

محتوى المادة

1- مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة

- الدرس الأول: مدخل إلى التربية الخاصة 3
- الدرس الثاني: الإعاقة السمعية 8
- الدرس الثالث: الإعاقة البصرية 20
- الدرس الرابع: الإعاقة الحركية (الشلل الدماغي) 32
- الدرس الخامس: الإعاقة العقلية 39
- الدرس السادس: التوحد 67

2- الاضطرابات الأدائية

- الدرس السابع: اضطراب الجانبيه 77
- الدرس الثامن: فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه 84

3- اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة

- الدرس التاسع: عسر القراءة 92
- الدرس العاشر: عسر الكتابة 102
- الدرس الحادي عشر: عسر الحساب 107

4- الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل

- الدرس الثاني عشر: الخلجات 112

قائمة المراجع

المحور الأول:

مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة

الدرس الأول: مدخل إلى التربية الخاصة

عناصر الدرس

- 1- مفهوم التربية الخاصة
- 2- أهدافها
- 3- فئات ذوي الاحتياجات الخاصة
- 4- مفهوم الإعاقة
- 5- العوامل المؤدية إلى الإعاقة
- 6- أنواع الإعاقات

مدخل إلى التربية الخاصة

1- مفهوم التربية الخاصة

يمكن تعريف التربية الخاصة على أنها " جملة البرامج التعليمية، والتربوية، والوقائية، والعلاجية المتخصصة التي تقدم لفئات الأفراد غير العاديين بهدف رعايتهم ومساعدتهم على تنمية قدراتهم وتحقيق أهدافهم، وتنمية اتجاهاتهم الايجابية نحو ذواتهم بما يحقق لهم أكبر قدر من التوافق الشخصي، والتربوي، والمهني، والاجتماعي" (الشريف، 2011: 21).

كما يعرفها كل من هلمان وكوفمان hallahan , kauffman بأنها " ذلك النوع من التعليم الذي يتم تصميمه خصيصا لإشباع تلك الحاجات غير العادية لطفل يعرف بأنه غير عادي، أو لديه استثناء معين فردي أو مزدوج (تعدد الإعاقة)، وقد يتطلب ذلك اللجوء إلى مواد ووسائل خاصة، استراتيجيات تدريس معينة، أو أجهزة، أو معينات وخدمات معينة(اللالا وآخرون، 2011: 23)

2- أهدافها

من أهداف التربية الخاصة ما يلي:

- قياس وتشخيص كل فئة من فئات التربية الخاصة باستخدام أدوات القياس المناسبة.
- مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على تحسين قدراتهم والتكيف النفسي والاجتماعي.
- إعداد الخطط التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة
- إعداد أساليب التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة
- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة، وخاصة استخدام الحاسوب في التعليم.
- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة وذلك لتقليل نسبة حدوثها ما أمكن(الروسان، 2013: 16-17).

3- فئات ذوي الاحتياجات الخاصة

يشير مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أولئك الأطفال الذين يختلفون عن أقرانهم في واحدة أو أكثر من الخصائص التي تؤثر على عملية التعلم فتحول دون قدرتهم على تعلم المهارات الأكاديمية (قراءة، كتابة، حساب) بنفس مستوى أقرانهم، أو قد يتميزون بقدرات عالية في تعلم هذه المهارات بصورة تفوق أقرانهم كثيرا (شريت، 2008: 15)

وتشمل فئات ذوي الاحتياجات الخاصة كل من:

- الموهبة والتفوق
- الإعاقة العقلية
- الإعاقة السمعية
- الإعاقة البصرية
- الإعاقة الحركية
- صعوبات التعلم
- اضطرابات اللغة والتواصل
- الاضطرابات الانفعالية والتواصل
- التوحد
- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد

حيث أن هذه الفئات تمثل الأفراد الذين ينحرفون عن الفرد العادي أو المتوسط في الخصائص العقلية، القدرات الحسية، التواصل، نمو السلوك الاجتماعي والانفعالي، الخصائص الجسمية. (الللا وآخرون، 2011: 24)

4- مفهوم الإعاقة

هي عدم تمكن المرء من الحصول على الاكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة إلى معونة الآخرين، وإلى تربية خاصة تساعده على التغلب على إعاقته" والمعاق هو ذلك الطفل أو الشخص الذي يعاني من حالة عجز تحد من قدرته، أو تمتعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة ممن هم في عمره باستقلالية (العنزي، 2011: 15)

5- العوامل المؤدية إلى الإعاقة

من بين هذه العوامل نجد:

- عوامل اجتماعية: زواج الأقارب، الزواج المبكر (أقل من 18 سنة)، انتشار الأمية، انخفاض مستوى التعليم بين الإناث والأم هي الراعي والمربي الأول للطفل، خروج المرأة للعمل خاصة السنوات الأولى من عمر الطفل، الفقر وما يترتب عنه من قصور الإمكانيات الصحية والتربوية.
- عوامل مرتبطة بالجوانب الصحية: منها تعرض الأم والطفل إلى الأمراض كالحصبة الألمانية، الرمد، ارتفاع ضغط الدم، الإسهال، الجفاف، السل، وأمراض الجهاز التنفسي، سوء التغذية، فيروسات، القلب، الروماتيزم، كلها عوامل قد تؤدي إلى حدوث الإعاقة بمختلف أنواعها.
- عوامل وراثية: عن طريق المورثات من جيل إلى آخر مثل حالات التخلف العقلي، نوع الريزيس RH.
- الحوادث: التسمم نتيجة تناول الأدوية، حوادث تتعلق بالسقوط والحرق، الاختناق، حوادث سير ... الخ، الحروب، الكوارث الطبيعية (فراج، 2002: 23-28)

6- أنواع الإعاقات

- يمكن تصنيف الإعاقات إلى ثلاثة أنواع رئيسية، حسية، حركية، ذهنية:
- 1- الإعاقة الحسية الناتجة عن إصابة الأعصاب الراحية للأعضاء الحسية العين، الأذن، اللسان، الأنف، الجلد، وينجم عنها إعاقة حسية، بصرية، سمعية، أو نطقية.
 - 2- الإعاقة الحركية: الناتجة عن خلل وظيفي في الأعصاب أو العضلات، أو العظام والمفاصل، والتي تؤدي إلى فقدان القدرة الحركية للجسم نتيجة البتر أو إصابات العمود الفقري، ضمور العضلات، ارتخاء العضلات وموتها، الروماتيزم.
 - 3- الإعاقة الذهنية: الناتجة عن أمراض نفسية أو أمراض وراثية أو شلل دماغي نتيجة لنقص الأكسجين، أو لأمراض جينية، أو كل ما يعيق العقل عن القيام بوظائفه.
 - 4- إعاقات مزدوجة أو متعددة: وجود إعاقتين أو أكثر لدى الشخص الواحد (العنزي، 2011: 16-18).

الدرس الثاني: الإعاقة السمعية

عناصر الدرس

تمهيد

- 1- الجهاز السمعي (تركيب الأذن)
- 2- آلية السمع
- 3- الإعاقة السمعية
- 4- عوامل وأسباب الإعاقة السمعية
- 5- بعض المؤشرات الدالة على وجود مشكلة في السمع
- 6- تصنيف الإعاقة السمعية
- 7- خصائص الأطفال المعاقين سمعياً
- 8- قياس وتشخيص الإعاقة السمعية

خلاصة

الإعاقة السمعية

تمهيد

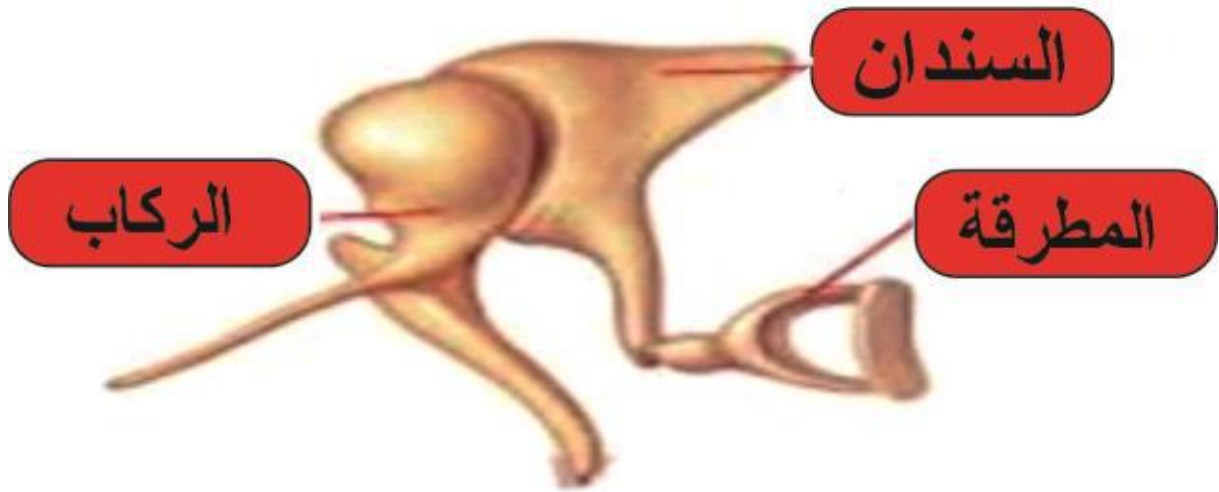
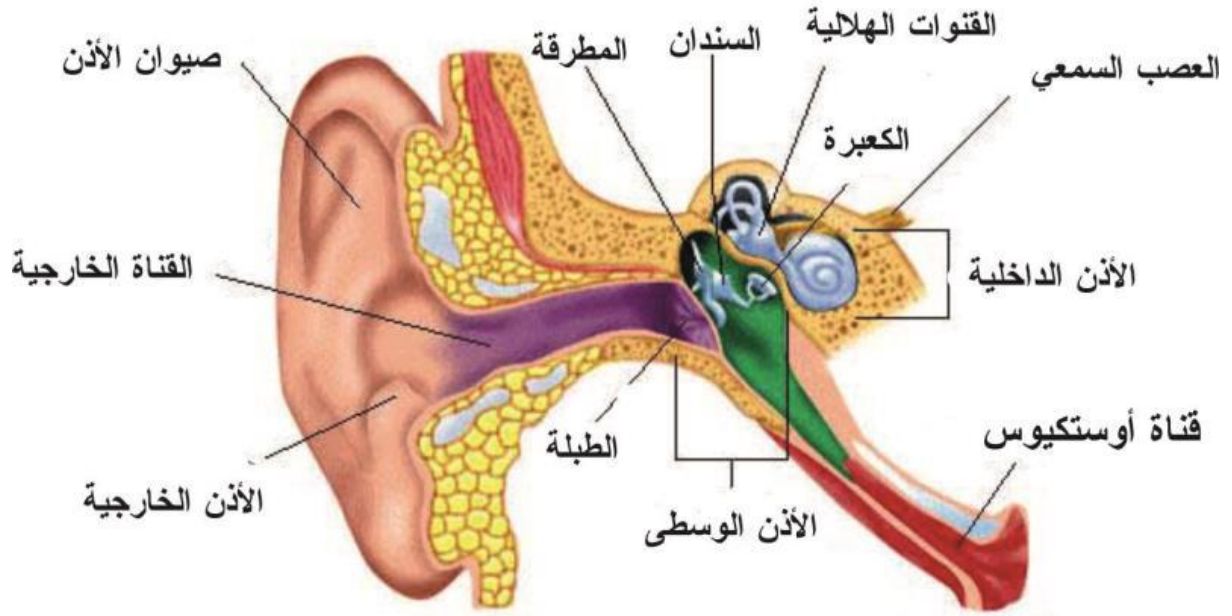
إن وظيفة السمع من أهم الوظائف بالنسبة للكائن الحي خاصة الإنسان حيث أنه بفضل حاسة السمع يتمكن الإنسان من تعلم اللغة، وفهم بيئته والتفاعل معها.

