كل ذلك لا يوجد هناك رأي قاطع في هذا الخصوص.

ثالثاً : تحديد وعلم تحديد سبب معين للاضطراب في بعض الحالات :

أكدت النتائج التي كشفت عنها دراسات عديدة أن حوالي ١٠ % تقريباً فقط من حالات اضطراب التوحد هي التي تم فيها تحديد سبب معين للاضطراب، وأن مثل هذه الحالات تعتبر حالات نادرة يكون السبب فيها معروفاً؛ وربما تكون الحالة متوقعة كأن يتوقع الرالدان أو الطبيب ولادة الأم لطفل متخلف عقلياً، أو طفل توحدى وذلك نتيجة لحنوث سبب معين معروف وعدد بشكل دقيق. أما الحالات الأخرى والتي تمثل الغالبية العظمى من الحالات فلا يكون السبب معروفاً فيها، كما أنه لا يكون سبباً، أو عاملاً، أو جيناً واحداً فقط بل يكون عادة مجموعة من الأسباب، أو العوامل، أو الجينات. كما أن السبب الرئيسي للمسؤول عن هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن.

للامح الأساسية المميزة للاضطراب

بمعد فولكمار (١٩٩٦) Volkmar تلك الملامح التي تميز هذا الاضطراب في ثلاثة مظاهر أساسية هي :

- ١ - حدوث قصور كلي في التفاعل الاجتماعي.
- ٢ - حدوث خلل شديد في عملية التواصل.
- ٣ - حدوث أنماط سلوكية شاذة ومقيدة وتكرارية.

ومما لاشك فيه أن العمر الزمني الذي يحدث فيه هذا الاضطراب والذي يكون في الغالب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره يمثل هو الأخر أحد تلك الملامح المميزة لذلك الاضطراب ، ولكن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بإمكاننا أن نتعرف على مثل هؤلاء الأطفال حين قبل بلوغهم الثالثة من أعمارهم. ومن هنا للتطبيق بوضوح بوردين وأولنديك (١٩٩٢) Bordin & Ollendick بعض الأعراض المبكرة التي تميز هذا الاضطراب فربما أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في

نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا أن نميزها في أمرين أساسيين كالتالي :

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهر الستة الأولى التالية للولادة .

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل في النصف الثاني من العام الأول من عمره .

ويمكن أن نتناول ذلك بشيء من التفصيل على النحو التالي :

أولاً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهر الستة الأولى من العمر :

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهر الستة الأولى التالية لولادته مباشرة، أي خلال الشهر الستة الأولى من عمره . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الأعراض كما يلي :

- ١- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه .
- ٢- لا يبال بحسالة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به .
- ٣- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التحطيط الخاص بتلك العضلات .
- ٤- كذلك فهو لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير .
- ٥- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهر الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها بصره .
- ٦- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .
- ٧- لا يتسم إلا نادراً .
- ٨- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة .

- ٩- من الأمور الغامضة التي تميز استجاباته ألفاً دائماً ما تكون متوقعة .
- ١٠- عادة لا يأتي للطفل بأى استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة .
- ١١- لا يبدى ذلك الطفل أى اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره :

بما لا شك فيه أن هناك وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة في هذا الصدد العديد من الأعراض أو السمات التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره؛ وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره . وهذه الأعراض أو السمات هي :

- ١- لا يبدى للطفل أى اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
- ٢- لا يبدى الطفل أى انفعال نتيجة حدوث أى شيء أمامه .
- ٣- يفضل الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .
- ٤- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مقرطة أو قتيبة جداً .

ويؤكد ستون وآخرون (١٩٩٩) Stone et.al. أن الدراسات الحديثة وفقاً لذلك توضح أنه من خلال إتباع عدد من الإجراءات والخطوات يمكننا بطبيعة الحال التوصل إلى تشخيص لاضطراب التوحد لدى الطفل حتى قبل أن يبلغ ذلك الطفل الثالثة من عمره . وحديثاً بالذكر أن هذه الإجراءات والخطوات تشمل فيما يلي :

- ١- إتباع تلك الخطوات العريضة التي تمثل أعراضاً أو سمات تميز الطفل خلال العام الأول من عمره سواء في النصف الأول، أو النصف الثاني منه .
 - ٢- التعرف على أوجه القصور في الجانب الاجتماعي التي يتسم بها الطفل وتحميدها سواء كان ذلك في أى جانب من الجوانب التالية :
- ١ - التفاعل الاجتماعي .

ب- العلاقات الاجتماعية .

ج- السلوك الاجتماعي .

د - الألعاب المتنوعة .

هـ - القصص أو التآخر في اللغة المنطوقة .

و - السلوكيات النمطية المتعددة والتكرارية التي يأتي بها الطفل .

ز - اهتماماته المضيقة .

ح - اهتمامه بأجزاء من تلك الأشياء .

وغالباً ما يكون والدر الأطفال الترحيلين هم أول من يلاحظ أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للمثيرات الاجتماعية ، ولا يخفي علينا أن عدم الاستجابة من جانب هؤلاء الأطفال أو قصور مثل هذه الاستجابة للمثيرات الاجتماعية والمادية في بيئتهم لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نضعها على متصل واحد مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء إذ أن الأطفال التوحديين يفتقرون من العالم بطريقة فطرية غريزية . ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال يفتقرون في الشهور الأولى من حياتهم إلى العناق نتيحة ما يشونه من عدم الاهتمام بوجود الأم ، أو متابعتها بصرياً ، كما يجتاحهم رغبة ملحة للحفاظ على الرتبة والروتين في البيئة المحيطة ، والإبقاء عليها كما هي دون إحداث أي نوع من التغيير فيها ، كما يتسمون بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالهزوة ، والدوران السريع ، والضرب بالذراع بعنف ، كذلك فهم يأتون بكثير من السلوكيات للشعرة كضرب الرأس أو اليد في الحائط ، أو في أي شيء ثابت أمامه إلى جانب أن الطفل بعض نفسه ، أو يؤذي ذاته ، كما يفتقر إلى التواصل البصري مع الآخرين حيث لا يستطيع أن ينظر في عيني من يقوم بالتحدث إليه .

ويضيف نيوسوم وهوفانيتز (١٩٩٧) Newsom & Hovanitz أن هؤلاء الأطفال يتجنبون إلى الأشياء غير الحية ، أو إلى أجزاء بسيطة من تلك الأشياء كقطعة من حبل صغير ، أو قطعة من رباط حذاء ، أو ما شابه ذلك ، ويلدكر هوك وآخرون (١٩٩٥) Hauck et. al. أن الدراسات الحديثة في هذا المجال قد كشفت عن أن هؤلاء الأطفال

ينغمسون إلى حد كبير في طقوس سلوكية ثابتة، وتقل بدرجة كبيرة مبادرتهم لإقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين عند مقارنتهم بأقرانهم المتخلفين عقلياً حيث تنقصهم بدرجة كبيرة الاستجابة الاجتماعية للآخرين وهو الأمر الذي يجعلهم يؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

ومن جانب آخر ففي إصدار حديث عن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) Detroit Medical Center حول طبيعة ذلك الاضطراب يتضح أن هذا الاضطراب النمائي الحاد المعروف بالتوحد (autism) أو اضطراب التوحد لا يزال السبب الحقيقي المستول عنه غير معروف للآن ، وأن الطفل التوحدي لا تتطور لديه شخصية سوية أو مهارات تفاعلية، وعادة ما يتم اكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، وبعد هذا الاضطراب أكثر شيوعاً من زملة أعراض داون Down's syndrome ويستمر مدى الحياة، كما يصيب أربعة أو خمسة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل ، (تؤكد الإحصاءات الحديثة أن نسبة انتشاره قد بلغت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة) ، وتضاعف إصابة البنين به أربعة أضعاف قياساً بالبنات حيث تبلغ نسبة انتشاره بين البنين قياساً بالبنات ٤ : ١ ، وإلى جانب ذلك هناك قصور يميز الأطفال التوحديين وذلك في عدد من المجالات التي تتمثل فيما يلي :

- ١- مجالات العلاقات الاجتماعية .
- ٢- السلوك .
- ٣- اللغة والتواصل .
- ٤- اللعب .
- ٥- العمليات الحسية والإدراكية .

ويذهب دورمان وليفيغر (1999) Dorman & Lefever إلى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة اضطراب طيفي spectrum بمعنى أن أعراض ومحات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر في مجموعة كبيرة من التصنيفات التي تتراوح بين البسيطة إلى الحادة . وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد يمكن تعريفه من خلال مجموعة معينة

من السلوكيات فإنه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يبدوا أى مجموعة من تلك السلوكيات بأى درجة من الحدة . كما أننا قد نجد طفلين بنفس التشخيص يمكن أن يتصرفا بشكل مختلف كثيراً عن بعضهما ، وأن يكون لديهما مهارات متباينة ، وتعتبر ملاحظات الوالدين، والتاريخ النمائي للطفل على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الإطار . وقد يبدو بعض الأطفال التوحديين منذ الولادة الأولى وكأن لديهم تحللاً عقلياً ، أو اضطراباً سلوكياً، أو مشكلات في السمع ، أو حتى سلوك شاذ أو غريب الأطوار . إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد توجد لديهم بالفعل، وهنا تتزامن مع اضطراب التوحد حيث قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأى منها . ولكن يبدو من المهم أن نميز بين اضطراب التوحد وبين مثل هذه الحالات حتى يمكن تقديم البرنامج العلاجي أو التربوي المناسب لكل حالة .

وجدير بالذكر أن الأطفال التوحديين قد يبدون نمواً شبه عادى حتى سن ٢٤-٣٠ شهراً ثم يلاحظ الوالدان تأخراً كما تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America في عدد من الحالات كالتالى :

- ١- مجالات اللغة والتواصل .
 - ٢- اللعب .
 - ٣- العلاقات الاجتماعية .
 - ٤- العمليات الحسية والإدراكية .
 - ٥- السلوكيات . ومن الملاحظ أن سلوكهم يقلب عليه عدد من السمات التي يمكن أن يميزه من بينها ما يلى :
- أ - التبلد الانفعالي .
 - ب- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية .
 - ج- سهولة الانقياد .

د - سرعة الاستهواء.

هـ - الشعور بالدونية.

و - الشعور بالإحباط.

ز - ضعف الثقة بالنفس.

ومن الأكثر احتمالاً أن تلك السمات المرتبطة بسلوكهم تعد بمثابة ذلك الأمر الذى يؤدي بهم إلى السلوك العدوانى سواء تمثل ذلك في إيذاء الذات، أو الآخرين، أو تحطيم الممتلكات . كما أنه قد يؤدي بهم أيضاً إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى، أو السلوكيات المضادة للمجتمع وإن كان أكثرها شيوعاً بالنسبة لهم هو السلوك العدوانى بأبماهه المختلفة.

ويؤكد دونلاب وبيرس (1999) Dunlap & Pierce أن اضطراب التوحد يؤثر في قدرة الطفل على التواصل وفهم اللغة ، واللعب ، والتفاعل مع الآخرين . وأنه يعد بمثابة زملة أعراض مرضية سلوكية ، وهذا يعنى أن تعريفه يقوم على أنماط السلوك التي تصدر عن الفرد أو الطفل الذى يعان منه . ولا يعد اضطراب التوحد مرضاً بالعين الذى نعرفه ، كما أنه ليس معدباً أى لا ينتقل من فرد إلى فرد آخر بواسطة معونة أو بأخرى ، كما أنه لا يكتسب من خلال الاتصال بالبيئة . وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (1999) Autism Society of America أن اضطراب التوحد وما يرتبط به من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أى بنسبة 1:500 (مع ملاحظة أن نسبة الانتشار قد بلغت 1:250 في عام 2003) ، وأن نسبة انتشاره بين البنين تزيد عن انتشاره بين البنات بأربعة أضعاف ، وليست هناك حدود اجتماعية ، أو حدود تتعلق بالعنصر أو السلالة تؤثر على احتمال حدوثه ، كما أنه لا يتأثر أيضاً بدخول الأسرة، أو للمستويات التعليمية لأفرادها . ويتضح من خلال إصدار لمركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية (1999) Center for disease control and prevention أن اضطراب

التوحد لا يرتبط بأي تاريخ أسري مرضي، أو أي ممارسات أسرية، أو ثقافية وهو الأمر الذي أدى إلى رفض بعض النظريات التي سادت من قبل والتي ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية . وقد أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالي خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من اضطراب التوحد . وقد جعل معدل الانتشار هذا من ذلك الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شوعاً متخطياً بذلك زملة أعراض داون . إلا أن تلك الإحصائيات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد National Alliance for Autism Research NAAR بالولايات المتحدة الأمريكية في يناير ٢٠٠٣ تؤكد أن هذا الاضطراب قد أصبح يمثل ثانی الاضطرابات النمائية شوعاً، وثاني أكثر الإعاقات العقلية شوعاً وانتشاراً وذلك بعد التخلف العقلي .

وإذا كانت الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America تؤكد على معدل الانتشار هذا والذي جعل من هذا الاضطراب آنذاك ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شوعاً فإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بنوى الاضطرابات النمائية بولاية كاليفورنيا (١٩٩٩) California State Department of Developmental Services يؤيد هذا الرأي حيث يتضح أنه بتحليل البيانات المتعلقة بالجاتب النمائية والديموجرافية للأفراد التوحدين في المراكز الإقليمية الأحد وعشرين الخاصة باضطراب التوحد التابعة لولاية كاليفورنيا والتي تقوم بتقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد وأسرههم وذلك خلال أحد عشر عاماً تمتد من بداية عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ يتضح أن عدد الأفراد التوحدين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياساً بأرقام ذوي الاضطرابات النمائية المختلفة مما أدى بالتالي إلى زيادة أعداد الأفراد التوحدين الذين يقدم لهم المركز الإقليمي خدماته لدرجة أنه قد ألحق بهذا المركز في عام ١٩٩٨ فقط ١٦٨٥ فرداً جديداً ، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم هذا المركز خدماته يتجاوز بكثير العدد المتوقع وفقاً للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب . وتوضح

التقديرات أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد التوحدين قياساً بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣ ٪ تقريباً.

ويحدد المركز الطبي بمشينة دترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center عدداً من السمات التي تميز الأطفال التوحدين في عدد من المجالات والتي تعتبر جميعاً من الملامح الأساسية المميزة لهذا الاضطراب ، وبالتالي يتم الاعتماد بدرجة كبيرة على وجودها لدى الطفل حين يتم تشخيصه على أنه يعاني من الاضطراب وتدرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هي :

- ١ - العلاقات الاجتماعية.
- ٢ - التواصل.
- ٣ - السلوكيات.
- ٤ - العمليات الحسية والإدراكية.
- ٥ - اللعب.

ويمكن تناول هذه السمات على النحو التالي :

أولاً : العلاقات الاجتماعية:

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدي قد يفشل في التفاعل مع القائمين على رعايته إذا أنه يقضي جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده وذلك بدلاً من تواجده مع الآخرين. كما أنه لا يبدو عليه السعادة أبداً إلى جانب أنه يعاني من قصور في الاهتمامات الاجتماعية قياساً بأقرانه في مثل سنه فلا يبدى سوى قدر ضئيل من الاهتمام بتكوين صداقات ، ونقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً.

ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أننا عندما نفكر في اضطراب التوحد وما يرتبط به من سمات فغالباً ما نجد أن احتلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي

للطفل التوحدي يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب. كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد التوحدين لا يتطور. تغطي توازي نموهما العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضاً، بينما قد يبلغ النمو العقلي لدى الطبيعي لدى البعض منهم أو حتى لدى فوق الطبيعي لدى نسبة ضئيلة منهم وخاصة أولئك الذين يعانون من متلازمة أسبرجر. يُعد أن نموهما الاجتماعي يختلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحدي على أنه غير واضح اجتماعياً. ويرى أن هناك ثلاثة جوانب لا احتلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب احتلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفياً خاصاً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام وهو ما يتطلب أن توليه جل اهتمامنا . وتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

أ- عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر .

ب- عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

ج- العجز أو للقصور الاجتماعي؛

وبعد هذا هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي ويجعله بالتالي يمثل أحد جوانب القصور الخطيرة لديهم . وفي هذا الإطار يمكن تصنيف تلك المشكلات التي ترتبط باحتلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات كالتالي :

أ - التجنب الاجتماعي .

ب - اللامبالاة الاجتماعية .

ج- - القضاة الاجتماعية .

ومن هذا المنطلق نجد أن الطفل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين ، ويفض أو يجرى بعيداً عندما يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه . وقد يرجع

ذلك إلى أنه يمتلكه الخوف من جراء ذلك، وأنه لا يجب الآخرين، وأن رد فعله هذا يرجع إلى فرط حساسيته لبعض أنواع المثيرات الحسية. وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه، ولا يبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأوا هم إلى ذلك، ولا يتضابق من وجوده بمفرده أو مع الآخرين. أما فظاظتهم الاجتماعية فتجعلهم على الرغم من رغبتهم في تكوين صداقات مع غيرهم من الأطفال لا يستطيعون الحفاظ عليها وعليهم، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالقتل أو القصور اللغوي الذي يعانون منه وهو ما سوف نتناوله مع تفسير ذلك وفقاً لنظرية العقل أو المعرفة theory of mind والتي سنتناولها عند حديثنا عن القصور في التواصل من جانب هؤلاء الأطفال.

ويذهب حلوان (١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحدين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية، واضطرابات في القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك، كما يتقصصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لا ينشغلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو التبادلة مع المحيطين بهم. ومن ناحية أخرى فإفهم لا يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين، وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع، وربما يهربون من منتصف المحادثة. وحديث بالذکر أن الفرد التوحدي يصبح في حالة تلعيب وإثارة عندما يقترب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه، كما أنه في الغالب يرفض أي نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه. ويمكن أن يشترك الطفل التوحدي في الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذي يعاني من تخلف عقلي شديد.

ومن الأمور التي قد تعوقه عن التواصل الطبيعي مع الآخرين أن كلامه يتقصه الرضوح والمعنى، كما أن لديه نقصاً في التواصل البصري، وفهم التعبيرات الوجهية، والإيماءات الاجتماعية. ويرى تريانيار (١٩٩٦) Trepagnier أن أوجه القصور

التحلية، والاجتماعية، والمعرفية، والقصور في التواصل لدى الأطفال التوحديين إلى جانب ما يعانونه من احتلال في التواصل بالعين، وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم ترجع إلى اختلال التفاعل الاجتماعي في الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال احتلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتتابع البصري خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم.

ثانياً : التواصل:

من الأشياء الهامة التي يمكن أن نلاحظها بوضوح على الطفل التوحدي والتي تشكل أحد أوجه القصور الأساسية التي يعاني منها أن لغته تنمو ببطء، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق ، كما أنه يستعمل الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح، وغالباً ما يقوم بتكرار غير ذي معنى للكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر. وفي أغلب الأحيان يجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات ، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى ، وإلى جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه.

ويشير محمد كامل (١٩٩٨) إلى أن تواصل الأطفال التوحديين مع من يحيط بهم يعد مشكلة متعددة الجوانب تظهر في صورة انخفاض في مهارات التواصل، ومشكلات في التعبير عن المشاعر، والانتعالات، والحالات النفسية التي يمر بها، ومن ثم تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدى أثناء استشارتهم انفعالياً، أو الغضب مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيداً، أو قذف ما يكون بأيديهم، وما إلى ذلك من السلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيراً عن رغبتهم في جذب انتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الفصيح عنها ، وقد تعبر تعبيراً عن إحباطات معينة يمر بها . وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم المناسبة للتعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات وهو ما يعد نطقاً من أنماط السلوك العدوانية، إلا أنه يكون عبارة عن عدوان موجه نحو الذات.

ومن ناحية أخرى تعد اضطرابات اللغة والكلام وانحوائب المعرفة من المظاهر الأساسية في اضطراب التوحد ، وجميعها بلا شك يترك آثاراً سلبية على التواصل من جانب الأطفال التوحديين . ومن المتوقع أن تؤدي تلك الاضطرابات إلى نوع من التشابه بين كل من اضطراب التوحد والاضطرابات اللغوية ، وبسبب ذلك يتم الخلط أحياناً بين اضطراب التوحد وتلك الاضطرابات . ويرى سميت وآخرون (١٩٩٥) Smith et.al. أنه من الممكن التمييز بينهما في عدد من النقاط البسيطة ذات الأهمية حيث نجد أن هناك العديد من الحقائق التي يمكن أن ترتبط بكل فئة من هاتين الفئتين، والتي تميزها بالتالي عن الفئة الأخرى، ويمكن أن نعرض لذلك كما يلي :

- ١- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائماً التواصل بالإيماءات وتعابير الوجه .
- ٢- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية عادة ما يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة تسهم في فهم تعبيرات الوجه .
- ٣- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدام اللغة جيداً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التي يعانون منها .
- ٤- أن الأطفال التوحديين في المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه .
- ٥- أن الأطفال التوحديين يفضلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب، على ذلك حيث أنهم عادة ما يعانون من قصور لغوي في مفرداتهم، وتراكيبهم اللغوية، كما أن اللغة قد لا تنمو لدى بعضهم على الإطلاق .
- ٦- أن الأطفال التوحديين يتسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضي للكلام وهو الأمر الذي قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم .

وبعد التردد المرضي للكلام echolalia بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال . ويعني ذلك قيام الطفل بترديد الكلام الذي يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك في محله المناسب، أو حتى دون أن يعي معناه . فلو افترضنا على سبيل المثال أن الأم تطلب من طفلها التوحدي أن يحضر لها شيئاً ما، أو أن يقوم بفتح باب المشقة مثلاً فتقول له " افتح الباب " ، وهنا يرد الطفل عليها مردداً نفس العبارة فيبدو الأمر وكأن الأم تسمع صدى صوتها حيث يرد الطفل قائلاً " افتح الباب " ، كذلك فلو طلبت الأم منه أن يشير بإصبعه إلى الراديو مثلاً كأن تقول له : " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " ، فيرد الطفل قائلاً " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " . ومن ناحية أخرى إذا سألته الأم مثلاً قائلة " أين قميصك ؟ " فإنه يرد عليها مردداً نفس العبارة التي يكون قد سمعها منها للتو فيقول من جانب " أين قميصك ؟ " ، وهكذا . وبالتالي فإننا نلاحظ من خلال المثال السابق أن الطفل يقوم بترديد نفس الكلمات التي يسمعها وذلك بطريقة بيغائية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذي يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوته echo وهو الأمر الذي لا يساعد في إجراء أي حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد الأقران ، كما يحمل في الوقت ذاته على جعل الآخرين لا يودون إقامة أي علاقة معه، بل إن الأمر قد يصل في بعض الأحيان إلى أنهم ربما ينفرون منه، أو من التعامل معه، وبالتالي قد يعملون على تجنب الاحتكاك به .

وعلى الرغم من أن البعض يرى أن النمو العقلي للطفل التوحدي ربما يتطور بشكل شبه عادي لدى بعض هؤلاء الأطفال مع تسليم الكثيرين بوجود قصور في هذا الجانب أيضاً، فإن مثل هذا القصور على أي حال يكون أعمق وطأة من النمو الاجتماعي . وما يدهم ذلك أن هناك من الباحثين والعلماء المهتمين بدراسة هذا الاضطراب من يرون أن التردد المرضي للكلام ربما يرجع إلى قصور في الجانب العقلي للطفل يجعله لا يستطيع التركيز سوى على (إشارة أو عاصية واحدة للشيء، ولا يستطيع أن يركز على أكثر من ذلك في ذات الوقت، فإذا عرضنا عليه صورة لوردة مثلاً، وقتنا له إنما

وردة، وحاولنا أن نركز كثيراً على حركات الشفاه لتوضيح الصوت له ، فسوف نجد أنه قد ينظر إلى الصورة، ويمسكها بيده فقط دون أن ينطق بالصوت، أى دون أن يقول أمّا وردة حيث لا يكون بإمكانه أن يولى انتباهه لأكثر من جانب واحد، أو خاصة واحدة للشيء الواحد في نفس الوقت . وبعد ذلك حالة منظرية لخاصية التركيز centeration التي يتميز بها تفكير الطفل العادى حتى سن السابعة حيث يرى عادل عبد الله (١٩٩٢) أنه وفقاً لهذه الخاصية لا يستطيع الطفل أن يضع في اعتباره أكثر من جانب واحد، أو خاصة واحدة للشيء في الوقت ذاته كالتول، أو العرض مثلاً، ومن ثم لا يمكنه أن ينظر إليه إلا من زاوية واحدة فقط حيث لا يكون بمقدوره أن يدرك قانون التعويض Compensation بعد والذي يعنى أننا عندما نعرض عليه إناءين متشابهين شكلاً وارتفاعاً، ويوجد بكل منهما نفس الكمية من الماء، ثم نصب الماء من إحداهما في إناء آخر أقل في الارتفاع، ولكنه أكثر اتساعاً من الإناء الأول فإن طول الأداء الأول يعرضه اتساع الإناء الثاني، وأنتا لم تأخذ من كمية الماء الموجود شيئاً، ولم نصف لها أيضاً ، ومن ثم يدرك أن كمية الماء واحدة في الإناءين . وبالتالى نلاحظ أن ذلك ليس هو المقصود هنا، ولكن المقصود هو حالة تتسم بزيادة مستوى نظرها فالطفل يركز على الوردة ويمسك الصورة بيده، ولكنه لا يستطيع أن يقول إنها وردة علسى الرغم من التركيز الواضح على حركة الشفاه من جانبنا أثناء التعلق بالكلمة .

وتمثل هذه الخاصية إحدى الأهداف التي جاربنا من خلال جداول النشاط المصورة أن نعمل على تنميتها لدى الطفل ، فكننا نقوم بعرض الصورة عليه ونطلب منه أن يشير إليها ، وأن يضع إصبعه عليها ، وأن يذكر اسم ما تتضمنه تلك الصورة من أدوات، أو ما تقل عليه إذا كان يعرف ذلك ، أو ينتظر لورد ذلك الاسم وراء الباحث . كما قلنا من جانب آخر بإدخال ذلك على مكونات الأنشطة المتضمنة أيضاً (عادل عبد الله ومن خليفة ٢٠٠١ ، عادل عبد الله والميد فرحات ٢٠٠١) . وهو أمر يحتاج بما لا يدع مجالاً للشك إلى مزيد من الصبر والمثابرة حتى يمكن أن نعالج

مثل هذا الخلط أو نجد منه إلى الدرجة التي تجعل تلك الخصيلة اللغوية التي يكتسبها الطفل تزداد وتنمو ، كما تجعل باستطاعته نتيجة لذلك أن يفهم حواراً أو مناقشة بسيطة مع أحد الأقران .

ومن ناحية أخرى يضيف كندول (Kendall) (٢٠٠٠) أن الطفل التوحدي بجانب قيامه بتكرار غير ذي معنى للكلمات التي يسمعها لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعد على استرجاع المعلومات ، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التي يستقبلها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضي للكلام . كذلك فهو لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات أو مواقف اجتماعية مختلفة وهو الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق استخدام جمل أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل في حوارات أو مناقشات ذي معنى مع الآخرين .

وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تساعد على حدوث القصور في التواصل من جانب الأطفال التوحدين واستمراره وهي أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في فهم وإدراك الحالات العقلية mental states سواء الخاصة بهم، أو بغيرهم من الآخرين المحيطين بهم . وهناك ما يعرف بنظرية العقل أو المعرفة theory of mind تعرض لذلك حيث تناول قدرة الفرد على إدراك الآخرين، وفهمهم من خلال حالاتهم العقلية الداخلية internal mental states كالاتقادات ، والنوايا ، والانفعالات ، وفهم البيئة الاجتماعية ، والقدرة على الإتيان بسلوك اجتماعي مناسب، وهو الأمر الذي نرى أنه يرتبط بما نسميه في هذا المجال بالقدرة على أخذ الدور role-taking ability عقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً. والنسبة للأطفال التوحديين نجد أنه ليس بمقدورهم تكوين اتقادات معينة، أو أدراك ما يعتقد الآخرون ، كما تكون النية غير واضحة في سلوكياتهم، ولا يمكنهم من ناحية أخرى إدراك نوايا الآخرين، وتقييم ما يصدر عنهم من سلوكيات في ضوء ذلك. وإلى جانب ذلك فإنهم لا يستطيعون التعبير عن اتقالاتهم بشكل مقبول، ولا يكون

وإمكانهم التمييز بين الانفعالات المختلفة . أما بالنسبة لبيئة الاجتماعية فليس من السهل عليهم فهم تلك البيئة، وإدراك مكوناتها، وما يمكن أن يوجد بينها من علاقات. كما أن سلوكياتهم الاجتماعية في أغلبها تكون غير مقبولة اجتماعياً . ولذلك فإننا إذا ما أردنا أن نقوم بتنمية قدرتهم على التواصل يصبح لزاماً علينا أن نلتزم بهذه الجوانب المختلفة والمتعددة التي عرضنا لها (عادل عبد الله ٢٠٠٠ - أ) حيث يكون علينا أن نمنى المستوى اللغوي لهؤلاء الأطفال ، وأن ندرهم على التمييز بين الانفعالات المختلفة، وأن نساعدهم على إجراء الحوارات المختلفة مع الأقران ، وأن نساعدهم على الإتيان بسلوكيات اجتماعية مقبولة وذلك من خلال تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى تحسين مستوى تفاعلهم الاجتماعية ، وهو ما كشفت عنه نتائج تلك الدراسة التي أشرنا إليها حيث تحسنت المظاهر السلوكية للتضمنة .

ويرى بومنجر وكاساري (١٩٩٩) Bauminger & Kasari أن الدراسات الحديثة التي تناولت هذا الموضوع قد أثبتت أن هؤلاء الأطفال لديهم قصور واضح في تلك الجوانب أو القدرات، وأن جميعها كما نعلم يرتبط بالقدرات المعرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب التصور يمثل مظهراً آخر من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد . ومع ذلك يرى جمع من الباحثين أن حوالي ٧٥ ٪ تقريباً من الأطفال التوحدين لديهم نسب ذكاء في حدود التحلف العقلي البسيط أو المتوسط ، كما أن بعضهم يتمتع بمستوى ذكاء متوسط ، في حين نجد أن نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ ٪ من هؤلاء الأطفال لديهم قدرات عقلية مرتفعة ونسب ذكاء مرتفعة أيضاً .

والحقيقة أن هذه النتائج تعد على درجة عالية من الأهمية في هذا الإطار، ولكن الأمر يتطلب أن نوضح من جانبنا أن بعض هذه النتائج كان سائداً وقت نشر تلك الدراسة وما بعدها، ولكنها قد تغيرت في جانب منها حيث توضح تلك الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR عدداً من الحقائق يمكن أن نعرض لبعضها كما يلي :

١- أن ما يربو على حوالي ٩٠% تقريباً عنى الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط.

٢- أننا نادراً ما نجد أطفالاً توحديين يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى.

٣- أن جانباً من هؤلاء الأطفال للذين يمثلون النسبة الباقية تقل مستويات ذكائهم عن تلك الحدود، وأقم عادة ما يعانون من التخلف العقلي إلى جانب اضطراب التوحد.

٤- أن جانباً لا بأس به من تلك النسبة المتبقية منهم تكون مستويات ذكائهم مرتفعة، وربما مرتفعة جداً وقد يكون بعضهم موهوباً حيث يكونوا من ذوي متلازمة أسبرجر.

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التي تميز اضطراب التوحد هي أوجه قصور متعددة، وإن كانت جميعها لا تعتبر هي المسؤولة عن حدوث الاضطراب إلا أنها في الغالب تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أيها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ الطفل بالفعل في المعاناة من هذا الاضطراب. وهذا يؤكد فكرة أننا جميعاً نعد بمثابة نتيجة لتلك الاضطراب، وأنها لا ترتبط بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوثه من قريب أو بعيد حيث أن مثل هذه الأسباب لا تزال كما أوضحنا سلفاً غير معروفة إذ لا يوجد هناك حتى الآن سبب واحد معروف على وجه التحديد بعد هو المسؤول عن حدوث هذا الاضطراب. ومن هذا المنطلق يصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة.

ثالثاً: السلوكيات:

مثل السلوكيات النمطية للقردة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد والتي تعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التي يمكن للوالدين أو لأي شخص يتعامل مع الطفل التوحدي أن يلاحظها بسهولة حيث يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثاني من عمره كأن يستمر مثلاً في إضاءة

الأنوار وإطفائها ، أو يستمر في نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى ، أو يمشى في أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط . كما قد يقوم بتكرار اللعب بشيء واحد أو مع شخص واحد . وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التي يأتي بها مثل هذا الطفل تشبيك الأيدي أو ثنيها مثلاً ، أو ضرب الرأس في الحائط ، وقد يبدى سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذي نفسه ، كما يفترج بشكل واضح إلى الوعي بالأمان ، وتثابه نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك . وإذا ما حاولنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات فإنه غالباً ما يستجيب لذلك بنوبة مزاجية تمثل في أغلب الأحيان في البكاء، والصراخ، والتخبيط باليد في أي شيء ثابت أمامه إلى جانب الغضب .

كذلك فإن الطفل التوحدي كثيراً ما يأتي بحركات جسمية غير عادية، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة، وكثيرة، ومتكررة في بعض الأحيان حيث يجده على سبيل المثال يرفرف يديه وذراعيه وكأنه حمامة تخلق في الفضاء ، كما يكثر من القفز في المكان ، ويميل إلى أن يمشى على أطراف أصابعه ، أو يشد ساقه في أحيان أخرى بصورة يجعلهما تدران وكأنهما متصلتان، ويدور كثيراً في المكان ويستمر على ذلك لفترة غير قصيرة، وتكثر حركات يديه ورجليه عند استثارته، أو عندما يمعن النظر في شيء معين . إلا أن حركاته بشكل عام لا تنسم بالرشاقة سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الاتزان ، وقد تنسم حركاته بالثقل ، وقد يقف على درجات السلم بالقدمين معاً دون تبديل وذلك عند صعود السلم . ويوجه عام يفترج غلبية هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية، واستخدام كلتا اليدين بنفس الدرجة .

وتضيف سميرة السعد (١٩٩٧) أن السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التي يبدئها هؤلاء الأطفال غالباً ما تنسم بأنها مقيدة وذو مدى ضيق ، ولهم عادةً ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو لليدين، أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استشارة من حولهم ، إلا أنهم أحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء

الجلوس لأنفسهم وهو الأمر الذي يعد بمثابة عدوان موجه نحو الذات ، ويشير عادل عبد الله (٢٠٠١ - أ) إلى أن الطفل التوحشى قد يكون مفرط التفاعلية أو السلبية حيث قد يظل ساكناً في مكانه وكأنه يتخشى من حدوث شيء ما ، أو يهاب أن يتحرك من مكانه . كما قد يعزل به الأمر من ناحية أخرى إلى حد النشاط الحركي الزائد أو المفرط حيث أن الأمر عندما يبدأ بنقص الحركة فإنه عادة ما ينتهي بعد ذلك بفراط الحركة . و جدير بالذكر أنه عند المقارنة بين الأطفال التوحشين وأقرانهم المتخلفين عقلياً في النشاط الحركي المفرط اتضح أن الأطفال التوحشين يتفوقون على الأطفال المتخلفين عقلياً في هذا الجانب حيث كانت الفروق دالة لصالحهم في النشاط الحركي المفرط وأبعاده .

وهناك إلى جانب ذلك صفة أخرى لها أهميتها في هذا الصدد تتمثل في الثبات على روتين معين، ومقاومة أي تغيير يطرأ عليه حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً . ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يبدون في البداية عدم استقرارهم على أي نظام سواء في الأكل أو النوم أو اللعب ، أو أي أداء سلوكي آخر، إلا أنهم عندما يتعلمون نظام معين لأداء أي شيء فإنهم يتمسكون بهذا النظام بشكل صارم، ويعملون على تطبيقه بمخالفته دون أن يطرأ عليه أدنى تغيير حتى يصل بهم الأمر إلى أن يصبحوا عبيد لهذا الروتين العقيم . وتشير سميرة السعد (١٩٩٧) إلى أن هذه المشكلة قد تحدث بطرق عديدة فقد يرفض الطفل تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل ولو ليضع ستيكرات ، أو تغيير الطريق الذي يسلكه للوصول إلى مكان معين على سبيل المثال ، أو تغيير الأكل الذي يتناوله حيث قد يرفض أن يأكل أكثر من نوعين أو ثلاثة من الأطعمة ، أو يصر على أن يوجد شيء معين كلعبة أو زجاجة مثلا برفقته طوال اليوم ، وهكذا . وعندما يتعلم الطفل هذا الروتين، ويتمسك به، ويصر عليه فإنه يصبح مسيطراً على حياة الأسرة بأكملها وليس على حياته هو فقط .

ولا يخفى علينا ما لجداول النشاط المصورة من أهمية ملحوظة في هذا الجانب حيث يمكن من خلالها أن نجد من ذلك ، وسوف نرى أننا بعد أن نقوم بتعليم الطفل

استخدام جدول النشاط المصور وإتباعه، وبعد أن يجيد الطفل القيام بذلك فإننا نقوم عادة بإعادة ترتيب الصور والأنشطة للتضمنة بالجدول فتتغير أماكنها بالتالي ، ثم نعمل بعد ذلك على إضافة صور وأنشطة جديدة أو نؤلف جدولاً جديداً من جدولين موجودين معنا، ثم نقوم على أثر ذلك بتغيير أماكن الأدوات على الرف أو المنضدة ، وهكذا.

رابعاً : العمليات الحسية والإدراكية :

يعتمد الأطفال التوحديون كثيراً في استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وخاصة اللمس، والتذوق، والشم وإن كانوا مع ذلك يميلون إلى كل من الطعوم الكريهة من جانب، وإلى الروائح الكريهة من جانب آخر. ومن الغريب أنهم قد يستمتعون بتلك الألعاب التي تنطوي على التلامس الجسدي على الرغم من أنهم لا يحبون في الغالب أن يلمسهم أحد. وسوف نرى من خلال دراستنا لجدول النشاط المصورة كيف يمكننا أن نتغلب على تلك الخاصية التي تمثل في أنهم لا يحبون غالباً أن يلمسهم أحد. ويتضح من خلال هذه السطور القليلة السابقة أن حواسهم قد تتأثر بالتغيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكثر بكثير من أقرانهم وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية.

وإلى جانب ذلك فإن الطفل التوحدي قد يبدو وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية ، فنحنه على سبيل المثال يصر الضارح غير عابئ بتلك السيارة السريعة التي تسير نحوه، أو بصوت آلة التنبيه التي يطلقها سائق تلك السيارة، وقد لا يكرهت بالأسوات المختلفة من حوله، ولا يلتفت إليها مهما كانت درجة حدتها أو شدتها، ويبدو وكأنه لا يسمعهما جميعاً، بينما يجده في مواقف أخرى يسمع صوتاً منخفضاً بلوحة غير قليلة. كذلك إذا ما تمت مضابقتة فإنه قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة وهو الأمر الذي قد يضائق المحيطين به إلى درجة كبيرة ، وقد يجعل أقرانه يتعدون عنه ويفضلون عدم الانحلال به. كما أنه من جانب آخر قد يضع أصابعه

في أذنيه، أو يغطيهما يديه وذلك عند سماع أصوات معينة حيث أن مثل هذه الأصوات ربما لا تروق له، أو أنه لا يجمل إليها، ولا يفضل أن يستمع لها. ومع ذلك فإنه غالباً ما يتحذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها إلى جانب التراكيب الغريبة، إضافة إلى ما أوضحناه سابقاً من اهتمامه إلى الطعوم والروائح الكريهة. وقد يكون الطفل إلى جانب ذلك إما مفرط الحساسية للألم أو لديه نقص في حساسيته للألم فلا يشعر به بسهولة، ويخبره وكأنه لم يجر به، ولم يجربه. ولذلك نلاحظ أنه يضرب رأسه في الحائط، أو يضرب يده في أي شيء ثابت أمامه، أو يجرح أو يؤذي نفسه، أو يطأ بقدميه الأرض بما عليها من مصادر ألم كالشوك، أو الإحراج، أو المسامير، أو ما إلى ذلك، وهكذا. ويعتبر ذلك أيضاً تعبيراً عن ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية وذلك عند مقارنته بأقرانه العاديين أو حتى أقرانه من الفئات الإعاقة الأخرى.

ومن ناحية أخرى يرى عمر خليل (١٩٩٤) أن هذا الاضطراب في جوهره يعد اضطراباً في الإدراك، وأن هؤلاء الأطفال كما ترى سميرة السعد (١٩٩٧) لا يستطيعون إدراك الموقف الذي يوضعون فيه، ولا حتى إدراك الخطر الحقيقي في أي موقف من تلك المواقف فقد يحاول الطفل أن يمشي على حافة السلم (الدرازين)، أو النافذة، أو أي مكان مرتفع بكل ثقة وبلا أدنى خوف من ذلك الموقف، وقد يحاول إذا ذهب إلى الشاطئ أن يدخل عرض البحر حتى وهو يرتدى ملابسه وذلك لرفيقته في السباحة دون أدنى شعور بالخوف من ذلك. وقد يرجع كل هذا إلى عدم إدراك الطفل للخطر الحقيقي في تلك المواقف المختلفة التي يمكن أن يتعرض لها على مدار اليوم بأكمله.

ويمكن للوالدين أن يقوموا بعلاج كل موقف على حدة نظراً لأن الطفل التوحدي يجد صعوبة في التعميم من موقف لآخر، وبالتالي عليهما أن يعلمانه مثلاً كيفية عبور الشارع، والبعد عن النار، وأن يضعوا شبكة من القضبان الحديدية على كل نافذة، وأن يضعوا أقفالاً على الخزائن والمطبخ، وهكذا حتى يتمكنوا من إبعاده عن الخطر.

ويعد العمر من الثانية إلى الخامسة هو أسوأ وقت لذلك حيث يحاول الطفل أن يقوم بكل هذه الأشياء مما يسبب إزعاجاً شديداً لوالديه، وقد بعد ذلك استكشافاً للبيئة الشيطنة من جانبها . أما بعد هذا السن فيقل الخطر حيث يصبح الطفل أكثر انبساطاً للخطر، وأكثر استعداداً لطاعة الأوامر وذلك قياساً بما كان عليه من قبل ، وبالتالي يمكن أن يقوم بتعليمه التصرف في تلك المواقف المختلفة .

خامساً : اللعب :

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدي يفتقر في السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي . وعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير متصودة، وبغليل من التنوع والإبتكارية والتخيل . كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدي بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي ، ولا يبدى أى ميادرات للعب التظاهري أو الإيهامي make-believe كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين، أو يقلدهم في ألعابهم حيث يتم لعب الطفل هنا بشكل نمطي، وتكراري، ويسير على وتيرة واحدة . كذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بغرض الشعور بالمشاعر البسيطة التي تبعث فيه سعادة كبيرة؛ فالسيارة (اللعبة) ليست سوى شيء بارد، وصلب، وتصدر صوتاً عندما تسير على الأرض .