إن حاسة السمع تبدأ في العمل قبل الولادة في المرحلة الجنينية، حيث يستطيع الجنين السمع في الشهر الخامس من الحمل، ثم تتطور هذه الحاسة بعد الولادة، حيث يبدأ الطفل بالاستجابة إلى المثيرات السمعية بالالتفات نحو مصدر الصوت، وفي حوالي الشهر السادس من عمر الرضيع يتمكن من تمييز الأصوات (رجل - امرأة)، وبين صوت أمه وصوت امرأة أخرى، وفي نهاية عامه الأول يتكون لديه الانتباه التلقائي، و يستمر التطور في نمو حاسة السمع حتى يصبح قادرا على استقبال اللغة، والتعامل معها وبها. ومع تقدم العمر تبدأ حاسة السمع بالتضاؤل نتيجة لتدهور وظائف الخلايا العصبية السمعية (الشريف، 2011: 283).

وتعتبر الإعاقة السمعية الأقل حدوثا مقارنة مع الإعاقات الأخرى الحسية والحركية والعقلية، إلا أنها ذات أثر كبير على المصاب بها باعتبار السمع وسيلة التواصل الأولى بين الناس، ويتطلب التكفل بهذه الفئة من الأفراد خدمات خاصة، كتدريبهم على التواصل وتنمية البقايا السمعية، وخدمات الإرشاد، والتوجيه للتغلب على المعوقات التي تواجههم لأجل التكيف وتنمية قدراتهم إلى أقصى قدر ممكن (اللا لا وآخرون، 2011).

1- الجهاز السمعي

بما أن الإعاقة السمعية ترتبط ارتباطا وثيقا بخلل فسيولوجي على مستوى جهاز السمع فلا يمكن فهم الإعاقة السمعية دون الإلمام بمكونات الجهاز السمعي ووظائف أجزائه .



شكل يوضح مكونات الأذن (جابر، 2015 : 36)

يتكون الجهاز السمعي من جزئين أساسيين الأذن والمراكز السمعية في الدماغ (الشريف، 2011 : 283) .

تركيب الأذن

1- الأذن الخارجية تتكون من :

أ- الصوان: وهو الجزء الخارجي الظاهر الغضروفي مفلطح الشكل، وظيفته استقبال الموجات الصوتية وتوجيهها عبر القناة السمعية التي تنتهي بالطبلية (الظاهر، 2008 : 116).

ب- القناة السمعية الخارجية: هي أنبوب يمتد من الصوان حتى غشاء الطبلة، وهي مبطنة بشعيرات تمنع وصول الأجسام الغريبة إلى الطبلة، تفرز مادة صمغية تمنع دخول الحشرات إلى الأذن، وبها جزئين: جزء خارجي يحتوي على الشعيرات والمواد الدهنية، وجزء داخلي مكون من مادة عظمية لا توجد بها شعيرات أو غدد (الشريف 2011: 283).

ت- الطبلة هو غشاء رقيق جلدي من الظاهر و مخاطي من الداخل و يمثل نهاية الأذن الخارجية (الظاهر، 2008: 116).

2- الأذن الوسطى: وهي تجويف مليء بالهواء يقع بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية من خلال قناة استاكيوس من أجل الحفاظ على توازن الضغط على طبلة الأذن من الجانبين، وهي تتكون من العظيومات الثلاثة: المطرقة، السندان، الركاب، وظيفتها نقل الترددات الصوتية من الطبلة إلى النافذة البيضاضوية (القمش والمعايطة، 2007: 80).

3- الأذن الداخلية : الإحساس بالتوازن في حياتنا كل يوم شيء مهم، المشي بإستقامة، توجيه الرأس، معرفة وضعية الجسم في الفضاء، ولا يتطلب أي جهد أو وعي حيث أن دماغنا يضمن التنظيم الآلي والغير الواعي لتوازننا والأذن الداخلية مسؤولة عن هذا التوازن بالتنسيق مع المعلومات المعطاة من المستقبلات الأخرى مثل عضلات الجذع، العنق، والأطراف خاصة الأرجل، والعينين (AUZOU,1997: 53) وهي تتكون من جزئين هما :

أ- القنوات الشبه هلالية (الدهلينز) ووظيفتها حفظ التوازن، وتزويد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس، ووضعه والإحساس بالسرعة (القمش والمعايطة، 2007: 80).

ب- القوقعة: شكل حلزوني تحتوي على عدد كبير من الشعيرات الدقيقة، وظيفتها تتمثل في تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى موجات كهربائية تنتقل عبر العصب السمعي إلى الدماغ (الكوافحة وعبد العزيز 2010: 98). وفي القوقعة يوجد عضو كورتي، وهو عضو الحس السمعي، ويمتد على غشاء القوقعة، ومن أهم أجزائه الخلايا الشعرية التي تتكون من (4-6) آلاف وحدة مستقلة في كل واحدة منها أربع شعيرات. (الخطيب والحديدي، 2008: 133)

2- آلية السمع إن سماع الأصوات يمر ب 3 مراحل :

أ- على مستوى الأذن الخارجية : حيث يقوم صوان الأذن بإلتقاط الذبذبات الصوتية الصادرة عن الأجسام، وتجميعها، وتوجيهها إلى القناة السمعية، وتهتز بذلك طبلة الأذن، وترتبط شدة اهتزاز

الطبلية بشدة ذبذبات الصوت، وهي عدد الترددات التي يصدرها الصوت في الثانية وتقاس بوحدة الهرتز (Hz) .

حيث تتراوح ذبذبات صوت الإنسان بين (100-8000) هرتز، وكلما ازدادت ذبذبات الصوت ازدادت جهارته، أما شدة الصوت فتقاس بالديسبل (Db) . وعند ارتطام الذبذبات الصوتية بغشاء الطبلية فهو يتحرك إلى الأمام وإلى الخلف. (الخطيب والحديدي، 2008: 134).

ب- على مستوى الأذن الوسطى: تنتقل الذبذبات الصوتية من الطبلية إلى العظيماة الثلاث: من المطرقة إلى السندان ثم الركاب إلى أن تصل إلى النافذة البيضاوية، ووظيفة هذه العظيماة هو تكبير الحركة الموجية، ونقلها إلى الأذن الداخلية محدثا تيار في السائل الموجود في القوقعة .

ت- على مستوى الأذن الداخلية: عندما يتحرك السائل في القوقعة فهو يؤدي إلى انحناء الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتى، وذلك يؤدي إلى تنشيط النهايات العصبية التي تقوم بإرسال سيالات عصبية عبر العصب السمعي إلى المراكز العصبية السمعية بالدماغ (الفض الصدغي)، ليتم معالجة المعلومات السمعية وتفسيرها (الخطيب والحديدي، 2008: 134)

3- الإعاقة السمعية

يعتمد تعريف الإعاقة السمعية على عملية التشخيص الذي يشمل على قياس اللغة الاستقبالية، والتعبيرية، ومستويات النطق، والكلام، والتقييم الوظيفي السلوكي (اللالا وآخرون، 2011). يشير هذا المصطلح إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي، وتتراوح في شدتها بين ضعف سمعي بسيط إلى ضعف سمعي شديد جدا. كما يقصد بها وجود خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه. ويشمل كلا من ضعيف السمع والأصم، فالأول يعاني من فقدان سمعي ما بين (35-69) ديسبل، والثاني عجز سمعي يفوق 76 ديسبل (الكوافحة وعبد العزيز، 2007: 99).

4- عوامل وأسباب الإعاقة السمعية

تتعدد الأسباب والعوامل المؤدية إلى الإعاقة السمعية ما بين عوامل قبل الولادة، وأثناء الولادة، وبعد الولادة.

أ- ما قبل الولادة:

- اختلاف عامل الريزيس ما بين دم الأم ودم الجنين، ويحدث عندما يكون دم الجنين خال من العامل الريزيسي وموجود لدى الأب ويرثه منه، وخلال فترة الحمل ينتقل دم الجنين إلى دم الأم

فيتكون لدى الأم أجسام مضادة تنتقل إلى دم الجنين عبر المشيمة مما يؤدي إلى حدوث مضاعفات منها الإعاقة السمعية (القمش والمعايطة، 2007: 83).

- إصابة الأم بالأمراض كالحصبة الألمانية، الأمراض الزهرية.
- سوء تغذية الأم خلال فترة الحمل .
- نقص الأكسجين الواصل إلى الجنين مما يؤدي إلى تلف الخلايا، وقد يكون من بين هذه الخلايا ما هو مسؤول عن السمع .
- تعاطي الأم للعقاقير، الكحول، المخدرات.
- تصلب عظيمات السمع
- التعرض لأشعة X
- ب- أسباب ما بعد الولادة
- إصابة الطفل بالأمراض (الحصبة الألمانية، التهاب السحايا، الحمى، التهاب نخاع العظام) .
- الأصوات العالية قد تؤثر سلبا على الأذن.
- التعرض إلى الإصابات، والحوادث التي تصيب الأجزاء المسؤولة عن السمع.
- ارتفاع درجة الحرارة، ثقب طبلة الأذن (الظاهر، 2008: 123).
- ت- أثناء الولادة
- الاختناق، الولادة المبكرة أو المعسرة .
- 5- بعض المؤشرات الدالة على وجود مشكلة في السمع
- توجد بعض المؤشرات تصدر عن الطفل تمكن الأفراد المحيطين به ملاحظتها كأفراد الأسرة، المعلمة، المربين الخ، تكون دالة على وجود مشاكل في السمع منها :
- صعوبة فهم التعليمات.
- آلام متكررة في الأذن.
- يتكلم بصوت مرتفع أو منخفض.
- التنفس من الفم .
- الالتهاب المستمر للوزتين.
- إدارة الرأس في كلا الاتجاهين لمعرفة مصدر الصوت.
- صعوبة التركيز والانتباه.
- التوتر عند الحديث مع الآخرين، الانسحاب الاجتماعي.
- أدائه على الفقرات اللفظية في الاختبارات أقل بكثير من الفقرات غير اللفظية.

- عدم الاتجاه بسرعة إلى مصدر الصوت .

- طلب إعادة ما يقوله له الآخرون باستمرار .(الكوافحة وعبد العزيز، 2010: 100-103).

6- تصنيف الإعاقة السمعية

يختلف تصنيف الإعاقة السمعية حسب الأساس الذي يعتمد عليه التصنيف، ويمكن تمييز التصنيفات

الأساسية التالية:

• على أساس العمر الذي حدثت فيه الإعاقة

• على أساس موقع الإصابة .

• على أساس درجة فقدان السمع .

1- على أساس العمر الذي حدثت فيه الإعاقة :

أ- **إعاقة سمعية ولادية congenital**: أي أن الفرد ولد وهو ضعيف السمع من لحظة الولادة.

ب- **إعاقة سمعية ما قبل تعلم اللغة**: أي تم حدوثها قبل تعلم الطفل اللغة واكتسابها (قبل سن 3

سنوات)، ويطلق على مصطلح الصم البكم يتميزون بعدم القدرة على الكلام.

ت- **إعاقة سمعية ما بعد تعلم اللغة**: تشمل الأطفال الذين تعلموا اللغة، وتمكنوا من تطوير الكلام

(ولدت ضعاف السمع)، ثم بعد ذلك أصيبوا بالصم ففقدوا القدرة على الكلام بسبب غياب التكفل،

والخدمات التأهيلية الخاصة بهم. (العزة، 2002: 111).

2- على أساس موقع الإصابة :

أ- **إعاقة سمعية توصيلية**: يكون الخلل على مستوى الأذن الخارجية أو الوسطى مما يحول دون وصول الصوت إلى الأذن الداخلية نتيجة انسداد قناة السمع بالصملاخ، أو الالتهابات، أو ثقب في غشاء طبلة الأذن.

ب- **إعاقة سمعية حسية عصبية**: يكون الخلل على مستوى الأذن الداخلية والعصب السمعي، فينتج عنه عجز في استقبال الأصوات، أو تحويل ونقل السائلة العصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ مما يؤدي إلى تشوه الصوت، ولا فائدة في التدخل الطبي أو تضخيم الصوت مع هذه الحالات .

ت- **الإعاقة السمعية المركزية**: تحدث نتيجة خلل على مستوى مراكز السمع في الدماغ، فتفسر بشكل خاطئ بالرغم من أن حاسة سمعية سليمة. وتكون المشكلة في توصيل السوائل العصبية من جرع الدماغ إلى القشرة السمعية نتيجة أورام أو تلف دماغي. (العزة، 2002: 112).

3- على أساس درجة فقدان السمع :

وتصنف إلى 4 فئات حسب درجة الخسارة السمعية التي تقاس بالديسبل.

- إعاقة سمعية بسيطة تتراوح قيمة الخسارة السمعية ما بين (20-40) ديسبل .
- إعاقة سمعية متوسطة تتراوح قيمة الخسارة السمعية ما بين (40-70) ديسبل.
- إعاقة سمعية شديدة تتراوح قيمة الخسارة السمعية ما بين (70-90) ديسبل.
- إعاقة سمعية شديدة جدا تتراوح قيمة الخسارة السمعية أكثر من 92 ديسبل (القمش والمعايطة، 2007: 87).

7- خصائص الأطفال المعاقين سمعياً

إن الإعاقة السمعية تؤثر على مختلف جوانب نمو الأطفال المعاقين مما يجعلهم يتميزون بمجموعة من الخصائص التي تميزهم عن غيرهم من الأطفال، وهذه الخصائص تمس اللغة، والقدرات العقلية، والخصائص الجسمية، والجانب الاجتماعي، والانفعالي، والأكاديمي... الخ.

أ- الخصائص اللغوية :

تأخر واضح في النمو اللغوي، الذخيرة اللغوية محدودة (قصور لغوي)، جمل قصيرة، صعوبات في النطق وعدم اتساق في نبرات الصوت، الكلام بطيء. (الكوافحة وعبد العزيز، 2010 : 106).

ب- الخصائص المعرفية (العقلية):

ذكاء عادي، لديهم القابلية للتعلم والتفكير المجرد، المفاهيم المتصلة باللغة ضعيفة، وقصورهم في اختبارات الذكاء راجع للمشاكل اللغوية لذلك يجب تكيف وتعديل هذه الاختبارات لتكون أكثر دقة في قياس ذكاء أفراد هذه الفئة (العزة، 2002 : 115).

ت- الخصائص الجسمية والحركية:

النمو الحركي بطيء (لا يسمعون الحركة)، فقدان السمع يؤدي إلى حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما يؤثر على وضعه في الفراغ، وعلى حركات جسمه، المشي بطريقة مميزة، عدم التمتع بلياقة بدنية، قلبي الحركة (الخطيب والحديدي، 2008: 146).

ث- الخصائص الأكاديمية :

تحصيل أكاديمي منخفض على العموم خاصة التحصيل الأكاديمي المرتبط باللغة، ضعف في قدرات القراءة، والحساب، والكتابة (العزة، 2002 : 115).

ج- الخصائص الاجتماعية والنفسية :

الخلج، الانطواء، العزلة، الإحباط، الفشل، الاكتئاب، القلق، العدوانية، قلة توكيد الذات، عدم القدرة على ضبط الانفعالات، أو حل مشاكلهم، أو الاستقلالية عن الآخرين (العزة، 2002 : 115). صعوبات في التكيف الاجتماعي، صعوبة التعبير لفظيا عن أنفسهم. أما من الناحية الانفعالية فهم يعانون من سوء التكيف النفسي، تدني تقدير الذات، عدم الاتزان العاطفي، عدم الثقة بالآخرين (الكوافحة وعبد العزيز، 2010 : 107).

8- قياس وتشخيص الإعاقة السمعية :

من بين الطرق المستخدمة في قياس وتشخيص الإعاقة السمعية ما يلي:

أ- الطريقة التقليدية: غير دقيقة للكشف المبدي عن الإصابة منها طريقة الهمس حيث يقوم بمناداة الطفل باسمه بصوت منخفض للتأكد من سلامة الجهاز السمعي، فإذا لم يسمع نرفع درجة الصوت، والطريقة الثانية هي دقات الساعة من خلال الطلب من الطفل سماع دقات الساعة فإذا لم يسمعها فذلك يدل على وجود خلل في حاسة السمع.

ب- الطريقة العلمية الحديثة :

- استخدام جهاز الأوديومتر الذي يصدر أصوات مختلفة التردد، ومتباينة الشدة، وتسجل النتائج في الرسام الكهربائي أوديوغرام، ومن خلاله يقرر الفاحص مدى النقاط المفحوصة للأصوات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة.

- طريقة استقبال الكلام وفهمه، يعرض الفاحص أمام المفحوص أصوات ذات شدة متدرجة، ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه (القمش والمعايطة، 2007: 88).

- استخدام الكمبيوتر الخاص الذي يجدي تخطيطا للسمع من خلال قياس النبضات الكهربائية لمخ الطفل اثناء عملية استماعه للكلام ثم يكبرها و يحولها الى تأثيرات سمعية تظهر علي الشاشة (الشريف، 2011: 296)

ت- القياس السمعي للأطفال الصغار :

يتم من خلال الاعتماد على المنعكسات الأولية، حيث يتم ملاحظة استجابة الطفل للأصوات بشكل إرادي، أو عن طريقة إصدار الأصوات بدرجات مختلفة من جميع الجهات، وملاحظة استجاباتهم، ومن الاختبارات التربوية المستخدمة في القياس السمعي المقننة ما يلي :

- مقياس ويديمان للتمييز السمعي.

- مقياس جولدمان فرستو وكوك للتمييز السمعي.

- مقياس لندا مود السمعي . و هي تعتمد على الطرق الأدائية (القمش والمعايطة، 2007: 89).

• خلاصة :

إن التدخل المبكر يلعب دور هام في الحد والتقليل من الآثار السلبية للإعاقات السمعية، ولذلك وضع الأخصائيون مجموعة المؤشرات الدالة على وجود خلل، حيث يقوم الأولياء والمعلمون بالاعتماد على هذه المؤشرات لأجل الكشف المبكر عن الإعاقة أو الكشف عن إمكانية إعاقه سمعية مستقبلا. وعليه يجب تقديم مجموعة من الخدمات التربوية في البيت والمدرسة لأجل التكفل الجيد بهذه الفئة من الأطفال، وتوفير برامج ومناهج تدريسية ملائمة حسب خصائصهم وقدراتهم.

الدرس الثالث: الإعاقة البصرية

عناصر الدرس

تمهيد

1-مكونات العين

2-آلية الإبصار

3-الإعاقة البصرية

4-أسباب الإعاقة البصرية

5-تصنيف الإعاقة البصرية

6- مظاهر (أنواع) الإعاقة البصرية

7-خصائص الأطفال المعاقين بصريا

8-قياس وتشخيص الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية

تمهيد

تعتبر حواس الإنسان البوابة الرئيسية للتعرف على العالم الخارجي وجمع المعلومات عن المحيط الخارجي، وأي خلل يمس هذه يؤثر على حياة الإنسان.

وحاسة البصر هي الحاسة التي يرى بها الإنسان ما حوله، ولها دور حيوي، ففقدان الطفل لهذه الحاسة يفقده الخبرات المتعلقة بالصورة، والشكل، واللون، ويحرمه من تكوين صورة ذهنية عن معظم الأشياء، وخبزنها، واسترجاعها مما يؤثر على عملية التعلم. وتعتبر العين أهم مكونات الجهاز البصري حيث يبدأ هذا العضو في التكون في الشهر الثاني من المرحلة الجنينية، بدءاً بتجويف العين إلى أن تكتمل نموها مع نهاية الحمل. أما قدرة الفرد على الرؤية فقد أبرزت بعض الدراسات أن الجنين يمكنه الإحساس بالضوء وشدته خلال الشهر السابع من الحمل، وتبدأ العين بالقيام بوظيفتها خلال اليومين المواليين للولادة وتتطور تدريجياً إلى أن تكتمل وظيفتها في حدود السنة الأولى.

والفرد الذي يعاني من مشاكل بصرية يلقى صعوبات في التواصل، والتعامل مع العالم الخارجي، وبالرغم من محاولة تعويضه هذا العجز بالاعتماد على حاستي السمع واللمس لكن ذلك غير كاف، وللتعرف أكثر علي هذه الحاسة لابد من التعرف على مكونات العين ووظائفها.

1- مكونات العين

تتكون العين من ثلاث طبقات هي : الخارجية والوسطى والداخلية:

أ- الطبقة الخارجية وتتكون من:

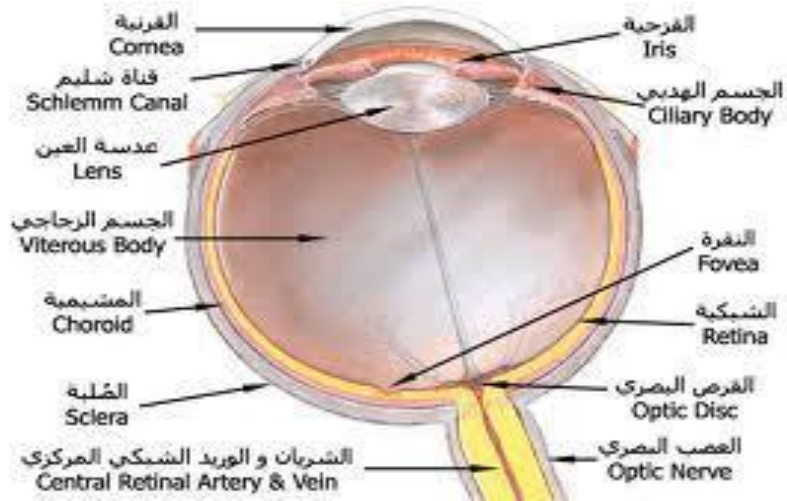
- **القرنية** : تمثل الجزء الأمامي من العين الذي يغطي ويحمي القرنية، وهي جزء شفاف من الأوعية الدموية، وظيفتها كسر الأشعة الضوئية لغرض تركيزها على الشبكية عبر الحجرة الأمامية للعين.
- **الصلبة** : هو الجزء الأبيض الأملس الذي يحيط بالشكل الخارجي بالقرنية، وظيفتها حماية الأجزاء الداخلية.