وإذا كان الطفل العادي يكتشف العالم عن طريق اللعب حيث تنمو لغته وفهمه للعالم من حوله ، ثم يبدأ في استخدام الألعاب لترمز إلى ما حوله من أشياء حقيقية ، فإن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة للطفل التوحدي فهو عندما يمسك باللعبة لا يتخيلها على أنها ترمز إلى الشيء الحقيقي من حوله، ولكنه يرميها ليرى صوت ارتطامها بالأرض ، أو يضعها في صف مع غيرها من اللعب، أو يمسكها دون أن يعرف كيف يلعب بها . وعندما يكثر الطفل قليلاً فإنه يجد بعض المتعة في ألعاب التركيب حيث يستمتع بتركيب القطع معاً دون النظر إلى ماذا يبني . ولذلك فإن مثل هذا الأمر قد دفع بالكثيرين إلى القول بأن الطفل التوحدي لا يتجاوز في نموه العقلي المعرف المرحلة

الفرعية السادسة (بداية التفكير) من المرحلة الأولى التي حددها بياجيه Piaget والتي تعرف بالمرحلة الحس حركية sensorimotor stage حيث أن المرحلة الفرعية الأولى (ما قبل الفكر الإدراكي) pre conceptual من المرحلة الثانية (مرحلة ما قبل العمليات) pre operations تعني بالتفكير الرمزي، وتعود خلالها الألعاب الرمزية . فإذا كان الطفل يواجه قصوراً في مثل هذه الألعاب، وهذا التفكير فإنه في الغالب لا يمكن أن يكون قد وصل إلى مثل هذه المرحلة وإلا كان من الممكن له أن يتغلب على تلك الأمور .

ومن ناحية أخرى وبسبب ضعف اللغة، والتخيل لدى الطفل التوحدي فإنه غالباً لا يستطيع الاندماج في اللعب مع الأطفال الآخرين . وعندما يؤدي الطفل لعبة معينة ويجيدها ويصبح بارعاً في أدائها فإنه يؤديها كل مرة دون أي محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم العقل بعدم القدرة على اللعب الإبتكاري من ناحية، وبتمسكه بالصامم بالروتين من ناحية أخرى . هذا وقد حاول نيبيل الفسوروي ورومانتشيك (١٩٩٩) El-Ghoroury, N. & Romanczyk أن يستخدما تقاعل أعضاء الأسرة أثناء اللعب مع الأطفال كحاتب تعريضي للقصور الذي يشهده الأطفال التوحديون في اللعب وحتى يتمكنوا من خلال ذلك من تنمية السلوك التكيفي والأداء الاجتماعي بشكل عام للأطفال التوحدين . وأسفرت نتائج الدراسة عن أن التفاعلات الأسرية مع الأطفال التوحدين أثناء اللعب تساعد هؤلاء الأطفال على أن يبادروا بالتفاعلات خلال مواقف اللعب وهو ما يعد تعويضاً عن القصور الذي يديه مثل هؤلاء الأطفال في هذا الجانب بطبيعة الحال . كذلك فقد كشفت النتائج أيضاً عن حدوث تحسن في السلوك التكيفي والأداء الاجتماعي لهؤلاء الأطفال بشكل عام .

نسبة الانتشار

تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة تبلغ ٠.٦ % ، ويرى كستفول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة انتشار اضطراب التوحد في اليابان على سبيل المثال

تعد أعلى من مثيلها في أي دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين ٠,١٣ - ٠,١٦ % في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ٠,٠١ % أما الصين فتعد أقل دول العالم من حيث انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٠٤ % .

وكما أشرنا من قبل فإن الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America قد نشرت في عام ١٩٩٩ أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتراوح بين ٠,٤ - ٠,٥ لكل ألف حالة ولادة، أي أن النسبة بمعنى آخر تتراوح بين ٤ - ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة. كما أفردت أيضاً بعد ذلك أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تبلغ ١ : ٥٠٠ حالة ولادة، ثم جاءت الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد NAAR والتي نشرها منذ شهر يناير عام ٢٠٠٣ لتؤكد أن نسبة انتشار هذا الاضطراب قد أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة أي طفل واحد لكل مائتين وخمسين حالة ولادة، وهي نسبة مرتفعة بطبيعة الحال جعلت من اضطراب التوحد ثاني أكثر الإعاقات العقلية شوعاً وانتشاراً، ولا يسبقه في هذا الصدد سوى التخلف العقلي فقط .

ومع ذلك فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب في البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال التوحدين، ولا توجد مراكز أو جمعيات خاصة بهم إلا نادراً، وأن مثل هذه المراكز في غالبيتها تعد مراكز أهلية، كما أن تلك الفئة من فئات الإعاقة تكاد تكون مهملة، والأكثر من ذلك كله أن أعضاء تلك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقلياً وبالتالي يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى عدم قدرتهم على الاستفادة من تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم في مثل هذه المدارس حيث أن تلك البرامج يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً وليس للأطفال التوحدين .

مآل الاضطراب

من الجدير بالذكر أن ما يهتما بالدرجة الأولى عند التحدث عن أى اضطراب هو أن نتعرف على ما يمكن أن تأول إليه الحالة بعد أن تقوم بالتدخل اللازم في هذا الصدد. وبالنسبة لتطور هذا الاضطراب فإنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون بعض التحسن مع مرور الوقت فإن الغالبية يستمرون على إعاقته الشديدة خلال مرحلة المراهقة ويظلون غير قادرين على العناية الكاملة بأنفسهم. وفي ظل عدم وجود تدخلات مبكرة فإن نسبة التحسن الحلقية بين هؤلاء الأطفال لا تتعدى ١-٢% تقريباً وهم أولئك الذين يتمتعون بوجود مهارات لغوية لديهم إلى جانب نسب ذكاء مرتفعة.

ويرى نيوزوم (١٩٩٨) Newsom أن نسبة ١٠% تقريباً من الأطفال التوحديين هم الذين يحققون تقدماً في المجال اللغوي والاجتماعي، بينما يستطيع ٢٠% أن يحققوا بعض التقدم في المجال الأكاديمي إلى جانب المجال الاجتماعي على الرغم من وجود إعاقه واضحة في قدرتهم على التحدث، في حين لا يبرز حوالي ٧٠% منهم سوى تقدم محدود جداً، ويظلون بالشالي على معاناتهم الواضحة من الإعاقه الشديدة بما تركه عليهم من آثار سلبية تتضح بشكل جلي في ذلك القصور الخاد في الجانب الاجتماعي سواء في السلوك الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية أو التفاعلات الاجتماعية إلى جانب القصور في التواصل، والنمو اللغوي، واللعب، والإدراكات الحسية إضافة إلى ما يأتون به من سلوكيات نمطية مقيدة وتكرارية.

الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالتوحد :

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA أن هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالتوحد وتندرج تحت العنوان الرئيسي (الاضطراب الشمالي العام أو المنتشر) Pervasive Developmental Disorder (PDD) والذي يمثل فئة عامة من الاضطرابات تنسم بوجود عطل شديد وشامل في العديد من مجالات النمو. ويحدد

دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV عدداً من المحكات التي يجب توفرها حتى يتم تشخيص الأطفال في إطار حلة الفئة ، وعندنا يتوفر عدد من السمات التي تم تحديدها في هذا الدليل فإن ذلك يعني انطباق الاضطراب على الفرد ، وما لا شك فيه أن التقسيم التشخيصي يعتمد بالدرجة الأولى على للملاحظة من قبل المختصين والآباء لوجود سلوكيات معينة . ويعاني الأفراد الذين يعانون بأى اضطراب من تلك التي تصح فئة الاضطراب للنمائي العام أو الشامل من قصور في التواصل ، وقصور في الجانب الاجتماعي ولكنهم يختلفون في مدى حدة ذلك الاضطراب . وهناك بعض النقاط الرئيسية التي تسهم في تمييز الفروق بين التشخيصات المختلفة لتلك الاضطرابات التي يضمها ويتضمنها اضطراب طيف التوحد نعرض لها على النحو التالي :

١ - الاضطراب التوحدي : autistic disorder

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، والتواصل اللغوي ، واللعب والتخيل وذلك قبل أن يصل الطفل سن الثالثة ، إلى جانب السلوكيات النمطية ، ووجود قصور أو خلل في الاهتمامات والأنشطة . وبعد هذا الاضطراب هو محور اهتمامنا الحالي أو محور حديثنا الذي نحن بصدده .

٢ - اضطراب أو زملة أسبرجر : Asperger's disorder

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية في اللغة ، وتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى المرتفع، وربما المرتفع جداً حيث من الملاحظ أن هذه الفئة على وجه التحديد دون مواها تضم أطفالاً موهوبين بين أعضائها .

٣ - اضطراب نمائي عام غير محدد في مكان آخر :

Pervasive developmental disorder not otherwise specified.

ويشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير محدد أو غير نموذجي atypical ويتم

تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل في عدد من الملوكيات المحددة.

٤ - اضطراب أو زملة ريت **Rett's disorder**

وهو اضطراب نمائي يصيب البنات فقط . وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنات المهارات التي اكتسبتها من قبل ، كما تفقد الاستحسان الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ، ويبدأ ذلك في السن من ١-٤ سنوات .

٥ - اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي : **Childhood disintegrative disorder** ويتم حدوث نمو طبيعي للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل ، ثم يفقد الطفل المهارات التي اكتسبها من قبل .

تشخيص وتقييم الاضطراب :

يعد اضطراب التوحد autism من الاضطرابات النمائية الحادة التي تصيب الطفل كما أوضحنا سلفاً قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات ، وقد كان ينظر إليه من قبل على أنه يعد بمثابة زملة أعراض سلوكية حيث كان يصنف على أنه اضطراب سلوكي، إلا أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV قد عرض له على أنه اضطراب نمائي عام أو شامل (متشتر) pervasive ويحدد التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى ، وبطبيعة الحال يعد هذا التأثير موضع الاهتمام تأثراً سلبياً

وجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والحالية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض

والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن . ويرى فولكمار (1996) Voikmar أنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد على وجه الخصوص حيث يعد اضطراب التوحد هو محور اهتمامنا الحالي. وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

١- الابدائية :

عادة ما تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل العنقل الثالثة من عمره ، حيث يحدد ذلك السن على أنه ثلاثين شهراً على الأقل ، أما الحالات اللامعوزجية أو اللانطية atypical فتأخر بداية الاضطراب كثيراً عن هذا السن. وعندما يتأخر اكتشافه عن هذا السن يقوم البعض على الفور باستبعاد هذا الاضطراب عند التشخيص. ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الأداء الوظيفي للطفل يكون مختلفاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب تتمثل فيما يلي :

- التفاعل الاجتماعي ،

- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي .

- اللعب الرمزي أو الخيالي .

٢- السلوك الاجتماعي :

يوجد لدى الطفل قصور كيمي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي :

- التواصل غير اللفظي .

- إقامة علاقات مع الأقران .

- المشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات

- تبادل العلاقات الاجتماعية معهم .

٣- اللغة والتواصل :

يوجد قصور كفي في التواصل من جانب الطفل يظهر في واحد على الأقل من أربعة محكات تتمثل في المحكات التالية :

- تأخر أو نقص كفي في اللغة المنطوقة .
- عدم القدرة على المبادرة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين .
- الاستخدام النمطي أو التكرار للغة .
- قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

٤- الأنشطة والاهتمامات :

توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية وذلك في واحد على الأقل من أربعة محكات يندرجها الطفل هي :

- الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي .
- الرتابة والروتين .
- اتباع أساليب نمطية للأداء .
- الانشغال بأجزاء من الأشياء .

وإذا ما عرضنا لتلك المحكات التي تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV والتي يتم في ضوئها تشخيص الأطفال التوحدين فسوف نجد أن ذلك يتضمن بطبيعة الحال حدوث خلل في المجالات أو الجوانب الخمسة التي عرضنا لها عند الحديث عن الملامح الأساسية المميزة للاضطراب بحيث يحدث ذلك الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره . وتتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

- التفاعل الاجتماعي .
- اللغة .
- التواصل .
- اللعب .
- السلوكيات .

وذلك على النحو التالي :

أولاً : يشترط انطباق عدد من البنود بإجمالي ستة بنود على الأقل مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية (١ ، ٢ ، ٣) على أن تنطبق الشروط الثلاثة التالية على الطفل :

- يتدان على الأقل من المحك الأول .
- بند واحد على الأقل من المحك الثاني .
- بند واحد آخر على الأقل من المحك الثالث .

وهذه المحكات هي :

١ - حدوث خلل أو قصور كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح من انطباق اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ- حدوث خلل أو قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والتعبيرات الوجهية ، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

ب - القشل في إقامة علاقات مع الأقران تناسب مع المستوى النمائي .

ج - نقص في البحث أو السعي التلقائي للمشاركة مع الآخرين في الاستمتاع، والاهتمامات، أو الإنجاز. كما يتضح مثلاً في نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها معه أو الإشارة إليها .

- د - نقص في تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعاليًا.
- ٢ - حدوث عطل أو قصور كفي في التواصل كما يتضح من انطباق بند واحد على الأقل من تلك البنود التالية على الطفل :
- أ - تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أي محاولة تعويضية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات، أو التمثيل الصامت .
- ب - عطل أو قصور واضح في القدرة على المبادرة في إقامة حوار أو عيادة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحديين ذوي المستوى اللغوي المناسب.
- جـ - الاستخدام النمطي أو التكرار للغة أو للغة خاصة به .
- د - نقص أو قصور في اللعب التظاهري أو الإدعائي التلقائي والتنوع أو اللعب الاجتماعي القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائي للطفل .
- ٣ - حدوث أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما يتضح من انطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل :
- أ - انشغال كبير باهتمام نمطي واحد أو أكثر يعتبر غير عادي سواء في مدى حدته، أو بؤرة الاهتمام الخاصة به .
- ب - التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملي وغير فعال.
- جـ - أساليب أداء نمطية ومتكررة كالنصفيق بالأيدي أو الأصابع ، أو تشبيكها، أو ثبها، أو الحركات العنيفة ، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم .
- د - الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

الم عاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من التبرعات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل . وكذلك عدم استخدام الإيماءات للمصاحبة التي تساعد في التأكيد أو التواصل الكلامي .

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تنقسم بمحدوديتها وتكراريتها وتغطيتها ، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب . وقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية ، وكثيراً ما تكون هناك التغيرات نمطية ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها، أو ملمسها على سبيل المثال ، إضافة إلى مقاومة أي تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة .

وبذلك فإن هذه السمكيات سواء في DSM-IV أو في ICD-10 تركز على بداية حدوث الاضطراب وذلك قبل وصول الطفل الثالثة من عمره ، ووجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية تتمثل في الجوانب التالية :

- التفاعل الاجتماعي المتبادل .

- اللغة والتواصل .

- السلوك النمطي للمقيد والتكراري .

ومن ثم يتضح أن هناك تركيزاً على كيف الأداء الوظيفي في تلك المجالات ، وبذلك فحين نتفق مع ما يراه فولكمار (1996) Volkmar في أنه ليس هناك أي تعارض بين ما يرضه كل من هذين التصنيفين التشخيصيين حول اضطراب التوحد، بل إنهما يتفقان تماماً في هذا الخصوص .

أما فيما يتعلق بتقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه فهناك عند من المتباين ثم استخدامهما في بيئات أجنبية يأتي في مقدمتها المتباين التالية :

١ - قائمة ملاحظة السلوك التوحدي التي أعدها كروج (1990) Knig والتي

تحدد ثلاثة عوامل لهذا الاضطراب هي :

- أ - القدرة على التعبير اللفظي .
- ب - الانسحاب الاجتماعي .
- ج - عدم القدرة على التواصل الاجتماعي .

٢- استمارة الحالة للزوجة للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الأمريكية California Temperament Form والتي تحدد عدداً من الأبعاد لهذا الاضطراب من بينها الأبعاد الثلاثة السابقة .

٣- مقياس التقييم المختصر للسلوك Behavior Summarized Evaluation والذي يكتب اختصاراً BSF ويحدد ثمانية أبعاد للاضطراب تتمثل في الأبعاد التالية :

- أ - الانسحاب الاجتماعي .
- ب - القدرة على المحاكاة .
- ج - التواصل .
- د - ضعف الانتباه .
- هـ - التعبير اللفظي .
- و - التعبير غير اللفظي .
- ز - علامات الخوف والتوتر .
- ح - الاستجابات الذهنية .

٤ - مقياس التفسير السلوكي للأطفال التوحدين وحالات التوحد اللانموذجي Behavioral Rating Instrument for Autistic and atypical Children BRIAC وهو من إعداد روتن Rutten ويتضمن هذا المقياس ثمانية

مقاييس فرعية تسهم جميعاً في التعرف على مثل هذه الحالات، وتحدثها بشكل دقيق، وتشخيصها. وتمثل تلك المقاييس الفرعية فيما يلي :

- أ - العلاقة مع الآخرين.
- ب- التواصل.
- ج- التلقين.
- د - المتخاطب.
- هـ - الصوت وفهم الحديث والكلام.
- و - المتخاطب الاجتماعي.
- ز - القدرة الحركية البدنية.
- ح - النمو النفسي العضوي.

٥- قائمة ملاحظة السلوك للأطفال التوحدين Behavior Observation System BOS التي أعدها فريمان وآخرون Freeman et.al. وتتكون من تسع فترات ملاحظة مدة كل منها ثلاث دقائق، ويتم خلالها جمعاً تسجيل سبع وستين سلوكاً مميزاً للاضطراب.

٦- المقاييس التقديرية لاضطراب التوحد في مرحلة الطفولة Childhood Autism Rating Scale CARS الذي أعده سكويلر وآخرون Schopler et.al. ويتناول خمسة عشر متغيراً ترتبط بالاضطراب هي :

- أ - قصور العلاقات الاجتماعية.
- ب- التقليد.
- ج- اضطراب الانفعالات.
- د - القدرة الحركية اليدوية.

هـ - السلوكيات النمطية .

و - مقاومة التغيير .

ز - استجابات غير عادية للحواس السمعية .

ح - عدم التجاوب مع البيئة المحيطة أو الاندماج معها .

ط - استجابات القلق .

ي - التواصل اللفظي .

ك - التواصل غير اللفظي .

ل - اللعب .

م - للمستوى العام للنشاط .

ن - الذكاء الوظيفي .

س - الانطباعات العامة .

٧- اختبارات الذكاء، وينبغي خلالها استخدام الذكاء العملي أو الأدائي والابتعاد

عن الذكاء اللفظي مع درجة كبيرة من الصور والتأني على الطفل، ومن أهم

الاختبارات التي يمكن استخدامها لهذا الغرض ما يلي :

أ - مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال .

ب- مقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet للذكاء .

ج- مقياس جودارد Goddard .

٨- البروفيل النفسي التربوي المعدل-PEEP Psychoeducational Profile Revised

R الذي قام بإعداده سكويلر وآخرون (١٩٩٠) Schopler et.al. والذي

يضم سبع مجالات وظيفية لتشخيص حالات اضطراب التوحد هي :

أ - التقليد .

ب- الإدراك الحسي .

ج- المهارات الحركية الكبيرة .

د - المهارات الحركية الدقيقة ،

هـ - المجال المعرفي اللفظي .

و - المجال المعرفي العملي .

ز - المجال السلوكي ، ويقاس خلاله أربع مجالات سلوكية كالتالي :

- العلاقات الاجتماعية .

- المجال الحسي .

- اللعب .

- اللغة .

٩- مقياس فاينلاند للسلوك التنكفي Vineland Adaptive Behavior Rating Scale

وتوجد نسخة عربية من هذا المقياس من إعداد فاروق صادق، كما توجد

نسخة أخرى بجامعة القاهرة تحت عنوان السلوك التوافقي . وإلى جانب ذلك قام

عبدالعزیز الشخصی بإعداد مقياس خاص به يسمى بمقياس السلوك التنكفي .

ويمكن استخدام مقياس السلوك التنكفي لتحقيق أكثر من هدف من بينها ما

يلي :

أ - قياس مهارات الحياة اليومية .

ب- تناول الجوانب الاجتماعي .

ج- تناول بعض المشكلات السلوكية .

د- قياس معدل الذكاء وخاصة من خلال التعرف على التآزر integration

البصري الحركي للطفل .

١٠- قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC وتستخدم في الأساس للتعرف على ما يحدث من تغير أو تحسن في مجالات أربعة أساسية هي جملة المقاييس الفرعية المتضمنة وذلك على أثر اللجوء إلى التدخلات المختلفة، كما يمكن كذلك استخدامها في سبيل تشخيص حالات اضطراب التوحد. وتوجد نسخة عربية لهذه القائمة من إعدادنا، أما للمقاييس الأربعة الفرعية بتلك القائمة فهي :

أ - التواصل اللفظي (اللغة والحديث) .

ب- الاجتماعية .

ج- الإدراك والرعي الحسي/ المعرفي .

د - المشكلات الصحية والحالة الجسمية .

أما على المستوى العربي فلا يوجد هناك ما نأمل في وجوده من الأساليب التشخيصية الكافية ولا أساليب التقييم الكافية أيضاً ، وفي حدود علمنا هناك محاولات قليلة تمت بهذا الخصوص في بيئتنا العربية تتمثل فيما يلي :

١- هناك محاولة عرض لها عيد الرحيم بحيث (١٩٩٩) وتضمن للمقياس ١٦ عبارة يجاب عنها من خلال تحديد أحد اختياريين هما (نعم) أو (لا) ، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد يجب أن تنطبق ثمان عبارات منها على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك . ولم يعرض هذا المقياس مستقلاً ، ولكنه يعد محاولة في هذا الصدد .

٢- مقياس الطفل التوحدي ، إعداد : عادل عبد الله محمد (٢٠٠١ - د) ، وبعد بمثابة مقياس تشخيصي يعمل على التعرف على الأطفال التوحديين، وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الاضطرابات المختلفة؛ وعن الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك حتى يتم تقديم الخدمات، والحفظ ،

والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم بما يساعدهم على الاندماج مع الآخرين في المجتمع . وقد تمت صياغة عبارات هذا المقياس في ضوء المحكمات الواردة في وصف وتشخيص وتقييم مثل هذا الاضطراب وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV إلى جانب مراجعة التراث السيكولوجي والسيكياتري حول ما كتب عن ذلك الاضطراب .

ويتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها من خلال الاختيار بين أحد اختياريين هما (نعم) أو (لا) من جانب الأخصائي أو ولي الأمر أو أحد الوالدين . وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد، ويعني وجود نصف هذا العدد من العبارات على الأقل وانطباقها على الطفل أنه يعاني فعلاً من هذا الاضطراب. وفي الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل في هذا المقياس حيث يتم استخدامه بغرض تشخيصي فقط وذلك للتأكد من أن الطفل يعاني فعلاً من ذلك الاضطراب .

٣- النسخة العربية من قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد التي أشرنا إليها سابقاً والتي قمنا نحن بإعدادها باللغة العربية، والتأكد من صدقها وثباتها بشكل عام إلى جانب التأكد من نفس هذه الأمور بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الأربعة التي تتضمنها تلك القائمة، والذي يمثل كل منها مقياساً فرحياً مستقلاً يمكن استخدامه في حد ذاته سواء في إطار القائمة، أو استخدامه من جانب آخر بشكل مستقل عنها.

وبذلك يتضح أن العودة التقسية المصرية تعاقب من فصول واضح في أساليب تقييم هذا الاضطراب وهو الأمر الذي يحتاج إلى مزيد من الجهد والمتابعة حتى تصل إلى التشخيص والتقييم الصحيح للأفراد الممثلين لهذه الفئة .

رعاية الأطفال التوحديين :

هناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها سواء للأطفال التوحديين أو ولديهم وذلك في سبيل تأهيل هؤلاء الأطفال ورعايتهم حيث من المعروف أن الأطفال التوحديين لا يمكنهم أن يقيموا علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين ، ولا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الاجتماعي الناجح معهم وذلك بالطرق والأساليب التي تتعدى عادة . ومع ذلك فهم مثل غيرهم من الأطفال توجد بينهم فروق فردية تؤدي إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكي الوظيفي فيما بينهم ، وإن كان العديد منهم يعانون من عخل واضح في هذا الجانب .

وتتعد البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة هؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعداداتهم للتعلم، فيمكن على سبيل المثال أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي ، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة ، أو يستخدم التواليت، أو ما إلى ذلك . وبعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقي برامج أخرى إذ تؤدي كما ترى سكريمان وكوجل (١٩٩٦) Schreibman & Koegel إلى مساعدة الطفل بسرعة كبيرة في تلقي البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة تتطلب إجادة الطفل لتلك البرامج الأولية أو الأساسية التي يتلقاها أولاً مما يسهم كثيراً في أن تؤدي مثل هذه البرامج المتقدمة بشاؤها المرجوة . ويضيف كوجل وكوجل (١٩٩٦) Koegel & Koegel أن هناك نوعاً آخر من البرامج التي يتم تقديمها هؤلاء الأطفال تعمل على تحسين التواصل مع الآخرين من جانبهم سواء كان ذلك التواصل لفظياً أو غير لفظي. وتعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير المرغوبة ، وتؤدي بالتالي إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية هؤلاء الأطفال . ويمكن أن يشترك الأقران في تلك البرامج ، كما يمكن أن يشترك فيها أيضا أعضاء من أسر هؤلاء الأطفال .

ومن الجدير بالذكر أن هناك برامج علاجية تقوم على استخدام بعض العقاقير في هذا الصدد، وقد قامت دراسات عديدة بفحص أثرها، ولكننا يجب أن نوضح هنا أن مثل هذه العقاقير لا تؤثر على اضطراب التوحد أو أعراضه أو تحد منها، ولكنها تستخدم لعلاج بعض المظاهر التي قد ترتبط بهذا الاضطراب كالانشطام الزائد مثلاً حيث أوضحت دراسة كويتانا وآخرين (١٩٩٥) Quintana et al. أن العلاج الطبي الذي تم إعطاؤه للأطفال التوحدين عينة الدراسة قد أدى إلى الحد من نشاطهم الزائد الذي كانوا يعانون منه. كما أنه قد أدى أيضاً كما أوضحت دراسة جوردون وآخرين (١٩٩٣) Gordon et. al. إلى الحد من الطغوس القهريّة التي تعكسها سلوكياتهم التي كانوا يأتون بها.

أما في الوقت الراهن فإن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحدين تعتمد كما يرى نيوسوم (١٩٩٨) Newsom على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تقديم الإرشاد والتدريب اللازم للوالدين في هذا الإطار. ومن هذا المنطلق يثار سؤال أساسي بناء على ذلك موداه أنه إذا كان اضطراب التوحد يعد اضطراباً عقلياً معرفياً واجتماعياً في جوهره وتكمن خلفه أسباب بيولوجية في الأغلب والأعم فلماذا إذن نتمتع في علاجنا له أو الحد من آثاره السلبية على البرامج السلوكية وبرامج تدريب الوالدين؟

وللإجابة عن هذا السؤال يسوق كندال (٢٠٠٠) Kendail حالة هيلين كيرل Helen Ketter حيث كانت كفيفة وصماء منذ ميلادها ، ومع ذلك تعلمت أن تتحدث وتكتب من خلال أساليب بديلة تماماً عن تلك التي تستخدم مع كفيف البصر أو الصمم إذ تعلمت ذلك من خلال التدريب مثلما يحدث في البرامج السلوكية مع أن مشكلتها لم تكن سلوكية، ولم يكن سببها سلوكياً حتى تستخدم علاجاً سلوكياً لها. ومن هنا المنطلق يكون من المناسب، بل ومن الأفضل أن تستخدم إجراءات تعديل السلوك مع الأطفال التوحدين حتى تتمكن من الحد من أي سلوك غير مرغوب اجتماعياً يمكن أن يأتوا به ، أو حتى تتمكن من تعليمهم القيام بأي سلوك

بعد مرغوباً من الناحية الاجتماعية. هذا إلى جانب أن الوالدين هما الأكثر قرباً من الطفل والأكثر احتكاكاً به والأكثر تلبية لاحتياجاته ، وهما اللذان يضطلعان بمسئولية تربيته ، ومن ثم فإن تدريبهما على كيفية التعامل معه ، وكيفية تعديل سلوكه ، وإكسابه سلوكيات مرغوبة يعد أمراً ضرورياً في هذا الصدد .

وهناك مسألة أخرى في سبيل رعاية هؤلاء الأطفال بنأت بعض الدول في أوروبا وأمريكا تأخذ بها ، ويتمثل ذلك في إمكانية دمج mainstreaming هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بالمدرسة كما هو الحال بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً. وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً ولكنه يكون دمجاً جزئياً وخاصة في حصص النشاط . ويرى زيجموند وببكر (١٩٩٥) Zigmund & Baker أن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم في نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة به . ويضيف ميسيوف وشيا (١٩٩٦) Mesibov & Shea أن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل يحقق العديد من الانعكاسات الإيجابية التي يمكن أن تعود بالفائدة المرجوة عليهم، والتي يمكن أن تسهم في تحقيق العديد من الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها في هذا الصدد . ومن أهم ما يمكن أن يثله الدمج من مردود إيجابي على هؤلاء الأطفال التوحديين وفقاً لما كشفت عنه تلك الدراسات التي تناولت هذا الموضوع ما يلي :

- ١- أنه يمكن أن يزيد مما يتوقع المعلمون منهم أن يقوموا به .
- ٢- أنه يزيد من فرص نمذجة التطور أو النمو السوي لمختلف المهارات أو القدرات من جانب أقرانهم .
- ٣- أنه يزيد من فرص التعلم أمامهم .
- ٤- أنه يمكن أن يزيد في الوقت ذاته من تقديرهم لذواتهم .
- ٥- أنه كلما كانت المجموعة أقل عدداً زادت استفادة الأطفال التوحديين من فرص التعلم التي تتاح أمامهم .

وإذا كان الاتجاه السائد في رعاية هؤلاء الأطفال يتمثل في ذلك الاتجاه الذي يعتمد على البرامج السلوكية فإن مثل هذه البرامج تركز في الأسس على توجيه التصور السلوكية أو الإفراط الذي قد يبدو من جانبهم في تلك الجوانب، وذلك من خلال استخدام المززات التي تعمل كمدعمات للسلوك أى من خلال استخدام التعزيز على أسس ثابتة. وغالباً ما تهدف تلك البرامج إلى تعليمهم المهارات اللازمة للتعلم والاستعداد له، والسلوك الاجتماعي، ومهارات التواصل حيث يتمكن هؤلاء الأطفال في الغالب من خلال تدريبهم على مثل هذه البرامج أن يتعلموا بعض المهارات الاجتماعية البسيطة التي يصبح بمقدورهم من خلالها الاندماج مع الآخرين، والتفاعل معهم، والإقبال عليهم، والاهتمام بهم، والتواصل معهم، كما يقل بالتالي انسحابهم من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، ويقل سلوكهم العدواني تجاه الآخرين، أو سلوك إيذاء الذات من جانبهم وهو الأمر الذي يؤكد فعالية مثل هذه البرامج في هذا الصدد.

ويتمثل تحسین المستوى اللغوي هؤلاء الأطفال، أو تطوير فهم اللغوي هدفاً جوهرياً في تلك البرامج السلوكية. وعند استخدام تلك البرامج لذلك الغرض فإن التدريب هنا يجب أن يتبع تسلسلاً معيناً وذلك على النحو التالي :

- ١- يقوم الطفل بالنطق بالكلمة المحددة إذا كان يعرفها، أو يردد تلك الكلمة وراء الباحث أو الوالد أو المعلم إذا كان لا يعرفها، أو يمكن له أن يسمعها من خلال جهاز تسجيل ثم يرددها بعد ذلك.
- ٢- تتم مكافأة الطفل عندما ينطق بأى كلمة مع العلم بأن تعلم الطفل لكلمة واحدة قد يستغرق بعض الوقت، لكن المهم هنا أنه مع تعلم الطفل نطق أى كلمة علينا أن نقوم بمكافأته على ذلك.
- ٣- يجب أن تتنوع المكافآت التي يحصل عليها الطفل، وأن تختلف من طفل إلى آخر وذلك وفقاً لما يفضله كل منهم. ويمكن أن يتحدد ذلك من خلال معرفتنا هؤلاء الأطفال وما يفضلونه أو يميلون إليه.

٤- يجب أن تعطى المكافأة للطفل إذا نطق بالكلمة عقب محاولة الباحث أو الوالد أو المعلم أن يجعله يقوم بذلك من خلال إشارة تهدف إلى تذكيره بما يتخى عليه أن يفعل. كما يجب ألا تعطى له مكافأة في أي موقف دون ذلك حتى يتحقق هدف البرنامج.

٥- تعطى المكافأة للطفل إذا اقترب من النطق الصحيح للكلمة التي تتطلب منه أن ينطق بها ، وتعد هذه النقطة أساسية لأنه من المنطقي أن يقترب الطفل من النطق الصحيح للكلمات معينة، وأن ينطقها بلغته الطفولية وليس مثل الكبار.

٦- يمكن للباحث أو الوالد أو المعلم أن يستخدم النمذجة، والمكافأة في سبيل تعليم الطفل النطق الصحيح للكلمات إلى جانب تعليمه بعض المهارات اللغوية ذات الأهمية في هذا الصدد وهو ما يمكن أن يساعده على تحقيق قدر من التواصل.

ولا يخفى علينا أن مثل هذا الأمر يتطلب المزيد من الوقت والجهد وللثابرة حتى يتسنى للطفل الاستجابة لفظياً، وتكوين بعض الجمل البسيطة التي يمكنه بمقتضاها أن يدخل في حوارات ومناقشات بسيطة ، ويمكن بالتالي من التواصل مع المحيطين به .

ومن أشهر الطرق التي تستخدم مع هؤلاء الأطفال في هذا الصدد تلك الطريقة التي قدمها لوفاز (١٩٨٧) Lovaas بجامعة كاليفورنيا California والمسماة بالطريقة المكثفة intensive والتي تعتمد على تدريب الطفل لمدة أربعين ساعة في الأسبوع على أن يتولى كل مدرب مسئولية طفل واحد فقط . أما الطريقة الثانية فهي الطريقة الممتدة أو العادية extensive والتي تشبه الطريقة الأولى باستثناء عدد الساعات الأسبوعية حيث يصل عدد الساعات التي تعتمد عليها إلى عشر ساعات فقط أسبوعياً. وبالنسبة للفترة الزمنية المخصصة للبرنامج والذي يبدأ قبل أن يبلغ الطفل ثلاثة وعشرة أشهر فتستمر حتى إلحاقه بالمدسة لأنه يتم إعداده للتعليم من خلال تنمية مهاراته قبل الأكاديمية وإعداده للمدرسة . هذا وقد كشفت الدراسات التي

استخدمت هاتين الطريقتين مع هؤلاء الأطفال أن الطريقة الأولى أفضل في نتائجها وأكثر فاعلية قياساً بالطريقة الثانية . ويرجع السبب في طول الفترة المخصصة للبرنامج في أنه يهدف إلى تنمية المهارات قبل الأكاديمية لدى الطفل وإعداده للمدرسة . ويمكن أن تستخدم كلتا الطريقتين لتحقيق أهداف أخرى لكن الوقت المخصص لكل برنامج يقل عن ذلك بكثير جداً . وحديثاً بالذكر أن برنامج لوفاز يركز على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم إكسابه الخبرات والمهارات المختلفة . ويتطرق البرنامج بعد ذلك إلى غرس مهارات أكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين matching وتقليد نطق أو كتابة الكلمات، والجمل، والأرقام مما يساهم في إكساب الطفل المهارات الاجتماعية، والتواصل . كما يهتم البرنامج أيضاً بالتطبيق العملي للأنشطة المختلفة في المواقف الطبيعية المختلفة .

ومن جانب آخر فإن هناك برنامج آخر يستخدم كذلك على نطاق واسع يتمثل في البرنامج العلاجي والتربوي للأطفال التوحدين ومن يعانون من إعاقات التواصل المرتبطة Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children TEACH وهو البرنامج الذي أعدته سكولر Schopler منذ أوائل سبعينيات القرن الماضي لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل، ومعالجة نواحي القصور التي يعاني منها، والعمل على تقديم تأهيل متكامل للطفل يتناول نواحي القصور التي يسببها اضطراب التوحد، وإعطاء أولوية للعلاج للتعرف السلوكي، والاهتمام بالوسائل البصرية والثيرات البصرية عامة، والعمل على تنمية مهارات الحياة اليومية، والمهارات الاجتماعية من خلال الثيرات البصرية . وإلى جانب ذلك هناك برنامج آخر هو برنامج خبرات التعلم (Learning Experiences (LEAP) يتم تقديمه للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وهو كبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامه مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردي مثل برنامج لوفاز . ويقوم هذا البرنامج على خمسة أسس هي :

١- التدخل المبكر .

٢- التعاون بين المدرسة والأسرة والمجتمع لتنفيذ برنامج تدريبي مكثف .

٣- تعلم المهارات المختلفة من الأطفال العاديين حيث يقوم البرنامج على مبدأ الدمج وذلك لثلاثة أطفال توحدين مع عشرة أطفال عاديين ليضم الفصل بذلك ١٣ طفلاً .

٤- تنمية مهارات الطفل من خلال التخطيط الجيد لبرنامج تعليمي فردي أى في ضوء حاجات الطفل وقدراته .

٥- الاعتماد على أنشطة منهجية في تنمية مهارات الطفل وقدراته .

ومن ناحية أخرى هناك ثمة برنامج آخر يعد من أوسع البرامج للحدیثة انتشاراً هو برنامج لتحقيق التواصل بنظام تبادل الصور Picture Exchange Communication System PECS الذى أعمده بوندى فرومست Bondy Frost عام ١٩٩٤ للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور لغوي حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع المدرس أو الوالد الذى يتواصل معه، ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التى تتضمن ما يريد أن يفعل، والبطاقة التى كتب عليها " أنا أريد " ، مثل " أنا أريد " ثم صورة لطفل يأكل وذلك إذا كان الطفل يريد أن يأكل، علماً بأنه لن يحصل على ما يريد إلا بعد أن ينطق بالعبارة التالية " أنا أريد أن أأكل " ولو تم ذلك بعد العديد من المحاولات . ويقوم هذا البرنامج على أنشطة تواصلية مناسبة مع استخدام التعزيز أو التعزيز، والتصحيح الفوري للأخطاء، والتعميم إلى جانب التشكيل، والتلفيز، والتسلسل العكسي، والتلاشي . ويمكن استخدام مثل هذه الصور في الفصل أيضاً بفرض تنمية مفهوم الإدراك الحسى البصرى والسمعى، وتنمية الوعى بعناصر البيئة، والتفاعل بين الطفل وبين تلك البيئة .

وتتمثل أحدث الإمبراطيحات المستخدمة في هذا الصدد كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٢ - أ ، ب ، ٢٠٠١ - أ) في جدول النشاط المصورة وهى تلك الجداول

التي يأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوي كل منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أدائه . ولكل نشاط مكونات خمسة تتمثل في إمساك الطفل بالجدول وفتحه ، ثم قلب الصفحة والوصول إلى الصورة المستهدفة والإشارة إليها ويجب أيضاً على الطفل أن يضع إصبعه على تلك الصورة ويسمى ما بها من أدوات إذا كان يعرفها أو ينتظر الوالد أو الباحث أو المعلم ليسمى له كلاً منها ثم يقوم هو بتدريب تلك الكلمات وراءه . وتتمثل المكونات الثالث في إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط الذي تعكسه الصورة ، ثم أداء هذا النشاط والانتهاء منه والذي يمثل المكون الرابع ، أما خامس تلك المكونات وآخرها فيتمثل في إعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلي الذي أخذت منه من قبل . وعند تعاميم الطفل استخدام مثل هذه الجداول وإتباعها يجب أن يتم تدريسه على تلك المهارات اللازمة لذلك حتى يتمكن من استخدامها بسهولة، وهناك في الواقع ثلاث مهارات تعد ضرورية حتى يتمكن الطفل من استخدام مثل هذه الجداول، وأداء تلك الأنشطة المتضمنة . وتتمثل هذه المهارات فيما يلي :

١- التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية .

٢- التعرف على الأشياء المشابهة، وإدراكها، وتمييزها .

٣- إدراك التماثل بين الصورة والموضوع أو الشيء الذي تشير إليه .

وتتمثل الأهداف الرئيسية التي نسعى إلى تحقيقها من خلال استخدام هذه الجداول في ثلاثة أهداف أساسية تسهم بدرجة كبيرة في التغلب على بعض نقاط الضعف التي يتسم بها الطفل التوحدي، كما يمكن أن تساعد على تحقيق قدر معقول من التطور المنشود . وتتمثل هذه الأهداف فيما يلي :

١- تعليم الطفل السلوك الاستقلالي .

٢- إتاحة مدى أوسع من الاختيار أمامه .

٣- تدريبه على التفاعلات الاجتماعية .

وبالإضافة إلى ذلك يمكننا أن نقوم باستخدام مثل هذه الجداول في سبيل تحقيق بعض الأهداف الأخرى التي يمكن أن نحدها فيما يلي :

- ١- تعليم الطفل مهارات معينة تعد ضرورية للقيام بأنشطة محددة .
- ٢- إكسابه بعض السلوكيات المرغوبة .
- ٣- الحد من بعض السلوكيات غير المرغوبة اجتماعياً .

وإذا كانت كل هذه الأمور تعمل بما لا يدع مجالاً للشك على مساعدة الطفل كي يتمكن من الاندماج مع الآخرين فإن جداول النشاط المصورة يمكن أن تستخدم بذلك في سبيل التعديل السلوكي لحواء الأطفال ، ومن ثم فهناك العديد من إجراءات تعديل السلوك تستخدم بغرض تعليم تلك الجداول للطفل وتدريبه عليها، إضافة إلى أن الإجراءات الخاصة بها كاستراتيجية تعمل جميعها في سبيل تعديل سلوك الأطفال ومساعدتهم على الاندماج في المجتمع حيث يمكن للطفل عندما يجيد استخدام هذه الجداول أن يؤدي النشاط المطلوب دون أن يحصل على أي مساعدة من أحد الراشدين ، ويصبح بإمكانه أن يساعد في الأعمال المنزلية، أو في تلك الأعمال التي يتضمنها اليوم المدرسي العادي إلى جانب إمكانية أن يقيم علاقات مع الآخرين، وأن تنشأ بينه وبينهم تفاعلات اجتماعية ناضجة ، وإلى جانب ذلك يمكن استخدام تلك الجداول أيضاً في سبيل تعليم الطفل أو حتى المراهق بعض الأعمال المهنية البسيطة وهو الأمر الذي يجعل مثل هذه الاستراتيجيات أهميتها في تحقيق التأهيل اللازم لحواء الأطفال بما في ذلك تحقيق قدر ما من التأهيل المهني، كما يمكن من جانب آخر عرض مثل هذه الجداول والتدريب عليها من خلال الكمبيوتر، أو استخدام برنامج كمبيوتر ناطق لهذا الغرض .

ويشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) إلى أنه يمكن استخدام تلك الاستراتيجية التي قدمتها كارول جراي Gray والتي تعرف بالقصص الاجتماعية social story والتي قمنا

بالحفاظ على كل أركانها مع تحويلها إلى قصص اجتماعية مصورة تعمل في المقام الأول على تنمية المهارات الاجتماعية، والمعرفة للطفل، وقدرته على التفاعل الاجتماعي. وهذه القصص بشكلها الجديد تعمل في كل منها على نقل حكاية كاملة للطفل حيث يقوم الباحث أو الوالد أو المعلم بقص القصة على الطفل من خلال مجموعة الصور المتضمنة التي توفى في مجملها تلك القصة الشاملة، ثم يطلب من الطفل أن يقوم بعد ذلك بقص تلك القصة من خلال استعراض الصور التي توفىها مع وجود الأنواع الأربعة من الجمل أو العبارات ذات الأهمية في هذا الصدد، وهي :

١- الجمل الوصفية أو التصويرية descriptive التي تصف السلوكيات المختلفة، وما يقوم به مختلف الأفراد في شتى المواقف.

٢- الجمل التوجيهية directive التي توجه نظره إلى ما يجب عليه القيام به، أو توجهه إلى السلوك الاجتماعي المناسب أو المرغوب.

٣- الجمل المنظورية perspective التي تتناول استجابات الآخرين لمواقف معينة حتى يتعلم الطفل السلوك الاجتماعي المرغوب.

٤- الجمل التنظيمية control التي تحدد استراتيجيات معينة يمكن أن يستخدمها الفرد لتنشيط الفكرة، وفهم القصة، ومفزاها. وعادة ما تضاف تلك الجمل إلى القصة الاجتماعية بعد قرائها، ومن أمثلتها: أن صفارة غلاية الماء التي تعلن عن غليان الماء وإمكانية حمل الشاي عادة ما تذكرنا بمرس المدرسة الذي يعلن انتهاء الفسحة، وهكذا.

أما تدريب الوالدين أو إرشادهما إلى كيفية التصرف مع أطفالهما التوحدين أو حتى المتخلفين عقلياً فيركز في الغالب على الحد من تلك السلوكيات الفوضوية أو حتى الخطيرة التي تصدر عن هؤلاء الأطفال سواء في المنزل أو المدرسة. كما أن هناك هدفاً آخر لهذا التدريب يتمثل في إمكانية أن يقوم هؤلاء الأطفال بتعميم ما تتربوا عليه وذلك على مواقف أخرى مشابهة غير تلك التي تتربوا خلالها بطبيعة الحال على

الحد من هذا السلوك أو ذلك مع تسليمتنا بأن هذا الهدف ليس هيناً، وقد لا يتحقق حيث ينبغي أن نتعامل مع كل موقف بشكل مستقل. كذلك فمن الأهداف الأخرى التي نشدد تحقيقها في هذا الصدد الحد من سلوك أو آخر يمكن اعتباره فوضوي أو عظيم مع الاعتراف والتسليم من جانبنا بأن هذا ليس بالأمر اليسير أو المثير. ولدى جانب ذلك يمكن أن يقوم الوالدان أيضاً بالتدريب اللغوي هؤلاء الأطفال وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى تحسين مستوى تفهم اللغوي، وما يتضمنه ذلك من زيادة حصيلتهم اللغوية، وزيادة احتمال قيامهم باستخدام هذه المفردات اللغوية في سياقات اجتماعية مختلفة. ومن ثم يمكن أن يصبح بإمكان هؤلاء الأطفال إجراء حوارات ومبادرات مختلفة مع أقرانهم وهو ما يساعد إلى حد كبير في زيادة كم علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين، وتفاعلاتهم معهم، وتحسين كيف تلك التفاعلات إلى جانب ذلك.

ومن ناحية أخرى فإن تدريب الوالدين يمكن أن يتضمن قيامهما بمواجهة تلك المشكلات الانفعالية التي تواجه أطفالهما، والعمل على تلبية احتياجاتهم حيث بعدان هما كما أوضحنا من قبل الأكثر احتكاكاً بهم، والأكثر تلبية لاحتياجاتهم. وما لا شك فيه أن مواجهة مثل هذه المشكلات من شأنه أن يسهم بشكل مباشر وفعال في تخفيف العديد من العقبات التي قد تحول دون اندماج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة معهم.

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الإجراءات والفنيات التي يمكن أن تتضمنها برامج تدريب الوالدين من بينها المحاضرة، والمناقشة، وما يتطلبه ذلك من قراءات متعددة في الموضوع وهو ما تتضمنه كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٠ - ب) إستراتيجية التعليم النفسي psychoeducation . كما قد تتضمن أيضاً فنية لعب الدور، وعكس الدور بحيث يقوم كل عضو في الأسرة بدور معين ثم يتم بعد ذلك تبديل تلك الأدوار وهي كما نعلم تعد من الفنيات التي تتضمنها المسكودراما. وإلى جانب ذلك هناك الزيارات للعولية من جانب الأخصائيين والمدرسين، واستكمال

الإرشاد في الموقف الأسرية الفعلية . ولا يخفى علينا أن مثل هذه البرامج يجب أن تتضمن فنية هامة هي فنية النمذجة حيث يقوم أحد الوالدين بنمذجة السلوك المرغوب للأطفال ثم يقوم الأطفال بتقليد ذلك السلوك والقيام به من تلقاء أنفسهم مع قيام الوالدين بتصويب الأخطاء أولاً بأول إلى جانب تعزيز السلوك الإيجابي، وإعطاء مكافآت للأطفال .

هنا وقد قمنا باستخدام وتطبيق برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في سبيل الحد من السلوك الانسحابي هؤلاء الأطفال (عادل عبدالله ٢٠٠٦ - ج) واستخدمنا فيه إلى جانب بعض هذه التقنيات إستراتيجية التحصين التدريجي ضد الضغوط ، والتدريب على حل المشكلات إلى جانب الواجبات للثريّة وذلك في كل جلسة كتدريب على ما تم التدريب عليه أثناء الجلسات وتطبيقه على مواقف فعالية للأطفال . كما قمنا أيضاً باستخدام هذا الأسلوب في إرشاد والدي الأطفال المتخلفين عقلياً لمتابعة تدريب أطفالهم هؤلاء على استخدام جدول النشاط المصورة في سياقات أسرية في سبيل تحسين مستوى تفاعلهم الاجتماعية (عادل عبد الله والسيد فرحات ٢٠٠١) . وتم استخدام المحاضرة، والمناقشة، والنمذجة إلى جانب الإحراجات للمتبعة مع جدول النشاط المصورة .

وعند تدريب الوالدين على استخدام تلك البرامج التي تعمل على تنمية مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال يجب أن يكون هناك تركيز على استخدام التواصل البصري أو ما يعرف بالتلاحم بالعين eye contact وعلى ذلك يجب أن يتضمن البرنامج ضرورة مكافأة الطفل حال قيامه بالتواصل البصري حيث أن مثل هذا الأمر من شأنه أن يؤدي إلى تحسين السلوك الاجتماعي واللعب والمحدث .

ومع ذلك فإن البرامج التي يتم تقديمها للوالدين قد لا تأتي في بعض الأحيان كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall بتأجيل مباشرة ، ولا تصل نتائجها إلى ما نرتقده وذلك بالنسبة لسلوك الطفل التوحدي إذ أنها قد لا تؤدي إلى اكتساب السلوك

المطلوب بالشكل المرغوب ، أو أنها قد لا تؤدي إلى الحد من السلوك غير المرغوب اجتماعياً بالدرجة التي نحبها. ولكننا في مثل هذه الحالات لا يمكن أن نقول أن مثل هذه البرامج لم يكن لها فائدة، أو أنها قد أضرحت غير ذات جدوى حيث أنها تعد في واقع الأمر ذات أهمية إذ نلاحظ أنه على الرغم من عدم حدوث التغيير المطلوب في سلوك الطفل فإن تلك البرامج تعمل على تلطيف جو المنزل، وتحسين البيئة الأسرية إلى الدرجة التي قد تمنع شعور الوالدين باليأس من جراء سلوك طفلتهما، أو حتى شعورها بالاحترق النفسي وهو أمر في غاية الأهمية حتى يتمكن الوالدين من استكمال المسيرة، والمحاولة من جديد لعل الأمر في هذه المرة يكون أفضل من المرة السابقة ويظهر أثر تلك البرامج واضحاً على سلوك الطفل.



المراجع

- ١- حسني إحسان حلوان (١٩٩٦)؛ المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة أم القرى بمكة المكرمة.
- ٢- سميرة عبداللطيف السعد (١٩٩٧)؛ معاناتي والتوحد، ط٢- الكويت، ذات السلاسل.
- ٣- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال اللوهويون ذوو الإعاقات، القاهرة، دار الرشاد.
- ٤- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣)؛ تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جدول النشاط المصورة: دراسات تطبيقية، القاهرة، دار الرشاد.
- ٥- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣ - أ)؛ الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.
- ٦- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢ - ب)؛ جدول النشاط المصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة، دار الرشاد.
- ٧- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١ - أ)؛ جدول النشاط المصورة كإحدى إستراتيجيات تربية الطفل ذي الحاجات الخاصة، مؤتمر الطفولة العربية، الواقع والمستقبل - مركز دراسات الجنوب بجامعة جنوب الوادي بالأشتراك مع المركز العربي لتعليم والتنمية، الفردقة ٢٩-٣١/١٠.

- ٨- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- ب)؛ بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحديين وأثرهم المعاقين عقلياً، دراسة تشخيصية مقارنة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، م١١، ع ٣٢ .
- ٩- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- ج)؛ فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأطفال التوحديين في الحد من السلوك الانسحابي طولاء الأطفال. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ع ١٤ .
- ١٠- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- د)؛ مقاييس الطفل التوحدي. القاهرة، مكتبة الأملو المصرية.
- ١١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠- أ)؛ فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد السادس.
- ١٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠- ب)؛ العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة، دار لرشاد.
- ١٣- عادل عبدالله محمد (١٩٩٢)؛ التمر العقلي للطفل. ط٢- القاهرة، الدار الشرقية.
- ١٤- عادل عبدالله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠١)؛ إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليتهم في تحسين مستوى تفاعلهم الاجتماعية. المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ٤-٦/١١ .
- ١٥- عادل عبدالله محمد ومنى خليفة حسن (٢٠٠١)؛ فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحديين. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد الثامن.

- ١٦- عبد الرحيم إقيت عبد الرحيم (١٩٩٩)؛ الطفل التوحدي (المجلد: الاستشراري)، القياس والتشخيص الفارق، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ١٠- ١٢ / ١١ .
- ١٧- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤)؛ خصائص أداء الأطفال للمصابين بالترحدية (الأوتيسية) على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال. مجلة معوقات الطفولة بجامعة الأزهر، م ١٣ ، ع ١ .
- ١٨- محمد على كامل (١٩٩٨)؛ من هم ذوي الأوتيزم وكيف نخدمهم للتخرج، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٩- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩)؛ للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD- 10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية؛ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.
- ٢٠- نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠)؛ الطفل التوحدي في الأسرة. الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع.

- 21.Aaron, M.&Gittens, T.(1992); The handbook of autism: A guide for parents and professionals. New York: Routledge.
- 22.American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM- 1V, Washington,DC: author.
- 23.Autism Society of America (1999) ; What is autism? USA,Bethesda, MD.
- 24.Bauminger,N.& Kasari,C.(1999); Theory of mind in high-functioning children with autism.Journal of Autism and Developmental Disabilities, v29, n1.

25. Bootner, L. et al. (1995); Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. *Behavioral Disorders*, v21, n1.
26. Borden, M.C. & Ollendick, T.H. (1992); The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A.E. Kazdin (eds.); *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
27. California State Department of Developmental Services (1999); Changes in the population of persons with autism and pervasive developmental disorders in California's developmental services system: 1987 through 1998. A report to the legislature. Sacramento, California, CA.
28. Center for Disease Control and Prevention (1999); *Autism: causes, prevalence, and prevention*. Washington, DC., Medical Knowledge Systems, Inc.
29. Dennis, Maureen et al. (1999); Intelligence patterns among children with high-functioning autism, phenylketonuria, and childhood head injury. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v29, n1.
30. Detroit Medical Center (1998); *Autism: causes and symptoms*. Detroit, Medical Knowledge Systems, Inc.
31. Dorman, Ben & Lefever, Jennifer (1999); *What is autism?* Bethesda, MD, Autism Society of America.
32. Dunlap, Glen & Pierce, Mary (1999); *Autism and autism spectrum disorder (ASD)*. New York: The Council for Exceptional Children.
33. El-Ghoroory, Nabil H. & Romanczyk, Raymond G. (1999); Play interactions of family members towards children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v29, n3.
34. Gillson, Sharon (2000); *Autism and social behavior*. Bethesda MD., Autism Society of America.

35. Gordon, C.T. et al. (1993); A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Archives of General Psychiatry*, v50.
36. Haack, M. et al. (1995); Social imitations by autistic children to adults and other children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 3.
37. Herbert, Martin (1998); *Clinical child psychology: Social learning development and behavior*. 3rd ed., UK, Chichester.
38. Kendall, Philip C. (2000); *Childhood disorders*. UK, East Sussex; Psychology Press Ltd, Publishers.
39. Koegel, R.L. & Koegel, L. (1996); *Teaching children with autism: strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*. Baltimore: Paul H. Brooks.
40. Lord, C. & Rutter, M. (1994); Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter & L. Herov (eds.); *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.
41. Lovaas, O.I. (1987); Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 55, n 1.
42. Mesibov, G.B. & Shea, V. (1996); Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v26, n 2.
43. Newsom, C. (1998); *Autistic Disorder*. In E. Mash & R. Barkley (eds.); *Treatment of childhood disorders*. 2nd ed., New York: Guilford Press.
44. Newsom, C. & Hovanitz, C. (1997); *Autistic disorder*. In E. Mash & L. Terdal (eds.); *Assessment of childhood disorders*. 3rd ed., New York: Guilford Press.
45. Quintana, H. et al. (1995); Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 2.

46. Rutter, M. et al. (1994); Autism and Known medical conditions. Myth and substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 35, n 2.
47. Schreibman, L. & Koegel, R. (1996); Fostering self-management: Parent delivered pivotal response training for children with autistic disorders. In E. Hibbs & P. Jensen (eds.); *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
48. Smith, M. et al. (1995); A guide to successful employment for individuals with autism. Baltimore: Paul H. Brookers Publishing Co.
49. Stone, W. et al. (1999); Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 40, n 2.
50. Trepagnier, Cheryl (1996); A possible origin for the social and communicative deficits of autism. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, v 11, n 3.
51. Volkmar, F.R. (1996); Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 26, n 1.
52. World Health Organization (1992); *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guide lines*. Geneva, author.
53. Zigmond, N. & Baker, J.M. (1995); Concluding comments: Current and future practices in inclusive schooling. *Journal of Special Education*, v 29, n 2.
54. Zoccolillo, M. (1993); Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, v 5, n 1.



الفصل الرابع

متلازمة أعراض داون

مُتلازمة

تعد زمنة أو متلازمة داون Down's syndrome شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية، كما تعد حالة وليست مرضاً أو اضطراباً. وتنتج هذه الحالة في الأساس من شذوذ كروموزومي ينشأ عن خلل أو شذوذ في انقسام الخلايا سواء قبل الحمل أو بعد حدوثه، وسواء كانت تلك الخلايا أكثرية أو ذكورية مما يؤدي إلى وجود كروموزوم إضافي في الكروموزوم رقم ٢١ على أثر ذلك، وبالتالي يصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً في الوضع الطبيعي ليصبح بذلك عدد الكروموزومات في الخلية الواحدة ٤٧ بدلاً من ٤٦، ومع انقسام الخلايا تصبح خلايا الجسم جميعها كذلك حيث يعتبر ذلك الأمر بمثابة نسخ وتكرار لتلك الخلايا. وتعرف مثل هذه الحالة بالخلل أو الشذوذ الكروموزومي في الكروموزوم رقم ٢١ (Trisomy 21) وهي الحالة التي تأخذ ثلاثة أنماط مختلفة مما يجعل هناك ثلاثة أنماط لمتلازمة داون.

ومن أكثر وأهم الآثار التي تترتب على هذه الحالة حدوث قصور في الأداء الوظيفي العقلي تقل معه نسبة ذكاء الطفل لتصبح في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط، ونادراً جداً ما نجد أطفالاً من ذوى هذه المتلازمة في فئة التخلف العقلي الشديد. كما أنه من المعروف في تلك الحالة أن هناك قصوراً هاماً بلازمها يتمثل في حدوث خلل أو قصور أو اضطراب ينتاب الغدة المشرقية thyroid gland فيتأثر بذلك إفرازها للهرمون الخاص بها والذي يعرف بالثيروكسين thyroxin الذي يعد ضرورياً للأداء الوظيفي العقلي كى يصل إلى المستوى العادي أو الطبيعي، وبالتالي فإن الأداء الوظيفي العقلي للأطفال من ذوى هذه المتلازمة يتأثر سلباً من جراء ذلك، كما تقل أيضاً نسبة ذكاوتهم على أثره.

ومن الجدير بالذكر أن هذا الأمر أي الخطأ الكروموزومي يؤثر سلباً على نمو المخ، وعلى نمو الجسم عامة مما يترتب عليه كما أسلفنا قصور في الأداء الوظيفي العقلي، وبطء في معدل أو سرعة نمو هولاء الأطفال في جوانبه المختلفة، وتتأثر مثل هذه الجوانب سلباً بدرجات متفاوتة من الناحيتين الكمية والكيفية وذلك قياساً بأفترام العاديين في نفس عمرهم الزمني، كما تتأثر قدراتهم ومهاراتهم المختلفة التي تتعلق بتلك الجوانب سلباً أيضاً، فتشهد بذلك قصوراً يختلف ويتباين في معدله من فترة إلى أخرى، وإلى جانب ذلك تبين عليهم سمات جسمية معينة تميزهم عن غيرهم من الأطفال. كذلك فإن مثل هذا الوضع الذي ينتج عن تلك الحالة يؤدي بالقطع إلى أوضاع أخرى خطيرة تؤثر سلباً على صحتهم ورفاهيتهم؛ بل وعلى حياتهم ذاتها إذ يترتب على ذلك إصابتهم بالعديد من الأمراض والاضطرابات المختلفة مما يجعلهم في حاجة إلى رعاية طبية مناسبة حتى يمكن الاستفادة مما تبقى لديهم من قدرات، وتتميتها وتطويرها في سبيل قيامهم في المقام الأول برعاية لذاتهم، ثم تعليمهم في إطار مدارس التربية الفكرية، أو حتى دمجهم مع أقرانهم العاديين في الفصول العادية، وتوجيههم مهياً عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة وذلك في ضوء ما يتسمون به من قدرات وإمكانات حتى تؤهلهم للحصول على عمل مناسب يتلاءم معهم ومع ظروفهم بشكل عام.

متلازمة داون

تعد متلازمة داون بمثابة حالة جينية تنتج عن حدوث خلل أو شذوذ كروموزومي حيث تتضمن كروموزوماً إضافياً في تلك الخلايا التي يتألف الجسم منها. ويذهب ماتيس (Matheis, 2002) إلى أن مثل هذا الكروموزوم الإضافي غالباً ما ينتج عن واحد من ثلاثة احتمالات تتمثل فيما يلي :

- ١- شذوذ في انقسام خلايا البويضة ovum قبل الحمل . before conception
- ٢- شذوذ في انقسام الخلايا التي يتضمنها الحيوان المنوي sperm قبل أن يتم الحمل .

٣- شذوذ في انقسام تلك الخلايا التي تتضمنها البريضة للملقحة fertilized egg بعد أن يتم الحمل .

وعلى الرغم من ذلك فإن السبب الذي يجعل هناك شذوذاً في انقسام الخلايا لا يزال غير معروف حتى الآن بالرغم من معرفة مثل هذا الكروموزوم الإضلاقي على وجه التحديد حيث يتمثل في الكروموزوم رقم ٢١ الذي يصور ثلاثياً أي يتضمن ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين فقط ليصبح بذلك إجمالي عدد الكروموزومات في الخلية الواحدة ٤٧ كروموزوماً وليس ٤٦ كما يحدث في الحالات العادية إذ يوجد لدى الفرد العادي ٢٣ زوجاً من الكروموزومات في كل خلية بحسبه يأتي نصفهم من الأب والنصف الآخر من الأم حيث من المعروف أن كل فرد ذكراً كان أم أنثى لديه ٢٣ زوجاً من الكروموزومات في الخلية يختص أحد تلك الأزواج بتحديد جنس الجنين X chromosome ويكون XX عند الأنثى بينما يكون XY عند الذكر . وإذا أخذ الجنين X من الأم و X من الأب فإنه يصبح أنثى، بينما إذا أخذ X من الأم و Y من الأب فإنه بذلك يصبح ذكراً. أما عند حدوث ذلك الخطأ الكروموزومي المشار إليه فإن هذا الكروموزوم الإضلاقي أو الزائد يعمل على تغيير مسار أو مضمار النمو العادي أو الطبيعي لكل من مخ الطفل وجسمه مما يؤدي إلى وجود سمات جسمية مميزة فيكون وجهه مسطحاً وعريضاً، وتكون أذناه صغيرتين وغريبتين الشكل؛ كما يكون فمه صغيراً كذلك، أما يده فتكونا عريضتين، وكذلك الخال بالنسبة لقدميه، ويكون ذراعيه ورجليه صغيرين قياساً بجذعه وهو الأمر الذي يمكن ملاحظته حتى عند ميلاد الطفل. ويلاحظ على تلك السمات ما يلي :

- ١- أن بعض هذه السمات وليس كلها يمكن أن توجد لدى الطفل العادي، وهذا لا يعني أنه يعاني من متلازمة داون حيث لهم هو وجود كل هذه السمات الجسمية لدى الطفل وانتعاجها معاً.
- ٢- أن هذه السمات تتباين في درجتها بين طفل وآخر، ولكنها توجد ككل لدى جميع الأطفال الذين يعانون من تلك المتلازمة.

٣- أن هذه السمات لا تؤدي إلى حدوث أى إعاقات جسمية للطفل .

وحدد بالذکر أن متلازمة داون تؤدي بالطفل إلى الإعاقة العقلية التي يتراوح مداها بين التخلف البسيط والمتوسط فقط . كذلك فإن العوامل التي ترتبط بها مثل التخلف العقلي، وارتفاع العضلات، والمشكلات المتعلقة بتجهيز المعلومات في المخ، وفقد السمع يمكن أن تؤدي جميعها وذلك عند تداخلها معاً إلى حدوث إعاقات نمائية للطفل. ولذلك فإن متلازمة داون كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٣) تعتبر هي أكثر الاضطرابات النمائية للأطفال شيوعاً، وتضم مثل هذه الاضطرابات النمائية ما يلي :

١- متلازمة داون . Down's syndrome

٢- اضطراب التوحد Autism والاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى .
other pervasive developmental disorders

٣- اضطراب الانتباه المنحوب بالنشاط الحركي المفرط . ADHD

٤- الشلل الدماغي . cerebral palsy

٥- الصرع . epilepsy

٦- انشقاق النخاع . spina bifida

٧- التعرض قبل الولادة للكحوليات والعقاقير الأخرى . fetal alcohol
and drugs

ويمثل كل من هذه الاضطرابات النمائية في جوهره مشكلة خطيرة تتضمن العديد من أوجه القصور التي تؤثر بالسلب على الأداء الوظيفي اليومي للأطفال؛ وعلى نموهم النفسي الاجتماعي الانفعالي، وعلى نموهم وقدراتهم العقلية المعرفية، كما أن التعرض قبل الولادة للكحوليات والعقاقير الأخرى يؤدي إما إلى اضطراب التوحد أو التخلف العقلي وهو الأمر الذي يجعل مثل هذه الاضطرابات في النهاية تأثيراً شديداً على هؤلاء الأطفال أنفسهم، وعلى أسرهم، وعلى المجتمع بأسره .

وعلى هذا الأساس فإن متلازمة داون في حد ذاتها ليست هي التخلف العقلي كما يعتقد البعض، وإنما هي حالة من حالات الإعاقة العقلية، وهي اضطراب نمائي يؤدي إلى حالات أخرى ترتب عليه وذلك كما يلي :

١- قصور في الأداء الوظيفي العقلي للطفل بحيث تصبح نسبة ذكائه في حدود التخلف العقلي إما البسيط أو المتوسط فقط.

٢- حدوث صعوبات تعلم تتراوح في شدتها بين المستوى البسيط إلى المستوى الشديد.

٣- وجود سمات جسدية معينة تميز الطفل عن غيره من الأطفال سواء من العاديين أو من فئات الإعاقة الأخرى.

٤- تعرض الطفل لبعض المشكلات الصحية والأمراض المتعلقة التي تترك أثراً سلبياً عليه.

ومما لا شك فيه أن هذه الحالة كانت تعرف قديماً بالمنغولية mongolism نسبة إلى الجنس المنغولي بآسيا Mongolia لأن الطفل يشبههم في شكله، إلا أن مثل هذا المصطلح قد أخذه البعض وخاصة المنغوليون على محمل آخر واعتبروه إهانة لهم، ومن هذا المنطلق لم يعد يستخدم في الوقت الراهن، واستخدم اسم متلازمة داون بدلاً منه. علماً بأن المصواب في كتابتها هو Down's syndrome وليس Down syndrome لأن داون Down نفسه، وأعين به الطبيب الإنجليزي جون لانغدون داون John Langdon Down الذي اكتشف هذه المتلازمة عام ١٨٦٦ عند دراسته للأطفال التخلفين عقلياً، وقرر أن أولئك الأطفال الذين يعانون منها يختلفون عن أقاربهم التخلفين عقلياً لم يكن هو شخصياً مصاباً بها، كما لها بطبيعة الحال ليست ملكاً له أو شيئاً خاصاً به حين نكتبها Down syndrome ولكنه هو الذي اكتشفها ولذلك يجب أن نكتبها Down's syndrome كما يفضل الأمر يكون من ناحية أخرى أن

يقولوا في هذا الصدد Down's child أو the Down's أو the Down children وإن كنا نحن نرى فيما يتعلق باستخدام مثل هذه المصطلحات أن البعض قد لا يرهقون أنفسهم بحتاً عن الحقيقة لأن الخطأ الشائع قد يكون في بعض الأحيان أفضل لهم وأيسر من الحقيقة الضائعة.

ومن الجدير بالذكر أن هؤلاء الأطفال يعدون كما ترى نانسي روبيرين (٢٠٠١) Roizen, N. أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب، وأمراض الجهاز الهضمي، كما أنهم نظراً لشكل وتركيب أذنانهم والجزء الأعلى من جهازهم التنفسي يعتبرون أكثر عرضة للعدوى والإصابة أو الأمراض التي يمكن أن تلحق بأذنانهم وجهازهم التنفسي. ومع ذلك فإنهم إذا ما وحلوا الرعاية المناسبة، والفرص المثالية للتعليم والتدريب يمكن أن تتحسن صحتهم، ويتحسن أداؤهم الاجتماعي، وقد يعيش بعضهم حتى يصل الخمسين وربما الستين من عمره.

وتضيف روبيرين (٢٠٠١) Roizen أن هناك ثلاثة أنماط رئيسية من متلازمة داون يمكن أن تعرض لها على النحو التالي :

(١) وجود كروموزوم إضافي في الكروموزوم رقم ٢١ : Trisomy 21

يضم هذا النمط حوالي ٩٥% من أولئك الأفراد ذوي متلازمة داون حيث يكون الكروموزوم رقم ٢١ لديهم ثلاثياً وليس ثنائياً أي يضم ثلاثة كروموزومات وليس اثنين، ونتيجة لهذا الكروموزوم الإضافي أو الزائد يصبح عدد الكروموزومات لديهم في كل خلية من تلك الخلايا التي تضمها أجسامهم ٤٧ وليس ٤٦ كما هو الحال في الوضع الطبيعي حيث بعد انقسام الخلايا بمثابة نسخ وتكرار للخلية الأم أي الأصلية في كل خلايا الجسم. وهناك احتمالان لمصدر هذا الكروموزوم الإضافي أو الزائد يتمثلان فيما يلي :

١- أن يأتي هذا الكروموزوم من البويضة الأنثوية، ويحدث ذلك تقريباً لدى

٩٥% من تلك الحالات التي تتعرض لهذا الأمر.

٢- أن يأتي هذا الكروموزوم من الحيوان المنوي وهو ما يحدث لدى ٥ ٪ فقط من مثل هذه الحالات تقريباً.

وجدير بالذكر أن هذا الخطأ الكروموزومي قد يحدث إما قبل الحمل، أو بعده أي أثناء تخصيب البويضة. كما أن احتمالات حدوث مثل هذا الخطأ الكروموزومي تزداد مع زيادة عمر الأم الحامل، وإن كان هذا الاحتمال يزداد بوجه عام عند الأم بعد الخامسة والثلاثين من عمرها إذ يزداد آنذاك احتمال حدوث الانقسام الخاطيء للكروموزومات من جانبها بداية من هذا السن.

(٢) انتقال جزء من الكروموزوم رقم ٢١ من موضعه إلى كروموزوم آخر :

Translocation

ويحدث هذا النمط لدى ٤ ٪ تقريباً من ذوى متلازمة داون، ويحدث مثل هذا الانتقال عندما يقوم جزء من الكروموزوم رقم ٢١ سواء كان مصدره من البويضة أو الحيوان المنوي، وسواء كان ذلك قبل أن يتم الحمل أو بعد حدوثه بالتوقف فجأة أثناء عملية انقسام الخلايا، ثم يتصل بكروموزوم آخر وينقل إليه، وغالباً ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم ١٤ ، وبذلك يظل العدد الكلي للكروموزومات بالخلايا ٤٦ أي يظل العدد من هذا المنطلق طبيعياً دون حدوث أي زيادة فيه. ويؤدي وجود هذا الجزء من الكروموزوم رقم ٢١ مع كروموزوم آخر إلى حدوث متلازمة داون بسماها وأعراضها المميزة. وعلى العكس من النمط السابق الذي يتصل في الزيادة الكروموزومية فإن الانتقال الكروموزومي الذي يمثلته النمط الحالي لا يزداد احتمال حدوثه بزيادة عمر الأم الحامل. ويضاف إلى ذلك أن الطفل في هذه الحالة ذكراً أو أنثى يكون حاملاً لمتلازمة داون أي أنها مثل سمة سائدة لديه، وبالتالي فإنه إذا ما أنجب أطفالاً بعد ذلك فإنه سوف ينقلها إليهم بالضرورة.

(٣) التسيفسالية أو تضاعف تركيب الخلايا : Mosaicism

ويحدث هذا النمط لدى ١% تقريباً من ذوى متلازمة داون، وفيه يحدث الشذوذ في انقسام الخلايا بعد أن يتم الحمل. ويتسم ذلك النمط بوجود تضاعف تركيب أو فيسيفسالي خلايا الجسم mosaic. يجمع بين الخلايا العادية والخلايا الشاذة بحيث تكون بعض خلايا الجسم عادية أى تضم ٤٦ كروموزوماً في حين يكون بعضها الآخر شاذاً أى يضم ٤٧ كروموزوماً بدلاً من ذلك. وعلى هذا الأساس إذا كان عدد الخلايا العادية يتفوق عدد الخلايا الشاذة تقل لدى الفرد تلك السمات الدالة على متلازمة داون، والعكس صحيح أى أن مثل هذه السمات تزداد بزيادة عدد الخلايا الشاذة. وإلى جانب ذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد يتمتعون بمستوى ذكاء أعلى من مستوى ذكاء أقرانهم في النمطين الأول والثاني من متلازمة داون، كما تقل لديهم للمشكلات الجسدية والصحية المختلفة التي يتعرض لها أقرانهم في النمطين السابقين.

نسبة انتشار متلازمة داون

تعد متلازمة داون من أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً في الوقت الراهن حيث تبلغ نسبة انتشارها على مستوى العالم كما تقرر الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (٢٠٠١) American Academy of Pediatrics واحد لكل مئاة حالة ولادة (١ : ٨٠٠) تقريباً، وهي نسبة ليست قليلة تحت أى ظروف، ولا يمكن الاستهانة بها أو التقليل من شأنها حيث تعد على العكس من ذلك وبكل المقاييس نسبة كبيرة. أما في الولايات المتحدة الأمريكية فيصل عدد الأطفال المئتين تم ولادتهم سنوياً وهم يعانون من هذه الحالة إلى ١٦٠٠ طفلاً وهو ما يعنى أن هذا العدد يضاف سنوياً إلى العدد الكلى لمثل هؤلاء الأفراد والذي يبلغ ٣٥٠ ألف شخص. ومن المعروف أن هذه الحالات يزداد حدوثها مع زيادة عمر الأم الحامل، أى أن احتمال حدوث الشذوذ الكروموزومى يزداد وفقاً لذلك. وعلى هذا الأساس فإن نسبة انتشار هذه الحالة إذا كان عمر الأم الحامل يتراوح بين ١٨ سنة إلى أقل من ٣٠ سنة تصل إلى حوالى واحد

لكل ٢١٠٠ حالة ولادة، أما إذا كانت الأم الحامل في العقد الرابع من عمرها أي في الثلاثينيات، بمعنى أن عمرها يتراوح بين ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة فإن عدد تلك الحالات يتزايد بشكل دال حيث تصل نسبة الانتشار إلى واحد لكل ألف حالة ولادة، بينما يزداد عدد مثل هذه الحالات بشكل أكثر دلالة، وتزيد بالتالي نسبة الانتشار بشكل مماثل إذا ما كان عمر الأم الحامل يزيد عن أربعين عاماً حيث تصل نسبة انتشار هذه الحالة آنذاك إلى واحد لكل مائة حالة ولادة، وهي نسبة مرتفعة للغاية بطبيعة الحال.

وتوضح الدراسات التي تم إجرائها في هذا الصدد أن هذه الاحتمالات تسير تقريباً وفقاً للمعدل التالي :

- ١- يبلغ المعدل واحداً لكل ٢١٠٠ حالة ولادة إذا كان عمر الأم الحامل يقل عن ٣٠ سنة.
- ٢- يصبح المعدل واحداً لكل ٤٠٠ حالة ولادة عندما يصل عمر الأم الحامل ٣٥ سنة.
- ٣- يصل المعدل إلى واحد لكل ٣٠٠ حالة ولادة إذا ما وصل عمر الأم الحامل ٣٦ سنة.
- ٤- يصير المعدل واحداً لكل ٢٣٠ حالة ولادة في عمر ٣٧ سنة للأم الحامل.
- ٥- يصل المعدل واحداً لكل ١٨٠ حالة ولادة في عمر ٣٨ سنة للأم الحامل.
- ٦- يصبح المعدل واحداً لكل ١٣٥ حالة ولادة إذا ما بلغت الأم الحامل ٣٩ سنة.
- ٧- يصير المعدل واحداً لكل ١٠٠ حالة ولادة عندما تصل الأم الحامل إلى سن الأربعين.
- ٨- أما في الثانية والأربعين من عمرها فيصل إلى واحد لكل ٦٠ حالة ولادة.

- ٩- في الرابعة والأربعين من عمرها يبلغ المعدل واحداً لكل ٣٥ حالة ولادة.
- ١٠- يصبح في السادسة والأربعين من عمرها واحداً لكل ٢٠ حالة ولادة.
- ١١- يبلغ المعدل واحداً لكل ١٦ حالة ولادة إذا ما وصلت الأم الحامل إلى ٤٧ عاماً.
- ١٢- يصل المعدل إلى واحد لكل ١٢ حالة ولادة عندما تصل الأم الحامل إلى ٤٩ عاماً.

ومن الجدير بالذكر أن هذه الحالة أى زملة أو متلازمة داون كما يذهب كل من هيرنانديز وبشير (١٩٩٦) Hernandez&Fisher لا ترتبط بأى من السلالة، أو العرق، أو الجنسية، أو المستوى الاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي، كما أننا إلى جانب ذلك لا يمكن أن نعزوها إلى أى ممارسات سلوكية من جانب الوالدين، أو إلى أى عوامل بيئية أخرى حيث أن السبب الرئيسى الذى يودى إليها يتمثل كما أشرنا من قبل فى حدوث شذوذ كروموسومى فى انقسام الخلايا سواء فى الحيوان المنوى أو فى البويضة، وسواء تم ذلك قبل حدوث الحمل أو بعده وذلك فى أى نغط من الأحماط الثلاثة لهذه المتلازمة. وعلى الرغم من أن معدل انتشار هذه الحالة يزداد مع زيادة عمر الأم الحامل فإن هناك حقيقة هامة تلقى بظلالها على ذلك يمكن أن نقوم بتوضيحها فى عدد من النقاط كما يلى :

- ١- أن احتمال ولادة طفل آخر من ذوى متلازمة داون لنفس الأسرة لا يتجاوز نسبة ١ ٪ بغض النظر عن عمر الأم.
- ٢- أن حوالى ٧٥ ٪ من هؤلاء الأطفال يولدون لأمهات لم تبلغن الخامسة والثلاثين من أعمارهن، بل غالباً ما تكن فى العشرينيات من أعمارهن.
- ٣- أن حوالى ٢٥ ٪ فقط من كوكبة الأطفال يولدون لأمهات تزداد أعمارهن عن ٣٥ عاماً.

وقد يرجع ذلك ببساطة إلى أن الأم عندما تصل إلى الخامسة والثلاثين من عمرها تكون قد أنجبت عدة مرات، وغالباً ما تتوقف عن الإنجاب في ذلك الوقت، كما أن الحمل والإنجاب بعد هذا السن لا يحدث إلا لدى نسبة قليلة قد لا تتجاوز ٩ ٪ فقط. إذن فالنسبة الأكبر من الحمل والولادة تتم قبل هذا السن وليس بعده وربما يرجع ذلك لهذا السبب. ومن هذا المنطلق تظل مسألة الخطأ أو الشذوذ الكروموزومي الذي يعد السبب في حدوث هذه الحالة أمراً غير معروف على وجه التحديد حتى وقتنا الراهن، وإن هناك احتمال لكي يزداد حدوثه - يزداد فقط - عندما يزيد عمر الأم الحامل عن خمس وثلاثين سنة. وعلى الرغم من ذلك فإن هذا لا يعني مطلقاً أن أي أم تحمل أو تنجب بعد هذا السن يحدث لديها مثل هذا الشذوذ أو الخطأ الكروموزومي في انقسام الخلايا، وبالتالي يكون طفلاً من ذوى هذه المتلازمة.

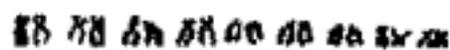
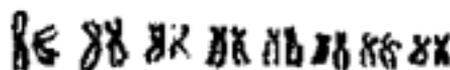
الأسباب المؤدية إلى متلازمة داون

ليست هناك أسباب متعددة يمكن أن تؤدي إلى حدوث متلازمة داون، وإنما المواقع والفحوص الإكلينيكية العيية التي تم إجرائها في هذا الإطار تؤكد أن هناك سبباً رئيسياً بعدد هو المستول عن حدوث هذه المتلازمة حيث ترجع في الأساس إلى عامل جيني يتمثل في حدوث خطأ كروموزومي أو شذوذ في انقسام الخلايا سواء تم هذا الأمر قبل أو بعد حدوث الحمل، وسواء كان مصدر ذلك هو الحيوان المنوي أو البويضة. وينتج عن هذه الحالة وجود كروموزوم إضافي أو زائد في الكروموزوم رقم ٢١ فيصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً كما هو الوضع في الحالات الطبيعية إذ تتضمن الحالة العادية أو الطبيعية ٢٣ زوجاً من الكروموزومات في الخلية الواحدة يتنص أحد هذه الأزواج بنس الجنين ليصبح بذلك عدد الكروموزومات في الخلية الواحدة ٤٦ كروموزوماً يوضحها الشكل التالي علماً بأن انقسام الخلايا يعني بنسخ وتكرار الخلية الأصلية لتصبح كل خلايا الجسم مثلها.



شكل (٤ - ١) خصائص نواة الخلية Karyotype في الوضع الطبيعي

أما الشذوذ الكروموزومي الذي ينتج عنه وجود كروموزوم إضافي في الكروموزوم رقم ٢١ فيوضحه الشكل التالي، وجدير بالذكر أن هذا الأمر يحدث لدى ٩٥ % تقريباً من الحالات، وقد لا ينتج من ناحية أخرى عن ذلك حدوث مثل هذه الزيادة في عدد الكروموزومات وذلك لدى ٤ % من الحالات تقريباً حيث ينتقل جزء من الكروموزوم رقم ٢١ إلى كروموزوم آخر، أما النسبة الباقية والتي تبلغ ١ % تقريباً فتتجمع بين الحالتين أي بين وجود زيادة في عدد الكروموزومات في بعض الخلايا حيث تضم كل منها ٤٧ كروموزوماً، وبين عدم وجود تلك الزيادة في بعض الخلايا الأخرى حيث تضم كل من هذه الخلايا ٤٦ كروموزوماً، أي أنهم يجمعون بذلك بين وجود شذوذ كروموزومي في بعض خلاياهم وعدم وجوده في خلايا أخرى لديهم. وكما أوضحنا من قبل فإن السبب الذي يؤدي إلى هذا الخلط الكروموزومي أو ذلك الانقسام الشاذ للخلايا لا يزال غير معروف حتى وقتنا الراهن.



شكل (٤ - ٢) خصائص نواة الخلية لطفل ذكر تتضمن شذوذاً كروموزومياً

ومع أن البعض يرى أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي إلى حدوث هذه المتلازمة فإن الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الخصوص لم تكشف عن وجود ارتباط من أي نوع بين هذه المتلازمة وأي عوامل أخرى وهو الأمر الذي يؤكد على بقاء السبب الرئيسي لها متشكلاً في ذلك الانقسام الشاذ أو الخاطئ للخلايا. ونشير رجوتنا هولدمان (Holdeman, R. 1997) إلى أن الكروموزومات تعد بمثابة أجزاء من جسم الخلايا تحمل المادة الجينية (أو ما يعرف بالحامض النووي DNA) أو الجينات وتقلها من الأجداد والآباء إلى الأبناء والأجيال التالية. ويعمل الحامض النووي الذي تتضمنه الكروموزومات على تحديد تلك السمات التي يرثها الفرد من أبويه مثل فصيلة الدم، ولون الشعر وطبيعته، ولون العينين، ولون البشرة، وغير ذلك من السمات المختلفة التي تتضمن أيضاً استعداده للإصابة بأمراض معينة. أما إذا كان هناك خلل أو شذوذ في الكروموزومات فإنه ينتقل من الآباء إلى الأبناء، ويصبح من شأنه أن يؤدي إلى حدوث تغير في بعض العمليات الجسمية أو الأفاعط الوظيفية المختلفة وهو الأمر الذي قد لا يتم اكتشافه بسهولة، أو الذي قد يؤدي إلى حدوث بعض الأمراض الجينية أو الوراثية المختلفة مثل نزيف الدم الوراثي hemophilia أو تليف المثانة cystic fibrosis أو مرض توريت Tourette أو متلازمة داون، وغيرها. وإذا ما عرفنا أن العلماء يرون أن الكروموزوم رقم ٢١ يتضمن حوالي ٨٠٠ جيناً، وأنه يؤدي إلى ظهور سمات معينة لدى الفرد يزداد عددها عن خمسين سمّة يفترض أنها تصاحب متلازمة داون، إلا أننا لا يجب أن نظهر جميعها بالضرورة لدى كل فرد لكن يكفي أن يظهر غالبيتها لديه، فإن الأمر قد لا يبدو غريباً أن نجد كل هذا الكم من السمات التي تميز الفرد من ذوى متلازمة داون وهو الأمر الذي يتطلب جهداً حارقاً حتى تتمكن من إحداث أي تغيرات فيها تؤدي في النهاية إلى تعديل سلوكه، ولذلك فهناك محاولات في برنامج الجينوم البشري human genome لتحديد أي من هذه الجينات هو المسئول عن ذلك حتى يتم التدخل الجيني المناسب في سبيل الوصول إلى نتائج أفضل في هذا الصدد.