ب-الطبقة الوسطى : تتكون من :

- **القرحبية:** الجزء الملون من العين تقع بين القرنية والعدسة، وظيفتها ضبط مقدار الضوء الداخل إلى الشبكية عن طريق التحكم في البؤبؤ (الحدقة)، كمية الصبغيات الملونة في القرحبية هي التي تشكل لون العين .
- **الحدقة (البؤبؤ):** هي فتحة صغيرة تتوسط القرحبية تتحكم في الضوء الداخل إلى الشبكية فتتسع في الظلام وتضيق في النهار.
- **العدسة :** هي جزء شفاف محدب من الجانبين تستقبل الأشعة الضوئية، وظيفتها تجميع الأشعة، وتركيزها على الشبكية. (الظاهر، 2008 : 148).
- **الجسم الهدبي :** يقع بين القرحبية والمشيمية تغطيه زوائد هيدبية مكونة من صفين من الخلايا التي تحتوي على مكونات صبغية متعددة، أما وظيفته فهي إفراز السائل المائي وتسهيل تصريفه.
- **المشيمية :** نسيج تسري به الأوعية الدموية التي تنقل الغذاء إلى أجزاء العين المختلفة .

ت-الطبقة الداخلية:

- **الشبكية :** وهي الجزء الحساس الذي تتطبع عليه الصورة المرئية، وتتكون من الملايين من الخلايا البصرية (عشر طبقات من الخلايا والألياف البصرية)، وفيها مستقبلات الضوء وهي المخاريط المسؤولة عن الرؤية في النهار، وعددها 7 ملايين، والعصي المسؤولة عن الرؤية في الليل، وعددها حوالي 130 مليون، وظيفتها تحويل الأشعة الضوئية إلى نبضات عصبية لتنتقل عن طريق العصب البصري إلى المراكز المخية المسؤولة عن الرؤية. (الظاهر، 2008 : 149).
- ويتكون العصب البصري من مجموعة من الألياف التي تخرج من الجزء الخلفي للعين والأعصاب البصرية للعينين تسير في اتجاهين متعاكسين؛ العصب البصري للعين اليمين يتجه نحو الدماغ الأيسر، والعصب البصري للعين اليسرى نحو نص الدماغ الأيمن.
- إن أي خلل في أجزاء الجهاز البصري يؤدي إلى الإعاقة البصرية التي قد تكون جزئية أو كلية (الشريف، 2011 : 318).



شكل يمثل مكونات العين (جابر، 2015: 43)

2- آلية الإبصار :

يقع الإشعاع المنبعث من جسم ما على العين، وأول من يستلمها هي القرنية التي تعمل على انكساره، فيمر بالبؤبؤ الذي يتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين، ثم يمر بالعدسة التي تتغير درجة تحدبها حسب كمية الضوء الداخل، ويعمل على تجميعه، وتركيزه على الشبكية عبر السائل الزجاجي. تتكون الصورة في الشبكية وتكون مختلفة في كل عين، ثم تنتقل عن طريق الألياف العصبية إلى العصب البصري الذي ينقلها إلى المراكز العصبية بالدماغ (الفص القفوي) الذي يعطيها دلالتها، ورموزها من خلال دمج الصورتين لكلا العينين ليكون في الأخير صورة واضحة . (الظاهر، 2008: 151). (القمش والمعايطة، 2007: 112).

3- الإعاقة البصرية

يطلق مصطلح العوق البصري على كل شخص لديه فقدان بصري كامل أو ضعف في الرؤية يقلل من قدرته على الاستفادة من وظائف العين (الشريف، 2011: 319) .

تعرف الإعاقة البصرية بأنها "حالة من الضعف البصري بحيث تحد من قدرة الفرد على استخدام هذه الحاسة بفعالية الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه" (العزة، 2002: 94).

- **التعريف القانوني** : يركز على حدة البصر، والكيف هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 200/20 قدم ، 60/6 متر، أي أنه يحتاج إلى تقريب الشيء الذي يراه الشخص العادي من مسافة 200 قدم إلى 20 قدم حتى يراه الشخص الكفيف .

- **التعريف التربوي** : الكفيف هو الذي فقد بصره بالكامل ولا يستطيع تعلم القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل (الكوافحة وعبد العزيز، 2010: 83).

- **تعريف منظمة الصحة العالمية** : ينص على :

1-إعاقة بصرية شديدة يؤدي فيها الفرد وظائفه بشكل محدود .

2- إعاقة بصرية شديدة جدا يجد صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية .

3- شبه العمى : حالة اضطراب بصر لا يعتمد فيها على البصر

4- العمى : فقدان القدرات البصرية . (اللالا، 2011: 238).

4- أسباب الإعاقة البصرية :

يمكن إرجاع الإصابة بالإعاقة البصرية إلى عدة عوامل أهمها :

• **عوامل وراثية** : ترجع إلى عامل الجينات فقد تنتقل الإعاقة البصرية من الوالدين إلى الأبناء،

وتظهر بعد عدة شهور أو سنوات من الولادة .

• **عوامل بيئية** : قد تحدث خلال فترة الحمل، أو أثناءها، أو بعدها نتيجة تعرض الأم للأمراض

خطيرة، أو أشعة اكس، أو تناول العقاقير والأدوية، والكحول، والمخدرات، مما يؤثر على الجنين

سلبا وولادته مثل حالات نزيف المخ، أو نقص الأكسجين، والاختناق أثناء الولادة المتعسرة، وبعد

الولادة (مكتسبة) مثل التعرض للحوادث، إصابة العين بالأمراض المعدية، زيادة أو نقص إفراز

الدموع، اصطدام الرأس، الإصابة بالأمراض المزمنة، الأورام، التقدم في السن (الشريف، 2011:

221).

5- تصنيف الإعاقة البصرية :

يمكن تصنيفها إلى مجموعتين:

أ- **المكفوفون** : الذين ينطبق عليهم التعريف القانوني، والتربوي 200/20 في حدة إبطار في

أحسن العينين .

ب-**المبصرون جزئيا** : المعاقون بصريا إعاقة جزئية، وهم الأفراد الذين يمكنهم القراءة بحروف مكبرة

أو باستعمال النظارة. وتتراوح حدة الإبطار لديهم ما بين 70/20 إلى 200/20 قدم في أحسن

العين (العزة، 2002: 97).

6- مظاهر (أنواع) الإعاقة البصرية

يمكن التمييز بين خمس مجموعات من الإعاقة البصرية وهي :

المجموعة 1: اضطرابات شبكية العين :

- التهاب شبكية العين :ناتج عن خلل في الجهاز العصبي المركزي، يؤدي إلى تلف الشبكية مما يضعف قدرة الفرد على الرؤية خاصة في الليل (العشي الليلي).
- مرض الشبكية : تلف في الأوعية الدموية للشبكية مصحوب بنزيف دموي ناتج عن بعض الأمراض المزمنة كالسكري .
- انفصال الشبكية : أي انفصال الشبكية عن مقلة العين نتيجة ثقب الذي يسمح بمرور السائل الزجاجي خلف الشبكية فيحدث ضغط عليها من الخلف يبعدها عن باقي الأجزاء، و يصاحب هذه الحالة ضعف بصري وآلام حادة .

المجموعة 2: التجمعات المائية داخل العين :

- الماء الأبيض : هو تجمع مائي حول عدسة العين يسبب العتامة التدريجية يعاني فيها المصاب بصعوبات في الرؤية وتمييز الألوان.
- الماء الأزرق : تجمع مائي داخل العين يؤدي إلى زيادة الضغط على العين من الداخل مما يمنع تدفق الدم إلى الشبكية، وبالتالي تحد من وصول الصور إلى الدماغ، وفي حالة عدم العلاج قد يصاب المريض بالعمى.

المجموعة 3 : حالات خلقية :

- اتساع حدقة العين : خلل وظيفي ولادي في قزحية العين يبقيا مفتوحة باستمرار مما يؤدي إلى تسرب زائد في الحاجة للضوء بسبب حساسية تضعف البصر .
- القرنية المخروطية : نتيجة عدم انتظام شكل القرنية تسبب عدم وضوح الرؤية .
- البهق : حالة ولادية نتيجة نقص المادة الصبغية في الشبكية، أو انعدامها، وتتوافق معها أعراض مختلفة كاصفرار لون البشرة، وزرقة العينين، وشحوب في القزحية التي لا تتمكن من أداء وظيفتها بالشكل المطلوب؛ أي التحكم في حركة دخول الضوء بالانقباض والانبساط فيصاب الشخص بحساسية مفرطة للضوء .

المجموعة 4 : العيوب الوظيفية :

- **الخلل النسيجي :** عبارة عن شق في حدقة العين بسبب خلل وراثي مما يؤدي إلى ضعف البصيرة، ارتعاش الجفنين، الماء الأبيض... الخ.
- **الحول :** وهو اختلال في حركة كرتي العين مما يؤدي إلى خلل في العضلات المحركة للعين وهو ما يسبب ازدواج في الرؤية يعالج بالجراحة .
- **ضمور العصب البصري :** المسؤول عن نقل المرئيات إلى الدماغ مما يسبب الإعاقة البصرية الجزئية وقد تتطور إلى العمى .
- **صعوبة تركيز البصر :** نتيجة لعدم انتظام سطح القرنية، أو القرحية، أو العدسة مما يؤدي إلى خلل في انتشار الضوء فتظهر الصورة مشوشة .

المجموعة 5 : أخطاء انكسار الضوء :

- **طول النظر :** عدم قدرة الفرد على رؤية الأشياء القريبة في حين يري البعيدة بسهولة.
- **قصر النظر :** صعوبة رؤية الأشياء البعيدة في حين الأشياء القريبة تزي بوضوح (عدسات مقعرة (الشريف، 2011: 322-325).

7- خصائص الاطفال المعاقين بصريا :

تعتمد على عدة عوامل منها : وقت حدوث الإعاقة، السبب، الشدة، الدرجة، النوع، من بين الخصائص :

1- الخصائص العقلية : لا يكون أثر الإعاقة البصرية واضحا في الأشهر الأولى، ولكن مع تقدم الطفل في العمر تتكون لدى الطفل صعوبة في عمليتي التمثل والملائمة بسبب محدودية الخبرات البيئية، صعوبة الوصول إلى الأشياء والأماكن بالإضافة إلى صعوبة تكوين مفهوم اللون، العلاقات المكانية والوقت والمسافة.