الخصائص المميزة لذوى متلازمة داون

هناك العديد من السمات التي تميز هذه المتلازمة عن غيرها والتي قد تصل في عددها من وجهة نظر العديد من العلماء كما يرى تشامان وهيسكيت (٢٠٠٠) Chapman&Hesketh إلى أكثر من خمسين سمة، ومع ذلك فإن مثل هذا العدد الضخم من السمات لا يجب أن يوجد بالضرورة لدى كل أولئك الأفراد الذين يعانون من هذه المتلازمة، كذلك فإن تلك السمات قد لا تكون بدرجة من الوضوح يمكننا من اكتشاف الحالة عند الميلاد. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض هذه السمات تعد هي الأكثر وضوحاً والأكثر شيوعاً بين أولئك الأفراد. ويمكن تناول مثل هذه السمات أو الأعراض (إن جاز التعبير) كما يلي :

أولاً: السمات الجسمية العامة :

توجد سمات جسمية عديدة تتعلق بالقامة، والعضلات، والرقبة، والصلبر، والبطن، والذراعين، والرجلين، والوزن تميز ذوى متلازمة داون يمكن أن نعرض لها كما يلي :

(١) قصر القامة :

يعد الأفراد من ذوى متلازمة داون أقصر في الطول من أقرانهم الذين لا يعانون من تلك المتلازمة حيث يتراوح مدى ارتفاع قامتهم بين القصير جداً إلى فوق المتوسط . ويكون طول الذكور أقل من المعدل الطبيعي بشكل واضح حتى سن العاشرة من أعمارهم، أما بعد هذا السن فيبدأ طولهم في التزايد ولكنه مع ذلك يظل أقل من المعدل الطبيعي . بينما يكون طول الإناث قريباً من المتوسط حتى السابعة من أعمارهن، ثم يبدو الفرق واضحاً بعد ذلك بينهن وبين قرينتهن العاديات .

(٢) ضعف العضلات وارتخاؤها : hypotonia

يسم هؤلاء الأفراد بضعف عضلاتهم وارتخاؤها، ولا يقتصر ذلك على موضع معين من أجسامهم دون سواه بل إن مثل هذا الضعف يمتد ليشمل جميع عضلات الجسم

دون استثناء، وبمراوح ضعف عضلاتهم بين المستوى المتوسط إلى المستوى الشديد، وإن كانت قوة تلك العضلات قد تتحسن مع الزيادة في أعمارهم، وحدير بالذكر أن هذا الضعف في العضلات بالنسبة لهؤلاء الأطفال يؤدي إلى ما يلي :

- أن ضعف العضلات التي تسيطر على الهيكل العظمي أو تتحكم فيه يؤدي إلى تأخر في معدل نمو الطفل الحركي كالقلب من البطن إلى الظهر أو العكس، والحبو، والوقوف، والمشي، وبالتالي فإن إجادتهم مثل هذه المهام تتأخر عن أقرانهم العاديين، ولذلك فهم يحتاجون إلى الكثير من التدريب والتشجيع حتى يقوموا بذلك.

- أن ضعف عضلات أمتاعهم يجعل العضلات تتحرك علاتها ببطء مما يؤدي إلى إصابتهم بالإمساك بشكل مستمر .

- أن ضعف عضلات الفك لا تساعدهم على تناول الطعام الصلب، كما أنما كذلك لا تساعدهم على المضغ مما قد يعوق عملية تناولهم للطعام بشكل طبيعي واستفادتهم منه .

(٣) قصر الرقبة وعرضها :

تكون رقبة هؤلاء الأفراد قصيرة وعريضة، كما تكون غليظة بشكل مفرط، وكذلك الحال بالنسبة لجذع الرقبة الذي يكون سميكاً، وإن كان سمكه هذا يقل مع الزيادة في العمر . كما أن غلظة رقبتهم وضعف عضلاتهم قد يعرض عظام الرقبة للملح في كثير من الأحيان .

(٤) قصر المرواعين والرجلين :

يتسم هؤلاء الأفراد بأذرعهم القصيرة قياساً بالجذع الذي يكون قصيراً هو الآخر، وراحة أيديهم العريضة مع وجود خط واحد single crease فقط في راحة اليد، ويكون هذا الخط مستعرضاً transverse أو قديماً simian . كما قد تكون أرجلهم

قصيرة وعريضة، وأقدامهم عريضة مع وجود مسافة كبيرة بين الإصبع الكبير في القدم والإصبع الذي يليه. ويؤدي ذلك إلى تأخر واضح في تطور مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة نظراً لأن هذا القصر في المراعين والرحلين لا يساعدهم على القيام بالحركات اللازمة لذلك في موعدها العادي.

(٥) قفص صدرى **rib cage** غير عادى في شكله :

يكون القفص الصدرى لديهم كغل من الطبيعى من ناحية حجمه أو بالتحديد طوله وذلك بشكل واضح وغريب، وربما يتعلق ذلك إلى حد كبير بقصر طولهم الذى أشرنا إليه سلفاً إذ أن نسب أعضاء الجسم لا بد أن تتأثر بذلك القصر في الطول.

(٦) بروز البطن :

من الخصائص التى تميز هؤلاء الأفراد بروز البطن حتى عندما يكونوا أطفالاً، وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلات الجسم عامة وعضلات البطن على وجه الخصوص لأنها هى التى تؤدى إلى ذلك الوضع.

(٧) زيادة الوزن :

من الملاحظ أن هناك زيادة في الوزن من جانب هؤلاء الأطفال مما يؤثر سلباً عليهم دون شك نظراً لضعف عضلاتهم، ووجود مشكلات في عظامهم ومفاصلهم أيضاً. إلا أن وزن الطفل مع ذلك عند الولادة يكون أقل من معدله الطبيعى، ويستمر على ذلك خلال مرحلة الطفولة نظراً لتلك المشكلات التى تعوق عملية تناولهم للطعام واستفادتهم منه. ويبدأ وزن الذكور في التزايد بشكل أكثر من اللازم بداية من سن الثانية عشرة، أما الإناث فتظل أوزنهم في المستوى المتوسط حتى سن التاسعة، ثم تبدأ في التزايد الواضح بعد ذلك.

ثانياً : السمات المتعلقة بالوجه :

هناك العديد من السمات التى تميز وجه أولئك الأفراد من ناحية الأذن، والفم، واللسان، والأستنان، والأنف، والعين وذلك كما يلي :

(١) الأذن :

تتميز أذان هؤلاء الأفراد بصغر حجمها من ناحية، وانخفاضها عن موضعها الطبيعي الذي توجد فيه لدى الأفراد العاديين من ناحية أخرى، وشكلها غير العادي من ناحية ثالثة وهو الأمر الذي يجعل منها شيئاً أو سمه يميزهم دون سواهم. كما تنسم قناة الأذن لديهم بقصر طولها عن المعدل العادي وهو الأمر الذي يعوق استخدام أى أساليب أو أدوات لفحص آذانهم مع أنهم يحتاجون كثيراً إلى ذلك نظراً لتكون سائل في الأذن الوسطى لديهم وهو ما يتطلب القيام بتصريفه بشكل مستمر .

(٢) الشكل الغريب للقمم واللسان :

يوجد قنوس غير طبيعي بضم هؤلاء الأفراد من أعلى، ويكون الخلق أو سقف القم شديداً ويوجد به الحناء إلى أسفل، كما أن بعضهم يعنى على فمه مقترحاً معظم الوقت ويتدلى لسانه منه بشكل غير عادي، كما قد يسول لعابه أيضاً. ومع ذلك يمكن تعليمهم أن يقولوا على لسانهم في فهمهم بحيث لا يتدلى منه على ذلك النحو. ويؤدي مثل هذا الشكل الغريب لقممهم وأسنانهم إلى تأخر واضح في نطقهم للكلمات، وإلى حدوث اضطرابات عديدة للنطق والكلام من جانبهم، كما يكون كلامهم المنطوق بنوعياً في غالبيته.

(٣) الأنف المسطح :

يتسم أنف الطفل من ذوى متلازمة داون بأنه يكون مسطحاً أى أفطساً، وإلى جانب ذلك فإن الجزء من الأنف الذي يوجد بين العينين يكون مسطوياً. كما تكون فتحة الأنف ضيقتين من الداخل مما يؤثر في نطقهم ل لغة من ناحية، ويؤدي لهم إلى جانب ذلك للعديد من مشكلات التنفس من ناحية أخرى.

(٤) العين :

غالباً ما توجد بقع في قرحة العين Iris بالنسبة لهؤلاء الأفراد، وإن كانت تلك البقع مع ذلك لا تسبب لهم أى مشكلات في الإبصار. ومع ذلك فإن نسبة كبيرة

منهم يولدون ولديهم مشكلات في الإبصار وغالباً ما تتمثل في وجود المياه البيضاء الوراثية لديهم والتي يمكن إن لم يتم علاجها مبكراً أن تؤدي بهم إلى فقد إبصارهم .

(٥) الأسنان :

عادة ما يكون شكل أسنانهم غير عادي، كما يوجد انحناف أو الخناء في أسنانهم وغالباً ما يتعرض مثل هؤلاء الأطفال لتأخر في ظهور أسنانهم ونموها، ومع ذلك فإنها من ناحية شكلها تكون عقفاء crooked أى تشبه الخنفاف مما يجعلها تبدو غريبة في الشكل . وقد يكون مثل هذا الشكل الغريب لأسنانهم دور كبير في حدوث اضطرابات النطق والكلام من جانبهم .

ثالثاً بعض الحالات الصحية للمصاحبة :

يتعرض الأفراد من ذوى هذه المتلازمة للعديد من المشكلات الصحية والاضطرابات والأمراض المختلفة التي قد لا تترك جزءاً واحداً من أعضائهم دون أن تفروء، والتي تعرضهم بالتالى للعديد من المخاطر وذلك كما يلي :

١- كل الأفراد من ذوى متلازمة داون لديهم درجة من التخلف العقلي، وغالباً ما تتراوح بين التخلف العقلي البسيط والمتوسط فقط، ونادراً جداً ما نلاحظ وجود حالات تخلف عقلي شديد بينهم .

٢- يتعرض غالبيتهم للعديد من الأمراض كأمراض القلب، واضطراب الغدة الدرقية أو القصور الدرقي، وأمراض العين .

٣- يعانون أكثر عرضة للمشكلات الصحية وذلك فيما يتعلق بجهازهم التنفسي، ومشكلات السمع، ومشكلات الأسنان .

رابعاً : حالات أخرى ذات أعراض مماثلة :

كما لا شك فيه أنه نادراً جداً ما يحدث خطأ في تشخيص ذوى متلازمة داون نظراً لسمائهم الجسمية الملحوظة والمميزة لعظم الحالات، وبالتالي فإنه قد لا يحدث لبس أو

تداخل في تشخيصها مع حالات صحية أخرى. إلا أن النمط النفسي لمرضى متضاعف التركيب mosaic من هذه المتلازمة قد يصاحبه حدوث بعض هذا التداخل، ومن ثم قد يحدث خطأ في تشخيصه، وقد يتم النظر إليه حينئذ على أنه أحد ثلاثة اضطرابات أخرى تمثل فيما يلي :

- مرض وراثي .

- تخلف عقلي .

- اضطراب أو إعاقة نمائية .

خامساً : الخصائص النمائية المختلفة :

هناك العديد من الخصائص التي تميز الجوراب النمائية المختلفة لأولئك الأطفال والتي تجعل منهم فئة مميزة عن غيرهم من الأطفال أو الأفراد عامة سواء العاديين أو حتى أقرانهم من الفئات الأخرى للإعاقة . وتتلخص هذه الخصائص فيما يلي :

(١) الناحية الانفعالية :

يتميز هؤلاء الأطفال من الناحية الانفعالية بما يلي :

- ١ - غالباً ما يبدو الطفل مبهجاً ومرحاً .
- ٢ - يتسم الطفل بأنه يكون ودوداً وطيباً وسهل للعاشرة .
- ٣ - لا يكون الطفل قادراً على أن يقوم بالسيطرة على انفعالاته أو ضبطها .
- ٤ - لا يستطيع أن يأتي بالانفعال المناسب في الوقت المناسب .
- ٥ - لا تتسم انفعالاته بالثبات وغالباً ما تكون متقلبة .
- ٦ - يفتقر إلى الشعور بالأمن والطمأنينة .
- ٧ - ليس من السهل استثارته .

- ٨- عندما يبكي الطفل يكون بكائه ضعيفاً، ويستمر لفترة قصيرة فقط. وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلاته.
- ٩- يتسم بالهدوء، كما يكون بكائه هادئاً وبصوت منخفض.
- ١٠- يدي مبلّاً وحباً للموسيقى.
- ١١- تكون ردود فعله للمشكلات المختلفة أضعف من المعتاد.
- ١٢- تتنوع شخصياتهم ومزاجهم بتنوع البيئة التي يعيشون فيها، وظروفهم الاقتصادية والأسرية، وغيرها وهو ما يعنى عدم وجود نمط واحد لشخصياتهم ومزاجهم.
- ١٣- قدرتهم على مقاومة الإحباط ضعيفة، وقد تتطور لديهم بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية من جراء ذلك.
- ١٤- قد يبدى بعض المراهقين العناد نتيجة لعدم إشراكهم في النشاط المختلفة.
- ١٥- قد يظهر بعضهم سلوكاً عنوانياً إلى جانب الاندفاعية، وسرعة التهيج.
- ١٦- غالباً ما يبدون بالتعاون بشكل عام.
- ١٧- يبدون الكبار منهم وديع، وتسهل السيطرة عليهم.
- ١٨- يفتقدون الثقة بالنفس، والثقة في قدرتهم على الأداء.

(٢) الناحية الاجتماعية :

يتميز أولئك الأطفال من الناحية الاجتماعية بما يلي :

- ١- يحيل الطفل إلى التعلق بالآخرين.
- ٢- يحيل الطفل إلى الاجتماعية.
- ٣- يفتقدونه أن يقوم بتطوير بعض العلاقات الحميمة مع الآخرين.

٤- قد يميل في بعض الأحيان إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

٥- يعد الطفل أكثر عرضة لمشكلات السلوك قياساً بأقرانه العاديين.

٦- قد يتعرض لبعض الإعاقات النمائية وهو ما يؤثر على سلوكه وعلاقته بالآخرين.

٧- يعاني قصوراً في كفايته الاجتماعية.

٨- لا يتنبه لما يدور حوله من أحداث وخبرات.

٩- يهتز عن تحقيق التكيف مع تلك البيئة التي يعيش فيها.

١٠- لا يشعر بالولاء لنجمته.

١١- غير قادر على تحمل عادات المجتمع وتقاليدّه لأنه لا يشعر بأهمية الجماعة.

١٢- يعاني من القصور في مهاراته الاجتماعية.

١٣- يعاني قصوراً مماثلاً في قدرته على التواصل مع الآخرين.

١٤- غير قادر على تحقيق التوافق الاجتماعي.

١٥- يتصرف بشكل جيد مع الآخرين لأنهم يعاملونه معاملة حسنة.

(٣) الناحية العقلية :

يتسم هؤلاء الأطفال من الناحية العقلية المعرفية بما يلي :

١- غالباً ما يكونوا في تفتن التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط.

٢- نادراً جداً ما نلاحظ وجود أحدهم في فئة التخلف العقلي الشديد.

٣- قد لا تختلف مهارات بعضهم في القراءة عن الأطفال العاديين على الرغم من أنهم قد يعانون من عدم إجادة اللغة المنطوقة.

- ٤- عندما يقرأون نشعر أن مستواهم في القراءة قد يوازي قراءة طفل للغة أجنبية ثانية .
- ٥- قد لا يتجاوزون المرحلة المس حركية في نموم المعرف وذلك فيما يتعلق بالمفاهيم .
- ٦- يجدون صعوبة في إدراك تنابع الحركات .
- ٧- هناك قصور واضح في أزمنا الرجح لديهم .
- ٨- يتعرضون لبعض صعوبات التعلم التي تتراوح في شدتها بين البسيط والشديد .
- ٩- مدى انتباههم للمثيرات المختلفة يكون قصوراً .
- ١٠- ليس من السهل جذب انتباههم لشيء معين .
- ١١- يكونوا فضولين إلى حد ما .
- ١٢- ذاكرتهم محدودة، ويعانون من صعوبة في التذكر، ويحتاجون إلى التكرار .
- ١٣- يحتاجون إلى التدريب لتعلم المفاهيم المختلفة كاللون أو الشكل أو الاتجاه .
- ١٤- يجدون صعوبة في إدراك المفاهيم المجردة .
- ١٥- تؤثر الإعاقات النمائية التي قد يتعرضون لها في قدرتهم على التعلم .
- ١٦- يجدون صعوبة في تعميم ما يتعلمونه على المواقف المماثلة أو المشابهة .
- ١٧- قد يهتمون على الآخرين في تصريف أمورهم .
- ١٨- يعانون من قصور في إدراكهم للمثيرات والمواقف المختلفة .
- ١٩- معدل التعلم من جانبهم بعد أبطأ من المعدل العادي .

- ٢٠- يعانون من نقص في قدرتهم على التعلم العرضي أى غير المقصود.
- ٢١- يوجد قصور لديهم في التعرف على المشاهدات؛ وفي التمييز بين الموضوعات والمواقف المختلفة.
- ٢٢- يجدون صعوبة واضحة في القدرة على استغلال الخبرة والاستفادة منها.
- ٢٣- تعوزهم البصيرة والفتنة وذلك فيما يتعلق باستنتاج ردود الفعل المختلفة التي تعد بمثابة تغذية راجعة في هذا الإطار.
- ٢٤- قد لا يتمكنون من استخدام العلامات أو الإرشادات في الموقف التعليمية.
- ٢٥- قدرتهم على التخيل والتصور ضعيفة.
- ٢٦- لا يستطيعون ملاحظة التلميحات التي تتضمنها المواقف المختلفة أو الاستفادة منها.
- ٢٧- يعانون من قصور واضح في قدرتهم الأكاديمية.

(٤) الناحية الحركية :

يتسم هؤلاء الأطفال من الناحية الحركية بما يلي :

- ١- يكون معدل نموهم الحركي عامة أبطأ من أقرانهم العاديين بشكل واضح.
- ٢- يتأخر تطور مهاراتهم الحركية الكبيرة والدقيقة بشكل كبير.
- ٣- تكون حركات الطفل بعد ميلاده وخلال مرحلة المهد أبطأ بكثير من أقرانه العاديين.
- ٤- يكون متعكس القبض لديه ضعيفاً خلال تلك الفترة، كما أن ضعف التوتر العضلي من جانبيه يعوق تطور القبض لديه.
- ٥- كثيراً ما يكون كذلك غير قادر على متابعة تلك الأشياء التي تمر أمام عينيه.

- ٦- يظهر كماً أو قدرأ كبيرأ من الحمول.
- ٧- يمكنه التحكم في الرأس في النصف الثاني من العام الثاني من عمره تقريبأ.
- ٨- لا يتمكن من الانقلاب من الظهر إلى البطن أو العكس حتى سن ١٤ شهراً تقريبأ.
- ٩- يستطيع الجلوس قرب نهاية العام الثاني من عمره.
- ١٠- غالبأ ما يبدأ في الزحف أو الجبو في سن عامين تقريبأ.
- ١١- يتسم زحفه بالسرعة، وتكون رجلاه أثناء ذلك متباعدتين، وعادة ما تنجهان نحو الخارج، وعندما يزحف يكون ذلك إما على كوعيه أو على راحتي يديه.
- ١٢- يكون بكأوه منعقبأ في الغالب، وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلاته.
- ١٣- قد يجد بعض الصعوبة في الرضاعة، كما تكون أبطأ من الطبيعي.
- ١٤- يندى عدم اكترات بالألعاب المختلفة، ويكفي بأخذ اللعبة وهزها ثم يقوم برميها.
- ١٥- في مرحلة الطفولة المبكرة فيمكنه أن يشرب سائلاً معينأ بواسطة المصاصة.
- ١٦- يتأخر الوقوف من جانبته حتى النصف الثاني من العام الثالث تقريبأ.
- ١٧- قد يخشى الطفل من هذه المتلازمة بداية من سن ثلاث سنوات تقريبأ.
- ١٨- يمكنهم أن يقوموا بتركيب بعض الألعاب الخشبية البسيطة.
- ١٩- بإمكانهم أن يقوموا أيضاً خلال هذه الفترة بوضع مكعبين فوق بعضهما البعض.
- ٢٠- يظل غوهم أو تطورهم الحركي بعد هذا السن بطيئأ مع استمرار التصور في مهاراتهم الحركية الكبيرة منها والدقيقة.

(٥) اللغة والحديث :

يلتزم هاسولد وباترسون (١٩٩٨) Hassold&Patterson إلى أن أهم السمات التي يتسم بها أولئك الأطفال في هذا الجانب تتمثل فيما يلي :

١- يتأخر نوعهم اللغوي بشكل كبير عن أقرانهم العاديين في نفس عمرهم الزمني .

٢- مفرداتهم اللغوية محدودة ولا تسعفهم في التعبير عن أنفسهم .

٣- قد يفهموا جانباً كبيراً من الحديث يفوق ما يمكنهم أن يسمروا عنه .

٤- تراكيهم اللغوية محدودة وغير صحيحة .

٥- الجمل المستخدمة من جانبهم تعد قصيرة على الرغم من دخول بعضهم في محادثات طويلة مع الآخرين .

٦- يبدون أخطاءً مختلفة من اضطرابات الكلام والنطق، ومع ذلك فهم لا يختلفون عن غيرهم في هذا الخصوص وإن كانت تلك الاضطرابات تزيد عندهم في المعدل .

٧- يبدون قصوراً واضحاً في قدرتهم على التعبير اللغوي .

٨- يجدون صعوبة كبيرة في استخدام اللغة التعبيرية تفوق ما قد يجتونه من صعوبة في فهم اللغة والحديث وهو ما يعني أن مهارات اللغة التعبيرية تعد أقل تطوراً لديهم من مهارات اللغة الاستقبالية من جانبهم .

٩- تعد جوانب معينة من اللغة كالمفردات اللغوية بالنسبة لهم أسهل من مجالات أخرى كالقواعد على سبيل المثال .

١٠- يعتبر تنابع الأصوات والكلمات أمراً صعباً بالنسبة للكثيرين منهم .

١١- توجد بعض الصعوبات لدى بعضهم تتعلق بوضوح اللغة والنطق .

١٢- أغلب الكلمات التي ينطقون بها تكون غير واضحة، كما أن أغلبها يكون بلعومياً.

١٣- يعاني الكثيرون منهم من مشكلات الطلاقة اللغوية.

١٤- بعض هؤلاء الأطفال لا يتعلمون التطقن في حين نجد أن بعضهم الآخر يحب الكلام.

١٥- لا توجد مشكلات معينة في اللغة وللحديث خاصة هؤلاء الأفراد كفتة دون سواهم حيث أن ما يصادفونه من مشكلات في هذا الجانب يواجهه غيرهم من الأطفال.

(٦) الناحية الجنسية :

ينسجم هؤلاء الأطفال من الناحية الجنسية بما يلي :

١- تتطور السمات أو الخصائص الجنسية لدى أولئك الأطفال عادة في نفس الوقت تقريباً الذي تتطور فيه لدى الأطفال العاديين أو متأخراً عنهم بعض الشيء وهو الأمر الذي يجعل والديهم أكثر انشغالاً بقدراتهم وقابليتهم الجنسية خلال مرحلة المراقبة.

٢- قد يميل الواحد منهم إلى شخص آخر ويشعر نحوه بالحب كالأسيواء تماماً.

٣- يبدى المراقبون والراشدون منهم اهتماماً بالجنس الآخر في فترة المراقبة شأنهم في ذلك شأن أفرادهم العاديين.

٤- يقل العضو الذكري لديهم في حجمه عن الطبيعي، وقد يتأخر نزول الخصية من الكيس.

٥- هناك نسبة كبيرة منهم وخاصة الذكور يعتبرون غير قادرين على الإنجاب إذ أنهم نظراً لما يتعرضون له من مشكلات وحلقاته بداية من تكوينهم الجنسي قد يتعرضون للعقم أو لقلّة عدد الحيوانات النوية وضعفها.

٦- الإناث اللاتي تعانين من متلازمة داون لديهن القدرة على إنجاب الأطفال، ومع ذلك فإنهن يصلن مبكراً إلى سن اليأس menopause وذلك منذ بداية الأربعينيات من أعمارهن.

٧- الإناث القادرات على الإنجاب يكون حوالي نصف إلى ثلثي أبنائهن طبيعيين، أما النسبة الباقية فتكون مثلتهن.

سادساً : معدلات النمو والتداخل جوانبه :

تتداخل جوانب النمو المختلفة لديهم مع بعضها البعض، ويتأخر معدل نموهم في جوانبه المختلفة عن أقرانهم العاديين وذلك بنسبة كبيرة، وتعرض جوانب نموهم المختلفة لمشكلات عديدة ومتباينة وتؤثر على بعضها البعض إذ يؤدي التأخر في جانب معين إلى التأخر في غيره من الجوانب. وجدير بالذكر أن هذا الأمر يعد أمراً طبيعياً لأن الشخصية الإنسانية تعد بمثابة وحدة واحدة على الرغم من تألقها من عدد من الجوانب تخضع كلها للنمو، وتؤثر في بعضها البعض بطريقة أو بأخرى، وبالتالي فإن أى قصور في أى من هذه الجوانب لا بد وأن يؤثر بالضرورة في غيره من الجوانب. وهذا ما يحدث بالنسبة لمثل هؤلاء الأطفال أو غيرهم إذ يترك تأخر معدل نموهم في أى جانب أثراً سلبياً على غيره. فمن ناحية نموهم اللغوي ونموهم الحركي على سبيل المثال يرى كلايوير (1994) Kliewer أنه من الملاحظ بالنسبة لهم أنهم يفهمون كثيراً من المفردات اللغوية أكثر مما يمكنهم أن يعرفوا عنه من خلال اللغة إذ قد تصل نسبتها إلى ثلاثة أضعاف، وهذا ما يمثل لغزاً محيراً للعلماء الذين يهتمون بهذا الجانب حيث إن ذلك يرتبط بكل من نمو الذكاء ونمو اللغة. وقد حاول البعض تناول ذلك من خلال إدراك العلاقة بين إصدار الحديث والتتابع الحركي حيث يعتبر إصدار الحديث نتاجاً للقدرة اللغوية التي تكون ذات مستوى ثنائي معين. ومن المعتقد من الناحية المعرفية أن ذوي متلازمة داون لا يتقنوا فيما يتعلق بالمفاهيم أو الناحية الحركية من المرحلة الفرعية الخامسة في المرحلة الحس حركية عند بياجيه Piaget والتي تعرف

يرعود الفعل الدائرية الثالثة tertiary circular reactions ويرى بها الأطفال العاديون من سن ١٢ - ١٨ شهراً وذلك إلى المرحلة الفرعية السادسة والأخيرة والتي تعرف ببداية التفكير وهو الانتقال الذي يعد ضرورياً لنمو اللغة الرمزية لديهم، في حين يرى آخرون أنهم ينتقلون بسهولة إلى تلك المرحلة الفرعية السادسة من المرحلة الحس حركية في نحوهم للوعي، ومع ذلك يظل من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يستخدموا المهارات الخاصة بتلك المرحلة الفرعية بشكل تلقائي إذ يكون على سبيل المثال من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن ينطقوا بتلك الكلمات التي تمثل جزءاً من مخزولهم اللغوي وعلى ذلك يرى البعض أن الأطفال من ذوي هذه المتلازمة التي أجروا عليهم دراسات في هذا العبد قد حصلوا على درجات متباينة في تلك المقاييس التي تستخدم في سبيل تحديد المرحلة الفرعية من المرحلة الحس حركية التي يمررون بها، وهل هي الخامسة أم السادسة.

وحدير بالذكر أن النطق باللغة يتطلب مهارات حركية معقدة بلرحة كبيرة وذلك على العكس من تلك المفكرة التي ترى أن الفرق في الكلام المستخدم إنما يرجع إلى ذلك المستوى للوعي الذي يصل الفرد إليه، ولذلك يرى البعض أن اضطرابات النطق عند أولئك الأطفال إنما ترجع إلى ذلك القصور للذي يفونه في البرمجة الحركية motor programming للكلام من جانبهم وهو الأمر الذي يؤدي إلى صعوبات مختلفة في التحرك خلال نسق الكلام وخاصة عند تداعل أو ترايط الحركات السريعة للسان والشفتين والحنك وسقف الحلق مع اللفظ والتنفس، وتقسر حالة ارتقاء العضلات لدى هؤلاء الأطفال ما يواجهونه من صعوبات في الحركة، كما أن نقص توتر عضلاتهم في حالة الراحة يجعلهم يفضلون أنماط الحركة التي تتطلب بذل أقل قدر من الجهد والطفقة، وهو الأمر الذي يمثل انعكاساً لذلك الجهد المطلوب للأداء وليس كسلاً من جانبهم.

ومما لا شك فيه أن مثل هذا الوضع يؤثر بطبيعة الحال على إصدارهم للأصوات حيث أن هذه الحالة يجعلهم يستجيبون لمستويات أقل من الإثارة وهو ما يجعلهم

يظهرون تحطاً سلبياً في التفاعل مع البيئة . ويؤدي مثل هذا النمط السلبي في التفاعل إلى جانب تلك المستويات الأقل من الإثارة إلى قصور واضح في الدافعية من جانبهم وهو ما يتعكس سلباً على تواصلهم مع الآخرين لفظياً أو غير لفظي . وهذا يعني أن هناك تداخلاً بين تطور كل من الإثارة والدافعية والتواصل من جانب هؤلاء الأطفال، وهو ما يعد بمثابة مدخل هام لفهم أوجه القصور النمائي الذي يرتبط بتلك المتلازمة . ونظراً لصعوبة التواصل اللفظي بالنسبة لهم فقد يلجأ بعضهم إلى أساليب بديلة للتعبير عن أنفسهم كالأشارات والإيماءات ومع ذلك فهم يعتبرون أكثر بطلاً وأقل ثباتاً في استخدامها قياساً بأقرانهم غير المعوقين، ولذلك فإن هذا الأمر يتطلب تدريباً مكثفاً حتى يتم الإفادة منه على الوجه المناسب .

وقد يجد هؤلاء الأطفال صعوبة كبيرة في تغيير حركة أجسامهم أو حتى في تغيير تلك الزلوية التي صنعناها مثل هذه الإشارات التي تصدر عنهم، أو حركة أصابعهم كما يحدث في الكتابة باستخدام لوحة المفاتيح مثلاً . كذلك فقد لاحظ العديد من الباحثين وجود صعوبة من جانب أولئك الأطفال في استخدام المعلومات الحسية المختلفة لتنفيذ أوامر حركية محددة الوقت وهو الأمر الذي يعكس وجود صعوبتين تتعلق بالحركة لديهم تتمثل الأولى في القيام بحركة معينة في وقت محدد كتقاط فكرة مثلاً، بينما تتمثل الأخرى في فهم تتابع الحركات . وإذا كان هؤلاء الأطفال لا يتجاوزون المرحلة الفرعية الخامسة من المرحلة الأولى في النمو العقلي المعرف وذلك في بعض الجوانب فمن الطبيعي كما يرى عادل عبدالله (١٩٩٢) أن يجدوا صعوبة في إدراك تتابع الحركات حيث أن الطفل العادي في مرحلة ما قبل العمليات يجد صعوبة في إدراك ذلك، فما بالنا به وهو لا يزال في المرحلة الحس حركية من ناحية، ثم ما بالنا بمثل يعاني من شكل ما من أشكال الإعاقة العقلية من ناحية أخرى . وإلى جانب ذلك فإن المشكلة الأولى ترتبط بزمن الرجوع reaction time وهو الوقت الذي يمكن فيه للعقل أن يفهم فكرة وأن يستجيب لها ويتفاعل معها، وهو ما يمثل أحد جوانب القصور المعرفية لديهم . وبذلك نلاحظ أنهم يعانون من قصور واضح في الجانب

العقلي المعرف، ومن التاجر جليلاً ألا يرتبط ذلك بالجانب اللوراني إذ أن الأمر يرمته يرجع إلى ذلك التشوُّذ الكروموزومي الذي حدث منذ البداية، والذي أدى إلى حدوث قصور دريقي يؤثر بشكل سلبي على أدائهم الوظيفي العقلي.

ونظراً لصعوبات التواصل التي يواجهها هؤلاء الأطفال والتي تتمثل بشكل أساسي في قصورهم اللغوي أو حتى قصورهم في استخدام أساليب بديلة للتواصل تأتي الإشارات والإيماءات في مقدمتها فإن مهاراتهم الاجتماعية تتعرض هي الأخرى للقصور على الرغم من أنهم قد يميلون إلى الاجتماعية، وقد يرجع ذلك إلى ما تتعرض له مثل هذه المهارات من انعكاسات مختلفة تنتج عن القصور في جوانب أخرى، وهو الأمر الذي يجعلها لا تساعدهم في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وذلك على الرغم من أن بعضهم يكون قادراً على أن يبدي تعلقاً بالآخرين، وأن يقيم علاقات حميمة مع الغير، إلا أن بعضهم الآخر يفضل مع ذلك الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المتعلقة. ومع أنهم من الناحية الانفعالية يكونوا غير قادرين على السيطرة على انفعالاتهم، أو أن يأتوا بالانفعال المناسب في الوقت المناسب، كما أن انفعالاتهم لا تنسم باليات بل إنها تعتبر متقلبة، وقد يرجع ذلك إلى حالتهم تلك، وما يترتب عليها من انعكاسات، وما يرتبط بها من أوضاع ومشكلات صحية متباينة فإنهم رغم ذلك يبدون متبهجين على الدوام وكأنهم سعداء، كما يكونوا ودودين وطيِّبين.

ومع كل ذلك هناك شبه اتفاق أو شبه إجماع بين العلماء والباحثين في هذا المجال كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) على أن استخدام الرموز والمثيرات المصورة سواء كانت تلك الصور للتضخيم ثابتة كما هو الحال بالنسبة لتلك الصور التي يتم عرضها عليهم واحدة فواحدة، أو كانت متحركة كما هو الحال بالنسبة لأفلام الكرتون التي تعرض عليهم تلفزيونياً أو الفيديو أو الكمبيوتر من شأنه أن يساعدهم بدرجة كبيرة على تطور مستوى تفهمهم اللغوي، وهو الأمر الذي يمكن أن يتعكس إيجاباً على تواصلهم مع الآخرين، كما أفغا إلى جانب ذلك يمكن أن تسهم في تيسر التواصل مع

الأخرين من جانبهم. وإضافة إلى ذلك فإن تيسر التواصل كتمكّرة في حد ذاتها، واستخدام الأساليب البديلة للتواصل يمكن أن يساعد كثيراً في تنمية مهارات التواصل لدى الطفل، وبالتالي مساعدته على تحقيق التواصل مع الآخرين. ولا يخفى علينا أن الرموز والمثيرات المصورة يمكن أن تسهم بشكل فاعل في تنمية المهارات اللسانية التي تتعلق بمجانب النمو المختلفة للطفل وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في إكسابه مثل هذه المهارات أو تنميتها، وفي تعديل سلوكه، والحد بدرجة كبيرة من مشكلات السلوك التي يعاني منها، كما تساعد أيضاً على تعلم السلوك الاستقلالي، وعلى تعلم التفاعل الاجتماعي وما يتطلبه ذلك من مهارات مختلفة.

الأمراض والمشكلات الصحية المرتبطة بمتلازمة داون

هناك مجموعة من الأمراض كما تشير رومزين (٢٠٠١) Roizen عادة ما ترتبط بمتلازمة داون وتصيب أولئك الأفراد الذين يعانون منها لدرجة أن بعضها قد يظهر عليهم حتى عند ميلادهم. وتشكل مثل هذه الأمراض خطراً كبيراً عليهم، وعلى رفاهيتهم، وعلى حياتهم في حد ذاتها، كما تمثل إزعاجاً كبيراً لأسرهم. ومن هذه الأمراض والمشكلات الصحية ما يلي :

أولاً: الأمراض المرتبطة بمتلازمة داون :

توجد أمراض متعددة ترتبط بهذه المتلازمة حيث تنتشر بين من يعانون منها، كما يزداد احتمال حملها بينهم وذلك بشكل يفوق ما عداهم من الأطفال حتى من أقاربهم المعوقين في حد ذاتهم، ومن أكثر هذه الأمراض شيوعاً بينهم ما يلي :

(١) أمراض القلب :

تعد أمراض القلب المختلفة أو المشكلات المرتبطة به من أكثر الأمراض التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال شيوعاً حيث أنها تصيب حوالي ٥٠ % منهم عند ميلادهم. ويتطلب الأمر علاج مثل هذه الأمراض في وقت مبكر حتى لا تتطور لديهم، وقد تؤدي بحياتهم.

(٢) المشكلات المرتبطة بالغدة الترقية : thyroid gland

هناك احتمال لتطور مثل هذه المشكلات التي تتعلق بالغدة الترقية لدى أولئك الأطفال يصل إلى حوالي ١٥ ٪ . وقد تكون تلك المشكلات موجودة لدى الطفل منذ ميلاده، إلا أن مثل هذا الأمر يعتبر نادراً حيث إن ذلك لا يحدث في الغالب إلا في مرحلة الطفولة المتأخرة من ناحية، أو مع فترة البلوغ ومرحلة المراهقة من ناحية أخرى .

(٣) مشكلات الجهاز الهضمي :

نادراً ما ترتبط مشكلات الجهاز الهضمي بمشكلات تكوينية كعدم وجود الإثني عشر فيه مثلاً، إلا أن معظم هذه المشكلات التي ترتبط بالجهاز الهضمي ترجع في الغالب إلى انسداد الأمعاء وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث الإمساك، وفي واقع الأمر يرجع كلاهما أي انسداد الأمعاء والإمساك إلى ضعف العضلات . وإلى جانب ذلك فإن بعض هؤلاء الأطفال يعانون من أمراض في البطن وهو ما يتطلب أن يسبوا وفق نظام غذائي معين .

(٤) مشكلات العينين :

يصل احتمال حدوث مثل هذه المشكلات من جانب أولئك الأطفال إلى حوالي ٦٠ ٪ تقريباً، وعادة ما تتضمن تلك المشكلات انسداد القنوات الدمعية، والاستجماتيزم astigmatism والحول strabismus وقصر النظر، وطول النظر . كذلك فإن المياه البيضاء cataract توجد لدى البعض منهم، وقد تكون وراثية في بعض الحالات . كما أن بعضهم إلى جانب ذلك قد يعانون في بعض الأحيان من جحوظ العينين .

(٥) مرض الزهايمر : alzheimer

من المعتاد أن هؤلاء الأفراد يعانون أكثر عرضة لهذا المرض من غيرهم من الأفراد حيث يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يصابوا به، لكن ليس من الضروري أن

يصاب كل منهم بهذا المرض، بل قد تكون هناك أسباب أخرى تعمل في الغالب على ظهور أعراض شبيهة به كفقْد الناكِرة على سبيل المثال.

(٦) لوكيميا الأطفال :

وبعد هذا المرض من الأمراض المرتبطة بالدم والتي يكون من شأنها أن تعود بنتائج سلبية على الطفل، إلا أن احتمال حدوثه بين الأطفال من ذوى متلازمة دارن يقل عن ١ % ، ولكن هذا لا يعنى مع ذلك أنهم في مأمن منه، بل إن الواقع يدل بما لا يدع مجالاً للشك أنه من المحتمل بالنسبة لهم أن يصابوا به، وأن مثل هذه النسبة التي تمثل احتمال حدوثه بينهم تعد رغم ذلك نسبة عالية قياساً بأقرانهم من الأطفال العاديين أو حتى من فئات الإعاقَة الأخرى.

ثانياً : المشكلات الصحية للرتبطة بمتلازمة دارن :

يشير سميت (٢٠٠١) Smith إلى أنه بجانب تلك القائمة الطويلة من الأمراض التي يمكن أن يتعرض لها الأطفال والأفراد عامة من ذوى متلازمة دارن هناك العديد من المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرضوا لها، والتي يمتثل بالنسبة لها أن تؤدي إلى أمراض أو مشكلات أكثر تطوراً. ومن هذه المشكلات ما يلي :

(١) عدوى الجهاز التنفسي :

تعد مثل هذه العدوى شائعة بين هؤلاء الأطفال وذلك بسبب لتكوين قشاذ لجهازهم التنفسي حيث تكون أنوفهم ضيقة من الداخل مما يجعل الممرات الهوائية بها ضيقة أيضاً. ويمكن أن يؤدي هذا الوضع كذلك إلى تكوّن مسائل ثابتة في الأذن الوسطى وهو الأمر الذي يتطلب التخلص المستمر منه حتى لا يؤدي إلى حدوث مشكلات بالأذن أكثر تطوراً. كذلك فإن هناك قصوراً في جهازهم المناعي immune system وهو الأمر الذي يعرضهم إلى الإصابة المتكررة بالعدوى البكتيرية. وتعتبر مثل هذه للمشكلات هي المستولة عن العديد من حالات لوقاة خلال طفولة هؤلاء الأفراد وخاصة في السنوات الأولى من حياتهم.

(٢) مشكلات السمع :

يولد بعض هؤلاء الأطفال وهم يعانون من تلف في العصب السمعي مما يؤدي إلى فقدانهم للسمع . كما أنهم يعانون أكثر عرضة لتلك العدوى التي تصيب آذانهم، وإلى تكوّن سائل في الأذن الوسطى وذلك بشكل مستمر تقريباً . ويبلغ احتمال حدوث فقد السمع من جانبهم حوالي ٧٥ ٪ تقريباً، أما بالنسبة لعدوى الأذن أو لإصابتها فإن احتمال حدوثها بينهم يتراوح بين ٥٠ - ٧٠ ٪ على وجه التقريب . وعندما يتعرض أولئك الأطفال لضعف السمع أو فقدانهم له فإن هذا الأمر من شأنه أن يؤدي إلى تأخر نموهم اللغوي الذي يعد في حد ذاته متأخراً دون أن يتعرضوا لأي من ضعف السمع أو فقداه .

(٣) مشكلات الأسنان :

يختلف التجويف القمي الذي يتضمن الأسنان لدى هؤلاء الأطفال عن أقرانهم العاديين، كما يختلف شكل أسنانهم كذلك وهو ما أوضحناه في الحديث عن الخصائص المميزة لهم، وإلى جانب ذلك توجد فراغات كبيرة بين أسنانهم، وهو ما يجعلهم يختلفون عن أقرانهم أيضاً . وإضافة إلى ذلك فإنهم خاصة في مرحلة البلوغ وما بعدها يعانون عرضة لتلك الأمراض التي تصيب الأنسجة المحيطة بأسنانهم .

(٤) التشنجات : seizures

تعتبر التشنجات أمراً شائعاً بالنسبة لهؤلاء الأطفال قياساً بأقرانهم العاديين في مثل عمرهم الزمني، ومع ذلك فإن السبب الذي يؤدي إلى حدوث تلك التشنجات لا يزال غير معروف حتى الوقت الراهن . ومن أكثر التشنجات شيوعاً بين أولئك الأطفال منذ مرحلة المهد ما يعرف بالتشنجات الطفولية infantile spasms التي تحدث بعد ميلادهم بفترة ليست طويلة وتستمر معهم خلال تلك المرحلة وما بعدها، إلا أن هذا النوع من التشنجات يقل مع الزيادة في أعمارهم .

(٥) مشكلات التنفس :

غالباً ما يعاني هؤلاء الأفراد من مشكلات تنفس عديدة لأسباب ترتبط بجهازهم التنفسي من الناحية التركيبية بداية من مشكلات الأنف والحلق والصدر والقفص الصدري عامة وهو ما يعرضهم كذلك لمشكلات النوم المتعددة كالأرق، والنوم المتقطع على سبيل المثال حيث قد ينام البعض منهم لفترات قليلة متقطعة، وينام لفترة محدودة في كل مرة، ويضيف ليفاتون وآخرون (Levanon et.al. ١٩٩٩) أنهم كثيراً ما يتوقفون عن التنفس أثناء النوم مما قد يعرضهم للاختناق apnea وهو الأمر الذي يحتمل حدوثه بينهم بنسبة تصل ما بين ٥٠ - ٧٥ % . كذلك فإن ضيق الحمرات الهوائية لديهم، وضعف عضلاتهم، وكبر النوز من جانبيهم، وتضخم اللحمية adenoids في أنوفهم قد يزيد من مشكلات التنفس بالنسبة لهم .

(٦) مشكلات الوزن :

هناك العديد من هؤلاء الأطفال نزداد أوزانهم بسرعة واضحة وهو ما يعد أمراً شائعاً بينهم على الرغم من تلك المخاطر الشديدة التي يمكن أن ترتب على ذلك، وقد تساعد زيادة أوزانهم تلك مع معالجات متعددة التي عرضنا لها منذ قليل على حدوث العديد من المشكلات الثابتة لهم والتي يعانون منها لفترات طويلة وقد تكون مسياً رئيسياً في حدوث انتكاسات صحية عديدة من جانبيهم . ولذلك ينبغي أن يسهو الطفل وفق برنامج غذائي معين، وأن يمارس بعض التمارين الرياضية بشكل منتظم حتى يمكن أن يتجنب العديد من تلك المخاطر التي يمكن أن ترتب على زيادة الوزن مع ضعف عضلات الجسم بشكل عام .

(٧) المشكلات المتعلقة بالنخاع الشوكي : spinal

يؤدي ضعف عضلات وأربطة الرقبة من جانب هؤلاء الأفراد إلى زيادة احتمال تعرضهم لمشكلات تتعلق بالنخاع الشوكي خاصة عجز أو ميلخ العظمتين الأوليين في الرقبة، ولذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد الذين يبلغون العشرينيات من أعمارهم تكون

للفواصل الموجودة في عظام الرقبة بالنسبة لهم غير ثابتة وهو الأمر الذي يعرضهم لإصابات في رقابهم بشكل مستمر حيث تبلغ نسبة حدوث هذا الأمر بينهم ١٥ ٪ تقريباً، ومع ذلك فنادراً ما تحدث إصابات خطيرة في الجبل الشوكي لهم. كذلك فإنهم قد يتعرضوا لالتهاب المفاصل في مرحلة المراهقة، ويكون ذلك الالتهاب شديداً بالنسبة لهم.

ولم نرى أن هناك على الجانب الآخر اضطرابات نفسية عديدة يتعرض لها هؤلاء الأفراد يمكن أن تؤثر عليهم بدرجة كبيرة، كما يمكن أن تؤثر إلى جانب ذلك على نموهم، وعلى شخصياتهم بوجه عام وهو الأمر الذي يمكن أن يضيف تعقيدات جديدة إلى تلك التعقيدات الموجودة بالفعل لديهم على أثر ما يتعرضون له من أمراض مختلفة أو مشكلات صحية متباينة ذات أثر سلبي عليهم، وعلى تطور مهاراتهم المختلفة بشكل عام على الرغم من بساطة مثل هذه المهارات. كما أن معانهم الفريدة تعرضهم إلى جانب ذلك بما لا يدع مجالاً للشك للعديد من المشكلات، والتي تجعل منهم على الجانب الآخر فئة فريدة تختلف عن غيرها حتى من فئات الإعاقة المختلفة وذلك بشكل واضح يجعل من النادر جداً حدوث أي أعطاء في تشخيصهم. ومن هذا المنطلق يمكن أن نعرض لتلك الاضطرابات على النحو التالي :

(١) اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط : ADHD

يضم هذا الاضطراب وفق ما يعرضه دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA ثلاثة اضطرابات مستقلة فتلتها الاضطرابات التالية: اضطراب قصور الانتباه attention deficit واضطراب النشاط الحركي المفرط hyperactivity إلى جانب النمط المختلط mixed الذي يجمع بين الاضطرابين السابقين معاً. وجدير بالذكر أن أياً من هذه الاضطرابات يحدث بين هؤلاء الأطفال بنفس معدلات حدوثه بين الأطفال المتخلفين عقلياً، ومن المعروف أن

معدلات الانتشار بين الفئتين أى بين المتخلفين عقلياً وذوى متلازمة داون تعد في واقع الأمر معدلات مرتفعة، كما أنها في ذات الوقت تعد أعلى بشكل كبير من معدلات انتشارها بين أقرانهم العاديين .

(٢) اضطراب التوحد : autism

من الواضح أن اضطراب التوحد ينتشر بشكل كبير بين الأطفال والمراهقين من ذوى متلازمة داون حيث تبلغ نسبة انتشاره حوالى ١٠ ٪ تقريباً أو في حدود هذا المعدل . ومن الجدير بالذكر أن كثيراً من تلك السلوكيات التي تصدر عن هؤلاء الأطفال والمراهقين إنما تنفق في جوهرها مع المحركات الخاصة باضطراب التوحد وإن اختلفت في درجة حدتها وهو الأمر الذي يجعل الكثيرين يسيئون تشخيص هذا الاضطراب بين أولئك الأفراد إذ يعتقدون أن الأمر لا يعدو أن يكون كذلك حتى تحدث المفاجأة في النهاية ويرون أن الأمر مختلف . وسوف نتناول ذلك بالتفصيل في الفصل الأخير من هذا الكتاب .

(٣) اضطرابات القلق :

تضم اضطرابات القلق وفقاً لما يعرضه الدليل التشخيصي DSM- IV (١٩٩٤) العديد من الاضطرابات هي اضطراب القلق العام، واضطراب الملح، والخوف المرضية، والوساوس والأفعال القهرية، واضطراب انعصاب ما بعد الصدمة إلى جانب قلق الطفولة، وقلق الانفصال . ويعد اضطراب القلق العام، وقلق الطفولة، والأفعال القهرية هي الأكثر انتشاراً بين الأطفال والمراهقين من ذوى متلازمة داون حيث تنتشر بدرجة كبيرة بينهم وإن كانت هناك صعوبات عديدة في تشخيصها نظراً لأن الطفل يكون غير قادر على أن يستجيب لتلك الأسئلة التي تتعلق بمشاعره وإدراكه وأفكاره . ومن أهم الأعراض الدالة على ذلك ما يلي :

- ١- انخفاض معدل العناية بالذات من جانبهم .
- ٢- فقد تلك المهارات التي يستخدمونها لأداء أنشطة الحياة اليومية .

- ٣- فقد للمهارات اللفظية التي يكونوا قد اكتسبوها .
- ٤- فقد للمهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية من جانبهم .
- ٥- التوقف عن استخدام الأساليب البديلة للتواصل .
- ٦- الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية .
- ٧- فقد للمهارات اللازمة للعمل في مهنة معينة .
- ٨- انخفاض معدل أدائهم للأنشطة المختلفة .
- ٩- البطء الواضح في أداء الأنشطة قياساً بما كان الوضع عليه من قبل .
- ١٠- ظهور أعراض بارانوية عليهم .
- ١١- زيادة في معدل حديثهم لأنفسهم .
- ١٢- زيادة معدل سلوكهم العدوان سواء على الغير أو الممتلكات .
- ١٣- زيادة معدل إيذائهم للوالمم والإساءة إليها self-abuse وذلك بشكل واضح .
- ١٤- حدوث تغيرات في أنماط النوم من جانبهم .
- ١٥- حدوث تغير في الوزن من جانبهم .
- ١٦- النسيان المتكرر والمستمر .

الفحوص الطبية اللازمة

من الضروري بالنسبة للأزواج والزوجات الذين ينحدرون من أسر لها تاريخ مرضي يتعلق بمتلازمة داون أن يقوموا وفقاً لما تقره الأكاديمية الأمريكية لعطب الأطفال (٢٠٠١) American Academy of Pediatrics بإجراء العديد من الفحوص الطبية الجينية وذلك قبل أن يفكروا في إنجاب الأطفال، كما يتطلب الأمر أيضاً حصولهم على الإرشاد الذي يتعلق بمثل هذا الأمر حيث يتم توضيح تلك الأمراض الجينية أو الوراثية

التي يمكن أن ترتب على ذلك، واحتمالات حدوثها، وما يمكنهم أن يقوموا به آنذاك. ويأتي في مقدمة ذلك بطبيعة الحال احتمالات حدوث متلازمة داون وإلتهام لأطفال يعانون منها بناء على ذلك. وتعدد الفحوص الطبية التي تنزم لهذا الغرض حيث تتضمن مثل هذه الفحوص ما يتم أثناء الحمل إلى جانب ما يتم منها بعد الولادة إضافة إلى الاكتشاف المبكر لتلك الحالات التي تولد وهي تعاني من هذه المتلازمة. ويمكن أن نعرض لذلك كما يلي :

أولاً : الفحوص اللازمة أثناء الحمل :

تتضمن مثل هذه الفحوص نوعين أساسيين بعد الأول منهما بمثابة فحوص فرز أو تصفية screening tests ويتم من خلالها التأكد من احتمال تعرض الجنين لهذه المتلازمة، بينما بعد النوع الثاني بمثابة فحوص تشخيصية diagnostic tests يتم التعرف من خلالها على حالة الجنين على وجه الدقة فيما يتعلق بتلك المتلازمة، وتحديد هل سيصبح ممن يعانون منها أم لا. ويمكن أن نعرض لهذه الفحوص على النحو التالي :

١- فحوص الفرز أو التصفية :

ويتم أثناء فترة الحمل فحص كدم الأم الحامل وذلك للكشف عن احتمال وجود متلازمة داون أو غيرها من الأمراض الجينية أو الوراثية الأخرى، وتتعدد تلك الفحوص بحسب ما يحدده الطبيب المختص، وتضم ما يلي :

alpha-fetoprotein -

inhibin A -

human chorionic gonadotropin -

estriol .

ومع ذلك فهناك جدول كبير بين الأطباء حول موعد إجراء مثل هذه الفحوص ونوعها وذلك خلال فترة الحمل. وسندير بالذكر أن معدل اكتشاف متلازمة داون

من خلال اختبارات الفرز أو التصفية هذه يتراوح بين ٦٠ - ٨٠ % تقريباً، ومع ذلك يبقى الأمر في حاجة إلى إجراء اختبارات أكثر دقة للتأكد من الحالة بشكل دقيق.

٢- الفحوص التشخيصية :

من الجدير بالذكر أنه إذا لم يكن الزوجان ينحدرون من أسر لها تاريخ مرضي يتعلق بالأمراض الجينية أو الوراثية فإن فحوص الفرز أو التصفية قد تكون كافية، أما إذا كان الأمر غير ذلك يصبح من الضروري إجراء الفحوص التشخيصية التالية للأم الحامل :

(١) الموجات فوق الصوتية للجنين : fetal ultrasound

ويتم اللجوء إلى هذا الفحص للتأكد من طول العظام الكهيرة للجنين كالتداعين والمرحطين، وقياسهما، ومقارنتهما بتلك للعايير العادية حيث تكون هذه العظام في حالة متلازمة داون أقصر منها في الحالات العادية. كذلك فإن كثافة أو سمك الجلد في رقبة الجنين يتم فحصها أيضاً من خلال مقارنة المسافة بين عظام رقبة بالعايير العادية لها.

(٢) فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم : amniocintesis

بعد هذا الفحص ضرورياً إذا ما توفرت ظروف معينة تحتر هي الأسس الذي جمعنا نحشى منها إذ أنها تساعد كثيراً في حدوث هذه الحالة. وتتمثل هذه الظروف فيما يلي :

- ١- إذا كان عمر الأم الحامل يتجاوز ٣٥ عاماً.
- ٢- إذا كانت واحدة أو أكثر من نتائج فحص الدم الخاصة بالأم غير عادية.
- ٣- إذا كان لديها طفل آخر من ذوي متلازمة داون.
- ٤- إذا كان لديها هي شخصياً تاريخ أسرى هذه الحالة.

ويكاد لا يكون لهذا الفحص أى خطر على الجنين حيث لا يحدث الإجهاض إلا في ١ % من الحالات تقريباً. ويعتبر هذا الفحص دقيقاً للغاية في التعرف على احتمال حدوث متلازمة داون إذ تصل دفته إلى حوالى ٩٩,٨% تقريباً.

(٣) فحص عينة من الزغيب الذى يكسو المشيمة : **chorionic villus sampling CVS**

يمكن إجراء هذا الفحص في وقت مبكر عن فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم، إلا أن خطورته تمثل في احتمال حدوث الإجهاض حيث تزداد نسبة ذلك الاحتمال قياساً باحتمال حدوثه في حالة فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم.

(٤) فحوص أخرى :

بما لا شك فيه أن للطبيب المختص قد يوصى إذا ما وجد أن الحالة تستدعي ذلك حيث تجعله نتائج الفحوص الأخرى يتوقع حدوث شذوذ كروموزومي، وأن الجنين بالتالى سيكون من ذوى متلازمة داون بإجراء عدد من الفحوص الأخرى كما يلي :

- ١- فحص قلب الجنين باستخدام جهاز رسم القلب الذى يعتمد على تسجيل نبضات القلب بيانياً **fetal echocardiography**.
- ٢- فحوص لجهازه الهضمي مستخدماً الموجات فوق الصوتية.
- ٣- إجراء فحوص أخرى بعد ميلاد الطفل سوف نتناولها في النقطة التالية.

ثانياً : الفحوص اللازمة بعد الميلاد :

هناك مجموعة من الفحوص الأخرى التي يتم إجرائها للطفل بعد ميلاده وذلك إذا ما تأكد الطبيب منذ قيامه بالفحوص السابقة أثناء فترة الحمل من حدوث خطأ أو شذوذ كروموزومي من شأنه أن يجعل من ذلك الجنين بعد ميلاده واحداً من أولئك الذين يعانون من متلازمة داون . ومن هذه الفحوص ما يلي :

(١) فحص مجموع خصائص نواة الخلية : Karyotyping

يتم إجراء هذا الفحص بعد ميلاد الطفل وذلك للتأكد من ذلك التشخيص الذي يكون قد تم القيام به خلال فترة الحمل . وتظهر نتيجة الفحص على النحو الذي يوضحه الشكلان ١ ، ٢ حيث يوضح الشكل رقم ٢ على وجه التحديد خصائص نواة الخلية حال وجود خطأ أو شذوذ كروموزومي في الكروموزوم رقم ٢١ . وبذلك يتم التأكد بشكل قاطع وبما لا يدع أي مجال للشك من أن الطفل يعاني من متلازمة داون، وعلى هذا الأساس يتم اختيار أساليب التدخل المبكر التي سيتم بموجبها التعامل معه في سبيل تحسين حالته بشكل عام .

(٢) اختبارات سمع :

يتم إجراء اختبارات للسمع بداية من ميلاد الطفل، أو بعد بلوغه ثلاثة شهور من العمر وذلك للتأكد من مدى سلامة سمعه، والاكتشاف المبكر لأي مشكلة يمكن أن يتعرض للسمع لها حيث أن التركيب التشريحي للطفل من ذوي متلازمة داون يؤدي به كما نعلم إلى العديد من مشكلات السمع، وأن التدخل المبكر يفيد كثيراً في مثل هذه الحالة .

(٣) فحص دم شامل :

ويتم اللجوء إلى مثل هذا الفحص في الأساس كى يتم التأكد من وجود الموركيما leukemia حيث تعد من الأمراض الأكثر شيوعاً بين أولئك الأطفال وهو ما يمكن أن يعطى الفرصة للتدخل المبكر مما قد يعود بنتائج إيجابية على الطفل .

(٤) فحوص خاصة بالغدة الدرقية :

على الرغم من ندرة حدوث مشكلات تتعلق بالغدة الدرقية عند ميلاد الطفل فإن مثل هذه المشكلات تتطور لديه بعد ذلك . ويتم التأكد من ذلك عن طريق فحوص للدم يتم إجراؤها في الأساس لهذا الغرض .

(٥) فحص شامل للقلب :

وبعد مثل هذا الفحص ضرورياً حيث تنتشر أمراض القلب بين أولئك الأطفال بشكل كبير، كما أن الكثرين منهم يولدون وهم يعانون من مشكلات تتعلق بالقلب حيث تتراوح نسبتهم تقريباً بين ٤٠ - ٥٠ % . ومن أهم ما يتضمنه هذا الفحص ما يلي :

١- استخدام الأشعة السينية X ray لتقييم حجم القلب، وشكله .

٢- عمل تخطيط كهربى للقلب . electrocardiography

٣- تسجيل نبضات القلب بيانياً على جهاز رسم القلب . echocardiograph

ثانياً : الاكتشاف المبكر للحالة :

يعد الاكتشاف المبكر للحالة عاملاً هاماً وحاسماً بالنسبة لها حيث يتم التدخل المبكر على أساس ذلك وفي ضوءه، وهو الأمر الذى يمكن أن يعود بالفائدة على الطفل إذ تتم رعايته منذ البداية على أسس طبية سليمة مما يساعد بدرجة كبيرة في الحد من كثير من تلك المشكلات التى يمكن أن يتعرض لها، وقد يصل بعض هؤلاء الأفراد إلى الخمسين وحق الستين من أعمارهم نتيجة لتلك الرعاية المتنوعة التى يبدونها على أثر ذلك وهو ما أكدته دراسات عديدة في هذا المضمار . وجدير بالذكر أن الاكتشاف المبكر للحالة يتطلب ضرورة توفر شرط أساسى يتمثل في إجراء الفحوص اللازمة أثناء الحمل، كما أنه يتطلب من ناحية أخرى أن تتوفر ثلاثة عوامل أساسية في هذا الصدد هى :

١- أن يكون عمر الأم الحامل قد تجاوز ٣٥ عاماً .

٢- أن يكون لديها هى أو زوجها تاريخ أسرى لهذه المتلازمة .

٣- أن يكون قد اتضح من الفحص الطبى لها قبل الحمل أن أياً منهما يحمل ذلك الجين الذى ينتمى إلى النمط الثانى من أنماط هذه المتلازمة

وهو النمط الذي يتم فيه انتقال جزء من الكروموزوم رقم ٢١ من موضعه إلى كروموزوم آخر . translocation

أساليب الرعاية

تعدد أساليب الرعاية التي يمكننا أن نقدمها لهؤلاء الأطفال أو الأفراد عامة الذين يعانون من متلازمة دارون ، ومن هذا المنطلق يمكن لنا أن نقوم بذلك من خلال عدد من الحوارات المختلفة التي يمكن لكل منها أن يقيد بدرجة ما أو بقدر معين لكنه بلا شك يؤدي في ذات الوقت إلى حدوث بعض الإيجابيات التي ننعكس آثارها على الطفل، ومن ثم يعمل بطريقة أو بأخرى على الحد من تلك الآثار السلبية التي تترتب على هذه المتلازمة وهو ما يمكن أن يساعد في إكساب الطفل مهارة معينة، أو تنمية تلك المهارة إذا كانت موجودة لديه بدرجة معينة، أو تدريبه على أداء نمط سلوكي مرغوب، أو الحد من أدائه لنمط سلوكي آخر غير مرغوب، أو تعليمه مهارات السلوك الاستقلالي، أو مهارات السلوك التكيفي، أو مهارات الحياة اليومية وتدريبه عليها، أو تعليمه في الوقت ذاته للمهارات الاجتماعية أو مهارات التواصل اللفظي منها وغير اللفظي وتدريبه عليها أيضاً، وما إلى ذلك . ومن ناحية أخرى فإن بعض هذه الحوارات قد يعمل دون شك على الاهتمام بصحته، وتحسين حالته الصحية، والحد من المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في إنجاح الجهود الأخرى التي تبذل في أي جانب من الجوانب الأخرى أو وفق أي محور من تلك الحوارات المتعددة التي تتضمنها أساليب الرعاية التي يتم تقديمها إليهم، وبالتالي فهي تسهم في تحقيق نتائج إيجابية في هذا الصدد . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الأساليب في عدد من الحوارات على النحو التالي :

أولاً : أساليب الوقاية :

من الجدير بالذكر أنه لا يمكننا حتى الوقت الراهن أن نمنع حدوث متلازمة دارون تحت أي ظروف، ولكننا مع ذلك نستطيع أن نقوم بمراعاة بعض العوامل ذات الأهمية في هذا الصدد نذكر منها على سبيل المثال ما يلي :

- ١- يفضل ألا تقبل السيدات على الحمل بعد الخامسة والثلاثين من أعمارهن .
- ٢- أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة قبل الزواج للتأكد من عدم وجود احتمال حدوث خطأ أو شذوذ في انقسام الخليا .
- ٣- أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة للأم الحامل حتى تتأكد من سلامة جنينها .

- ٤- إذا اتضح من الفحوص الطبية أن هناك خطأ كروموزومياً قد حدث وأدى إلى متلازمة داون فإنه يجب على الأم أن تعمل على مراعاة بعض الإجراءات بعد ولادة طفلها، ومن هذه الإجراءات ما يلي :
 - أن تقوم بإجراء الفحوص الطبية اللازمة له آنذاك .
 - أن يجعله بعد ذلك يسير وفقاً لنظام غذائي محدد .
 - أن تجعله يمارس نوعاً من أنواع الرياضة بشكل منتظم .
 - أن توفر له قسطاً كبيراً من الراحة يومياً .
 - أن توفر له الرعاية الطبية المناسبة .

كذلك فإن هناك أنواعاً مختلفة من الوقاية يجب أن يتم توفيرها والاهتمام بها، وتمثل تلك الوقاية في كل من الوقاية الأولية، والثانوية، والثالثة كما يلي :

(١) الوقاية الأولية : primary

هي جملة الإجراءات التي تهدف إلى الحد من حدوث متلازمة داون قدر الإمكان وذلك من خلال مراعاة بعض الجوانب والعوامل أو المتغيرات ذات الأهمية في هذا الإطار من جانب الرالدين وخاصة الأم وذلك من قبيل تلك العوامل التي عرضنا لها آنفاً إلى جانب نشر الوعي الصحي اللازم في هذا الصدد، والتعريف بهذه المتلازمة وما يترتب عليها من آثار سلبية على الطفل والأسرة والمجتمع بأسره، وإجراء الفحوص

الطبية اللازمة للأم الحامل، وتحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية المقدمة، والاهتمام بالتطعيمات المختلفة في مواعيدها المحددة.

(٢) الوقاية الثانوية : secondary

وهي حملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تطور هذه الحالة إلى حالة عجز وذلك من خلال الكشف المبكر عنها عن طريق إجراء الفحوص الطبية اللازمة عنى الأم الحامل سواء كانت فحوص فرز وتصفية أو فحوص تشخيصية إذا لزم الأمر، وإجراء الفحوص الطبية اللازمة للطفل مع ميلاده وما بعده، وتوفير الرعاية الطبية المناسبة في هذا السن المبكر، والاهتمام بتحديد نظام غذائي مناسب، وللحوء إلى بعض التدخلات المبكرة سواء كانت نفسية أو اجتماعية إلى جانب التدخل العلاجي المبكر لمنزل هذه الحالات .

(٣) الوقاية الثالثة : tertiary

وتعد بمثابة حملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة المعجز وتطورها إلى حالة إعاقه وذلك من خلال تعزيز تلك القدرات الثابتة لدى الفرد، والحد من مختلف التأثيرات السلبية التي تترتب على العجز لديه . ويتم في سبيل ذلك اللجوء إلى تدخلات مختلفة طبية، ونفسية، واجتماعية، ورياضية، وغذائية تسهم بشكل فاعل في تنمية ما تبقى لديه من قدرات وتطويرها وترجيحها بالشكل الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث انعكاسات إيجابية على الطفل وهو الأمر الذي أكدته دراسات عديدة إذ أكدت أن بعض هؤلاء الأفراد يعيشون حين الخمسينيات وربما الستينيات، من أعمارهم وهو ما لم يكن يحدث من قبل إلا نادراً جداً .

ثانياً : التدخل الأسرى :

تلعب الأسرة والوالدان على وجه الخصوص دوراً هاماً في سبيل مساعدة الطفل من ذوى متلازمة داون على استغلال ما تبقى لديه من قدرات وإمكانات وذلك إلى الحد

الأقصى، ومن ثم ينبغي أن تعمل الأسرة على مساعدة هذا الطفل في تطوير تلك القدرات والإمكانات وتمييزها وذلك من خلال ما يلي :

١- أن يكونا صبورين عند تعليم طفلهما أداء تلك المهارات المختلفة وتدريبه على هذا الأمر وذلك بداية من الأنشطة أو المهام الحركية التي يجب أن يقوم بها خلال العام الأول من حياته كالتقلب من البطن إلى الظهر أو العكس إلى جانب الجيوب، والوقوف، والمشي على سبيل المثال.

٢- الاهتمام بالفحص الطبي الدوري المنتظم للطفل حتى يتجنب بعض الأمراض والمشكلات الصحية المختلفة التي قد تصيبه من جراء حالته تلك، والتي يمكن أن تؤثر سلباً على معدل نموه، بل وعلى شخصيته ككل مع الأخذ في الاعتبار أن هذه للتلازمة ليست مرضاً أو اضطراباً يمكن أن يمد هناك علاجاً معيناً يؤدي إلى الشفاء منه، بل إنها في واقع الأمر تعد بمثابة حالة لا يحدث الشفاء منها.

٣- مساعدته على تعلم مهارات العناية بالذات وتدريبه على ذلك منذ وقت مبكر من حياته، وينبغي أن يمثل ذلك شكلاً من أشكال التدخل المبكر بحيث يتم خلاله تدريبه منذ هذا السن على تلك للمهارات اللازمة لذلك.

٤- إعطاء الطفل الفرصة كي يقوم بممارسة ما تعلمه بنفسه مع تصحيح أخطائه أولاً بأول حتى لا يتركها على أنها صواب مما يترتب عليه بذلك جهد مضاعف في سبيل تحليصه منها حينئذ واستغراق ذلك لوقت أطول.

٥- أن يضعوا في اعتبارهما أن هذا الطفل يمكنه أن يتعلم كمومه من الأطفال، إلا أن ذلك يتطلب منه وقتاً أطول وجهداً أكثر مما يقوم به أقرانه العاديون، ولذلك فهو يتعلم بمعدل أبطأ منهم بكثير.

٦- يجب أن يتم تجنب عقاب الطفل على ما يقوم به من سلوكيات لا تتفق في الغالب مع ما يتطلبه منه، بل عليهما أن يقوموا بتدعيم وتعزيز سلوكياته الإيجابية وتعامل ما قد يصدر عنه من سلوكيات غير مناسبة.

٧- ينبغي على الوالدين أن يقوموا بتعليم الطفل تلك المهارات اللازمة كي يقوم بإطعام نفسه، وأن يدرّبه على ذلك حتى يصبح بإمكانه أن يؤديها بنفسه، بل ويمكنه أن يساعدهما أيضاً في القيام ببعض المهارات التي تتعلق بذلك كأعداد المائة على سبيل المثال.

٨- يجب عليهما كذلك أن يدرّبه على المهارات التي تترجمه كي يقوم بارتداء ملابسه أو خلعهما، بل إن عليهما أن يدرّبه بشكل عام على مهارات الحياة اليومية وهي تلك للمهارات التي يمكن أن تؤدي به إلى الأداء السلوكي المستقل.

٩- العمل على تنمية وتطوير مهاراته الاجتماعية سواء المهارات اللفظية أو للمهارات غير اللفظية وهو الأمر الذي يساعده على تحقيق التواصل مع الآخرين لفظياً وغير لفظي وهو ما يمكنه على أثر ذلك من الاندماج معهم.

١٠- يجب أن يعمل الوالدان بالاشتراك مع أخصائى تخاطب على الإسهام بشكل فعال في علاج اضطرابات النطق والكلام لطفلهما، وتنمية مهارات اللغة التعبيرية لديه.

١١- ينبغي على الوالدين إذا لم يكن طفلهما قادراً على استخدام اللغة بشكل مقبول في سبيل القيام بالتواصل اللفظي أن يعملوا على تعليمه استخدام أساليب بديلة للتواصل كالأشعارات والإيماءات مثلاً، وأن يدرّبه على استخدام الكمبيوتر لتحقيق نفس هذا الغرض.

١٢- إذا تمكن الوالدان من تعليم طفلهما استخدام الكمبيوتر فإن هذا من شأنه أن يساعدهما على تعليمه العديد من المهارات المختلفة وتدريبه عليها حتى يتمكن من أدائها بشكل مقبول كالمهارات الأكاديمية مثلاً، إلا أن ذلك لن يتضمن المهارات الاجتماعية.

١٣- يجب على الوالدين أن يتغصوا مع طفلهم في أداء ما يقوم به من أنشطة ومهام مختلفة سواء كانت أكاديمية أو حياتية، وأن يبدوا اهتماماً كبيراً بما يؤديه منها، بل ويشاركانه في ذلك. كما يجب عليهما في هذا الإطار إذا كان الطفل قد تم إلفه بالمدرسة أن يتغصوا معه في تعليمه المدرسي، وأن يقدموا له الدعم والتأييد اللازم لذلك، وأن يشجعانه على أداء الأنشطة الأكاديمية المختلفة.

١٤- ينبغي على الوالدين أن يقوموا بتشجيع الطفل على الاشتراك في الأنشطة المختلفة مع الأقران من خلال دعوتهم إلى المنزل أو خروج الطفل إليهم إذا لم يكن بالمدرسة، أو مع الأقران بالمدرسة إذا كان الطفل مقيماً بها، وتشجيعه على إبداء الاهتمام بهم، وإقامة علاقات اجتماعية مناسبة معهم.

١٥- على الوالدين أن يقرروا كذلك بتدريب الطفل على أن يأتي بالسلوكيات الاجتماعية المقبولة في إطار بيئتهم الاجتماعية، وأن يعملوا حامدين في سبيل الحد من سلوكياته غير المقبولة اجتماعياً.

١٦- كذلك فإن عليهما مساعدته على تعلم المعايير الاجتماعية السائدة، وتدريبه عليها، وتشجيعه على احترامها ومراعاتها والتمسك أو الالتزام بها في سلوكياته، وعدم الخروج عليها قدر الإمكان.

ثالثاً: البيئة المدرسية :

ينبغي أن تعمل البيئة المدرسية على إتباع العديد من الخطوات والإجراءات، وأن تقدم آيئاً العديد من الخدمات على النحو التالي :

١- أن توفر ما يلزم من أدوات وإجراءات وخلافه حتى يتم دمج أولئك الأطفال مع أقرانهم غير الموهوبين.

٢- أن يتم توفير المعلمين المؤهلين للتعامل معهم، وتعليمهم المهارات المطلوبة، وتدريبهم عليها وفقاً لإمكاناتهم وقدراتهم.

٣- أن تعمل على تأهيل الطلاب العاديين لقبولهم معهم في نفس الفصول وذلك من خلال تغيير اتجاهاتهم نحوهم حتى يتسكنوا من مشاركتهم والتفاعل معهم.

٤- أن يتم توفير خطة تعليم فردية Individual Education Plan IEP تراعى الحاجات الاجتماعية والانفعالية للطفل وتقوم عليها، وتتضمن بعض التوصيات التي يمكن إتباعها مع الطفل حتى يمكن تعليمه بالشكل الأمثل بالنسبة له .

٥- أن تعمل على توفير غرفة مصادر مجهزة بكل ما يمكن أن يحتاجه الطفل إليه ويكون من شأنه أن يساعده كي يتعلم مما يسهل بالتالي حدوث عملية التعلم تلك .

٦- أن توفر لهم الفرصة للاستكشاف واكتساب الخبرات نظراً لأن العديد من الوظائف الثمينة التي نجدها عند الطفل العادي لا تتوفر لدى هؤلاء الأطفال .

٧- أن توفر لهم الفرصة للاشتراك مع الآخرين، وأن تعلمهم للمشاركة في المجتمع .

٨- أن توفر لهم الدعام الأساسية للحياة من خلال تنمية المهارات الأساسية، والقدرات الحسية، ومهارات العناية بالذات، والكفاءة اللغوية والاجتماعية .

رابعاً: المناهج الدراسية :

يشير ماتيز (٢٠٠٢) Mattheis إلى أن تلك المناهج الدراسية التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال ينبغي أن تعمل على تحقيق ما يلي :

١- أن تتضمن بعض التغييرات أو التولزمات التي يُعطيها تناسب مع قدرات مثل هؤلاء الأطفال وإمكاناتهم المحدودة.

٢- أن تتضمن أنشطة منهجية وأخرى لامنهجية تلائم وضعهم، وتشجعهم على الاشتراك فيها مع أقرانهم، والعمل على أدائها.

٣- أن تتطلب حصول العقل على خدمات خارج الفصل وفي إطار المدرسة كأن يذهب إلى غرفة المصادر على سبيل المثال.

٤- أن تتضمن تلك المناهج أنشطة متنوعة من البيئة حتى توفر لهم الفرصة لتنمية مهاراتهم التي تتعلق بأداء مثل هذه الأنشطة.

٥- أن تتضمن هذه المناهج جانباً عملياً يساعد في الكشف عن قدرات وإمكانات هؤلاء الأطفال حتى تتمكن من تأهيلهم مهنيّاً فيما بعد وفقاً لذلك.

٦- أن تتضمن ما يعمل على تنمية مهاراتهم الأكاديمية البسيطة كان تقدم لهم بعض المشكلات البسيطة التي تتطلب منهم أن يجهدوا حلّها حلولاً مناسبة لها.

٧- أن تشجعهم على الأداء الاستقلالي، وعلى تحقيق الاستقلالية في سلوكهم بوجه عام.

خامساً : الإجراءات والاستراتيجيات المتبعة داخل الفصل :

هناك عدد من الإجراءات المتبعة التي يجب أن يتم إتباعها داخل الفصل إلى جانب عدد آخر من الاستراتيجيات التي ينبغي اللجوء إليها والاستفادة منها في الفصل وذلك في سبيل تحقيق الهدف من تعليم هؤلاء الأطفال في إطار المدرسة . ومن أهم هذه الإجراءات والاستراتيجيات التي يجب إتباعها ما يلي :

١- أن يتأكد المعلم من انتباه الطفل إليه قبل أن يعطيه أي تعليمات . كما يجب عليه أثناء إجراء المناقشات معهم أن يوجه إليهم بعض الأسئلة حتى يتأكد من فهمهم لما يقوله ويفهمه هم.

٢- أن يعمل على تقديم المساندة المطلوبة لهم، وأن يعتمد بدرجة أكبر على التكرار في تقديم المعلومات حتى يتأكد من فهمهم الجيد لها، كما يجب عليه أيضاً أن يستخدم التعبيرات الوجيهة المختلفة.

٣- أن يتم تشجيعهم على الاشتراك في الأنشطة اللامنهجية extracurricular حتى ينمي الانتماء لديهم ويطور.

٤- ينهي العمل على تنمية وتطوير المفردات والتراكيب اللغوية للأطفال وذلك من خلال عدة خطوات كما يلي :

- تقديم المفردات اللغوية الجديدة قبل تدريس الوحدة أو الدرس الجديد.

- تكرار وترديد تلك المفردات.

- تشجيع الأطفال على وضعها في جمل بسيطة ذات معنى.

- مراعاة التراكيب اللغوية عند وضع تلك المفردات في جمل.

٥- تحديد واجبات منزلية معينة يقوم بها الأطفال مع تدريسهم على كيفية أداؤها حيث يجد أولئك الأطفال صعوبة كبيرة في ذلك إذ أنهم يفتقرون إلى الاستقلالية في الأداء مما قد يعرضهم للإحباط، ولكن ذلك من شأنه عند تدخل الوالدين معهم أن ينمي قدرتهم على السلوك الاستقلالي .

٦- أن يتم تقييم أداء هؤلاء الأطفال ومستوى تحصيلهم أو تقدمهم وذلك باستخدام اختبارات تحصيلية تنفق معهم مع مراعاة الحالة الصحية للطفل حيث قد يتعرض لاضطرابات صحية مستمرة وهو ما يمكن أن يعوقه عن الأداء الجيد.

٧- أن يتم التواصل المستمر مع الأميرة حتى يعلم الوالدان ما يمكن أن يقدمه لطفل من مساعدة في المنزل يتمكن على أثرها من إتمام واجباته المدرسية، وممارسة هواياته، واستذكار دروسه وهو ما يتعم عمل المدرسة ودورها .

٨- أن يتم تعليم مثل هؤلاء الأطفال في الصف الخاص وفقاً لسماتهم
وخصائصهم، وقدراتهم، وإمكاناتهم، ومستوى سمعهم بحيث يتم في ضوء
ذلك التدريس لهم فرادى أو في مجموعات صغيرة.

سادساً : برامج التدخلات العلاجية :

تختلف التدخلات العلاجية التي يتم إتباعها مع هؤلاء الأفراد من فرد إلى آخر وفقاً
لسماته الفريدة، والأعراض التي تبدو عليه، وخصائصه الجسمية الخاصة مما يجعل منها
برنامج خاصة مع أنها تشترك جميعها في إطارها العام، والمبادئ التي تستند إليها.
ويكمن الهدف من أي تدخل علاجي أو أي برنامج من هذه البرامج يتم تقديمه للطفل
في تعليمه الأداء السلوكي المستقل، وتدريبه عليه، وتوعيته على ذلك. وبذلك فإن
مثل هذا البرنامج يتطلب وجود فريق متكامل يضم طبيباً، وأخصائى نفسي، وأخصائى
تخاطب، وأخصائى تأهيل، والوالدين، والمعلم، وقد تتطلب بعض هذه البرامج أخصائى
تغذية. ويجب أن تتضمن البرامج العلاجية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأفراد عدداً من
العناصر المختلفة، أو قد يتخصص بعضها في واحد أو أكثر من هذه العناصر.
وتتضمن مثل هذه العناصر ما يلي :

١- إجراء الفحوص الطبية بشكل منتظم وذلك لتقييم معدل نمو الطفل
وتطوره، والتعرف على إمكانية ظهور أى أمراض أو مشكلات صحية
لديه، أو إصابته بها.

٢- علاج اضطرابات التعلق والكلام وذلك لتنمية مهاراته على التواصل
بشكل واضح وصحيح وأكثر فاعلية. كما أن تنمية مثل هذه المهارات
لدى الطفل من شأنه أن يساعده على تحقيق الاستقلال المنشود.

٣- العلاج الجسدي physical والتمرنات وذلك في سبيل تنمية مهاراته
الحركية المختلفة بالشكل اللازم وهو ما قد يساعده إلى جانب ذلك
على تحقيق التواصل سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية.

٤- تقدم الإرشاد اللازم لأسر هؤلاء الأطفال فيما يتعلق بالجانب الغذائي وهو الأمر الذي يحتاجون إليه بشدة وخاصة في السنوات الأولى من طفولة أبنائهم حيث يمكن أن يعاني أولئك الأفراد من مشكلات كثيرة تتعلق بالتغذية في مثل هذه السن، كما أنهم يحتاجون إلى ذلك بشدة أيضاً مع نمو هؤلاء الأبناء حيث تزداد أوزانهم بدرجة ملحوظة وهو الأمر الذي يتطلب تعدد نظام غذائي معين حتى يسر عليه كل منهم وفقاً لظروفه.

٥- تقدم العلاج التأهيلي أو الوظيفي المناسب : occupational therapy
تختلف برامج العلاج التأهيلي باختلاف المرحلة النمائية التي يمر الفرد بها، ويبدأ استخدام مثل هذه البرامج منذ مرحلة المهد وحتى مرحلة الرشد وما بعدها. وتهدف في الأساس إلى تقديم الخدمات والتدريبات اللازمة التي تعد الفرد للتكيف مع كل مرحلة نمائية بمهامها ومتطلباتها المختلفة وهو الأمر الذي يساعده على تحقيق قدر معقول من التكيف مع البيئة المحيطة، وبالتالي تحقيق قدر مناسب من التوافق الاجتماعي.

٦- تقدم الإرشاد والتدريب المهني vocational training وذلك عندما يصل مثل هؤلاء الأبناء إلى مرحلة المراهقة حتى نساعدهم على تطوير وتنمية المهارات اللازمة من جانبهم للأداء الوظيفي في تلك المهن التي تناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم المحدودة ووضعهم الفريد.

وإذا كانت هذه العناصر تعد بمثابة عناصر أساسية ينبغي أن تتضمنها برامج التدخل المختلفة التي يتم اللجوء إليها في هذا الصدد، وتقدمها هؤلاء الأفراد سواء كانوا أطفالاً أو مراهقين، أو يكونوا حتى قد تجاوزوا تلك المرحلة العمرية فإننا يجب في ضوء ذلك أن نتناولها بشيء من التفصيل وذلك لتوضيح كيفية تقدم أي منها، وما يمكن أن ينطوي عليه من خدمات مختلفة، وما يمكن أن يتضمنه من عناصر فرعية وذلك على النحو التالي :

(١) الفحوص الطبية والعلاج الطبي :

يشير لوبوف وآخرون (Lobough et al, ٢٠٠٢) إلى حقيقة هامة في هذا الصدد مودعا أنه لا يوجد أى نوع من العلاج الطبي لهذه الحالة يمكن أن يؤدي إلى شفاء تام منها، وهي الحقيقة التي يجب أن تظل عالمة في أذهاننا ولا تغيب عنها. ومع ذلك فالتدخل الطبي يعد عنصراً أساسياً في هذا الحالة، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن نتخاض عنه وفقاً لذلك حيث تتطلب تلك الحالة من بناتها عناية طبية فائقة كي يتمكن الطفل من الاستفادة مما يمكن أن يتم تقديمه له من خدمات وبرامج مختلفة. وعلى ذلك يجب أن يتضمن التدخل الطبي استخدام كميات من الحامض الأميني amino acid إلى جانب عقار آخر يسمى بيراسيتام Piracetam يعتقد أنه يعمل على تحسين الأداء الوظيفي العقلي للطفل، إلا أن الدراسات المختلفة في هذا الإطار لم تبت فاعليته أو جدواه في سبيل ذلك، كما أنها لم تتوصل أيضاً إلى عدم وجود آثار جانبية له، ومع ذلك فهو لا يزال يستخدم حتى الآن .

أما فيما يتعلق بالفحوص الطبية المختلفة التي تعد ضرورية في هذا الصدد فهي كما يشير سميت (Smith ٢٠٠١) تتبر متعددة، ويمكن لها أن تدخل في إطار كل من الرعاية والعلاج إذ أن هذه المتلازمة يصاحبها العديد من الأمراض التي تصيب الطفل إلى جانب العديد من المشكلات الصحية الأخرى التي يتعرض لها وهو الأمر الذي يؤثر على صحته، وعلى رفاهيته، بل وعلى حياته بأسرها. ونحن عن اليان أن مثل هذه الفحوص الطبية المنتظمة تعمل في سبيل التعرف المستمر على حالة الطفل، وتحديد أى تطورات جديدة يمكن أن تطرأ عليها حتى يمكن علاجها أولاً بأول وهو ما يكون من شأنه أن يحافظ عليه أو يقيه في حالة صحية مقبولة، ويمكن أن تتضمن مثل هذه الفحوص ما يلي :

١- فحص القلب :

يتعرض الأطفال ذوو متلازمة داون لبعض أمراض أو مشكلات وراثية في القلب، ولذلك فإن جميع المواليد الجدد والأطفال من ذوي هذه المتلازمة يجب أن يخضعوا لمثل

هذا الفحص قبل انتهاء الشهر الثالث من أعمارهم، وتعمل المراكز التي تقدم أساليب الرعاية الثالثة على الاهتمام بذلك. ومن المعروف أن بعض هؤلاء الأفراد قد يتعرضوا خلال مرحلة المراهقة لاختلال في الأداء الوظيفي لأحد الصمامات بالقلب.