- الذكاء توجد صعوبة في تحديده نظرا لعدم توفر الأدوات، والاختبارات المناسبة لهذه الفئة، كما أظهرت بعض الدراسات التي استخدمت الجانب اللفظي من الاختبارات المتوفرة عدم وجود اختلاف كبير بين ذكاء المبصرين والمعاقين بصريا .
- مشكلات في إدراك المفاهيم والتصنيف .
- تفوق في الانتباه السمعي والذاكرة السمعية .

- أقل قدرة على التخيل، تأخر في تعلم المفاهيم مقارنة بالمبصرين (القمش والمعايطة، 2007: 122).

2- خصائص لغوية :

-لا تؤثر الإعاقة البصرية بشكل كبير على تعلم اللغة، إلا أن هناك بعض الخصائص المرتبطة بها كتعلم الإيماءات، والتعبيرات الوجهية.

- شيوع مشكلات النطق أعلى من شيوعها لدى المبصرين بسبب حرمانهم من ملاحظة شفاه المتحدث لتعلم النطق السليم .

- بعض اضطرابات الكلام واللغة.

- القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام .

-الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى (القمش والمعايطة، 2007: 123).

3- الخصائص الاجتماعية والانفعالية :

-ضعف توافق اجتماعي .

- النمو النفسي لا يختلف على النمو النفسي لدى المبصرين .

-أكثر عرضة للقلق، الاكتئاب، العدوان، العزلة، الانغلاق على الذات، ضعف الثقة بالنفس، العجز الاجتماعي المتعلم يسبب قلة تفاعلهم الاجتماعي .

- شعور بالنقص، والدونية، ومشاعر الإحباط والفشل، وعدم الرضا، وعدم تحقيق الذات، قلة الضبط الداخلي، اضطرابات الشخصية ونقص المهارات الاجتماعية .

- نقص في الإثارة البيئية فتنتابهم المخاوف، عدم الشعور بالأمن (العزة، 2002: 100).

4-الخصائص الحركية والجسمية :

-لا يوجد فروق من ناحية النمو الجسمي في الطول والوزن، بينما تؤثر الإعاقة على تنمية المهارات الحركية .

- محدودية الحركة والتنقل، عدم اتساق الحركات، الاعتماد على الآخرين .

- استخدام جميع الحواس عند التنقل ما عدا البصر.

-بعض الحركات الإرادية النمطية نتيجة قصور في عملية النمذجة والتقليد كمسك الأنف أو فرك العين، هز الجسم (الظاهر، 2008: 167).

5-الخصائص الأكاديمية :

تختلف باختلاف درجة، ونوع، وحدة الإعاقة حيث أن الأطفال الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية يحتاجون إلى مواد تعليمية ذات حروف مكبرة وواضحة، وإلى بعض المعينات البصرية . أما المكفوفون فهم يحتاجون إلى استخدام طريقة البرايل للحصول على المعرفة. وتواجه هذه الفئة مشكلات كثيرة خاصة فيما يتعلق بالتعبير الكتابي خلال الاختبارات المدرسية، وعلى العموم فهم يتمتعون بتحصيل أكاديمي منخفض مقارنة بالمبصرين (الكوافحة وعبد العزيز، 2010: 90) .

8- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية :

عملية التشخيص خطوة أساسية ومهمة لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أن التشخيص السليم والمبكر يساهم بشكل كبير في التحسين من حالة الفرد والتكفل به، وعدم تفاقم المشكلة، فكلما كانت الإعاقة شديدة كلما كانت سهلة التحديد والاكتشاف، في حين تكون صعبة إذا كانت بسيطة وخفيفة وعملية الكشف تبدأ من الوسط العائلي للفرد (الأسرة)، حيث عليهم الانتباه إلى بعض المؤشرات التي تنبئ بوجود خلل على مستوى البصر ومنها: احمرار العينين، انتفاخ العيون، الرمش المتكرر، احولال العينين، كثرة سيلان الدموع، صعوبة رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة، غلق وفتح البصر بشكل مستمر، وجود إفرازات على الرموش والجفون، الشكوى من الحرقه والحكة .

كذلك يمكن للمعلمين الكشف عن الصعوبات البصرية من خلال :

- كثرة الأخطاء في القراءة و الكتابة .
- تقريب العينين من الكتب.
- الميل بالرأس إلى احد الجانبين عند القراءة .
- السقوط والاصطدام.
- صعوبة التمييز بين الألوان .
- ضعف التحصيل الأكاديمي .
- الصداع عند القراءة .
- الشكوى من الأضواء الشديدة .

ومن الأدوات المستخدمة لأجل تشخيص الإعاقة البصرية نجد :

لوحة سنلن snellen chart تحتوي على 8 أسطر من الحرفين E-C والتي تتناسب في حجمها مع المسافات 36-30-24-18-12-6 .

تبدأ من الحرف الكبير إلى الأصغر، حيث يطلب من المفحوص التعرف على اتجاه فتحة الحرفين (الظاهر، 2008 : 156-158) .

أما الاختبارات المقننة فنجد :

- اختبار الذكاء اللمس للمكفوفين الراشدين وهو صورة معدلة (المسية) من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين لتقييم القدرات العقلية للمكفوفين اللذين تزيد أعمارهم عن 16 سنة .

- مقياس فروستج للإدراك البصري : للأفراد (3-8) سنوات بطريقة جماعية أو فردية مع الإعاقات البصرية الجزئية، ويقيس جوانب متصلة بالإدراك البصري يتكون من 57 فقرة موزعة على الاختبارات الفرعية: اختبار تأثر العين مع الحركة، الشكل والأرضية، ثبات الشكل، الوضع في الفراغ، العلاقات المكانية .

- مقياس بندر البصري الإدراكي الكلي (الكوافحة وعبد العزيز، 2010: 87).

لا بد من أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصريا على عدد من المهارات أهمها:

- التدريب على التعرف والتنقل : تكوين مفاهيم عن البيئة، استخدام وسائل المواصلات، كالكلاب، العصا الاعتماد على اللمس لمعرفة الاتجاهات ... الخ .

- التدريب على مهارة القراءة والكتابة : البرايل .

- تقوية وتدريب الحواس الأخرى على التمييز السمعي واللمسي .

-التدريب على مهارات الحياة اليومية، الأكل، العناية بالذات، الاستحمام، مشط الشعر، المرحاض، ارتداء الملابس، استخدام النقود. (الكوافحة وعبد العزيز، 2010: 90-94).

الدرس الرابع: الإعاقة الحركية (الشلل الدماغي)

عناصر الدرس

- 1- مفهوم الإعاقة الحركية
- 2- مفهوم الشلل الدماغي
- 3- مظاهره
- 4- أسبابه
- 5- تصنيفه
- 6- التشخيص
- 7- العلاج

الإعاقة الحركية (الشلل الدماغي)

1- مفهوم الإعاقة الحركية

تعرف الإعاقة الحركية على أنها: " حالة من عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية كالمشي، والجري، والوثب، والتنسيق بين حركات الجسم المختلفة بسبب إصابة جسمية في العمود الفقري، وعضلاته أو الجهاز العصبي، أو نتيجة لعوامل وراثية وتؤثر هذه الإعاقة في نموه العقلي، والانفعالي، وتحد من قدرته على التكيف الاجتماعي". (الشريف، 2011: 418)

وتصنف الإعاقة الحركية إلى ثلاث أصناف رئيسية هي :

- الإعاقة الحركية الناتجة اضطرابات العمود الفقري : التشوهات الخلقية، التهاب المفاصل، مسامير القدم، وهن العظام، تشوهات العمود الفقري .

- الاضطرابات الحركية الناتجة عن خلل في الجهاز العصبي : الشلل الدماغي، شلل الأطفال.

- الإعاقة الحركية الناتجة عن المرض: أمراض فقر الدم، اضطرابات الغدد، ومشكلات الجهاز التنفسي، والدورة الدموية، وبعض المشكلات الناتجة عن مرض عضوي عصبي كالصرع .

وعموما فالإعاقة الحركية هي حالة يعاني منها المصابون بها من خلل ما في قدراتهم الحركية ، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم الاجتماعي و العقلي و الانفعالي الذي يستدعي حاجة هؤلاء الأطفال للتربية الخاصة (العزة، 2002: 194) .

ونظرا لتعدد الإعاقات الحركية سنكتفي بالحديث عن الشلل الدماغي باعتباره من أبرز الإعاقات الحركية.

2- تعريف الشلل الدماغي :

يطلق هذا المصطلح على الاضطرابات النمائية أو العصبية التي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل، وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة ينتج عن خلل أو تلف في الدماغ، ويؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض والمشكلات الحركية، والحسية، والعصبية التي تظهر على شكل تشنج في الحركة، وما يصحبها من تشوهات في الأطراف أو صعوبات في النطق أو ضعف القدرات السمعية والبصرية أو اضطرابات عقلية (القمش والمعاطبة، 2007: 144).

ويقتصر استخدام هذا المصطلح على الحالات التي يحدث فيها التلف الدماغي في مراحل العمر المبكرة جداً، وإذا حدث ما بعد الرضاعة لا يعتبر شللاً دماغياً وهو ليس معد ومزمن (الخطيب والحديدي، 2008: 104).

كما يعرف أنه "عجز عصبي-حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ وهو من أكثر الاضطرابات شيوعاً (الكوافحة وعبد العزيز، 2010: 194).

كما يعرف بأنه مرض عضوي عصبي يصيب المراكز العصبية المسؤولة عن الحركات الإرادية في الدماغ مما يعيق قدرة الفرد على تحريك أجزاء جسمه (الشريف، 2011: 430).

3- مظاهره :

ذكر كل من بيلك و نايجل المظاهر المشتركة بين مختلف أصناف الشلل الدماغي وهي:

- الشلل الحركي
- الضعف الحركي
- ضعف التآزر الحركي
- الاضطراب الحركي كالحركات الغير الإرادية(القمش والمعايطة، 2007: 144).

4- أسباب الشلل الدماغي :

تقدر نسبة انتشار الشلل الدماغي تقريبا 2-3/1000 طفل مولود عالمياً، ونسبة الشلل الدماغي الولادي أي التي تحدث أثناء الحمل أو الولادة اكبر من الشلل الدماغي المكتسب (85 بالمائة ولادي). وأهم هذه العوامل:

1- عوامل ما قبل الولادة :

- تعرض الأم لأشعة X أثناء الحمل مما قد يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ
- الإصابة بالالتهابات والأمراض خلال الحمل
- نقص الأكسجين قبل الولادة بسبب التفاف الحبل السري حول عنق الجنين
- اختلاف العامل الريزيبي بين دم الأم والجنين، سوء التغذية، تعاطي العقاقير

2- عوامل أثناء الحمل :

- نقص الأكسجين أثناء الولادة .
- التعرض للإصابات والكدمات على رأس الجنين .

3- ما بعد الولادة :

- الانخفاض الشديد لوزن المولود .
- الالتهابات (التهاب السحايا) .
- الإصابات والحوادث التي تصيب الرأس .
- الولادة المبكرة (اللالا وآخرون، 2011: 359) .