٢- فحص السمع :

يتعرض بعض أولئك الأفراد لفقد السمع، وغالباً ما يكون فقد السمع هنا من النمط الحس عصبي sensorineural كما أنه قد يكون في بعض الأحيان فقداً توصيلياً للسمع conductive أو فقداً مركباً أو مختلطاً mixed أى يجمع بين كلا النمطين معاً. ولذلك يجب إخضاعهم لفحص السمع منذ الشهر السادس من أعمارهم، ثم عند إتمامهم لعامهم الأول، ثم مرة واحدة سنوياً وذلك إلى أن يتموا العام الثالث من عمرهم فيستمر الفحص بولق مرة واحدة كل عامين وذلك بشكل مستمر. ونظراً لأن قناة الأذن تكون لدى معظم هؤلاء الأفراد أقصر من الطبيعي فإنه يصعب فحص طبلة الأذن لديهم بالأساليب العادية، ومن ثم ينبغي استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة في سبل ذلك. ونظراً لتجمع المسائل في الأذن الوسطى منذ وقت مبكر من حياتهم فإنه لا يتخلص منه بشكل مستمر وذلك قبل أن يبدأوا في فقد السمع وهو ما يحدث عادة في العقد الثاني من أعمارهم.

٣- فحص الأنف والأذن والحنجرة :

من المعروف أن هؤلاء الأطفال تكون لديهم عمريات هوائية ضيقة، كما يكون حجم اللوز كبيراً إلى جانب وجود لحمية بالأنف قد تكون ذات حجم كبير وهو الأمر الذي يسبب لهم مشكلات عديدة سواء في التنفس، أو النوم، أو غير ذلك، كما أن مثل هذا الأمر يمكن أن يعرضهم كما أوضحنا سلفاً إلى توقف التنفس أثناء النوم أو ما يعرف بالاعتناق أثناء النوم، ولذلك فإن الأمر يتطلب التدخل الجراحي حتى تتحسن الحالة.

٤- علاج الأمراض المعدية التي يتعرضون لها :

غالباً ما يتعرض هؤلاء الأفراد لمشكلات تتعلق بالجهاز التنفسي وأخرى تتعلق بالجهاز الهضمي ولذلك فإن التطعيمات المختلفة تعد ضرورية في هذا الصدد والحفاظ عليها في مواعيدها المحددة إلى جانب التدخل الجراحي إذا تزم الأمر ،

٥- علاج مشكلات الإبصار :

تعد المياه البيضاء الوراثية congenital cataract مشكلة خطيرة يتعرض لها هؤلاء الأفراد، ويعانون منها حيث قد تؤدي إلى فقد الإبصار وذلك إذا لم يتم اكتشافها وعلاجها في وقت مبكر . كذلك فإن بعضهم قد يتعرض للحول، والاستجماتيزم وهو الأمر الذي يتطلب ضرورة أن يتم الفحص الطبي الدوري لهم بداية من الشهر السادس وحتى نهاية العام الأول من عمرهم، ثم يتم هنا الفحص بعد ذلك بشكل منتظم بواقع مرة واحدة على الأقل ما بين كل عام إلى عامين .

٦- الفحص المفصلي :

نظراً لضعف عضلات الجسم عامة بالنسبة لهؤلاء الأفراد فإنهم غالباً ما يتعرضون للمخ في مفاصلهم وذلك في أماكن متفرقة من أجسامهم وهو ما يعرف بعدم ثبات المفاصل في أماكنها . ومن ثم يجب أن يكون هناك فحص دوري لهم كي لا يتعرضوا لمشاكل في العمود الفقري، أو الرقبة، أو الحبل الشوكي، وإخلافه .

٧- الفحص الغدي :

تنصح الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (٢٠٠٦) American Academy of Pediatrics بضرورة أن يكون هناك فحص لعدد الطفل المختلفة خاصة الغدة الدرقية thyroid gland حيث يتعرض بعض هؤلاء الأطفال لحثوث اضطراب بها وذلك منذ طفولتهم ولو أن ذلك يندر حدوثه في مرحلة المهد، ولكنه يبدأ في الظهور خلال مرحلة الطفولة المتأخرة . ومن المعروف أن المعدل العادي من هرمون الثيروكسين

thyroxin الذى تفرزه الغدة الدرقية بعد ضرورياً حتى يتم التطور الطبيعي في الأداء الوظيفي المعرفي من جانب الطفل. ونظراً لحسوت اضطراب في الغدة الدرقية وى معدل إفرازها للثيروكسين فإن الأداء الوظيفي المعرفي من جانب هؤلاء الأطفال يبدو مختلفاً، إلا أن مثل هذا الاضطراب في الغدة الدرقية قد لا يبدو بشكل واضح عند البعض منهم وهو ما يتطلب إجراء فحص لها حتى يتم التأكد من ذلك منذ وقت مبكر في حياة الطفل، كما يجب أيضاً أن يستمر ذلك بصفة دورية بواقع مرة واحدة كل عام حتى تكون على علم بأى تطور يحدث مما يساعدنا على علاجه في بدايته.

٨- الفحص العصبي :

تتكرر التشنجات بشكل كبير لدى هؤلاء الأطفال، ولكنها مع ذلك تكون أقل مما يحدث مع الأطفال المتخلفين عقلياً أى في حالة التخلف العقلي ذاته أو أى حالة أخرى تؤدي إلى الإعاقة العقلية. وترتبط التشنجات بعمر للطفل الذى ينتمى إلى هذه الفئة حيث ترداد بدرجة كبيرة في مرحلة المهد، ثم تنقل بعد ذلك إلى أن ترتفع بعض الشيء في مرحلة المراهقة، ثم تنقل مرة أخرى إلى أن تزيد من جديد في العقدتين الرابع والخامس من عمره. ومن أكثر تلك التشنجات شيوعاً ما يعرف بالتشنجات الطفلية infantile spasms وهو النوع الذى يمكن السيطرة عليه إلى حد كبير باستخدام الأدوية الخاصة به. وتنتج مثل هذه التشنجات عن النمو غير الطبيعي للمخ، ويمكن أن ترجع كذلك إلى الشلوك في الموصلات العصبية neurotransmitters وربما العدوى، أو أمراض القلب وهو الأمر الذى يتطلب الرعاية الطبية المناسبة.

(٢) علاج اضطرابات النطق والكلام :

برى هاسولد وباترسون (١٩٩٨) Hassold&Patterson أن الأطفال من ذوى هذه المتلازمة يعانون من تأخر في معدل نموهم اللغوي، وضعف محسوسم اللغوى أو مفرداغم اللغوية، وتراكيهم اللغوية المحدودة، وبساطة وقصر الجمل التى قد ينطق بها البعض منهم إلى جانب حدوث العديد من أنماط اضطرابات النطق والكلام من جانبه.

كما أنهم من جانب آخر يتكونون من فهم اللغة المنطوقة بشكل أفضل من قدرتهم على التعبير عن أنفسهم بطريقة لفظية وهو ما يعنى وجود قصور واضح لديهم في مهارات اللغة التعبيرية قياساً بمهارات اللغة الاستقبالية من جانبهم، وهو الأمر الذى يتطلب التدخل المبكر أى منذ وقت مبكر من حياتهم في سبيل علاج مثل هذه الأمور .

وبما لا شك فيه أن مثل هذا القصور للغوى يرجع في جانب كبير منه إلى القصور الحركى الذى يعانيه الطفل، وهو ما أشرنا إليه من قبل، وسوف نعرض لجانب آخر منه خلال حديثنا الحالى عن برامج التدخلات العلاجية حيث قد ترجع إلى أخطاء في حركة الفك والشفاه واللسان، أو عدم تسلسل تلك الحركات بشكل مناسب مما يودى إلى حدوث الإبدال، أو التشويه، أو الحذف، أو الإضافة، وإلى جانب ذلك فهى قد ترجع إلى أسباب أخرى كخلل في شكل اللسان، ووجود تشوهات في الأسنان، ووجود عيوب في سقف الحلق والشفة، وعدم تناسق الفكين وانطباقهما، ووجود خلل أو مشكلات في السمع، وبعض الاضطرابات العصبية وهى ما تعد جميعاً بمثابة مشكلات أساسية يعانى منها هؤلاء الأطفال . كما أننا قد ترجع من جانب آخر إلى الحرمان البيئى، والتماذج الخاطئة للنطق، والسلوك الطفولى، والمشكلات الانفعالية، وبطء النمو . ونحن نرى أن الحالتين كليهما موجودتان بالنسبة لهؤلاء الأطفال، وإن كان القصور الحركى له الباع الأطول في حالتهم تلك .

وحتى عن البيان أن اضطرابات النطق والكلام وفق ما أورده دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA تعد بمثابة عدم قدرة من جانب الطفل على استخدام أنماط الكلام المتوقعة من التطور التامى والمبنى تناسب مع عمره الزمني، ومستوى ذكائه، ولحمته . ويتضح ذلك في إصداره لأصوات غير مناسبة، أو تلفظه غير المتلائم . وعادة ما تضم اضطرابات النطق والكلام أخطاء في إصدار الصوت، أو إبدال صوت مكان آخر، أو حذف أصوات مثل

الحروف الساكنة التي تقع في آخر الكلمة، أو تشويه وتحريف لسطق الكلمة، أو ما إلى ذلك مما يعطى الانطباع بأن هذا الكلام طفلياً.

ومن المعروف أن مثل هذه الاضطرابات تؤدي إلى حدوث اضطرابات في التواصل، وأن مثل هذه الاضطرابات تزداد بين أولئك الأطفال بشكل كبير وذلك قياساً بما هو موجود بالفعل لدى أقرانهم العاديين حيث تزداد اضطرابات اللغة والنطق أو اضطرابات التواصل عامة كلما قل معدل ذكاء الفرد. كذلك فإن معدل انتشار هذه الاضطرابات بين هؤلاء الأطفال ينور في حدود معدل انتشارها بين أقرانهم في فئة التخلف العقلي، وقد يزداد عنه بعض الشيء نظراً لحالة القصور الحركي التي يتسم بها هؤلاء الأفراد قياساً بأقرانهم للتخلفين عقلياً، ولكنها في حالة التخلف العقلي قد ترجع في الأساس إلى أسباب أخرى غير عضوية، ولكنها تعد مرتفعة نظراً لانخفاض معدل ذكاء أولئك الأطفال، ومع ذلك فهي قد تقل بعض الشيء عن معدل حدوثها في متلازمة داون. وعلى الرغم من ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام التي تشيع بينهم هي نفسها التي تشيع بين العاديين، ويظل الفرق الأساسي بين الجانبين في هذا الخصوص متمثلاً في اختلاف معدلات الانتشار، واختلاف نسب حدوث كل من هذه الاضطرابات. وهذا يعني بطبيعة الحال أنه لا توجد اضطرابات معينة للنطق والكلام يمكن أن يميز أي فئة من الأفراد عن غيرها من الفئات الأخرى بمعنى أنه ليس هناك خطأ فريداً لمشكلات الكلام يمكن أن يميز فئة معينة من الأفراد عما سواها.

ومن الجدير بالذكر أن ذلك القصور يؤثر بشكل كبير في قدرتهم على التواصل بجانبه اللفظي أي الذي يعتمد على اللغة، وغير اللفظي الذي يعتمد على ما يليه الفرد من إشارات، وإيماءات، وتعبيرات الوجه، كما يضم التواصل إلى جانب ذلك أساليب بديلة تكون غير لفظية في غالبيتها كلفة الإشارة، واستخدام الكمبيوتر. وإذا كان التواصل يضم هذين الجانبين الذين أشرنا إليهما سلفاً فإنه يعتمد في جانب كبير منه على المهارات الاجتماعية بشقيها المماثلين إذ أن إحادة الطفل لمثل هذه المهارات من شأنه أن يساعده بدرجة كبيرة في تحقيق التواصل مع الآخرين، وهو وإن كان يميل

إلى التعلق بالآخرين، وبخبر اجتماعياً، ويكون في الغالب ودوداً ومبتهاجاً فإنه مع ذلك تعوزه مثل هذه المهارات، ويعاني من قصور فيها. وفي ضوء ما سبق يجب أن يقوم البرنامج المستخدم في سبيل ذلك على أسس فردية بعد تقييم أنماط التواصل من جانب الطفل، وساحاته في هذا الإطار، كما يجب أن يتضمن برنامج الأسرة كعنصر أساسي فيه أو في الفريق المعالج. وهناك مهارات أساسية معينة ينبغي أن يتم تعليمها للطفل في هذا الصدد منها ما يلي :

١- المهارات الخاصة بالتحية .

٢- المهارات الخاصة بالرد على التحية .

٣- المهارات المتعلقة بإبداء المطالب كأن يحدد ما يريد من شخص معين مثلاً .

٤- مهارة الاستجابة للمطالب أو الطلبيات .

٥- المهارات الخاصة بالدخول في المحادثات والاستمرار فيها .

٦- مهارات الاستماع والإنصات للأصوات أو الحديث .

٧- مهارة لعب الأدوار .

ويمكن استخدام برنامج كمبيوتر في سبيل تدريب هؤلاء الأطفال على مثل هذه المهارات وهو ما يمكن أن يساعدهم على تحويل الثغرات السمعية إلى رسائل انطقية، وتحويل الثغرات الشفوية إلى قدرات حركية، ويمكن في سبيل ذلك استخدام الإشارات بدلاً من اللفظ . كما يجب الاهتمام بمخارج الأصوات حتى يتمكنوا من النطق الصحيح للكلمات، ويتم بعد ذلك الاهتمام بالمقاطع، ثم الكلمات، فالعبارات، وأخيراً التراكيب اللغوية . إلا أننا يجب أن نضع في اعتبارنا أنه إذا كان بإمكاننا أن نقوم بتعليم الطفل العديد من المهارات المختلفة من خلال الكمبيوتر، وتدريبه عليها عن طريق ذات الأسلوب فإنه لا يمكننا أن نقوم بتدريبه على المهارات الاجتماعية عن طريق الكمبيوتر

لأن الأمر يتطلب مواقف اجتماعية حقيقية أو مصطنعة يوجد الطفل خلالها مع الآخرين ووسطهم، ثم يشرع في التفاعل معهم وهو الأمر الذي لا يمكن أن تقوم بتوفيره أو تحقيقه من خلال الكمبيوتر، وإل جانب ذلك يمكن استخدام برامج التدخل السلوكي وهي البرامج التي أثبتت فاعلية كبيرة في هذا الصدد.

(٣) العلاج الجسمي والتمرينات :

نشير بانريشيا وينترز Winders,P. (١٩٩٩) إلى أن الهدف من هذا البرنامج لا يمثل مطلقاً في الإسراع بمعدل نمو المهارات الحركية الكبيرة بالنسبة لظهور الأطفال نظراً لأن الطفل من ذوي متلازمة داون سوف يبدأ في المشي بعد الشهر الرابع والعشرين من عمره أي في العام الثالث من عمره في المتوسط سواء قمنا باستخدام هذا التدخل العلاجي أو لم نقوم بذلك. وهذا لا يعني مطلقاً أنه ليست هناك أي أهمية لمثل هذا التدخل العلاجي، بل العكس هو الصحيح حيث هناك أهمية كبيرة له لدرجة أن أي برنامج للتدخل المبكر يجب أن يتضمن جانباً منه ما لم نقوم باستخدامه كبرنامج مستقل. ومن الأفضل أن يتم استخدامه كبرنامج مستقل حيث تكون له أهميته الكبيرة خلال تلك الفترة وذلك في تنمية المهارات الحركية الكبيرة للطفل، ويرجع ذلك إلى الأسباب الأربعة التالية :

١- نقص توتر عضلات الطفل في حالة الراححة : hypotonia

من المعروف أن المخ هو الذي يقوم بالسيطرة على درجة توتر العضلات والتحكم فيها، ونظراً لوجود تأخر في نمو المخ كما أوضحنا من قبل فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على درجة توتر العضلات في حالة الراححة مما يجعل تلك الدرجة منخفضة، وهو ما يبدو جلياً بالنسبة للطفل من هذه الفئة خلال مرحلة المهد إذ أننا عندما نقوم بحمله نجده رخواً مترهلاً، وإذا ما قمنا بوضعه على الأرض فإنه سيظل كما وضعناه، وسوف تتحرك رأسه إلى جانب معين وتظل كذلك، كما تسقط يده بجانب جسمه وتستقر على هذا الوضع، وسوف يمنع ارتفاع عضلات معدته من الوقوف معتدلاً، وبعد هذا

الأمر في حد ذاته كثيراً يحدث التمدد المبكر حتى تتمكن من مساعدته على تجاوز مثل هذا الوضع، والتحكم في عضلاته ولو جزئياً مما يساعد في تعلم بعض المهارات الحركية من جانبته.

٢- ارتخاء الأربطة : ligamentous laxity

يعاني الطفل من ارتخاء أربطة مفاصله، ويرجع ذلك بطبيعة الحال إلى ضعفها، وعدم إحكام شدتها وذلك بشكل يزيد عن العادي وهو ما يجعل رجليه تظل مفتوحتين عندما ينام، وإلى جانب ذلك نلاحظ عدم وجود تقوس في باطن قدميه. ويعمل هذا الارتخاء على جعل مفاصله أقل ثباتاً، كما أنها تتعرض في بعض الأحيان للسلخ وهو الأمر الذي يتطلب المزيد من الحذر عند التعامل معه بشكل عام، وعند استحمام مثل هذا التمدد العلاجي على وجه التحديد، ولذلك ينبغي علينا إذا ما تعرض الطفل لمثل هذا الثلخ في أي جزء من جسمه أن نتوقف على الفور ودون تردد عن ممارسة أي تمارين رياضية مهما كانت حتى يعود الأمر إلى ما كان عليه من قبل، وهذا يعني أن نأخذ حذرنا عند استخدام هذا التمدد، وأن نتوقف عنه فوراً عند حدوث أي ملح للطفل حتى لا نتفاقم حالته وتزداد سوءاً.

٣- ضعف قوة العضلات : decreased muscle strength

من الجدير بالذكر أن هذا الطفل يتسم بضعف عضلات جسمه بشكل عام وذلك في أي جزء منه إلى جانب نقص توتر مثل هذه العضلات في حالة الراحة كما أننا سلفاً. ويعمل ضعف عضلات جسم الطفل على تأخير نموه الحركي، وبعبارة أخرى بدرجاته كبيرة، كما يؤثر سلباً على اكتسابه للمهارات الحركية المختلفة الكبيرة gross أولاً، ثم الدقيقة fine. ويمكن علاج ذلك الأمر جزئياً عن طريق التمارين حيث يتمكن الطفل بموجها بعد ذلك من الجلوس، والسيو، والوقوف، والشيء، وهكذا.

٤- قصر الذراعين والرجلين : short arms and legs

يتسم ذراعاً الطفل ورجلاه بالتقصير قياساً بطول جذعه الذي يعد هو الآخر قصيراً. ويؤدي قصر الذراعين إلى صعوبات عديدة في تعلمه الجلوس حيث لا يستطيع أن

يستند بهما على الأرض أو على أى شيء آخر ما لم ينحني للأمام وهو الأمر الذى يعرضه كثيراً للوقوع على الأرض. كما أنه عندما ينقلب على أحد جانبيه ينقلب أكثر من مرة من جانب إلى آخر قبل أن يتمكن من أن يستند يديه كى يتوقف عن هذا الثقل. كذلك فإن قصر رجليه يجعل من الصعب عليه أن يصعد إلى الكرسي، أو الأريكة (الكبة)، أو ما فى مستواهما حتى يتمكن من الجلوس عليه. وبذلك فإن قصر ذراعيه ورجليه يعوقه عن تعلم العديد من المهارات التى تعد ضرورية له فى ذلك السن، وبالتالي فإنه يعوق ما قد يترب على ذلك من مهارات أخرى.

ومن هذا المنطلق فإن تدريب الطفل على مثل هذه الأمور خلال التدخل المبكر الذى نستعمل فيه ذلك البرنامج سوف يودى أولاً إلى إكسابه المهارات اللازمة فى هذا الصدد، ويمنحه من جانب آخر من أن يقوم بتطوير أساليب بديلة لما يجب أن يقوم به من أنشطة أساسية، أو مهام حركية كبيرة كالحبو، والوقوف، والمشي على سبيل المثال. كما أن الاستمرار فى هذا البرنامج يمكن أن يعطيه الفرصة لتنمية مهاراته الحركية الدقيقة فيما بعد. إلا أننا نلاحظ أنه مع نحو هؤلاء الأطفال يبدو ضعف عضلاتهم بشكل أكثر وضوحاً وهو الأمر الذى يمكن أن يعرضهم للعديد من المشكلات التى تتعلق بها. وعندما يحدث ذلك لا بد أن يتم التوقف النهائى عن ممارسة أى نوع من هذه التمرينات الرياضية.

وبذلك يتضح أنه يمكن تقديم التدريب المناسب هؤلاء الأطفال كى يتمكنوا من القيام بالأنشطة الحركية المختلفة بأنفسهم، وأن يصلوا إلى حد معقول من الاستقلال فى سلوكهم، يتمكنوا على أثر ذلك من المشي، والجري، والقفز، واللعب. كما أنه قد يساهم أيضاً فى تعليمهم مهارات الحياة اليومية وهو ما يعد ضرورياً للطفل كى يستقل فى سلوكه إلى حد معقول وهو الأمر الذى يستغرق وقتاً طويلاً، ولذلك يجب أن يتحدد لهذا البرنامج وقتاً طويلاً أيضاً.

(٤) تقديم الإرشاد الغذائي لأسر هؤلاء الأطفال :

يمكن أن يتضمن هذا الأسلوب عنصرين أساسيين يعد كلاهما على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الصدد نظراً لحالة هؤلاء الأطفال وظروفهم، هما :

- الإرشاد الغذائي .
- التدخل الغذائي .

ويمكن تشتمل العنصر الأول منهما والذي يتمثل في الإرشاد الغذائي إلى أسر هؤلاء الأطفال حتى يقوموا بمراعاة ما يقدمونه لأطفالهم هؤلاء من غذاء، ويراعوا ضرورة تضمن ذلك الغذاء للعناصر الغذائية المطلوبة بحيث يصبح غذاء متكاملًا، كما يجب عليهم أيضاً أن يراعوا السير وفق برنامج غذائي معين يحدده لهم طبيب الأطفال مع اختصاصي التغذية وذلك حتى يتجنبوا حدوث زيادة في وزن أطفالهم إذ أن مثل هذه الزيادة تؤثر سلباً على أطفالهم من أكثر من ناحية، كما يمكن أن تؤدي كذلك إلى إعاقة نموهم الحركي على وجه التحديد وهو ما يتعكس سلباً على مستوى نموهم اللغوي، وفي قدرتهم على التواصل. وعلى هذا الأساس يمكن أن نقرر أن هذا الإرشاد الغذائي يهدف في الأساس إلى ما يلي :

١- إحاطة الوالدين علماً بأهمية الغذاء للتوازن بالنسبة لهؤلاء الأطفال على وجه التحديد.

٢- ضرورة تحديد نظام غذائي معين لأطفالهم حتى يجنبوهم زيادة الوزن.

٣- إحاطة الوالدين علماً بتلك الأخطار التي يمكن أن تترتب على زيادة وزن أطفالهم.

٤- إحاطتهم علماً بالأسباب التي تدعو إلى تجنب زيادة وزن أطفالهم، ومنها ما يلي :

أ - ضعف عضلات جسمهم بأكمله .

ب- تعرضهم لأمراض واضطرابات في القلب.

ج- تعرضهم لصعوبات حمة في التنفس.

د - تأخر معدلات نموهم في جوانبه المختلفة.

هـ - إحباطهم علماً بمكونات الغذاء المتوازن.

أما العنصر الثاني والذي يتمثل في التدخل الغذائي فلا يخرج في أهدافه عن تلك الأهداف التي يتضمنها برنامج الإرشاد باستثناء أنه يعمل في سبيل الإبقاء على وزن أولئك الأطفال في حدوده المقبولة على تقديم العناصر اللازمة لذلك في وجباتهم الغذائية المختلفة، وبالتالي يتم من خلاله مراعاة أن يحتوى طعامهم على عناصر غذائية معينة تعتبر أجسامهم في حاجة ماسة لها، ومن بينها الفيتامينات، والمعادن، والأحماض الأمينية، والأزرق، والهرمونات وذلك بشكل متناسق ومركب مع بعضها البعض. ولذلك فإن هنا التدخل العلاجي يجب أن يتم تحت إشراف طاقى وى وجود متخصصين في التغذية إذ أنه لهذا الشكل يصبح من شأنه أن يسهم في إكساب أجسامهم بعض المناعة التي قد تقلل إلى حد ما من قابليتهم للإصابة ببعض الأمراض المختلفة.

(٥) برامج العلاج الوظيفي : occupational therapy

بعد العلاج للوظيفي ببرامجته المختلفة كما ترى ماريان بروني (٢٠٠١) Bruni, M. أمراً غاية في الأهمية بالنسبة للأفراد من ذوى متلازمة فاون بداية من مرحلة المهد وحتى مرحلة المراهقة والرشد إذ يعمل في الأساس على تأهيلهم وإعدادهم للتكيف مع كل مرحلة نمائية بمهامها ومتطلباتها المختلفة مما يساعدهم على تحقيق قدر مناسب من التكيف مع البيئة المحيطة، وهو الأمر الذى يساعدهم بالتالى على تحقيق قدر معقول من التوافق الاجتماعي. ومن هذا المنطلق فإن المعالج التأهيلي أو الوظيفي يلعب دوراً هاماً في حياة أولئك الأطفال، وعلى ذلك ينبغي عليه أن يتم بعدة متطلبات ذات أهمية بالغة في هذا الصدد منها على سبيل المثال ما يلي :

١- أساليب تربية الطفل .

٢- مجالات نمو الطفل، ومعدلات نموه فيها .

٣- الأعصاب .

٤- الظروف الصحية للطفل .

٥- النمو النفسي .

٦- الأساليب العلاجية .

ويتمثل الهدف الأساسي الذي يسعى هذا المعالج إلى تحقيقه من خلال تلك البرامج التي يقوم باستخدامها في هذا الصدد وتدريبها لمؤلاء الأفراد في نسبة قدرتهم على إحادة الأداء الوظيفي لمهارات الساوك الاستقلالي والتي يمكن أن تتضمن ما يلي :

١- مهارات العناية بالذات كالغلبية، وارتداء الملابس، وتربية الحيوانات الأليفة، والمساعدة في الأعمال المنزلية، والذهاب إلى الحمام، وما إلى ذلك .

٢- المهارات الحركية العامة أو الكبيرة gross والدقيقة fine .

٣- المهارات المرتبطة بالأداء المدرسي كالقراءة، والكتابة، والحساب على سبيل المثال .

٤- مهارات اللعب ووقت الفراغ .

ويجب أن ينصب اهتمام المعالج خلال مرحلة المهد على الحفاظ في الأساس على صحة الطفل ومعدلات نموه، وتطور المهارات الحركية الأساسية، وتفاعل الطفل اجتماعياً مع الآخرين المحيطين به، وإبداء الاهتمام بتلك الأشياء التي تشور حول، والاهتمام بإخراج العفل للأصوات بصورة صحيحة، والاستجابة الصحيحة للمثيرات المختلفة في هذا الإطار . أما في مرحلة الطفولة المبكرة فيجب أن ينصب اهتمامه على تحرك العفل بشكل مستقل، وقيامه باستكشاف البيئة المحيطة، وتوفير الفرص المختلفة

للتعلم، وتدريبه على القيام بإطعام نفسه، وارتداء ملابسه أو غسلها؛ وتدريبه على تناول الألعاب وأدوات اللعب بشكل صحيح، وعلى القيام بفتح وإغلاق الأشياء المختلفة، وتناول الألعاب ذات الأحجام والأشكال المختلفة، والاهتمام بالألعاب التركيبية خاصة باستخدام المكعبات، والتفاعل مع الأطفال الآخرين، ومشاركتهم ما يقومون به من ألعاب، والعمل على تنمية مهارات اللغة والحديث لديه، ومساعدته على النطق الصحيح للكلمات، وعلاج اضطرابات النطق التي يمكن أن ينجبها الطفل آنذاك، وتعلم وتكوين المفاهيم المختلفة، وإتاحة الفرص المناسبة لتنمية وتطوير مهاراته الحركية العامة أو الكبيرة، والمساعدة في تطوير مهاراته الحركية الدقيقة، وبذلك لا يرتبط هذا العلاج بالوظيفة بل بالأداء الوظيفي .

وعندما يتحق الطفل بالمدرسة ينبغي أن ينصب الاهتمام أساساً على مساعدته في تحقيق التكيف مع ذلك الروتين والنظام الذي يتضمنه النسق المدرسي، والاهتمام بالحديث والتواصل وتدريبه على استخدام الأساليب المختلفة في سبيل ذلك، وتدريبه على استخدام المهارات الحركية الدقيقة وتوظيفها في سبيل الوصول إلى درجة مقبولة من الأداء المدرسي، ويتضمن ذلك القص واللصق واستخدام لوحة الكمبيوتر في الكتابة مثلاً، كما يجب أن ينصب الاهتمام أيضاً على مساعدته في تحقيق قدر أكبر من الاستقلال، والمشاركة في الأنشطة اللاصفية أو اللامنهجية حيث يتم من خلالها إكسابه العديد من الخبرات الاجتماعية والجسمية والتعليمية - ومع النمو ينبغي أن يندى للعلاج التأهيلي اهتماماً كبيراً بتدريب الطفل ثم المراهق على الاختيار، والتواصل الجيد، والتفاعل الاجتماعي، وأن يسهم في إشباع حاجاته الاجتماعية والسلوكية، وأن يسهم كذلك مع أعضاء الفريق للعلاج في تلبية حاجاته الصحية المختلفة، وإشباع حاجاته التعليمية، ثم بعد ذلك حاجاته المهنية وفقاً لقدراته وإمكاناته.

(٦) الإرشاد والتدريب المهني : **counseling and vocational training**

عندما يصل الفرد إلى مرحلة المراهقة يكون قد تم التعرف بدرجة كبيرة ودقيقة على قدراته، وإمكاناته، وميوله، ولتعاماته حيث ينبغي أن تقوم آنذاك بتقييم قدرات

هؤلاء الأفراد حتى نعمل على تقديم التوجيه المهني اللازم لهم في ضوء ذلك وهو الأمر الذي يساعدهم على اختيار تلك المهنة التي سوف يعملون بها في المستقبل والتي تتفق مع ما يتميزون به من قدرات وإمكانات حتى وإن كانت بسيطة في الغالب وذلك كي يتمكنوا من تحقيق النجاح فيها مستقبلاً مما يشعر معه الفرد منهم بفاعلية الذات، ويساعده على تحقيق هويته بالقدر الذي يتناسب مع ما يتسم به من قدرات وإمكانات، وبالتالي يصبح مفهومه لذاته إيجابياً مما يساعده على أن يفتقر ذاته إيجابياً. ويتم على هذا الأساس توجيهه إلى مهنة بسيطة معينة تتفق مع ذلك، ثم يتم كذلك إرضاعه لبرامج تدريبية وتأهيلية تساعد على تحقيق النجاح فيها مستقبلاً بالقدر الذي يتفق مع قدراته وإمكاناته تلك. وعلى هذا الأساس يجب أن يكون مثل هذا التوجيه المهني الذي يقدم لهم متفقاً تماماً مع ما يتميز به هؤلاء الأفراد من قدرات، وأن يكون التأهيل المهني الذي يتم تقديمه لهم بعد ذلك من خلال البرامج التأهيلية الملائمة مناسباً لقدراهم واهتماماتهم، وأن يتمكنوا فيه فترة توهلهم لإتقان تلك المهنة التي يتم تدريبهم عليها وبالتالي تحقيق النجاح فيها مع العلم بأن مثل هذا التدريب يتطلب العسر والمثارة حيث يستمر لفترة طويلة.

سابعاً : أساليب التدخل الأخرى :

هناك العديد من أساليب التدخل الأخرى التي يمكن اللجوء إليها في هذا الإطار تأتي الأساليب التالية في مقدمتها، وتعد من أهمها :

(١) الدمج :

يعد دمج هؤلاء الأطفال في الفصول العادية أو فصول العاديين بمثابة مسألة على درجة كبيرة من الأهمية حيث يتيح لهم الفرصة لتعلم اللغة التي يستخدمها الأطفال العاديون مع النطق الصحيح لها، وبالتالي يقدم لهم النماذج الصحيحة للنطق مما يساهم إلى حد ما في علاج اضطرابات النطق من جانبهم، كما يتيح أمامهم العديد من الفرص التي تمكنهم من تحقيق التواصل الجيد، وبالتالي الاندماج معهم على أتر تعلمهم

لمهارات اللازمة لذلك كمهارات التواصل، وحل المشكلات، ومهارات الحياة اليومية، ومهارات السلوك الاستقلالي. وما من شك أن مثل هذا الدمج يتيح الفرصة أمام هؤلاء الأطفال لتحقيق تقدم ملحوظ في مستوى النمو اللغوي والنمو الاجتماعي إلى جانب تحقيق مستوى جيد من التعلم وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في الحد من تلك الآثار السلبية التي تترتب على إعاقتهم. كما يعمل في ذات الوقت على تنمية تلك القدرات والإمكانات التي يميزهم وتطورها ورعايتها مما يؤدي إلى تبلورها وهو ما يمكن أن يساعد كثيراً في اختيار برامج التأهيل والتدريب المهيئ للناسبة على أثر ذلك. وحتى يأتي هذا الدمج بشماره المرجوة فإنه يجب أن يقوم على أسس معينة منها وضع هؤلاء الأطفال في فصول أو تجميعهم بناء على قدراتهم الخاصة، وتقارب أعمارهم الزمنية، والبعد عن التوزيع للعشوائى لهم في هذا الإطار، واستخدام استراتيجيات وطرق تدريس تتلاءم معهم، وإجراء بعض التغييرات الطفيفة في المناهج الدراسية بما يتناسب، وأن تتناسب تلك المناهج مع قدراتهم وإمكاناتهم، وأن تعمل في الوقت ذاته على إشباع حاجاتهم الاجتماعية والأكاديمية. إلا أنه يجب إعداد الأطفال العاديين لتقبلهم ومشاركتهم في مختلف الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية، وإبداء الاهتمام بهم، وعدم إهمالهم وذلك من خلال تعديل التفاعلات نحوهم بالإيجاب وهو الأمر الذي يساعد كثيراً في إتاحة هذا الدمج، وفي تحقيق تلك الأهداف التي نبغي تحقيقها من خلاله حيث أن هؤلاء الأقران العاديين هم الذين سيتعاملون معهم ويساعدوهم على تحقيق الاندماج.

(٢) الإرشاد النفسى :

يحتاج هذا الطفل خاصة في سن المدرسة إلى إرشاد متمركز حوله وحول قدراته وإمكاناته حتى يتمكن من تعلم أسلوب أو أكثر للتواصل مع الآخرين، والحد من الآثار السلبية التي يمكن أن تترتب على إعاقته أو جوانب الضعف التي يعاني منها، والعمل على تدهم قدراته وإمكاناته التي تميزه وتطورها بالشكل الذي يساعده على التفاعل مع الآخرين من الأقران أو غيرهم، والاشتراك معهم في الأنشطة المختلفة، والدخول

في المواقف والتفاعلات الاجتماعية معهم مما يكون من شأنه أن يتيح الفرصة أمامه حتى يتعلم منهم بعض المهارات، وأن يكتسب العديد من الخبرات التي يمكن أن تعود عليه بقدر مناسب من الفائدة. وليس الطفل فقط. هو الذي يحتاج إلى مثل هذا الإرشاد بل إن والديه وأسرته يحتاجون أيضاً إليه حتى يتمكنوا من إكمال دور المدرسة، وتوفير الفرص المناسبة له التي تعمل على مساعدته في الاستفادة مما تعلمه فيها، وإحاطته بالخبر الأسرى المناسب، والقيام بدور فاعل في سبيل تشجته بشكل سوى يتمكن على أثره من تحقيق الاستفادة مما يتم تقديمه له من برامج تربوية أو تدريبية، أو علاجية مختلفة، كما يتمكنون من العمل على تنمية وتطوير قدراته وموهبه سواء الاجتماعية أو الأكاديمية أو مهارات الحياة اليومية، ويساعدونه على أن يحيا بشكل مستقل، ويسهمون بالتالي في التغلب على بعض نواحي الضعف العديدة لديه .

(٣) البرامج السلوكية :

يعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي حيث يعتقد السلوكيون أن معظم السلوك يمكن تغييره أو التحكم فيه وضبطه. وهناك أربعة نماذج سلوكية أساسية يمكن استخدامها في هذا الإطار تمثل في كل مما يلي :

- ١- نموذج الإشراف الكلاسيكي .
- ٢- نموذج الإشراف الإيجابي .
- ٣- نموذج التعلم الاجتماعي .
- ٤- نموذج التعلم المعرفي .

هذا ويتم استخدام عدد من الفنيات في سبيل تعديل السلوك يزيد بعضها من معدل تكرار السلوك مثل التعزيز، والتشكيل، والنمذجة، والتسلسل، والاستبعاد التدريجي، والتعمير، والعقد المشروط، والاقتصاد الرمزي على سبيل المثال، بينما يقلل بعضها

الأخر من معدل تكرار السلوك مثل العقاب، والتصحيح الزائد، والإقصاء أو العزل، والإطفاء، والممارسة السلبية، والتوبيخ، وتكلفة الاستجابة على سبيل المثال. وتوجد العديد من برامج التدخل السلوكية التي يمكن استخدامها في سبيل تعديل السلوك وذلك بتحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية :

- ١- تدريب الطفل على القيام بسلوك مقبول اجتماعياً.
- ٢- الحد من قيامه بسلوك غير مقبول اجتماعياً.
- ٣- تعليم الطفل مهارة معينة من المهارات المختلفة وتدريبه على استخدامها.
- ٤- تعليم الطفل الأداء السلوكي الاستقلالي وتدريبه على ذلك.
- ٥- تعليم الطفل التواصل مع الآخرين وإقامة التفاعلات الاجتماعية معهم.
- ٦- الحد من اضطرابات النطق والكلام من جانبهِ.

(٤) البرامج السلوكية أو التنويمية التي تعتمد على المثبات المصورة :

تقوم مثل هذه البرامج في الأصل على استخدام الصور والمثبات البصرية سواء كانت صوراً ثابتة أو متحركة وذلك في إطار المنزلة السلوكية بقوانينها ومبادئها. ومن أمثلة هذه البرامج كما يرى عادل عبدالمطلب (٢٠٠٢) جداول النشاط المصورة التي تستخدم أساساً لتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة السلوك الاستقلالي، والاختيار، والتفاعل الاجتماعي وذلك بعد تدريب الطفل على المهارات الثلاث اللازمة لها وهي التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية، والتعرف على الأشياء التشابه وتمييزها، وإدراك التماثل بين الصورة والموضوع أو الشيء. ويتم بعد ذلك تدريب الطفل على المكونات الخمسة للأنشطة وهي الإمساك بالجدول وقلب الصفحات، والوصول إلى الصورة المستهدفة، وإحضار الأدوات اللازمة للنشاط، وأداء النشاط المطلوب، ثم إعادة الأدوات إلى مكانها الأصلي. كما يتم كذلك القيام بتحليل المهام وتجزئتها، وتقديم كتيب بالأنشطة المختارة بحيث تتضمن كل صفحة صورة

واحدة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل عليه . ويجب أن يتضمن كل جنول صورة واحدة أى نشاطاً واحداً على الأقل للتفاعل الاجتماعي، وأن تتضمن الصفحة الأخيرة صورة لتلك المكافأة التي سوف يحصل الطفل عليها عقب أدائه للنشطة المتضمنة، وتكون هذه المكافأة على هيئة حبة حلوى يفضلها الطفل، أو لعبة مفضلة، أو نشاط لعب يفضله . وتعتمد تلك الجداول على الفتيات السلوكية إلى جانب الدرجة اليوى المتدرج .

• • •

المراجع

- ١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣)؛ تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جدول النشاط المصورة. القاهرة؛ دار الرشاد.
- ٢- عادل عبدالله محمد(٢٠٠٣)؛ جدول النشاط المصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال العماقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد .
- ٣- عادل عبدالله محمد (١٩٩٢)؛ للنمو العقلي للطفل. ط٢- القاهرة، الدار الشرقية.
- 4.American Academy of Pediatrics(2001);Health supervision for children with Down syndrome. Pediatrics, v107, n2, pp 442- 449.
- 5.American Psychiatric Association(1994);Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, DSM- IV. Washington, DC: author.
- 6.Bruni, Maryanne (2001);Occupational therapy and the child with Down syndrome. New York: Woodbine House.
- 7.Chapman,R.S.&Hesketh,L.J.(2000);Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, v6, pp 84- 95.
- 8.Hassold, Terry J. & Patterson, David (eds.) (1998); Down syndrome: A promising future, together. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 9.Hernandez,D.&Fisher,E.M.(1996);Down`s syndrome genetics:Unravel-

- ing a multifactorial disorder . *Human Molecular Genetics*, v5, pp 1411-1416.
- 10.Holdeman,Shelley Rogina (1997); Down's syndrome.www.np.edu.sg.
- 11.Kliewer,Chris(1994);Issues involved in facilitated communication and people with Down syndrome. *Facilitated Communication Digest*,v3, n1, pp 8- 14.
- 12.Levnnon,A.; Hook,E.B.;& Lobarch,MJ.(1999);Sleep characteristics in children with Down syndrome. *Journal of Pediatrics*, v134, pp755-760.
- 13.Lobaugh,N.J.;Smith,D.S.;&Fisher,E.M.(2001);Piracetam therapy does not enhance cognitive functioning in children with Down syndrome. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, v 155, pp 442- 448.
- 14.Mattheis, Phil (2002) ; Down syndrome. Montana, MO: University of Montana Press.
- 15.Roizen,Nancy J. (2001); Down syndrome:Progress in research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, v7, pp 38- 44.
- 16.Smith,D.S.(2001);Health care management of adults with Down syndrome. *American Family Physician*, v64, n6, pp 1031- 1038.
- 17.Winders, Patricia C.(1999); Gross motor skills in children with Down syndrome: A guide for parents and professionals. New York: Woodbine House.



الفصل الخامس

الإعاقات العقلية

المزدوجة

مقدمة

من الأمور المثيرة للانتباه والاهتمام أن هناك العديد من الحالات التي نلاحظ فيها حدوث الإعاقات العقلية المزدوجة، ونحن حينما نقول الإعاقات العقلية المزدوجة هنا إنما نقصد بها ذلك التلازم المرضي بين إعاقة عقلية معينة وإعاقة عقلية أخرى، أي حدوثهما معاً لدى نفس الشخص في نفس الوقت. وقد يرجع ذلك في المقام الأول إلى أن هذا هو محور اهتمامنا خلال الفصل الحالي، ولذلك فإننا نقصر حديثنا عليه، لكن الواقع يشهد أنه كما توجد إعاقات عقلية منفردة أو واحدة، أي أن الفرد الواحد يعاني من إعاقة عقلية واحدة فقط فإن هناك ما يعرف أولاً بالإعاقات العقلية المزدوجة، وأن الإعاقة العقلية المزدوجة قد تنشأ نتيجة للتلازم المرضي بين إحدى الإعاقات العقلية المعروفة وبين إعاقة واحدة تتبع أحد الأنماط المرضية التالية :

١- اضطراب أو إعاقة نمائية.

٢- إعاقة عقلية.

٣- إعاقة حسية.

ونتيجة لمثل هذا التلازم تنشأ فئة واحدة أساسية تعرف بالإعاقة العقلية والإعاقات الإضافية أو الأخرى mental impairment and other or additional disabilities تتفرع منها ثلاث فئات على الأقل تكاد تكون أساسية هي الأخرى إذ أنها تمثل الإعاقات العقلية المعروفة، وتتمثل تلك الفئات الثلاث فيما يلي :

١- التخلف العقلي والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

٢- متلازمة أعراض داون والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

٣- اضطراب التوحد والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

وعلى هذا الأسس فإننا نلاحظ وجود التخلّف العقلي، أو متلازمة داون، أو اضطراب التوحد كإعاقات مستقلة في حالة من التلازم المرضي إما مع اضطرابات أو إعاقات ثنائية، أو مع أحد الإعاقات الحسية، ونظراً لأننا نتناول كل نمط من تلك الأنماط المزروحة من الإعاقات في إطار كتاب مستقل، فإن اهتمامنا في الكتاب الحالي سوف ينصب على الإعاقة العقلية المزروحة التي يكون طرفاها كلاهما من الإعاقات العقلية، وبذلك تصبح الإعاقة عقلية- عقلية.

التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة أعراض داون

تمهيد

علي الرغم من أن التوحد autism أو الاضطراب التوحيدي autistic disorder يعتبر اضطراباً نمائياً عاماً أو منتشرأ pervasive developmental disorder فإنه يعد في ذات الوقت شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية mental disability التي تلحق بالأطفال منذ الصغر وتظل ملازمة لهم فيما بعد. وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال عن أن التوحد ومتلازمة داون down syndrome يعدان من أكثر أنواع الإعاقات العقلية شوعاً بين الأطفال، كما أن حوالي ١٠% من الأطفال الذين يعانون من متلازمة أعراض داون يعانون في ذات الوقت من أعراض التوحد، وهذا بطبيعة الحال يعني أنه يتم عمل تشخيص مزدوج dual diagnosis لثل هؤلاء الأطفال حيث يجدهم يعانون من أعراض متلازمة داون من ناحية، ومن أعراض التوحد من ناحية أخرى.

وبما لا شك فيه أن تشخيص التوحد يعد أمراً معقداً مما يجعله أكثر صعوبة من تشخيص متلازمة أعراض داون كما ترى فانر (١٩٩٨) Vatter وذلك للعديد من الأسباب كما يلي :

١- لا يوجد هناك حتى الآن فحص دم تتأكد من خلاله أن الطفل يعاني من التوحد كما يحدث بالنسبة لمتلازمة داون.

٢- ليس هناك مؤشر حثيث محدد يدل على اضطراب التوحد على الرغم من توصل بعض الدراسات إلى وجود عين معين يعد هو المسئول عن هذا الاضطراب حيث توصلت بعض للدراسات إلى أن الكروموزوم رقم ٩ هو المسئول عن ذلك، إلا أن دراسات أخرى نفت هذا الأمر ووجدت أن رقم ٧ هو المسئول، وتوصلت دراسات أخرى إلى أن رقم ١٥ هو المسئول، وعلى ذلك فإن الأدلة على هذا الموضوع لا تزال غير قاطعة تماماً كما هو الحال بالنسبة لتلازمة داون حيث يعد الأساس الجيني أكثر وضوحاً إذ يعتبر الشذوذ في الكروموزوم رقم ٢١ من الأسباب الأساسية التي تؤدي إليه.

٣- لا توجد هناك ملامح وجمعية مميزة لأولئك الأطفال التوحديين مثلما هو الحال بالنسبة لأقرانهم من ذوي متلازمة أعراض داون.

٤- ليست هناك خصائص معينة يمكن أن تنطبق على الأطفال التوحديين كما هو الحال بالنسبة لأقرانهم من ذوي زملة أو متلازمة داون.

وعلى هذا الأساس فإن تشخيص أولئك الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يعتبر أكثر موضوعية من تشخيص أقرانهم التوحديين إذ يعد تشخيص الأطفال التوحديين أكثر ذاتية، كما أنه يعتمد على الملاحظة الدقيقة من قبل أشخاص مؤهلين لسلوكيات معينة يأتي بها الطفل وهو الأمر الذي يجعل من تشخيص التوحد مسألة صعبة وحرحة في الوقت ذاته. ولما كان التشخيص يعد هو نقطة الانطلاق الأساسية التي يتم في ضوءها تحديد أساليب الرعاية المناسبة بما تضمنه وتتضمنه من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل يمكن بمقتضاها أن نعمل على الحد من تلك الأعراض الدالة على التوحد، وتعديل بعض هذه السلوكيات التي تعتمد على ملاحظتها عند التشخيص فإن تحديد برامج علاجية معينة بغرض التدخل في سبيل الحد من مثل هذه الأعراض تعد مسألة صعبة وحرحة من جراء ذلك وإن كان الأمر يختلف بالنسبة للأطفال من ذوي متلازمة داون حيث يعد تشخيصهم أكثر يسراً، وأكثر موضوعية

وعلى ذلك يتم تحديد برامج التدخل المناسبة بشكل ملائم وأكثر موضوعية. ومن هذا المنطلق فإن الاكتشاف المبكر للتوحد لدى أولئك الأطفال واللجوء إلى ما يعرف ببرامج التدخل المبكر بعد أمراً جوهرياً في هذا الصدد حتى يمكن أن نساعدهم على الاندماج مع الآخرين لأن تأخر اكتشاف التوحد لديهم وتأخر التدخل من جانبنا يؤدي دون شك إلى أن تصبح حياتهم محدودة بشكل كبير جداً قياساً بأقرانهم من ذوي متلازمة داون الذين لا يعانون من ذلك الاضطراب حيث يجد أولئك الأطفال للذين يعانون من مثل هذا التلازم المرضى صعوبة كبيرة على أثر ذلك في التواصل مع الآخرين وبالتالي في الاندماج معهم. وهذا لا يعني أن نغتم بالتوحد لدى هؤلاء الأطفال على حساب متلازمة داون أو أن نتناهى عن التدخل المبكر للحد من أعراض ومشكلات متلازمة داون بالنسبة لهم.

أعراض التوحد بين ذوي متلازمة داون :

من الجدير بالذكر أن الجانب المعرفي يتأخر لدى الطفل التوحدي والطفل المتخلف عقلياً أو الطفل من ذوي متلازمة داون حيث نجد أن الطفل يظهر على أثر مثل هذا الاضطراب أو ذلك تأخراً دالاً في الفهم والتفكير والاستدلال من جانبه وهذا ما كشفت عنه نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال حيث أكدت كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢- أ) على أن حوالي ٧٥% على الأقل من الأطفال التوحيديين يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي سواء البسيط أو المتوسط وإن كانت هناك نسبة منهم يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي الشديد، ومن ناحية أخرى فإن هناك إلى جانب ذلك تأخراً واضحاً في الجانب الاجتماعي والانفعال على حد سواء يتسم به الطفل التوحدي دون الطفل المتخلف عقلياً من ذوي زملة أعراض داون حيث يشير عادل عبدالله (٢٠٠٢- ب) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً بعد أكثر تعلقاً بالآخرين قياساً بالطفل التوحدي إذ أوضحت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال أن الطفل التوحدي يميل إلى الأصوات التي تصدر عن مختلف الأشياء قياساً بصوت الأم في حين يميل الطفل المتخلف عقلياً من ذوي زملة داون إلى صوت الأم.

وفي هذا الإطار تشير كولمان وروجرز (1992) Coleman&Rogers إلى أنه فيما يتعلق بالنمو الاجتماعي والانفعالي لدى متلازمة داون فإن غالبية الأطفال يدون قدرًا ضئيلاً من التأخر في هذين الجانبين، كما أنهم غالباً ما يتسمون عندما تتحدث إليهم عندما يكونوا في الشهر الثامن من العمر، ويتسمون تلقائياً في الشهر الثالث، ويميزون ولديهم عن الآخرين في الشهر الرابع، ومن ثم فإن معدل التأخر حتى ذلك السن يصل بذلك إلى شهر واحد فقط في المتوسط. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات قد كشفت في نتائجها عن أن حدة استجاباتهم الانفعالية كالإبتسام والمضحك تقل قياساً بأقرانهم العاديين، فإن الوالدين مع ذلك يستجيبون بشكل دافئ لبداية الضحك والتلاحم أو التواصل البصري. كذلك فإن الأطفال من ذوي متلازمة داون يبدؤون في بعض الألعاب الجماعية التي يشاركون فيها عضو واحد أو أكثر من أعضاء الأسرة وذلك فيما بين الشهر العاشر والشهر السادس عشر من العمر وهو ما يعني تأخرهم بمعدل ثلاثة شهور في المتوسط عن الأطفال العاديين. أما الدراسات التي تم إجرائها على مثل هؤلاء الأطفال في العام الثاني من أعمارهم فتوضح أن لديهم بعض المهارات التي يستخدمونها في التواصل الاجتماعي، والتي يمكن أن يستخدموها إلى جانب ذلك في صرف انتباه الشخص الراشد عن مهمة معينة لا يرغب الطفل في القيام بها. كما توضح تلك النتائج كذلك أن هؤلاء الأطفال يمتازون بالدفع، والميل إلى العناق، والاستجابة الطبيعية للتواصل الجسدي وذلك على خلاف أقرانهم الذين يعانون من أنماط أخرى من الإعاقات العقلية كالتوحد على سبيل المثال. وبما لاشك فيه أن مثل هذه الاستجابة الانفعالية الطبيعية تستمر من جانب هؤلاء الأطفال خلال مراقبتهم وتطور إلى التعاطف مما يجعل الشخص من ذوي متلازمة داون يتسم بالحماسية والاجتماعية.

ومن هنا المنطوق ترى فانير (1998) Vatter أن جوانب النمو ذات الأهمية التي يجب أن توليها حل اهتمامنا بالنسبة للطفل من ذوي متلازمة داون الذي يعاني إلى جانب ذلك من اضطراب معقد كالتوحد على سبيل المثال يجب أن تتمثل في الجانب

الاجتماعى والجانب الانفعالى وهما الجانبان اللذان يرى البعض أنه من المتوقع بالنسبة
لها أن يتأثرا بذلك التأخر أو القصور في النمو المعرفى وهو الأمر الذى لا يروونه دليلاً
كافياً على وجود اضطراب مستقل مع أن تشخيص التوحد يعتمد على ذلك الأمر في
جانب كبير منه، وبذلك يصبح الأمر كله مسألة درجة، وتضيف كنت وآخرون
(Kent et al. 1999) أننا عندما نلاحظ أن بعض الأطفال من ذوى متلازمة طولن
يختلفون عن أقرانهم من نفس المتلازمة في بعض سلوكياتهم أو في الجانب الاجتماعى أو
الانفعالى أو اللغوى فإننا يجب أن نولى هذا الأمر أهمية كبيرة ونبدأ على الفور في تقييم
ثلاثة جوانب لها أهميتها الكبيرة في هذا الصدد هي :

١- اللغة الاجتماعى أى التى يتم استخدامها في الجانب الاجتماعى.

٢- مهارات التواصل المختلفة.

٣- السلوكيات.

وهذا يعنى من وجهة نظرنا أن التوحد يتسم كما تعلم بقصور واضح في الجانب
المعرفى وهو الأمر الذى تتناولته نظرية العقل أو المعرفة theory of mind ولذلك يرى
البعض أننا يجب أن نلتم بتحسين العمليات المعرفية لدى الأطفال التوحديين حتى عند
محاولة تنمية مستواهم اللغوى وإخلاقه، وأن هذا القصور يصاحبه عادة قصور واضح
في الجانبين الاجتماعى والانفعالى، كما أن القصور في هذين الجانبين يتأثر دون شك
بذلك القصور في الجانب المعرفى وهو ما يعد بمثابة أمر منطقي، وهذا الأمر يميز التوحد
عما سواه ويجعل تشخيصه يتطلب للملاحظة الدقيقة لما يصدر عن الطفل من
سلوكيات. أما الطفل من ذوى متلازمة طولن الذى يعانى من قصور في الجانبين
الاجتماعى والانفعالى على الرغم من كونهما غير ذلك لدى عامة الأطفال من ذوى
تلك المتلازمة فيعتبر في حالة من التلازم المرضى بين التخلف العقبى والتوحد، وبالتالي
لا يجب مطلقاً أن ننظر إليه على أنه يعانى من اضطراب مستقل.

ويذهب هاولين وآخرون (Howlin et.al. ١٩٩٥) إلى أن هناك بعض السلوكيات الأساسية التي تشير في صهرها إلى احتمال وجود التوحد لدى الطفل الذي يعاني من متلازمة أعراض داون يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

١- الوحدة أو العزلة التوحدية الشديدة : وتعكس عدم ميل الطفل إلى الارتباط بالآخرين، وتفضيله أن يظل بمفرده بعيداً عنهم، ونظرته إلى الآخرين على أنهم أشياء وليسوا أشخاصاً إلى جانب عدم مشاركته للآخرين في جماعة معينة للعب. وعلى العكس من الطفل من ذوى متلازمة داون الذي قد يجعل الآخرين يقبلون عليه ويعانقونه فإن الطفل التوحدي لا يرغب في أن يقوم أى شخص آخر بملامسته.

٢- تتملكه رغبة قوية وجارفة وقهرية (إن جاز التعبير) في الحفاظ على ترتيب الأشياء بالهيئة المخططه كما هي سواء كانت الهيئة الملوية أو غيرها دون أن يعثر بها أى تغيير حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً إذ أن أى تغيير في الترتيب أو في الروتين اليومي قد يؤدي به إلى ثورة كبيرة وغضب شديد.

٣- القصور في التلاحم أو التواصل البصري eye contact فالطفل التوحدي لا يقوم بمثل هذا التواصل ولكنه إذا تحدث إلى الآخرين لا ينظر إلى وجوههم أو أعينهم أو في اتجاههم بل ينظر بطريقة الخيال في اتجاه آخر.

٤- السلوكيات النمطية والمتكررة : وتعكس سلوكيات الطفل تكراراً في الأداء ونمطية فيه كأن يبقى لفترة طويلة من الوقت وفي يده شيء معين أياً كان هذا الشيء وغالباً ما يكون ذلك الشيء ناعماً، كما قد يحرك مثل هذا الشيء في اتجاهات مختلفة كأن يحرك يده به يميناً ويساراً وللخلف والأمام على سبيل المثال، ويظل ينظر إليه وكأنه يقوم بملاحظته.

وفيما يلي نعرض لقائمة بالسلوكيات التوحدية أى التي تميز اضطراب التوحد والتي يديها الطفل التوحدي علماً بأن الطفل من ذوى متلازمة داون قد يأتي ببعض هذه السلوكيات وهو الأمر الذي يجعل من تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة

داون أمراً صعباً ومعقداً، ويحتاج بالثبات إلى قدر كبير من الثبات قبل أن تفصل إلى قرار يتعلق بذلك، ولا يجب الاعتماد كلية على هذه القائمة عند التشخيص بل يجب أن نراعى تلك المحركات التي يتضمنها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA والتي تتعلق بتشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال وهو ما سوف نعرض له لاحقاً. أما بخصوص قائمة السلوكيات التوحدية هذه فإن الطفل كى يتم تشخيصه كذلك يجب أن تتوفر فيه نصف السمات أو الأعراض المتضمنة على الأقل. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذه الأعراض تتباين في حدتها بين البسيطة إلى الحادة، كما أن درجة الحدة هذه تتباين من عرض إلى آخر، وأن مثل هذه السلوكيات عادة ما تحدث في المواقف المختلفة، ولا تتناسب مع العمر الزمني للطفل. وهذه السلوكيات هي :

- 1- يجد الطفل صعوبة في الاحتلاط بالأطفال الآخرين.
- 2- يصر على أن تبقى الأشياء كما هي دون حلول أو تغيير بها أو وضعها، كما يقاوم أى تغيير يلحق بالروتين المعتاد.
- 3- يضحك ويقهقه بشكل غير مناسب.
- 4- لا يبدى أى خوف من الأخطار الحقيقية فقد يعبر الشارع أمام سيارة مسرعة، أو يتزل في البحر ويظل يمشي نحو الداعبل، وهكذا.
- 5- يبدى قدراً ضئيلاً من التواصل البصري، وقد لا يبدى أى تواصل بصري على الإطلاق.
- 6- يميل إلى اللعب الغريب، ويتخذ أوضاعاً غريبة لذلك، ويقليل البقاء على مثل هذا الوضع أو ذلك.
- 7- لا يبدى أى حساسية للألم مهما كانت شدته.

٨- يقوم بتديد الكلام بشكل مرضي echololia وذلك بتديد نفس الكلمات أو العبارات التي تنطق بها شخص آخر بدلاً من الرد عليه بكلمات أو عبارات مناسبة.

٩- يفضل أن يبقى وحيداً أو منعزلاً عن الآخرين.

١٠- لا يفضل غالبية هؤلاء الأطفال أن يقوم أى شخص آخر بعناقهم أو ملامستهم جسدياً.

١١- يقوم الطفل بتدوير تلك الأشياء التي يمسك بها وكأنها لعبة (لعبة) .

١٢- لا يستجيب لأى إشارة لفظية ويتصرف بالتالي وكأنه أصم.

١٣- يبدى تعلقاً غير مناسب بالأشياء المختلفة، بل ويفضل التعلق بمثل هذه الأشياء عن التعلق بالآخرين.

١٤- يجد صعوبة في التعبير عن حاجاته، ويستخدم الإشارات المختلفة أو يشير بيده بدلاً من التعبير عن ذلك بالكلمات فيشير إلى كوب مملوء بالماء مثلاً إذا كان يريد أن يشرب أو ما إلى ذلك، وهكذا.

١٥- قد يبدى نشاطاً جسدياً مفرطاً أو قديراً مغالى فيه من التصور في مثل هذا النشاط يصل به إلى حد الخمول.

١٦- يبدى نوبات متعددة وقد تكون مفاجئة من الغضب أو الصراخ أو البكاء دون سبب واضح، فقد يتألم ويصرخ بشكل مفرط مثلاً دون أن يوجد أى سبب لذلك.

١٧- لا يبدى أى استجابة لأساليب التعلم العادية كذلك التي نستخدمها لتعليم الأطفال القراءة والكتابة مثلاً كأن نكتب لهم الحروف على المسورة أو في كراسة وخلافه.

١٨- معدل نمو مهاراته الحركية العامة gross والدقيقة fine غير مستو حيث يوجد تفاوت كبير بين معدل النمو في تلك للمهارات إذ نجد في الوقت الذي يرفض فيه أن يركل الكرة بقدمه يقوم بوضع مجموعة من المكعبات فوق بعضها البعض بطريقة لا بأس بها.

ويذهب بارى (١٩٩٧) Pary إلى أن القصور في العلاقات الاجتماعية من جانب مثل هؤلاء الأطفال قد يمثل في عدد من المظاهر كما يلي :

- ١- قصور في الوعي بمشاعر الآخرين وإدراكها.
- ٢- قصور حاد في القدرة على التقليد أو المحاكاة.
- ٣- قصور في القدرة على اللعب الاجتماعي.
- ٤- قصور حاد في التواصل البصري والتواصل غير اللفظي عامة.
- ٥- قصور في القدرة على التخيل أو الخيال بشكل عام.
- ٦- قصور في القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الأقران.
- ٧- قصور في القدرة على البحث عن المتعة والسعادة.

وفيما يتعلق بالتمطية التي يديها هذا الطفل وتميزه عن غيره من الأطفال فإنها تشتمل هي الأخرى في عدد من المظاهر على النحو التالي :

- ١- الحديث النمطي والتكرار مع وجود بعض اضطرابات النطق لمن يستطيع التحدث إلى جانب التردد المرضي للكلام.
- ٢- التمسك بروتين نمطي صارم والإصرار عليه.
- ٣- تشتم حركاته وسلوكه عامة بالتمطية.
- ٤- الانزعاج من أي تغيير يلحق بما يألفه من أشياء حتى وإن كان هذا التغيير طفيفاً.

أما بالنسبة للسلوكيات المميزة لهذا الطفل والاهتمامات التي يبدونها فلها تتمثل
كذلك من جانب آخر في عدة مظاهر يمكن أن نعرض لها كما يلي :

- ١- لا يميل غالبية هؤلاء الأطفال إلى التلامس الجسدي بل إنهم يكرهون ذلك.
- ٢- يبدون سلوكيات عدوانية مختلفة تجاه الأقران.
- ٣- يظلون يفرقون بأيديهم وكأنهم سيطرون.
- ٤- الانشغال بأجزاء من الأشياء وغالباً ما تكون تافهة.
- ٥- الانشغال باهتمامات محدودة ومحددة.

ومن الملاحظ أن مثل هذه الخصائص جميعاً تعكسها نتائج دراسة هاولين
وأخريين (Howlin et.al ١٩٩٥) والتي تم إجراؤها على أربعة أطفال من ذوى متلازمة
داون تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التوحد إلى جانب ذلك حيث كانت تنطبق
عليهم تلك السمكيات الخاصة باضطراب التوحد، وتم عزو المشكلات التي يواجهونها إلى
ذلك للتأخر المعرفي الذي كانوا يعانون منه على الرغم من أن سلوكهم وتطورهم
العام كان يختلف بشكل دال عن أقرانهم من ذوى متلازمة داون ممن لا يعانون مثلهم
من التوحد وذلك في العديد من المجالات والجوانب ذات الأهمية. أما بالنسبة للعمر
الزمني لهؤلاء الأطفال فقد كان أحدهم في الثامنة من عمره، وكان آخر في التاسعة،
بينما كان الاثنان الأخران في الحادية عشرة. وقد انطبقت عليهم جميعاً تلك السمكيات
الخاصة بالتوحد من حيث قصور تفاعلاتهم الاجتماعية، وقصور في التواصل من
جانبيهم، ونسكهم بالروتين النمطي. وقد اتضح قصورهم في التفاعلات الاجتماعية
من قصور وعيهم بمشاعر الآخرين، وعدم قدرتهم على البحث عن مصادر السعادة
بالنسبة لهم، وقصور التخيل واللعب الاجتماعي، وضعف علاقاتهم بالأقران إلى جانب
القصور في التواصل البصري وغير اللفظي عامة. وقد أوضح ثلاثة منهم كلاماً نمطياً،
أما بالنسبة للاهتمامات النمطية والروتين النمطي فقد كانوا موجودين لدى الأطفال
الأربعة جميعاً وهو ما عكسته حركاتهم النمطية، وانشغالهم بأجزاء من الأشياء،

وشعورهم بالضيق والتوتر من حراء حدوث أى تغيرات ولو طفيفة في الأشياء المحيطة أو الروتين اليومي، وإصرارهم على التمسك بالروتين المعتاد، وانشغالهم باهتمامات محدودة. وكان هناك طفلان منهم يكرهون التلامس الجسدي في حين أهدي الأطفال جميعاً سلوكيات عدوانية تجاه أقرانهم فكانوا يقومون بلغمهم بعيداً عنهم. كما كانوا أيضاً يرفرفون بأيديهم وكأفهم سيطرون، بينما كان يقوم ثلاثة منهم بأرجحة أحياسهم أو هزها للأمام والخلف. وقد تراوحت اهتمامهم الخاصة بين وضع الأشياء المختلفة في صناديق، وشرايط فيدير معينة، والأشياء التي تدور أو يمكن تدويرها، وإشعال الشموع وإطفائها أو إضاءة المصابيح الكهربائية وإطفائها. كذلك فقد أبدوا جميعاً تعلقاً بأشياء لا قيمة لها كأوراق الأشجار أو العصي أو قطع الأثاث أو فرشاة الشعر أو قطعة صغيرة من خرطوم. كما كانوا جميعاً يقومون بأنماط سلوكية يومية معينة، وتحديد أماكن معينة كى يضعوا فيها الأشياء المختلفة التي كانت يجوزهم بحيث لا يتم وضعها مطلقاً إلا في تلك الأماكن على وجه التحديد دون سواها.

معدل انتشار التوحد بين الأطفال من ذوي متلازمة داون :

تشير ماري كولمان (Coleman, M. 1986) إلى أن معدلات حدوث متلازمة داون تتراوح بين 1 - 1.2 لكل ألف حالة ولادة في حين تتراوح معدلات حدوث التوحد بين 0.4 - 0.5 لكل ألف حالة ولادة، ويشير عادل عبدالمجيد (2002 - ب) إلى أن الإحصائيات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America 1999) تؤكد على نفس معدل انتشار التوحد وتحدد أنه يتراوح بين 4 - 5 لكل عشرة آلاف حالة ولادة وهو الأمر الذي جعله بناء على أعداد من يعانون منه ثالثاً أكثر الاضطرابات التنمائية شيوعاً متخطياً في نسبة أعداد من يعانون منه زملة داون حيث هناك حوالي خمسمائة ألف شخص في الولايات المتحدة زجدها يعانون منه، وعلى هذا الأسس تؤكد كولمان Coleman أن كلاً من متلازمة أمراض داون والتوحد لعدداً من بين أكثر

both down's syndrome and autism . بين الأطفال .
are among the more common forms of mental handicaps seen in children.

إلا أن التقرير الذي نشره الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR يؤكد أن عدد الذين يعانون من هذا الاضطراب بالولايات المتحدة قد تجاوز الملون شخص، وأن نسبة الإصابة به قد تجاوزت نسبتها السابقة بكثير حيث أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة وهو الأمر الذي جعله ثاني أكثر الاضطرابات الثمانية انتشاراً، وليس ثالثها كما كان من قبل، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط . second only to mental retardation ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التي تم إجرائها في هذا الإطار تؤكد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون ليست نسبة كبيرة حيث أن وجود مثل هذا التلازم المرضي لا يزيد في أعلى حالاته عن ١٠% ، كما أن التراث السيكلوجي حول هذا الموضوع لا يزال في حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات كي يتم التأكيد من هذه النسبة . وجدير بالذكر أن هناك دراسات مختلفة تجريبية ووصفية تناولت هذا الأمر، فعلى صعيد الدراسات التحريية تشير فاتور (١٩٩٨) Vatter إلى أن ونج وويلد Wing&Gould قد وجدوا في دراستهما التي أجريها عام ١٩٧٩ أن أربعة أطفال من بين ثلاثين طفلاً من ذوى متلازمة داون هم الذين لديهم مثل هذا التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة داون، وبذلك تصل نسبته إلى ١٠% . أما جنازويدن وآخرون (١٩٩٢) Ghaziuddin et.al. فقد وجدوا طفلين فقط تنطبق عليهما المحكات الخاصة بالاضطراب التوحدي وذلك بين العينة الكلية التي أحرروا دراستهم تلك عليها والتي بلغت أربعين طفلاً من ذوى متلازمة داون، وبذلك تصل نسبة التلازم المرضي إلى ٥% . بينما وجد تورك (١٩٩٢) Turk أن نسبة انتشار التوحد بين أطفال داون تصل إلى ٩% ، ووفقاً لدراسة كنت وآخرين (١٩٩٩) Kent et.al. فإن هذه النسبة قد بلغت ٧% بحسب أدن حيث بلغت العينة الكلية للدراسة ٥٨ طفلاً ولم تنطبق محكات التوحد سوى على أربعة أطفال فقط، أما النسبة الحقيقية لمعدل

الانتشار في تلك الدراسة فقد بلغت ١٢% حيث كان عند الأطفال الذين أكملوا الاختبارات المستخدمة بعد إجراء المقابلات وبعد ملاحظة سلوكياتهم ٣٣ طفلاً فقط . كما أن أحد عشر طفلاً من باقي أفراد العينة الذين بلغ عددهم ٢٩ طفلاً قد أبدوا انشغالاً مرضياً بأشياء معينة إلى جانب سلوكيات نمطية ومتكررة . وبذلك فإن نسبة انتشار هذا التلازم المرضي وفقاً لتلك الدراسة تتراوح في المتوسط بين ٧ - ١٢% . أما الدراسات الوصفية على الجانب الآخر فقد كشفت عن وجود معدل أعلى لانتشار هذا التلازم المرضي بين الاضطرابين حيث وجد مايرز ويوشيل (١٩٩١) Myers&Pueschel ما لا يزيد عن ١% من أفراد العينة التي أحربا دراستهما تلك عليها والتي بلغ عددها الإجمالي ٤٩٧ طفلاً هم الذين تتوفر لديهم السمات الخاصة بكلتا الاضطرابين معاً، ووجد كولباكوت وآخرون (١٩٩٢) Collacot et.al. نسبة تزيد عن ذلك حيث بلغت ٢,٢% من مجموع ٣٧١ طفلاً تم إجراء تلك الدراسة عليهم . وقد دارت دراسات وصفية كثيرة حول تلك النسبة التي تعكس مثل هذا التلازم المرضي، إلا أن هذا المعدل المنخفض لا يعكس في الواقع حقيقة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال من ذوي متلازمة داون لأن مثل هذه الدراسات وغيرها قد تم إجراؤها في الأساس بغرض التعرف على بعض الاضطرابات التي يمكن أن تصاحب متلازمة داون، ولم تبحث في الأصل عن اضطراب التوحد فقط بل كان هدفها في الواقع هو محاولة التعرف على مدى وجود اضطرابات مختلفة كالإكتئاب، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات السلوكية، والاضطرابات الانفعالية، والتوحد وغيرها بين الأطفال والمراهقين من ذوي متلازمة داون .

وفي تعليقها على هذا الأمر ترى فاتير (١٩٩٨) Vatter أنه إذا تم فحص الملف الصحي للطفل منذ طفولته المبكرة، وتم تشخيصه بناء على تلك الملاحظات التي تمت آنذاك مع وضع اختلاف مفهوم التوحد وأسبابه في الاعتبار وذلك من كونه يرجع إلى الوالدين وبرودعما الانفعالية، إلى كونه يمثل شكلاً من أشكال فصام الطفولة، إلى كونه اضطراب سلوكي، إلى كون البعض ينظرون إلى سلوكيات الطفل على أنها

شبيهة بالتوحد autistic-like behaviors وذلك خلال الحقب المختلفة السابقة إلى أن تغيرت النظرة إليه وأصبح يعد بمثابة اضطراب عمالي عام أو منتشر فإن تلك الحالات التي تم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها ليست توحدية استناداً إلى المفهوم والأسس والأسباب التي كانت سائدة آنذاك سوف يعاد تصنيفها على أنها حالات توحيد، ومن ثم فإن نسبة الاضطراب التوحدي بين الأطفال من ذوي متلازمة داون لن تقل في ضوء ذلك عن ١٦% بأي حال من الأحوال .

تشخيص التوحد بين ذوي متلازمة داون :

يتم تشخيص التوحد عن طريق تقييم سلوك الطفل وذلك في ضوء ستة عشر عرضاً يقدمها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عام ١٩٩٤ عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA وإذا أبدى الطفل ثمانية أعراض أو أكثر يتم تشخيصه كذلك، وتجميع هذه الأعراض في أربعة مجالات عامة على النحو التالي :

- ١- قصور حاد في التفاعلات الاجتماعية.
- ٢- قصور حاد في التواصل والخيال.
- ٣- اهتمامات وأنشطة محددة ومحدودة للغاية.
- ٤- ظهور الاضطراب وملاحظته في البداية خلال مرحلة المهده والمطفولة المبكرة.

ومما لا شك فيه أن هناك بعض الحالات كما يحدث في حالة متلازمة داون يجعل التحلف العقلي خلالها على إنعفاء التوحد ويعوق التوصل إليه وتشخيصه بشكل دقيق مما يؤدي إلى تأخر تشخيص التوحد بالنسبة للطفل إلى ما بعد السن المحددة في الدليل التشخيصي لظهور التوحد وذلك قياساً بما يمكن أن يتم بالنسبة لأقرانه ممن لا يعانون من تلك المتلازمة، كما قد يؤدي أيضاً إلى عدم تشخيص الطفل كذلك وهو الأمر الذي يحول بينه وبين تقديم التدخلات المناسبة التي يمكن أن تعود بالفائدة عليه .

ويعتبر تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة دارن أمراً صعباً ومعقداً للغاية قياساً بتشخيصه بين الأطفال الذين لا يعانون من هذه المتلازمة حيث أن بعض المحكات الخاصة بالتوحد والتي يعرض لها اللليل للتشخيصي توجد بشكل طبيعي أو عادي بين الأطفال من ذوى متلازمة دارن، وهي بذلك لا تعني في حد ذاتها أن مثل هذا الطفل يعاني من التوحد. وفيما يلي عرض لأهم هذه المحكات مع تطبيق عقب كل منها يوضح ما إذا كان هذا المحك أو ذلك يوجد بشكل عادي بين الأطفال من ذوى متلازمة دارن، أم أنه يشير إلى التوحد فقط. وعند تشخيص التوحد لدى الطفل من ذوى متلازمة دارن يجب أن تراعى أمرين هامين هما :

- فحص كل محك على حدة وذلك فيما يتعلق بكونه يوجد بشكل عادي لديه هو وأقرانه من نفس المتلازمة أم لا.

- إذا كان المحك بطبيعته يوجد لدى الطفل وأقرانه فهل يزيد مدى حدته عن وضعه الطبيعي لدى الطفل من ذوى نفس المتلازمة الذي لا يعاني من التوحد أم لا.

لما عن هذه المحكات فيمكن أن نعرض لها كما يلي :

أولاً : يجب أن يتوفر لدى الطفل ستة محكات أو أكثر من البنود (١، ٢، ٣) بشرط أن يتوفر لديه

محكات على الأقل من البند (١)، ومحك واحد على الأقل من كل من البندين (٢، ٣).

١- قصور كيمي في التفاعل الاجتماعي من جانب الطفل كما يتضح من توفر اثنين على الأقل من المحكات التالية :

أ- قصور واضح في استخدام السلوكيات المتعددة غير اللفظية كالتمسك بالبرص، وتعبيرات الوجوه، والأوضاع الجسمية، والإشارات وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

ب- عدم القدرة على إقامة علاقات مع الأقران تناسب مع المستوى الثماني للطفل.

* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

ج- قصور في البحث التلقائي للطفل لمشاركة الآخرين في الاستمتاع، والاهتمامات، والإنجازات (كالفصول مثلاً في عرض الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها، أو الإشارة إليها).

* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوي متلازمة داون، ولكنها تكون أكثر ظهوراً في حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.
د- قصور في التبادل الاجتماعي أو الانفعالي.

* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوي متلازمة داون، ولكنها تكون أكثر ظهوراً في حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.

٢- قصور كئيفي في التواصل كما يتضح من توفر واحد على الأقل من السمات التالية :

أ- تأخر أو قصور كلي في اللغة المنطوقة (غير مصحوب بمحاولات من جانب الطفل للتعبير وذلك بالهواء إلى أساليب بديلة للتواصل كالإشارات أو التمثيل الصامت).

* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون.

ب- يلاحظ بالنسبة للأطفال الذين يتمتعون بقدر معقول من المفردات اللغوية وجود قصور واضح في قدرتهم على المبادأة بالحديث أو إجراء محادثات مع الآخرين.

* توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون وذلك على الرغم من عدم ظهورها بقدر بمائل وجودها لدى الأطفال التوحدين.

ح- الاستعداد النمطي والتكرار للغة المنطوقة أو للغة غريبة أو شاذة في مفرداتها اللغوية وطريقة التطق.

* توجد إلى حد ما بين الأطفال من ذوي متلازمة تاون ولكنها لا تصل إلى ذلك الحد الذي تظهر به لدى الأطفال التوحدين.

د- قصور في اللعب للتنوع أو التلقائي أو الظاهري make-believe أو الاجتماعي الذي يتناسب مع المستوى النمائي الذي يفترض أن يصل للطفل إليه آنذاك.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون.

٣- وجود أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة تتسم بالتنفيذ والنمطية والتكرار كما يتضح من توفر واحد على الأقل من اشكالات التالية :

أ- الاهتمام أو الانشغال الكلي بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات التي تتسم بالنمطية والتنفيذ والذي يعتبر شاذاً في مدى حدته أو محور اهتمامه وبورته.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون.

ب- التمسك الصارم بطقوس معينة وروتين غير عملي وغير مجد.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوي متلازمة داون.

ج- وجود أسلوب حركي معين يتسم بالنمطية والتكرار (كالصفيق باليد أو ضرب الأصابع في بعضها أو التحرك

بشكل دائري twisty أو متلوى أو القيام بحركات معقدة
بكامل الجسم على سبيل المثال) .

* لا توجد بشكل معناد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون .

د- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء .

* لا توجد بشكل معناد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون .

ثانياً : قصور أو أداء شاذ في واحد على الأقل من ثلاثة مجالات على أن تكون
بدايته قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره . وهذه المجالات هي :

١- التفاعل الاجتماعي .

٢- اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .

٣- اللعب الرمزي أو الخيالي .

* يبدى الأطفال من ذوى متلازمة داون بعضاً من أوجه القصور تلك
اعتماداً على مدى حدة تخلفهم العقلي . ونظراً لأن ذلك لا يعد أمراً غير
متوقع كإية فعادة ما يتم تجاهله في التقارير والسجلات الخاصة بخولاء
الأطفال، وبالتالي لا تتم ملاحظته . وعلى ذلك فعندما يتم تشخيص الطفل
على أنه يعاني من اضطراب التوحد في سن تالية تعتبر متأخرة على اكتشاف
التوحد حلها ينبغي أنذاك أن يتم الرجوع إلى السجلات الخاصة بالطفل،
وهنا لن نجد أى إشارة إليه في تلك السجلات نظراً لأن أحداً لم يفكر في
ذلك، كما أنه لم يخطر ببال أحد من المحيطين بالطفل أن يفكر في احتمال
وجود مثل هذا الاضطراب . وهنا قد يتم استبعاد التشخيص المحتمل للتوحد
لأن ظهوره لم يكن خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل والذي يعد
مماثلة أحد الشروط الضرورية لذلك . ومن هنا لنطلق قزنا قد نجد بعض
الأطفال من ذوى متلازمة أعراض داون يعانون من اضطراب التوحد،

ولكنهم مع ذلك لم يتم تشخيصهم على هذا الأساس لأسباب مماثلة أو حتى للأسباب سالفة الذكر .

ثالثاً : لا يحدث مثل هذا الاضطراب أو الإزعاج في حالة متلازمة ريتت أو اضطراب الطفولة التنكسي أو التفسخي . childhood disintegrative disorder

* بالنسبة لمتلازمة أسبرجر Asperger يشير عادل عبدالقادر (٢٠٠٤) إلى أنه من النادر جداً أن توجد لدى طفل تقل نسبة ذكائه عن المتوسط ، وبالتالي فإن وجود مثل هذه المتلازمة أو تلازمها المرضي بين الأطفال من ذوي متلازمة داون أو أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً بشكل عام يعدّ أمراً نادراً جداً .

هذا ويضيف رازموسين وآخرون (٢٠٠١) Rasmussen et.al. بعض العوامل الصحية والمتغيرات الإكلينيكية التي يجب أن نضعها في اعتبارنا عند إجراء مثل هذا التشخيص حتى يكون دقيقاً حيث أسفرت نتائج الدراسة التي أجروها على عينه من الأفراد من ذوي متلازمة داون الذين يعانون من اضطراب التوحد قوامها ٢٥ مفحوصاً منهم ١٣ من الذكور، و ١٢ من الإناث تتراوح أعمارهم بين ٤-٣٣ سنة بمتوسط عمري ١٤,٤ سنة وانحراف معياري ٤,٧ سنة عن وجود عوامل صحية ومتغيرات إكلينيكية معينة تسهم في حدوث هذه المتلازم المرضي منها :

١- عوامل صحية عامة ذات أهمية في استمرار التوحد، وظهرت لدى أحد عشر مفحوصاً .

٢- عوامل أخرى لها أهميتها، ومنها ما يلي :

أ- تاريخ مرضي للتوحد وما يرتبط به من اضطرابات، وذلك لدى خمسة مفحوصين .

ب- تشنجات طفلية، وذلك لدى خمسة مفحوصين .

ج- قصور ذرقى (قصور فى الغدة الدرقيه) فى وقت مبكر من العمر، وذلك لدى ثلاثة مفاوصين .

د- إصابات الدماغ بعد إجراء عمليات معقدة فى القلب، وذلك لدى اثنين من المفحوصين .

هـ- الالتلاف بين هذه العوامل جميعاً، أو بين أكثر من عامل واحد منه .

ومن هنا للتطلق فإن التشخيص الدقيق لمثل هذه الحالات، والتعرف عليها، وتقييم الألام بعد أمراً جوهرياً فى سبيل تقدم أساليب الرعاية للملائمة بما تضمنه وتضمنه من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل متنوعة .

وتشير مارى كولمان (1986) Coleman.M. إلى أن هناك بعض الاعتبارات التى يجب مراعاتها عند التشخيص الإكلينيكي للطفل الذى يعاني من كلتا الحالتين فى ذات الوقت حيث ترى أنه ينبغي أن ينطلق عليه اثنين أو أكثر من الحككات التالية :

١- قصور دال فى العلاقات الاجتماعية مع الوالدين والأقران مع قصور فى التواصل البصرى، ويميل واضح إلى العزلة أو الوحدة .

٢- التعمسك بروتين نطى صارم ومتكرر مثل وضع الأشياء المختلفة وتنظيمها فى صف مثلاً، أو الإصرار على ارتداء نفس الملابس، أو تناول نفس الطعام، أو الإبقاء على مسافات معينة بين الأشياء أو الأطباق حين تناول الطعام مثلاً، وما إلى ذلك . وعادة ما ينجذب مثل هؤلاء الأطفال إلى الأشياء الدائرية أو التى تنور كإطارات سيارات اللعب، أو التسجيلات إلى جانب التعلق الغريب أو الشاذ بأشياء معينة كشرائط الشماس، أو الدبابيس التى تثبت على الملابس، أو الأشياء النافهة، أو قطع من الألعاب البلاستيكية .

٣- استجابة حسية غير ثابتة وغير عادية وهو ما يمكن أن يظهر بين أولئك الأطفال الذين يبتلون وكأنهم صم في وقت ما وشديدي الحساسية للصوت في وقت آخر. ومن الأمثلة الأخرى التي تدل على هذا الأمر أننا أحياناً نجد أن الطفل يشعر بجرده لسه في حين يجده في وقت آخر يستمتع بزغرخته (مداعبته) بشدة.

٤- تمتع الطفل رغم المستوى العام لتخلفه العقلي بقدرة خاصة ذات مستوى مغاير تماماً للمستويات الأخرى لأدائه العقلي. وقد تكون تلك المهارة في الموسيقى، أو الفن والرسم، أو فك وتركيب الألغاز، أو المهارات البصرية المكانية الأخرى.