5- تصنيف الشلل الدماغي :

من أشهر تصنيفات الشلل الدماغي نجد التصنيفين التاليين :

1- التصنيف حسب نمط الاضطراب الحركي :

- **الشلل التشنجي:** وهو الأكثر شيوعا 70 بالمائة -80 بالمائة الشلل الدماغي، يحدث نتيجة إصابة القشرة الدماغية، يمتاز بتشنج العضلات مما يؤدي إلى تصلب بعض أعضاء الجسم، حركات غير متناسقة، المشي على أصابع القدمين مع ثني الركبتين إلى الداخل (مشية المقص)، يتأخر الأطفال بالحبو والمشي، ويعانون من مشكلات في الكلام، ويصاحبه مشكلات في السمع والبصر، بالإضافة إلى نوبات صرع .
- **الشلل الالتوائي:** حركات لا إرادية عشوائية يصيب 10-20 بالمائة، يتميز بانقباضات وانبساط في الأصابع، صعوبة البقاء بشكل منتصب أثناء الجلوس أو المشي، صعوبة في التقاط الأشياء، سيلان اللعاب، مشكلات في النطق والكلام يحدث نتيجة إصابة العقدة القاعدية في الدماغ (اللالا وآخرون، 2011: 360) .
- **الشلل الترنحي (غير منتظم) :** من الأنواع الأقل حدوثا حوالي 5 بالمائة من حالات الشلل الدماغي، يحدث نتيجة خلل في المخيخ الذي يؤدي إلى حالة من عدم التوازن من أعراضه الارتجاف، والاستقرار بسبب ضعف ورخاوة العضلات ، قد يصاحبه إعاقة ذهنية، سمعية، بصرية، صرع، اضطرابات الكلام واللغة.
- **الشلل الارتعاشي:** نادر الحدوث يتميز بارتعاش الأطراف بشكل لا إرادي، نمطية الحركة ودرجة الارتعاش تكون حسب شدة الخلل .
- **الشلل التيبسي:** هو أكثر ندرة يتميز بالتصلب، والتشنج الذي يعيق من الحركة والتنقل بالشكل الطبيعي، غالبا يصاحب بإعاقة عقلية (الظاهر، 2008: 184)

2-التصنيف حسب الأطراف المصابة :

يعتمد هذا التصنيف على الشكل الخارجي، والعضو المشلول وينقسم إلى:

- **الشلل النصفي:** شلل في العضلات المحركة لأحد شقي الجسم الأيمن أو الأيسر نتيجة إصابة المراكز الحركية العليا في الجملة العصبية المركزية في الدماغ .
- **الشلل النصفي السفلي :** تكون الرجلين فقط مصابتين بالشلل، ولا يتم التنقل إلا بالعربة بالاعتماد على اليدين (الكوافحة وعبد العزيز،2010: 194) .
- **الشلل الأحادي :** يصيب طرفا واحدا في الجسم أما باقي الأطراف تعمل بشكل سليم.
- **الشلل الثلاثي:** يصيب ثلاثة أطراف أما الأطراف العليا مع طرف سفلي أو الأطراف السفلى مع طرف علوي.
- **الشلل الرباعي:** تتأثر الأطراف الأربعة بالشلل إلا أنه يكون في جانب واحد أكثر من الجانب الآخر، قد يكون في الجهة اليمنى أكثر وضوحا من اليسرى(الكوافحة وعبد العزيز،2010: 195)

3- كما قد يصنف الشلل الدماغي حسب شدة الإعاقة الحركية إلى ثلاث فئات :

- **الشلل الدماغي البسيط:** يعاني فيها الطفل من مشكلات محدودة لا تتطلب تدخلا طبيا.
- **الشلل الدماغي المتوسط:** تتطور فيه المهارات الحركية إلا أنه يحتاج إلى أدوات مساعدة للحركة والعناية بالذات.
- **الشلل الدماغي الشديد:** محدودة القدرة على العناية بالذات وتعيق القدرة على الكلام بطريقة طبيعية، ومن الحركة المستقلة، وتتطلب علاجا متواصلًا (الخطيب والحديدي، 2008: 107).

6-التشخيص :

يتم تشخيص الشلل الدماغي بواسطة أخصائي في الأعصاب بالاعتماد على التاريخ الطبي للطفل خلال مراحل نموه السابقة من فترة الحمل، الولادة، النمو، وعن طريق الفحص السريري، والاختبارات التشخيصية بأشعة الأक्स (السينية) التخطيط الكهربائي للدماغ، التصوير المحوري الطبقي، فحوصات الدم والبول، بالإضافة إلى الملاحظة التي تزود الأطباء والآباء بمعلومات مهمة الاكتشاف المبكر (الخطيب والحديدي، 2008: 107).

8- العلاج :

- علاج جسيمي: يتضمن تدريب حركي للأجزاء المصابة مع تدليك الأجزاء
 - علاج النفسي: لتخفيف آثار المترتبة عن الإعاقة كالشعور بالنقص والانطواء، وسوء التكيف (الشريف،2011: 432) .
 - علاج طبيعي لتحسين حالة المصاب إلى أقصى درجة في أدائه لوظائفه الحياتية، كالتدليك، والتمارين الرياضية .
 - علاج وظيفي : تنمية الحركة الدقيقة، وتطوير قدرة الأفراد على تأدية مهارات الحياة اليومية، والعناية بالذات، وتطوير مهارات التآزر البصري الحركي .
 - علاج نظقي : مساعدة الأفراد على النطق وتطوير المهارات اللغوية، وتسهيل انسيابية الكلام حيث يعمل على تشخيص اضطرابات النطق، وتقديم برامج علاجية لها (اللالا وآخرون،2011: 383).
- وقد ناقش المؤتمر الدولي الخامس للشلل الدماغي عند الأطفال الوسائل الجديدة في العلاج الطبيعي مثل التنبيه العصبي التطوري، العلاج الدوائي والجراحي، تعليم الأطفال المعاقين وممارستهم الرياضة (بدير،2011: 351) .

الدرس الخامس: الإعاقة العقلية

عناصر الدرس

- 1- مفهوم الإعاقة العقلية
- 2- الفرق بين المرض العقلي والإعاقة العقلية
- 3- تصنيف الإعاقة العقلية
- 4- أسباب الإعاقة العقلية
- 5- خصائص الأطفال المعاقين عقليا
- 6- مجالات تعديل السلوك لدى الأطفال المعاقين عقليا
- 7- قياس وتشخيص الإعاقة العقلية
- 8- علاج الإعاقة العقلية

الإعاقة العقلية

تمهيد

مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة قديمة قدم الزمن شغلت اهتمام الباحثين والعلماء من مختلف المجتمعات بسبب تزايد انتشار هذه الظاهرة بشكل يثير الانتباه، حيث تشكل نسبة المعاقين عقليا إعاقة بسيطة (3%) من الأطفال في سن التمدرس (kacha,2002 :227) وينتج عن زيادة هذه النسبة زيادة في المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والتربوية والأسرية.

1- مفهوم الإعاقة العقلية:

يعرف سيلامي Norbert Sillamy الإعاقة العقلية بأنها: "قصور أو تأخر في نمو الذكاء وهو ينطوي على عدم قدرة اجتماعية فالطفل المعاق عقليا غير متكيف مع المجتمع، ناقص فطنة، ساذج، ويتأثر بسرعة، وأحيانا هو غير قادر على تلبية حاجاته والاعتناء بنفسه" (Sillamy,2003 :76)

1-1 التعريفات الاجتماعية للإعاقة العقلية :

الإعاقة العقلية: "حالة من عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزا عن التكيف مع الآخرين" (سليمان، 2006، 26)

يعرف عبد الرحمان سليمان (1998: 40) الإعاقة العقلية على أنها: "افتقار المعاق إلى الكفاءة الاجتماعية والمعاناة من حالة عدم التكيف".

كما يعرف الشخص المعاق عقليا في (Lambert,1981 :12) بأنه: "شخص غير كفء اجتماعيا ولا يستطيع أن يسير أموره وحده وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقلية وتخلفه يحدث منذ الولادة أو في سن مبكرة".

يعرف جمال الخطيب ومنى الحديدي (1998: 77) الإعاقة العقلية بأنها: "انخفاض ملحوظ في الأداء العقلي العام يظهر في مرحلة النمو ويرافقه عجز في السلوك التكيفي"

1-2 التعريفات الطبية للإعاقة العقلية :

أورد محروس الشناوي في (1997: 35-36) بعض التعريفات الطبية للإعاقة العقلية منها:

تعريف تريد جولد Tredgold (1937) الإعاقة العقلية هي: "حالة من عدم اكتمال النمو العقلي من نوع ودرجة يكون هذا الفرد فيها غير قادر على تكيف نفسه مع البيئة المعتادة لأقرانه بطريقة تحافظ على بقائه مستقلا عن الإشراف والمراقبة والمساندة الخارجية".

تعريف وزارة الصحة البريطانية (1959): "الضعف العقلي الشديد حالة من النمو المكبل أو غير المكتمل للعقل تشمل انخفاض الذكاء وذات طبيعة ودرجة تجعل المريض غير قادر على حياة مستقلة لحماية نفسه ضد الاستغلال وضد الأخطار أو يصبح غير قادر على هذا النحو في السن التي تحتاج فيه لذلك. أما الضعف العقلي فيشير إلى حالة تشمل انخفاض في الذكاء وذات طبيعة أو درجة تستلزم أو تكون قابلة للعلاج الطبي أو غيره من الرعاية الخاصة أو التدريب للمرضى".

يعتبر دول Doll (1941) في (عبيد، 2000: 28): "الشخص المتخلف عقليا بأنه كل شخص تتوفر فيه المحكات التالية :

1- عدم النضج والكفاءة الإجتماعية والمهنية.

2- نقص من الناحية العقلية مقارنة بالفرد العادي.

3- ظهور التخلف في سن مبكر.

4- أنه سيكون متخلف عقليا عند البلوغ.

5- له أصل وراثي أو تكويني أو مكتسب.

6- غير قابل للعلاج".

1-3 التعريفات السلوكية (النفسية) للإعاقة العقلية :

التعريفات السلوكية تهتم بسلوكيات الأشخاص المعاقين عقليا التكوينية ومهاراتهم الإجتماعية نذكر منها : حسب بندا Benda (1954) في (الشناوي، 1997: 37): "يعتبر الشخص المتخلف عقليا بأنه الشخص الذي يحتاج إلى إشراف ومراقبة ورعاية من أجل رفاهيته ورفاهية المجتمع".

1-4 التعريفات التربوية للإعاقة العقلية:

تعتمد هذه التعريفات على القصور في إكتساب مهارات التعلم، ومدى القصور في القدرة التحصيلية ومن هذه التعريفات :

يعتبر كيرك Kirk (1972) في (عبد النبي، 2004: 24): "الطفل المتخلف عقليا القابل للتعلم هو الذي بسبب بطئ نموه العقلي يكون غير قادر على الإستفادة من برنامج المدارس العادية، ولكن لديه طاقات النمو التالية :

- 1- تعليم بسيط في القراءة والكتابة والحساب والتهجي...إلخ.
 - 2- إمكانية التوافق الإجتماعي للدرجة التي يمكن أن يمضي في المجتمع معتمدا على نفسه .
 - 3- ملاءمة مهنية في الحدود الدنيا تمكنه فيما بعد أن يعول نفسه ولو بشكل جزئي أو كلي.
- أما الطفل المتخلف عقليا القابل للتدريب فهو الشخص الذي يكون غير قادر بسبب ذكائه المتدني على التعلم في فصول المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ولكن لديه إمكانيات أن يتعلم:

- 1- الرعاية الذاتية.
- 2- التوافق في المنزل والأماكن المجاورة التي يعيش فيها.
- 3- إمكانية إقتصادية في البيت أو في المعهد".