ومن الأمور الهامة التي يجب أن تنبأ إلى الذهن عند تقييم حالة الطفل تحديد ما إذا كانت كلتا الحالتين موجودتين لدى الطفل (متلازمة دون والتوحد) في الوقت ذاته، أو ما إذا كانت أعراض التوحد عند الطفل تظهر في الأساس كأثر غير عادي لشذوذ في الكروموزوم رقم ٢١ عنده أي نتيجة لمتلازمة داون، ومن الأمثلة على ذلك أن نجد أن الطفل من ذوى متلازمة داون يعاني من متلازمة التشنجات الطفلية infantile spasms syndrome وهو ما يمكن أن يؤدي فيما بعد إلى ظهور أعراض الاضطراب التوحدي لديه. وهناك أمور أخرى تضاف إلى صعوبة تقييم أعراض الاضطراب التوحدي لدى الطفل من ذوى متلازمة داون كأن يبتلو الطفل وكأنه لا يسمع مثلاً شريطة ألا يرجع ذلك إلى أي إصابة في أذنيه تعوقه عن السمع وهي إصابات تصعب بين أطفال تلك المتلازمة. كذلك فإن الطفل سريع الغضب والاستتارة الذي ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية والذي ينخفض لديه مستوى التواصل البصري بلوحة كبيرة قد يعاني من عدوى غير معروفة كتلك التي تصيب المثانة bladder أو الأذن الوسطى أو غيرها مما يشيع أهنأً بين أطفال تلك المتلازمة. وبالتالي فإن مثل هذا الطفل لا يتم تشخيصه على أنه يعاني من التوحد إلا في ظل وجود ثلاثة شروط جوهرية تتمثل فيما يلي :

١- أن يمثل السلوك المشكل من جانبته والذي نقوم بملاحظته نمطاً ثابتاً بمرره .

٢- أن يظل مثل هذا السلوك ثابتاً خلال فترة زمنية ليست قصيرة .

٣- ألا يكون العنفل مصاباً بأى أمراض يمكن أن يكون مثل هذا السلوك نتيجة

لها .

ومن النقاط المهمة في هذا العدد أننا عندما نصل إلى ذلك التشخيص المزوج للطفل يجب أن نأخذ الحيطة والحذر في تناول مشكلاته السلوكية المختلفة فلا نلجأ إلى وصف جرعات من الدواء لعلاج مثل هذه الاضطرابات السلوكية كأن نعالجها بقصور الانتباه مثلاً حيث أن مثل هذا العلاج الدوائي قد يؤثر سلباً على بعض أمراض التوحد في بعض الحالات .

بعض المشكلات التي تعوق تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون :

من الجدير بالذكر أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال ذوى متلازمة داون لا يتعدى ١٠% كما أوضحنا سابقاً، وهناك أسباب عديدة تفسر انخفاض معدل الانتشار هنا عن حجمه الطبيعي حيث أنه كما ذكرنا من قبل إننا ما وضعنا في اعتبارنا اختلاف مفهوم وأسباب التوحد والعوامل المساعدة على حدوثه وذلك خلال الحقب الزمنية السالفة فإن كثيراً من الحالات التي تم تشخيصها على أنها ليست توحدية سوف يتضح أنها تعتبر حالات توحد، وهو ما سوف يؤدي إلى ارتفاع معدل انتشار التوحد بين ذوى متلازمة داون إلى ١٦% على الأقل . كذلك فإن الأسباب المتعددة والمتباينة التي تفسر انخفاض معدل الانتشار هنا لا تعكس في الواقع عدم وجود أولئك الأطفال ذوى التشخيص المزوج، ولكن الحقيقة أن الأعصابيين أو من يقومون بعملية التشخيص قد لا ينظرون إلى التوحد أو يفكرون فيه أثناء تشخيصهم لمثل هؤلاء الأطفال، كما أن هناك بعض الهككات الخاصة بالتوحد كما يعرض لها الدليل التشخيصي تنطبق على الأطفال من ذوى متلازمة داون أيضاً بغض النظر عن مدى

حالتها من جانبهم وهو ما لا ينظر الأخصائيون إليه أو يعبروه اهتماماً. ومن هذه الأسباب ما يلي :

١- أن الدليل التشخيصي يضع محكاً أساسياً للتوحد يعتمد فيه أن هذا الاضطراب يجب أن يظهر قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره. ونحن نلاحظ أن الوالدين والأخصائيين في حالة متلازمة داون يركزون أساساً على هذه المتلازمة في حد ذاتها خاصة وأن هناك العديد من الخصائص التي تدل عليها والتي يرون أنها تتوفر لدى الطفل سواء كانت خصائص جسمية أو اجتماعية أو انفعالية، كما أنها قد يلجأون إلى تحليل الدم كشي يتأكدوا من الخلية على ضوء ذلك. وبالتالي فإن مرور اهتمامهم ينصب على ما يمكن أن يترتب على مثل هذه الخلية من مضاعفات أو مشكلات متباعدة حتى يتمكنوا من الحد مما قد يترتب عليها من آثار سلبية. وبذلك إذا لاحظوا وجود بعض محكات التوحد لدى الطفل فإن عمره الزمني آنذاك يكون قد تجاوز الثالثة بكثير، ومن ثم فإنهم في الغالب لا يعتبرون ذلك توحداً حيث يتمسكون بهذا المحك. وإلى جانب ذلك فإن الملّف الصحي للطفل لا يتضمن أي إشارة عن التوحد حتى بلوغه الثالثة من عمره. وبالتالي يصبح هذا المحك عائقاً أمام التشخيص الدقيق للطفل حال وجود مثل هذا التلازم المرضي.

٢- أن هذه الخلية تتضمن حدوث تأخر في معدل النمو في العديد من جوانبه المختلفة؛ ورغم حدوث مثل هذا التأخر في حالة اضطراب التوحد فإن الوالدين والأخصائيين لا يفكرون في التوحد آنذاك بل في متلازمة داون. وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر معلومات كافية لديهم عن هذا الاضطراب وأسبابه وتطوره وكيفية التدخل للحد منه.

٣- يؤدي عدم إلام الوالدين بأعراض التوحد، وعدم وجود فكرة واضحة عنه لديهما رغم أنهما هم الأكثر تعاملًا مع الطفل وملاحظة لسلوكياته إلى

عدم تفكيرهما في هذا الأمر وبالتالي عدم قيامهما بلقت نظر الأخصائي إليه حيث يعتبران أن ما يصدر عن الطفل من سلوكيات إنما يرجع في الأساس إلى متلازمة داون. كذلك فإن بعض الأخصائيين الذين يتعاملون مع الطفل ليست لديهم أيضاً معلومات كافية عن اضطراب التوحد مما يؤدي بطبيعة الحال إلى نفس النتيجة.

٤- أن بعض المحكات التي عرضها الدليل التشخيصي كمحكات للتوحد إنما تنطبق على زملة أو متلازمة أعراض داون أيضاً، وبالتالي فإن البعض قد يقوم باستبعاد مثل هذه المحكات لأنها تنطبق بالفعل على الطفل ولا يستطیع أن يقوم بتقييم مدى حدتها بشكل صحيح، ومن ثم فإن المحكات الباقية لن يصل عندها لدى الطفل إلى حد المحكات الثمانية المطلوب توفرها للتوحد حتى يتم تشخيص الطفل كذلك. وعلى هذا الأساس يتم استبعاد تشخيص التوحد لدى الطفل.

٥- أن البعض قد يبحث عند تشخيص التوحد عن حالات توحد بحتة مع استبعاد حدوث التخلف العقلي كما هو الحال في متلازمة داون مع أن مثل هذا الوضع قد يكون صعباً في العديد من الحالات حيث أن اضطراب التوحد كاضطراب عملي عام أو منتشر يؤثر على العديد من جوانب النمو المختلفة ومنها الجانب العقلي المعرفي لدرجة أن حوالي ٧٥% تقريباً من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم كما أسلفنا في حدود التخلف العقلي وهو ما يعني أن العديد من هؤلاء الأطفال يعدون من المتخلفين عقلياً. ونظراً لأننا في مصر نعتمد فقط على نسبة الذكاء عند تشخيص التخلف العقلي دون اللجوء في الغالب إلى مقاييس للسلوك التكيفي فإننا نعتبر مثل هؤلاء الأطفال من للتخلفين عقلياً ويتم بالتالي إخراجهم بمدارس أو معاهد التربية الفكرية، ويضاف إلى ذلك أن معلوماتنا عن التوحد تعد محدودة للغاية. وإذا كنا نلاحظ وجود دلائل عديدة على متلازمة داون عند

الطفل ولا نستطيع أن نحدد بعض هذه الدلائل بالنسبة لاضطراب التوحد فإن ذلك من شأنه أن يجعلنا نستخدم تشخيص التوحد بالنسبة للطفل من ذوى متلازمة أعراض داون.

٦- أن بعض الأشخاص يفضل عند يقينه بوجود التوحد لدى الطفل من ذوى متلازمة داون ألا يزعم الأسرة بوجود اضطراب آخر لدى الطفل، ويكتفى فقط بمعرفتهم لحقيقة أن الطفل متخلف عقلياً، وقد يرى في مثل هذا الأمر تخفيفاً من وقع المصدمة على الأسرة، لكنه بهذه الطريقة يحرم الطفل من الخوض لبرامج التدخل الخاصة بالأطفال التوحدين والتي قد تساعده حتى على الاندماج مع أقرانه المتخلفين عقلياً الموجودين معه بمنزلة التربية الفكرية التي يكون قد تم إلقاها بها آنذاك، ومع تزايدنا بوجود قدر من التفاعل بين برامج التدخل المتقدمة لكلا الفئتين فإننا لا ننكر أن برامج التدخل الخاصة بالتوحد تكون أكثر عمقاً، كما تتضمن عناصر لا تتضمنها تلك البرامج التي يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً إلى جانب أن عناصر البرنامج قد تتلّف من طفل إلى آخر وفقاً للخطة التربوية الفردية، IEP individual educational plan.

٧- أن هناك جوانب ثمانية مشتركة تعكس قصوراً من جانب كلتا الفئتين معاً مثل الجانب العقلي حيث كما قلنا أن العديد من الأطفال التوحدين يجتوبون من المتخلفين عقلياً في ذات الوقت. كما أن هناك قصوراً مائلاً في الجانبين الاجتماعي والافعال وإن بدأ الأمر في هذه الحالة بالنسبة لأطفال متلازمة داون أخف في وطأته من أقرانهم التوحدين، لكننا مع ذلك لا ننكر وجود مثل هذه القصور لديهم، ومن هذا النطلق فإن القصور الواضح في هذين الجانبين على وجه التحديد بالنسبة لتلك الطفل الذي يتم تشخيصه على أنه من ذوى متلازمة داون يجب أن تلفت الانتباه

في الحال، ويدفعنا إلى التفكير في احتمال وجود التوحد لديه في تلك الحالة.

ومن هذا المنطلق يتضح لنا إمكانية حدوث إعاقه عقلية مزدوجة تجمع في طرفيها بين كل من اضطراب التوحد من ناحية ومتلازمة أعراض داون من ناحية أخرى نتيجة للتلازم المرضي بينهما أي حدوثهما معاً لدى نفس الفرد في ذات الوقت. ومن ثم فإن هذا الوضع من شأنه أن يؤثر كثيراً على الفرد فيما يتعلق بسمات شخصيته، ومعدل نموه في كافة جوانبه، ومعدل ذكائه، واهتماماته، وميوله، وقدراته، إلى غير ذلك وهو الأمر الذي يؤثر بالقطع بشكل سلبي على جانبيين أساسيين يعدان هما جوهر ولب التدخلات المختلفة من جانبنا لفئات الإعاقه جميعها، وليس لفئات الإعاقه العقلية فقط، وهو ما يؤكد على أن الإعاقه بشكل عام أياً كان نعلها تؤثر سلباً على هذين الجانبين الذين يمثلان فيما يلي :

١- التعلم.

٢- التواصل.

فإذا كانت متلازمة داون كإعاقه مستقلة تؤثر بصوره سلبية على هذين الجانبين وذلك إلى الدرجه التي تجعل من يعانون من تلك المتلازمة يواجهون قصوراً كبيراً فيما يتعلق بقدرتهم على التعلم، وقدرتهم على التواصل، وإذا ما كان اضطراب التوحد كإعاقه مستقلة يؤثر هو الآخر سلباً على هذين الجانبين في المقام الأول، بل إنهما يمثلان جوانب قصور من تلك التي ينسب بها من يعانون من هذا الاضطراب إلى جانب العديد من جوانب النمو الأخرى التي تتأثر به، ويحدث قصور لها من جراءه إذ أنه يعد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر بالسلب على العديد من جوانب النمو، فما بالنا إذن لو تلازمت كلتا هاتين الإعاقتين، واستمعنا معاً لدى نفس الفرد في نفس الوقت؟

بما لا شك فيه أنه يمكننا أن نؤكد أن النتيجة في مثل هذه الحالة ستكون سيئة للغاية، وسوف نجد أن الطفل من ذوي متلازمة داون الذى يميل إلى الانتماء على الرغم من أوجه القصور التي ينسب لها الجانب الاجتماعي عامة من جانب سوف يعاني من قصور في تلك السمة أيضاً، وسيبتعد عن الآخرين من جراء هذا الأمر، وينسحب نحو ذاته بدلاً من ذلك، ومن ثم سوف ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وسوف يعاني من العزلة على أثره. هذا من ناحية، أما جوانب نموه الأخرى فسوف يزداد تأخرها من ناحية أخرى مما يؤدي به وبمن هم على شاكلته إلى أن يشكلوا فئة فريدة تختلف حتى عن أولئك الأفراد من ذوي متلازمة داون من جانب، وتختلف كذلك عن الأطفال التوحدين من جانب آخر.



التوحد والتخلف العقلي بين الأطفال

تداخل أمر تلازم مرضي؟

تمهيد

بعد التوحد autism والتخلف العقلي mental retardation من أكثر أنواع الإعاقة العقلية شيوعاً بين الأطفال حيث يحتل التخلف العقلي المرتبة الأولى ويحتل التوحد المرتبة الثانية بعده مباشرة. وهناك شبكات معينة خاصة بكل منهما ينبغي أن تنطبق على الطفل حين يتم تشخيصه كذلك. إلا أننا نحاول هنا أن نلقى الضوء على إمكانية وجود تشخيص مزدوج للطفل يجمع بينهما معاً في نفس الوقت، وهو الأمر الذي يعرف بالتلازم المرضي. ومن هنا المنطلق فسوف نتعرض لبعض النقاط ذات الأهمية في هذا الصدد من أهمها تلك النقاط الثلاث التالية :

- ١- هل يمكن أن يتعرض الطفل المتخلف عقلياً للتوحد كإعاقة إضافية؟
- ٢- هل يمكن أن يتعرض الطفل التوحدي للتخلف العقلي كإعاقة إضافية؟
- ٣- هل يوجد هناك تلازم بينهما أم أن الأمر كله لا يزيد عن كونه مجرد تداخل فقط؟

وعلى ذلك فسوف نقوم بتوضيح مثل هذه النقاط على النحو الذي نعرض له في الصفحات التالية كي نتضح تلك الصورة بالشكل الذي يمكننا من تكوين رأى قاطع من خلال الإجابة على ما طرحناه من أسئلة.

التوحد والتخلف العقلي؛ قضايا وآراء

ينتشر التوحد بين أقطاب الإعاقات العقلية والحسية المختلفة مما يصبح معه لأرتك الأطفال الذين يجمعون بينه وبين أى إعاقة من تلك الإعاقات تشخيص مزدوج على أثر ذلك وهو الأمر الذى يسهم فى توضيح حالتهم وإجلائها حتى يصبح بإمكاننا أن نقوم بتقديم أساليب الرعاية المناسبة لهم.

وإذا كنا نقول أن اضطراب التوحد ينتشر بين الأطفال من ذوى متلازمة أهرافس داون، والأطفال المصم، وأقراهم المكفوفين فإن هذا صحيح إذ يعد الأصل فى ذلك الأمر هو الإعاقة العقلية أو الحسية ثم يحدث التوحد كإعاقة إضافية. ففى حالة متلازمة داون على سبيل المثال يوجد شذوذ فى الكروموزوم رقم ٢١ على وجه التحديد يعد سبباً أساسياً لها، كما توجد إلى جانب ذلك سمات معينة تميز الطفل يمكننا من خلالها أن نعرف عليه بمجرد أن ننظر إليه. كذلك فمن الأمور الأساسية التى تميز هذا الطفل أنه يعتبر اجتماعياً، ولذلك فإن أول المؤشرات التى تدفعنا إلى أن نضع التوحد فى اعتبارنا يشتمل فى أن نلاحظ وجود قصور اجتماعى لديه. إذن فالأصل فى مثالنا هذا هو متلازمة داون، إلا أن التوحد يحدث بعد ذلك وهو نفس ما ينطبق على كل من الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية وإن تشابهت بعض الأسباب التى تؤدي إلى أى منهما من ناحية وإلى التوحد من ناحية أخرى إذ أن هناك أسباب مشتركة بينهما.

وإذا ما حاولنا أن نسو على نفس المنوال ولأن نطبق الأمر على التوحد والتخلف العقلي فسوف نواجه بسؤال يطرح نفسه ويدور بطبيعة الحال حول أى منهما هو الأصل، وأيهما هو الإعاقة الإضافية؛ فهل يكون التخلف العقلي هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقة الإضافية التى تحدث فيما بعد بمعنى أن التوحد هو الذى ينتشر بين الأطفال المتخلفين عقلياً؟ أم أن العكس هو الصحيح فهو التوحد هو الأصل والتخلف العقلي هو الإعاقة الإضافية التى تحدث بعد ذلك وهو ما يعنى أن التخلف العقلي هو الذى ينتشر بين الأطفال التوحديين؟

والواقع أننا نميل من وجهة نظرنا إلى أن التوحد وليس التخلف العقلي هو الأصل في الإعاقة بالنسبة لغالبية الأطفال للتوحدين حيث أنهم وإن انخفضت نسبة ذكائهم إلى حد يعادل ما يحدث في حالة التخلف العقلي فإننا لا نستطيع أن نجزم حتى وقتنا الراهن بأن هناك تخلف عقلي، إلا أن التخلف العقلي قد يكون إعاقة إضافية لدى بعضهم الآخر ولذلك فإن غالبية الأطفال للتوحدين يكونوا في المستويات العليا من التخلف العقلي (البسيط والمتوسط) بينما تكون نسبة ضئيلة منهم في مستوى التخلف العقلي الشديد، أما المستويات الدنيا من التخلف العقلي (الشديد والمشديد جداً) فينتشر بينهم نط من التوحد يعرف بالتوحد اللائقودي atypical autism ومن ثم يكون التخلف العقلي بالنسبة لهم هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقة الإضافية للعديد من الحالات . وهناك العديد من الحقائق تؤكد وجهة نظرنا هذه من بينها ما يلي :

١- أن النتائج التي أسفرت عنها العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار تؤكد أن حوالي ٧٥ ٪ على الأقل من الأطفال للتوحدين تقع نسبة ذكائهم في حدود التخلف العقلي سواء البسيط أو المتوسط أو حتى الشديد، وهي نفس النتيجة التي أشارت إليها إنجسولت (٢٠٠٢) Ingsholt حيث ترى أنه من بين كل أربعة أطفال توحدين يتسم ثلاثة منهم بمستوى ذكاء في حدود التخلف العقلي، وفي نفس الوقت فقد أسفرت نتائج دراسات أخرى عن أن حوالي ٨٠ ٪ أو أكثر من الأطفال للتوحدين لا يزيد ذكائهم بأي حال من الأحوال عن التخلف العقلي . ويؤكد كراييز (١٩٩٧) Kraijer أنه من بين كل مائة طفل أو مراهق توحدي يوجد ثمانون منهم تنطبق عليهم تلك السمات الخاصة بالتخلف العقلي .

٢- أن التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر بشكل سلبي على العديد من جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ومنها الجانب العقلي المعرفي بطبيعة الحال لدرجة أن القصور العقلي المعرفي يعد من السمات الأساسية التي تميز التوحد

حيث نلاحظ وجود قصور في الانتباه والإدراك والذاكرة، والتفكير، والتجهيز المرفق للمعلومات وتناولها، وانخفاض نسبة الذكاء إلى حدود التخلف العقلي. وبذلك فالتردد كناضطراب مستقل يتضمن قدرًا من التخلف العقلي. ونظراً لزيادة انتشار التردد بين الأطفال واعتباره ثاني أكثر الاضطرابات الشمانية شيوعاً وفقاً لتقرير الإجماع القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) National Alliance for Autism Research فإنه قد أضحى يمثل ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً ولا يسبقه سوى التخلف العقلي.

٣- كذلك فنحن في مصر عند تشخيصنا للتخلف العقلي فنقتصر على نسبة الذكاء فقط، ومن ثم فهناك شكوى مستمرة في بعض مدارس التربية الفكرية من أن بعض الأطفال لا يستفيدون مما يتم تقديمه لهم هناك، ولا يتعاونون مع أقرانهم التخلفين عقلياً وهو الأمر الذي يدفع بالمقالمين على تلك المدارس إلى إعادة التأكد من نسبة ذكاء أولئك الأطفال بحشية الكوخص أو أن يكونوا من غير المقالمين للتعليم وذلك دون التطرق إلى التوحد وهو ما يكون عليه مثل هؤلاء الأطفال في الغالب.

٤- أننا حتى وإن وضعنا السلوك التكيفي ككميار آخر في اعتبارنا فإن مهارات السلوك التكيفي عند الأطفال التوحدين تقل عن مثيلتها لدى أقرانهم التخلفين عقلياً حيث توجد فروق دالة بينهما كما يرى عادل عبدالله (١٩٩٩) في مستوى النمو اللغوي، والأداء أو التطبيع الاجتماعي، والدرجة الكلية للسلوك التكيفي وذلك عند مستوى ٠.٠١ بينما لا توجد فروق دالة بينهما في الأداء الوظيفي المستقل، وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، والنشاط المهني-الاقتصادي.

٥- أن هناك نمطاً من التوحد يعرف بالتوحد اللاعضوي يختلف عن التوحد وفقاً لما عرضه التشخيص الدولي العاشر للأمراض (١٩٩٢) ICD-10 في عدد من النقاط يمكن أن نعرض لها كما يلي :

أ- الهداية : تتأخر بدايته إلى ما بعد سن الثالثة وذلك على العكس من التوحد.

ب- عدم الاتطابق الكامل لجميع المعايير الرئيسية الثلاثة للتوحد على الطفل وهي :

- قصور التفاعلات الاجتماعية للتبادلة.

- قصور التواصل.

- السلوك المقيد النمطي والتكرار.

ج- وجود جوانب قصور أخرى متعددة تتمثل أساساً في جوانب النمو المختلفة.

د- يحدث هنا التعمق غالباً بين الأفراد المتخلفين عقلياً الذين يعانون من تخلف عقلي شديد جداً profound حيث لا يسمح مستوى أدائهم شديد الانخفاض سوى بظهور بعض محكات التوحد دون غيرها وذلك على نطاق ضيق مما يجعل هذا التعمق حالة مستقلة عن التوحد إذ يكون التخلف العقلي في هذه الحالة مصحوباً بعلامات توحدية.

٦- أنه إذا كان غالبية الأطفال التوحديين تقع نسبة ذكائهم في حدود التخلف العقلي فإن هنا لا يتمتع كما يرى كار وآخرون (Kar et.al. (١٩٩٧) من أن هناك بعض الأطفال المتخلفين عقلياً وخاصة في المستويات الدنيا (الشديده والشديد جداً) يعانون من التوحد أيضاً، وأن نسبة التوحد بينهم تصل إلى ٩,٦% تقريباً. ويتضح ذلك من خلال ظهور بعض الأعراض التوحديية بين أعضاء المستويين الشديد والشديد جداً من التخلف العقلي، ومن أكثر هذه الأعراض انتشاراً قصور العلاقات الاجتماعية التبادلية والقصور اللغوي، وربما يندرج ذلك تحت ما أشرنا إليه في النقطة

السابقة بالتوحد اللائقودي. وقد يعود انخفاض مستوى ذكائهم لهذا الشكل إلى أثر كل من التوحد والتخلف العقلي.

٧- أن زملة أسبرجر Asperger كنمط من أنماط التوحد كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٣) تنتشر بين الأطفال من ذوي مستوى الذكاء من المتوسط وحتى المرتفع وربما أعلى من ذلك، وأكثراً نادراً ما تلحق بطفل يقل مستوى ذكائه عن المتوسط. وبالتالي لا يكون هناك احتمال كبير كى يحدث تلازم مرضى بينها وبين التخلف العقلي بالنسبة للأطفال، بل إن الواقع يؤكد أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذه الزملة أو المتلازمة يعانون في واقع الأمر من الهموم.

تداخل أمر تلازم مرضى ؟

سوف نتناول في هذه النشطة قضيتين هامتين كى نصل إلى تصور مقنع للفكرة الأساسية التي نتاولها هنا، تتعلق النقطة الأولى بمدى وجود تداخل أو تلازم بين التوحد والتخلف العقلي بالنسبة للأطفال التوحدين، ونتناول الثانية مدى وجوده بين التخلف العقلي والتوحد بالنسبة للأطفال التخلفين عقلياً، وهو ما سنوضحه كما يلي :

(١) بالنسبة للأطفال التوحدين :

من الجدير بالذكر أن حوالي ما بين ٧٥% إلى أكثر من ٨٠% من الأطفال التوحدين يقع ذكائهم كما أوضحنا في حدود التخلف العقلي سواء البسيط أو المتوسط مع وجود نسبة ضئيلة يقع ذكائها في حدود التخلف العقلي الشديد. ومن المعروف أنه لكى يتم تشخيص أى طفل على أنه متخلف عقلياً ينبغي أن يكون هناك قصور في مستوى ذكائه بحيث يكون ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وأن يكون هناك قصور دال في مهارات السلوك التكيفي من جانب، وأن يحدث ذلك خلال سنوات نموه، وإذا لم يتمكن الطفل من إتمام الاستجابة على اختبار الذكاء المستخدم يكون من الطبيعي أن نلجأ إلى اختبارات أخرى، وأن نعلم بجانب ذلك على الملاحظة الدقيقة من جانبنا لسلوكيات هذا الطفل.

ولما كان غالبية الأطفال التوحديين يدون قصوراً في مهارات السلوك التكيفي من جانبهم، وأن مثل هذه للمهارات قد تقل في بعضها كما أوضحنا عن مثيلتها لدى أفرادهم المتخلفين عقلياً، كما يدون إلى جانب ذلك قصوراً في قدراتهم العقلية المعرفية يقل على أثره مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط، بل ويكون في الغالب في حدود التخلف العقلي، وأن ذلك يظهر على الطفل قبل أن يصل سنه إلى الثالثة فإن ذلك يعني بما لا يدع مجالاً للشك أن تلك المحركات الخاصة بالتخلف العقلي تنطبق على هؤلاء الأطفال من ناحية، وأن التوحد بذلك يتضمن قدرأ كبيرأ من التخلف العقلي من ناحية أخرى. إلا أن التوحد إلى جانب ذلك يتضمن قصوراً في العلاقات الاجتماعية التبادلية، وقصوراً آخر في التواصل يتضمن قصوراً لغوياً دالاً مع عدم نحو اللغة إطلاقاً في بعض الأحيان، وإضافة إلى ذلك فإن التوحد يتضمن العديد من السلوكيات المنفردة النمطية والمتكررة.

وبذلك يتضح أنه يوجد تداخل على الأقل بين التوحد والتخلف العقلي بالنسبة للأطفال التوحديين أي عندما تكون الإصافة الأصلية للأطفال هي التوحد، ولا يمكننا القول أن هناك تلازماً مرضياً بينهما في هذه الحالة وذلك للأسباب التالية :

- ١- أن التوحد بذلك يتضمن قدرأ كبيرأ من التخلف العقلي .
- ٢- أننا لا يمكننا على الأقل حتى الوقت الراهن أن نؤكد على أن مثل هؤلاء الأطفال التوحديين متخلفين عقلياً نظراً لأن محركات التخلف العقلي توجد ضمناً بين المحركات الخاصة بالتوحد والسمات المميزة للأطفال التوحديين .
- ٣- أن الأمر من هنا النطلق يتطلب إجراء المزيد من الدراسات لكي يتم توضيح هذه النقطة وإجلائها حتى تتوفر لنا الأدلة التي نستطيع بموجبها أن نبرهن على صحة هذا الرأي أو ذلك؛ إما التداخل وإما التلازم .
- ٤- أن التداخل لا يتطلب التلازم لأن الأمر قد يكون كما نرى أن طبيعة أحدهما (التوحد) تتضمن جانباً كبيرأ من طبيعة الآخر (التخلف العقلي)

دون تلازم أى دون شرط لوجوده، أما التلازم فيعني وجود كل منهما جنباً إلى جنب مع الآخر ككيان مستقل لدى نفس الفرد وفي نفس الوقت كما هو الحال بالنسبة للتلازم بين التوحد وكل من متلازمة داون، أو الإعاقة السمعية، أو الإعاقات البصرية على سبيل المثال، وهو الأمر الذى تعرضنا له في مواضع أخرى حيث تناولنا التلازم المرضي بين اضطراب التوحد ومتلازمة داون في بداية هذا الفصل، أما تلازمه مع الإعاقات الحسية فسوف نتناولها في موضع آخر.

(٢) بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً :

يرى كرايجر (١٩٩٧) Kraijer أن الأمر قد يختلف إذا كان أصل الإعاقة هو التخلف العقلي وليس التوحد حيث قد يبدى الطفل في هذه الحالة بعض السلوكيات التوحدية التي تترك آثاراً سلبية عليه وذلك في الجوانب الثلاثة الرئيسية التي تمثل محكات التوحد وما قد يرتبط بها أو يتربط عليها من متغيرات حيث يزداد قصور الطفل في الجانب الاجتماعي، والتواصل بما فيه الجانب اللغوي، كما يتأثر الجانب العقلي المعرف أيضاً بذلك، وقد يتخفف الذكاء على أثره ليصبح في حدود التخلف العقلي الشديد وربما الشديد جداً ولذلك فإننا نادراً ما نجد مثل هذا التلازم قائماً بين الأطفال للتخلفين عقلياً في المستويين البسيط والمتوسط. وإلى جانب ذلك بكثير بين هؤلاء الأطفال عدداً من السلوكيات النمطية والتكرارية غير الهادفة التي تتزايد مع الزيادة في أعمارهم، كما يزداد تمسكهم بالروتين ويقاومون بشدة أى محاولة لحثوث أى نوع من التغيير في ذلك الروتين. ولذلك فإن الإطار المرجعي الذي يجب أن تنبئ إليه وتركز عليه في هذا الصدد ينبغي أن يتمثل في وجود التوحد أو الأعراض شبه التوحدية مع التخلف العقلي.

ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً في المستويين الشديد والشديد جداً وعلى وجه الخصوص في المستوى الشديد جداً يبدون سلوكيات

توحيدية بقدر أكبر، ولا يكونوا قادرين على إلغاء الاعتبارات أو الاستحابة عليها أو حتى المتحارب مع الآخرين المحيطين بهم في المواقف الحياتية المختلفة. إلا أن المحركات الخاصة بالتوحيد لا تنطبق عليهم في معظمها تمام الانطباق، بل إن هناك بعض المحركات التي لا تنطبق عليهم بقدر كاف، أو قد لا نستطيع نحن على أثر ملاحظتنا الدقيقة لهم أن نحكم أنها تطبق عليهم، أو نحدد درجة انطباقها عليهم بشكل دقيق. إلا أن بداية الاضطراب لديهم تتأخر عن سن الثالثة وهي السن التي يحدد بها الدليل التشخيصي DSM-IV (1994) لظهور التوحيد. وبذلك فإن نمط التوحيد هذا الذي يسود بينهم يعد نمطاً مغايراً للتوحيد بمعناه المعروف ومستقلاً عنه يعرف بالتوحيد اللائوذجي.

ومن هنا للتعلق فعندما تتمثل الإعاقة الأصلية للطفل في التخلف العقلي يمكن أن يظهر التوحيد بعد ذلك كإعاقة إضافية تزيد من الآثار السلبية التي يعاني الطفل منها، وبذلك يكون التلازم المرضي بينهما واضحاً، بل وتصل نسبة انتشار التوحيد بين الأطفال المتخلفين عقلياً إلى حوالي ١٠% تقريباً كما يرى كرايبر (1997) Kraijer وهي بذلك تكاد تتساوى مع تلك النسبة التي أشار إليها كار وآخرون (1997) Kur et.al. ، كما أنها تقع في إطار نسبة انتشار التوحيد بين الأطفال من ذوي متلازمة داون وإن كان الأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسات لذلك. ولا يقف الأمر عند حدود الحاجة إلى مزيد من الدراسات لبيان نسبة الانتشار فقط، بل للتأكد من العديد من الأمور التي تتعلق بهذا الموضوع عامة.

وبذلك يتضح لنا أن الأمر بالنسبة للإعاقة العقلية المزدوجة التي تجمع في طرفيها بين اضطراب التوحيد من ناحية وبين التخلف العقلي من ناحية أخرى يختلف كثيراً عما يحدث حال حدوث الإعاقة العقلية المزدوجة التي تجمع في طرفيها بين اضطراب التوحيد من جانب وبين متلازمة داون من جانب آخر وهو الأمر الذي يجعلنا نواجه حالتين مختلفتين في هذا الإطار تتعلق كل منهما بإحدى هاتين الإعاقتين مع اضطراب التوحيد.

ومن هذا المنطلق نجد أنه حال حدوث الإعاقة المزروجة التي تجمع اضطراب التوحد مع متلازمة داون فإنها تتج عن تلازم مرضى بينهما أى حدوث كلتا الإعاقين واجتماعهما معاً ككيانين مستقلين لدى نفس الفرد في نفس الوقت، وهو الأمر الذي يستلزم وجود تشخيص مزدوج للفرد؛ يتضمن في أحد جوانبه أنه يعاني من اضطراب التوحد، بينما يتضمن في جانبه الآخر أنه يعاني من متلازمة داون، أما عند حدوث التخلف العقلي فإن الأمر يختلف تماماً طبقاً لأصل إعاقة الفرد وهل هي اضطراب التوحد أم أنها هي التخلف العقلي، ومن ثم فإننا نجد أن هاتين الإعاقين تتداخلان مرة، وتتلازمان مرة أخرى. فإذا كان الأصل في الإعاقة هو اضطراب التوحد يحدث تداخل بين الإعاقين لأن طبيعة التوحد تتضمن طبيعة التخلف العقلي دون حاجة لوجوده، ويكون الطفل التوحدي في مستوى التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط، وإن كانت هناك نسبة ضئيلة من الأطفال التوحديين يقل مستوى ذكائها عن ذلك، أما إذا كان الأصل في الإعاقة هو التخلف العقلي فيمكن أن يحدث تلازم في هذه الحالة مع اضطراب التوحد وهو الأمر الذي يؤدي إلى التأثير السلبي على مستوى الذكاء فيصبح في مستوى التخلف العقلي الشديد أو الشديد جداً، ومن ناحية أخرى فإن هناك تحطاً معيناً من اضطراب التوحد يعرف كما أسلفنا بالتوحد اللائقوذجي بعد من السمات المميزة لأولئك الأفراد الذين يعانون من التخلف العقلي الشديد مع الأحمذ في الاعتبار أن قياس الذكاء آنذاك نكتفه العديد من الصعوبات.



المراجع

- ١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات . القاهرة، دار الرشاد .
- ٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣) ؛ الأطفال الموهوبون من ذوي متلازمة أسوجسر ؛ أساليب التخصيص والرعاية والتعلم الذاتي . للناشر العلمي الثامن لكلية التربية جامعة طنطا، ١١ - ١٢ / ٥ .
- ٣- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢ - أ)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة، دار الرشاد .
- ٤- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢ - ب)؛ الأطفال التوحديون؛ دراسات تشخيصية وبرامجية . القاهرة، دار الرشاد .
- ٥- عادل عبدالله محمد (١٩٩٩)؛ السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعالين عقلياً . مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، ج ٣٩، ص ٣٣ - ٥٨ .
- ٦- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) ؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ؛ تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ؛ الأوصاف السريرية (الإكزيبكية)

والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة
عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية، المكتب الإقليمي لمشرق المتوسط.

7. American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV, Washington, DC: author.
8. Coleman, Mary (1986); Down's syndrome children with autistic features. Papers and Abstracts for Professionals, v9, n3, pp1-2.
9. Coleman, M. & Rogers, P. T. (1992); Medical care in down syndrome: A preventive medicine approach. New York: Marcel Dekker, Inc.
10. Collacott, P.; Cooper, S.; & McGrother, C. (1992); Differential rates of psychiatric disorders in adults with down syndrome compared with other mentally handicapped adults. British Journal of Psychiatry, v 161, pp 671-674.
11. Ghaziuddin, M.; Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1992); Autism in down's syndrome: Presentation and diagnosis. Journal of Intellectual Disability Research, v36, pp449-456.
12. Howlin, P.; Wing, L., & Gould, J. (1995); The recognition of autism in children with down syndrome; Implications for intervention and some speculations about pathology. Developmental and Medical Child Neurology, v37, n5, pp 406-414.
13. Ingholt, Anette (2002); Blindness, mental retardation and -or autism. Denmark, Kalundborg: National Institute for Blind and Partially Sighted Children and Youth.
14. Kar, N.; Khanna, R.; & Ranchi, I. (1997); Autistic features in children with mental retardation. Indian Journal of Psychiatry, v39, n4, pp304-308.

15. Kent, L.; Evans, J.; Paul, M.; & Sharp, M. (1999); Comorbidity of autistic spectrum disorders in children with down syndrome . *Developmental and Medical Child Neurology*, v41, n3, pp153-158.
16. Kraijer, D.W (1997); *Autism and autistic-like conditions in mental retardation*. Boston: Swets&Zeitlinger Publishers.
17. Myers, B. A. & Puschel, S.M. (1991); Psychiatric disorders in persons with down syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v179, pp 609-613.
18. National Alliance for Autism Research (NAAR) (2003); NAAR autism poll show Americans want more action on autism. Washington, DC: NAAR, January 21.
19. Pary, Robert J. (1997); Comorbidity of down syndrome and autism. *The Habilltative Mental Health Care Newsletter*, v16, n1.
20. Rasmussen, P.; Burjesson, O.; Wentz, E.; & Gillberg, C. (2001); Autistic disorders in down syndrome; Background factors and clinical correlates. *Developmental and Medical Child Neurology*, v43, n11, pp750-754.
21. Turk, J. (1992); Children with down's syndrome and fragile X syndrome A comparison study . *Society for Study of Behavioral Phenotypes : 2nd Symposium Abstracts*, Oxford; SSSP.
22. Vatter, Glenn (1998); *Diagnosis of autism in children with down syndrome*. New York: Jamesville.



فهرس

| | |
|----|-------------------------------|
| ٧ | إهداء |
| ٩ | مقدمة |
| ١٣ | اختريات |
| ١٥ | الفصل الأول : الإعاقة العقلية |
| ١٧ | مقدمة |
| ٢٠ | الإعاقة العقلية |
| ٢٨ | أسباب الإعاقة العقلية |
| ٣٣ | أنماط الإعاقة العقلية |
| ٣٤ | ١- التخلف العقلي |
| ٣٩ | ٢- اضطراب التوحد |
| ٤٤ | ٣- متلازمة أعراض دارون |
| ٥٠ | الإعاقة العقلية المردوجة |
| ٥٣ | أساليب الرعاية |
| ٦٣ | المراجع |
| ٦٥ | الفصل الثاني : التخلف العقلي |
| ٦٧ | مهيود |
| ٦٨ | مفهوم التخلف العقلي |
| ٧٦ | خصائص الأطفال للتخلف عقلياً |
| ٩٠ | تشخيص وتقييم التخلف العقلي |

| | |
|-----|---|
| ٩٧ | تصنيف التحلف العقلي |
| ١٠٧ | أسباب التحلف العقلي |
| ١١٥ | الوقاية من التحلف العقلي |
| ١١٧ | رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً |
| ١١٧ | أولاً : الإقامة |
| ١٢٠ | ثانياً : التعليم المدرسي |
| ١٢٨ | ثالثاً : التدخلات العلاجية |
| ١٤٠ | نماذج حديثة من التدخلات العلاجية |
| ١٤١ | تأهيل التخلفين عقلياً |
| ١٤٤ | المراجع |
| ١٤٩ | الفصل الثالث : اضطراب التوحد |
| ١٥١ | مقدمة |
| ١٥٣ | الاضطراب التوحدى العام أو المتشتر |
| ١٦٣ | اضطراب التوحد |
| ١٦٦ | الأسباب المؤدية للاضطراب |
| ١٧٦ | الملامح الأساسية المميزة للاضطراب |
| ١٩٩ | نسبة الانتشار |
| ٢٠١ | مآل الاضطراب |
| ٢٠١ | الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالتوحد |
| ٢٠٣ | تشخيص وتقييم الاضطراب |
| ٢١٦ | رعاية الأطفال التوحديين |
| ٢٢٩ | المراجع |
| ٢٣٥ | الفصل الرابع : متلازمة أهرافس داون |
| ٢٣٧ | مقدمة |
| ٢٣٨ | متلازمة داون |

| | |
|-----|---|
| ٢٤٤ | نسبة انتشار متلازمة داون |
| ٢٤٧ | الأسباب المؤدية إلى متلازمة داون |
| ٢٥٠ | الخصائص المميزة لذوى متلازمة داون |
| ٢٦٧ | الأمراض والمشكلات الصحية المرتبطة بمتلازمة داون |
| ٢٧٤ | الفحوص الطبية اللازمة |
| ٢٨٠ | أساليب الرعاية |
| ٣١٠ | المراجع |
| ٣١٣ | الفصل الخامس الإعاقات العقلية المزوجة |
| ٣١٥ | مقدمة |
| ٣١٧ | التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة أعراض داون |
| ٣١٧ | تمهيد |
| ٣١٩ | أعراض التوحد بين ذوى متلازمة داون |
| ٣٢٧ | معدل انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون |
| ٣٣٠ | تشخيص التوحد بين ذوى متلازمة داون |
| ٣٣٨ | بعض المشكلات التي تعوق تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون |
| ٣٤٤ | التوحد والتخلف العقلي بين الأطفال؛ تداخل أم تلازم مرضي؟ |
| ٣٤٤ | تمهيد |
| ٣٤٥ | التوحد والتخلف العقلي، قضايا وآراء |
| ٣٤٩ | تداخل أم تلازم مرضي؟ |
| ٣٥٤ | المراجع |
| ٣٥٧ | فهرس الكتاب |





الإعاقات العقلية

كتاب شامل حول الإعاقة العقلية، يقدم المؤلف من خلاله رؤية تكاملية على مدى الفصول الخمسة التي يتضمنها، ويتناول من خلالها مفهوم هذه الإعاقة، وأعراضها، والأسباب المؤدية إليها، وأساليب الرعاية المتبعة. كما يقدم من خلال الإعاقات العقلية المزدوجة التلازم المرضى بين التوحد ومتلازمة أعراض داون، ثم يناقش إمكانية حدوث تدخل أو تلازم مرضى بين التوحد والتخلف العقلي. ويتناول المؤلف خلال الكتاب ما يلي :

- مفهوم الإعاقة العقلية وأعراضها.
- التخلف العقلي.
- اضطراب التوحد.
- متلازمة أعراض داون.
- الإعاقات العقلية المزدوجة.

وهو بذلك يصبح كتاباً لا غنى عنه للباحث، والطالب، والمتخصص، والوالد.

Bibliotheca Alexandrina



0651936



المؤلف