1-5 التعريفات السيكومترية (الإحصائية) للإعاقة العقلية :

تهتم بمقارنة الفرد المعاق عقليا بمجموعة معيارية من الأفراد العاديين أو مقارنة أدائية بمستوى أداء معين مثل نسبة الذكاء أو العمر العقلي.... إلخ .

يذكر صبحي سليمان (2006: 26) بأن المعاق عقليا: "شخص يقل ذكاؤه عن (75) درجة عن مقاييس الذكاء " .

يعرف سبيتز Spitz (1963) في (الشناوي، 1997: 40) التخلف العقلي بأنه: "حالة من النمو العقلي المتأخر تتحدد بنسبة ذكاء أدنى من (70) على إختبار فردي مقنن للذكاء وهي حالة أحسن ما تعرفه عنها قد وجدت قبل سن الثالثة من عمر الفرد " .

تعريف انجرام Christine Ingram (1953) في (عبد الباقي، 2000: 29): "الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وتقع نسبة ذكائه بين (50-75) درجة ويطلق عليه مصطلح بطيء التعلم" .

بعد سرد كل التعريفات السابقة يمكننا استنتاج ما يلي:

- التعريفات الطبية أخذت بعين الإعتبار الأسباب الوراثية والمرحلة العمرية التي حدثت فيها الإعاقة وصلة ذلك بالجهاز العصبي المركزي أو الإحساس.

- التعريفات السلوكية اهتمت بالنتائج المترتبة على التخلف مثل السلوك الإجتماعي والقابلية للتعلم والتدريب والنضج الإجتماعي.
- التعريفات السيكومترية أخذت بعين الإعتبار القياسات السيكومترية سواء لنسبة الذكاء أو العمر العقلي ومقارنتها بالمتوسط الخاص بمجتمع معياري مناسب.

وفي الأخير يمكن القول بأنه توجد ثلاث شروط للحكم على الفرد بأنه معاق عقليا هي:

1. "أداء وظيفي عقلي منخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية .
2. تلازم انخفاض الأداء الوظيفي العقلي مع القصور الواضح في مستوى السلوك التكيفي للفرد.
3. أن يحدث الإنخفاض الجوهرى عن المتوسط في الأداء الوظيفي العقلي للفرد والقصور الملحوظ في السلوك التكيفي أثناء الفترة النمائية وقبل إكمال البلوغ أي في فترة الحمل وحتى سن الثامنة عشرة" (سليمان، 1998: 120) .

1-6 التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية :

تعرفه الجمعية الامريكية للطب النفسي في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5 : 33) تصنف ضمن المحور الثاني في فئة الاضطرابات العصبية النمائية.

والإعاقة العقلية (اضطراب النمو العقلي) هو اضطراب يظهر خلال فترة النمو التي تشمل عجزا في كل من الوظائف العقلية والتكيفية في المجالات: المفاهيمية والاجتماعية والعملية، ويجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

- العجز في وظائف الفكرية مثل: التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، التفكير المجرد، والحكم، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، ويتم التأكيد عليه من خلال التقييم السريري واختبارات الذكاء الفردية الثابتة.

- عجز في الأداء التكيفي الذي يؤدي إلى عدم تلبية معايير النمو والمعايير الاجتماعية والثقافية من أجل الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية، بدون الدعم المستمر فإن الصعوبات التكيفية تحد من العديد من أنشطة الحياة اليومية مثل: التواصل، المشاركة الاجتماعية والاستقلالية في بيئات عدة مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.

- الأعراض يجب أن تظهر خلال فترة النمو.

وتقسم الإعاقة حسب شدتها إلى : خفيفة، متوسطة، شديدة وعميقة
تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي
للاضطرابات العقلية (DSM-IV) يصنفها ضمن المحور الثاني حيث يكون الأداء العقلي ضعيف ونسبة
الذكاء حوالي (70) أو أقل. و تتميز الإعاقة العقلية ب:
- "وظيفة عقلية أدنى من المعدل الطبيعي بشكل صريح، حاصل الذكاء يقارب (70) أو أدنى باختبار
حاصل الذكاء الفردي.

- عجز أو اختلال متزامن في الوظيفة التكيفية في إثنين من الحقول التالية :
التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الإجتماعية والشخصية، استخدام موارد المجتمع،
التوجيه الذاتي، المهارات الدراسية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة، الأمن.
- البداية قبل سن الثامن عشر". (DSM-IV,2010 :53)

تصنف الإعاقة العقلية إلى أربعة درجات هي:
- خفيفة: حيث يكون حاصل الذكاء أقل من (70) محصورا بين (55-70/50)
- متوسطة: (35-40 / 50-55)
- شديدة: (25-35/20 - 40)
- عميقة: أقل من (20). (Tourette,2006 :388)

تعرفه الجمعية الأمريكية (AAMR) American Association on Mental Retardation
الان Association on intellectual and Developmental Disabilitie American (1953) في
(Dalla&Dam,2003 :147): "مستوى عقلي أقل من العادي يكون خلال فترة النمو مرتبط باضطرابات
النضج والبلوغ والتعلم والتكيف الإجتماعي"
نفس الجمعية عرفت في سنة (1973): "التخلف العقلي يعود إلى مستوى عقلي عام أقل من المتوسط
يترافق مع عجز في السلوك التكيفي ويظهر خلال فترة النمو"
كما تعرفه AAMR سنة (2002) في (البطانية وآخرون،2007 :119): "إعاقة تتميز بالنقص الجوهري
لكل من الوظائف العقلية والسلوك التكيفي كما تبدو في المهارات التكيفية التالية: المفاهيمية والاجتماعية
والعلمية والذي ينشأ قبل بلوغ الفرد عمر ال18".

تعرفه منظمة الصحة العالمية (OMS) في (معمرية، 2007: 112): "حالة من توقف النمو العقلي يصاحبه قصور في المهارات والقدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية وأيضا قصور في السلوك التكيفي".

2- الفرق بين المرض العقلي والإعاقة العقلية:

إن كل من المرض العقلي والإعاقة العقلية حالة منفردة بذاتها تتميز بخصائص ومسببات وأعراض تميزها عن غيرها، وكثيرا ما يتم الخلط بينهما وهو ما ينتج عنه تأخر في العلاج ولذلك يجب توضيح الفرق بين الحالتين.

الإعاقة العقلية يقصد بها انخفاض في الأداء الوظيفي بسبب ضرر في بعض المراكز العصبية الذي بدوره يؤدي إلى اضطراب في النمو العقلي ينتج عنه سوء توافق وعدم تكيف الفرد مع المجتمع وترجع لأسباب وراثية وأخرى مكتسبة، فالإعاقة العقلية ليست مرضا وإنما "حالة انخفاض في القدرة العقلية وفي نسبة الذكاء عن المتوسط تؤدي إلى قصور في السلوك التكيفي من لحظة الإخصاب إلى سن البلوغ سن الثامن عشر" (شريت، 2008: 44).

أما المرض العقلي فهو اختلال في التوازن العقلي فالمريض العقلي لا يعاني من نقص في درجة الذكاء ولكن ما يعاني منه هو "عدم قدرته على استخدام قدراته العقلية خلال فترة محددة" (Juhel, 2007: 60). فالإعاقة العقلية يمكن ملاحظتها في الطفولة خلال مراحل نمو الطفل نتيجة توقف نمو ذكاء الطفل أو بطئه مقارنة بأقرانه، فقد نجد طفل بعمر الثامنة عشرة وذكاؤه لا يزيد عن ذكاء طفل بالعاشرة من العمر، أما المرضى العقليين فيتمتعون بذكاء عادي.

كما أن الإعاقة العقلية تحدث خلال فترة النمو (من الإخصاب إلى سن الثامن عشر) ولا تحدث بعد ذلك، عكس المرض العقلي الذي يمكن أن يصيب الفرد بعد سن الثامنة عشرة وبذلك يكون الطفل المعاق عقليا يعاني من مشكلة في النمو (فراج، 2002)، وبالتالي فالإعاقة العقلية ليست مرض وإنما حالة دائمة عند الفرد، هذه الحالة متغيرة في شدتها من فرد لآخر كما تترافق معها في أغلب الأحيان اضطرابات أخرى كاضطراب الإنتباه والإدراك والاضطرابات الانفعالية واللغوية والتفكير (De.grandmont, 1999).

3- تصنيف الإعاقة العقلية :

تتعدد تصنيفات الإعاقة العقلية بتعدد التعريفات فنجد التصنيف الطبي والتصنيف النفسي والتصنيف التربوي وفيما يلي نذكر أهم هذه التصنيفات بنوع من الإيجاز:

3-1 التصنيف النفسي للإعاقة العقلية:

يعرف الذكاء في (33: Carlier & Ayoun, 2007) على أنه: "قدرة عامة، تضم التفكير، التخطيط، حل المشكلات، التفكير المجرد، فهم الأفكار المعقدة، التعلم السريع والتعلم من الخبرات". يعتمد التصنيف النفسي على نسبة الذكاء كمياري للمستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة في مقياس وكسلر وبنيه (سليمان، 2006: 27) والجدول أدناه يوضح ذلك:

جدول رقم (01) يوضح تصنيف وكسلر وبنيه للإعاقة العقلية تبعا لنسبة الذكاء

التصنيف	وكسلر	بنيه	المواصفات
خفيف	55-69	52-68	قابلون للتعلم، الإستفادة من برامج التعليم العادية، الاستقلالية إقتصاديًا وإجتماعيًا الى حد كبير
متوسط	40-54	36-51	تخلف في المظاهر النمائية، قابلون للتدريب
شديد	25-39	20-35	محدودية مهارات النطق والكلام والحركة وإمكانية وجود إعاقات جسمية مصاحبة، قصور في إصدار الأحكام الصحيحة على الأشياء، لا يستطيعون اتخاذ قرارات مهمة في حياتهم، إمكانية تعلم مهارات الحماية النفسية
حاد	أقل من 24	أقل من 19	قصور شديد في مهارات التنسيق الجسمي ومظاهر النمو الحسي-الحركي، يحتاجون إلى رعاية تامة في مؤسسات الإيواء.

نجد أيضا تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 1994) الذي ورد في الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV والذي صنف الإعاقة العقلية إلى أربعة فئات بشرط أن تقترن بقصور في السلوك التكيفي وتظهر خلال فترة النمو :

- التخلف العقلي البسيط نسبة الذكاء من (50 - 55 إلى 70) ويمس (85%) من المعاقين عقليا.
- التخلف العقلي المتوسط نسبة الذكاء من (35 - 40 إلى 50 - 55) ويمس (10%) من المعاقين عقليا.
- التخلف العقلي الشديد نسبة الذكاء من (20 - 25 إلى 35 - 40) ويمس (3% - 4%) من المعاقين عقليا.

- التخلف العقلي الشديد جدا(العميق) نسبة الذكاء أقل من (20-25) ويمس (1%-2%) من المعاقين عقليا (Lussier & Flessas, 2001 :363).

3-2 تصنيف الإعاقة العقلية على أساس السلوك التكيفي :

أكدت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMR) على أهمية المهارات التكيفية حسب كل مرحلة، ففي الطفولة المبكرة تكون للمهارات الحس حركية والاتصالية ومساعدة الذات ومهارات التأقلم الإجتماعية هي المهمة، أما في مرحلة الطفولة المتوسطة فإن المهارات التعليمية والإجتماعية هي المهمة، أما في مرحلة البلوغ (مراهقة متأخرة) فإن المهارات المهمة هي المهارات المهنية والمسؤوليات الإجتماعية. ولكي يعتبر الفرد معاقا عقليا يجب أن يكون لديه خلل في اثنين على الأقل من عشرة مجالات تم تحديدها هي : الاتصال، رعاية الذات، السكن في المنزل، المهارات الإجتماعية، الإستفادة من المجتمع، توجيه الذات، الصحة و الأمن، الأداء الأكاديمي، الرفاهية، العمل.

يتم قياس السلوك التكيفي بواسطة مقياس فاينلاند للنضج الإجتماعي، ويتم تصنيف الإعاقة العقلية على أساس السلوك التكيفي إلى :

- "الإعاقة العقلية الخفيفة: يعني أن الأداء يبلغ من (2إلى3) إنحرافات معيارية تحت المتوسط مقارنة بالأطفال بنفس العمر.

- الإعاقة العقلية المتوسطة المعتدلة يعني أن الأداء يبلغ من (3 إلى4) إنحرافات معيارية تحت المتوسط مقارنة بالأطفال بنفس العمر.

- الإعاقة العقلية الشديدة: يبلغ الأداء على المقاييس المعيارية للسلوك التكيفي أربع إنحرافات معيارية على الأقل تحت المتوسط مقارنة بالأطفال الذين بنفس العمر" (البطينة وآخرون، 2007: 126).

3-3 التصنيف التربوي للإعاقة العقلية:

يركز هذا التصنيف على معدلات الذكاء وإعتماد قابليتهم للتعلم كمحك أساسي لتصنيفهم وعلى هذا الأساس تم تقسيمهم إلى ثلاث فئات هي :

3-3-1 فئة القابلين للتعلم: وهم يمثلون فئة الأطفال المعاقين عقليا إعاقه بسيطة وتتراوح نسبة ذكائهم من (50-70) درجة، لهم القدرة على التعلم إذا توفرت لهم الظروف المناسبة من خدمات ومناهج تعليمية خاصة حسب قدراتهم واستعداداتهم، يتراوح عمرهم العقلي بين (6-9) سنوات. يمكنهم تعلم مهارة القراءة والكتابة والهجاء والحساب بعد سن الثامنة.

2-3-3 فئة القابلين للتدريب: يمثلون فئة الأطفال المعاقين عقليا إعاقة متوسطة تتراوح نسبة ذكائهم من (25-50) درجة، عمرهم العقلي عند النضج يصل إلى عمر طفل عادي في التاسعة من عمره. يمكنهم تعلم قدر قليل من مهارات الحساب والقراءة والتهجي ويمكنهم التدريب على الأعمال اليدوية البسيطة وتعلم مهارات العناية بالذات والمهارات الإجتماعية والاستقلالية من خلال تلقيهم برامج خاصة بذلك وعمرهم العقلي ما بين (3-6)سنوات.

3-3-3 فئة المعتمدين : يمثلون فئة الإعاقة العقلية الشديدة جدا الذين تقل نسبة ذكائهم عن (25) درجة، عاجزون كلية عن العناية بأنفسهم ويعتمدون على غيرهم في كل شيء ويحتاجون إلى رعاية خاصة ومستمرة طبيا وصحيا ونفسيا وإجتماعيا، وهذه الفئة لا تستفيد من البرامج التربوية أو التدريبية (معمرية،2007).

4-3 التصنيف الطبي الإكلينيكي للإعاقة العقلية:

اعتمد هذا التصنيف على الخصائص الجسمية والإكلينيكية بالإضافة إلى عامل الذكاء وتعتمد على المظاهر البيئية والملاح التي تصاحب الإعاقة العقلية وهذه الحالات هي:

3-4-1 الإستسقاء الدماغي :

تحدث بسبب إنتقال العدوى أثناء الحمل كالزهري والإلتهاب السحائي ويتم التشخيص من خلال قياس حجم محيط رأس الرضيع.

أطلق عليها هذا الإسم بسبب تضخم الدماغ وامتلائه بالسائل الشوكي ما بين القشرة الدماغية والدماغ أو خارج القشرة الدماغية، ويمكن إجراء عملية جراحية لخفض الضغط وسحب السائل الذي يحول دون النمو السليم للطفل، وبالتالي الإصابة بالإعاقة العقلية(كوافحة وعبد العزيز،2010) .

3-4-2 البول فيتاليني :

اكتشف من طرف فولنج Voling(1934) يرجع السبب إلى نقص في كفاءة الكبد في إفراز الإنزيم المساعد على التمثيل الغذائي، ويتم التعرف عليه من خلال تحليل الدم ولرعاية هذه الحالة يتم تحديد نظام غذائي معين يتم الإتزام به .

3-4-3 حالة متلازمة داون (المنغولية) :

التثلث (21) يشكل (10%) من الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة وهي الأكثر شيوعا حيث أن من بين خمس معاقين عقليا نجد واحد من صنف التثلث(21). يسمى كذلك خاصة بالدول الأنجلو سكسونية

بمتلازمة داون نسبة إلى الطبيب الإنجليزي جون داون Jean Down (1866)، أين قدم لأول مرة وصف علمي لهذه الحالة مرتكزا على الصفاة والمظاهر الجسمية للوجه.

يسمى كذلك بالمنغولية بسبب تشابه سمات الوجه مع العرق المنغولي، وبعد حوالي قرن تقريبا أي في سنة (1959) تم التعرف على الخلل الكروموزومي من قبل ثلاثة من علماء الجينات (Lejeune, Gautier et Turpin).

توجد أنواع اخرى من التثلث هي التثلث (13) والتثلث (18) وهي أقل انتشارا من التثلث (21)، وترجع أسباب المنغولية إلى وجود كروموسوم زائد ضمن كروموسومات الجنس (الزوج 23) فيصبح عدد الكروموسومات في الخلية المخصبة (47) بدل (46) (Guidetti & Tourette, 2004).

يتميز هؤلاء الأطفال بخصائص جسمية وعقلية واجتماعية تختلف عن الإعاقات الأخرى فمن الخصائص الجسمية : شكل مستدير الوجه، عيون عريضة، صغر الحجم الأنف، ظهور اللسان للخارج، أسنان غير منتظمة، قصر الأصابع والأطراف ...إلخ. أما الخصائص العقلية فالذكاء ينحصر ما بين (45-70) درجة، ويمكن تصنيفهم ضمن الأطفال القابلين للتعلم أو القابلين للتدريب (سلامة، 2001).

3-4-4 صغر حجم الجمجمة:

يحدث بسبب تناول الكحول والعقاقير أثناء الحمل أو إلى عوامل أخرى وراثية مما يؤدي إلى تأخر في نمو المخ وصغر حجم الجمجمة، يتميز أصحابها بقصر القامة وضعف اللغة والقدرات العقلية (سلامة، 2001).

3-4-5 القماءة:

يعود السبب الرئيسي لهذا المرض إلى خلل في إفراز الغدة الدرقية لدى الأم الحامل، وقد تكون مكتسبة لدى الطفل بسبب نقص اليود في غذائه. من الخصائص الجسمية للأفراد المصابين به قصر القامة والصوت الخشن وجحوظ البطن وسقوط الشعر (شريت، 2007). ومن خصائصهم العقلية درجة الذكاء المتدنية ما بين (25-30) درجة ومشاكل واضحة في القراءة والكتابة والحساب وحتى مشاكل تخص الحياة اليومية.

3-4-6 كبر حجم الجمجمة:

تتميز هذه الحالات بكبر حجم الجمجمة وزيادة حجم المخ تتراوح نسبة الذكاء لديهم بين (25-50) درجة.

3-4-7 حالات العامل الريزيسي:

يعود السبب إلى إختلاف زمرة دم الأم عن زمرة دم الجنين من حيث الريزيس مما يؤدي إلى تكون أجسام مضادة في جسم الأم يؤدي إلى تدمير كريات الدم الحمراء للجنين يؤثر في تكوين المخ، ينتج عنه تلف وضمور في هذا الأخير ومن ثم الإعاقة العقلية (سلامة، 2001).

3-4-8 حالات التصلب الجذبي:

يطلق عليه إسم Bourneville تتميز بإعاقة عقلية إضافة إلى نوبات صرع وظهور حب الشباب وتورم الغدد الدهنية (شريت، 2007).

4-أسباب الإعاقة العقلية:

إن أسباب الإعاقة العقلية كثيرة منها ما هو وراثي ومنها ما هو مكتسب راجع لعوامل بيئية، هذه الأسباب منها ما هو معروف وثلاثة أرباع الأسباب غير معروفة.

يقسم صبحي (2006) أسباب الإعاقة إلى ثلاث فئات هي:

- ما قبل الولادة: صحة الأم (تعاطي المخدرات، شرب الخمر، تناول الحبوب)، العامل الريزيسي RH factor، الحالة الإنفعالية للأم، الأشعة السينية (rayon x)، الخطأ الكروموزومي أثناء إنقسام الخلية الأولى (Trisomie 21).

- أثناء الولادة: نقص الأكسجين في الدماغ، الولادة المبكرة، نزيف الدماغ.

- بعد الولادة: اضطرابات الغدة الدرقية (القصاص)، التهاب الدماغ، التسمم الكيماوي، نقص التغذية والحوادث.

- أسباب أخرى مثل الأمراض البكتيرية، سوء التغذية، الإضطرابات الجينية، تعرض الأم للحميراء، تناول الطفل لمادة الرصاص والزيئق، الشلل الدماغي، الحرمان الثقافي.

تصنف منظمة الصحة العالمية OMS في (الظاهر، 2008) أسباب الإعاقة العقلية إلى خمس فئات :

- عوامل ما قبل الولادة (وراثية) جينية.

- عوامل ما قبل الولادة مكتسبة كإصابة الأم بأمراض معدية والتسمم والعامل الريزيسي واضطرابات التمثيل الغذائي.... الخ.

- عوامل أثناء الولادة (الولادة المبكرة، الاختناق..).

- عوامل ما بعد الولادة (نفسية، ثقافية، أسرية) الحرمان.

- عوامل غير معروفة.

في الأخير يمكن تلخيص الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية في:

- 4-1 أسباب وراثية : قد ترجع إلى تواجد صفة وراثية سائدة لدى أحد الوالدين أو متنحية لدى كلا الوالدين أو الاضطرابات الكروموسومية والتمثيل الغذائي والأبيض وزواج الأقارب.
- 4-2 أسباب ما قبل الولادة : ذكر قحطان أحمد الظاهر (2008) عدة عوامل تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة العقلية نذكر منها:

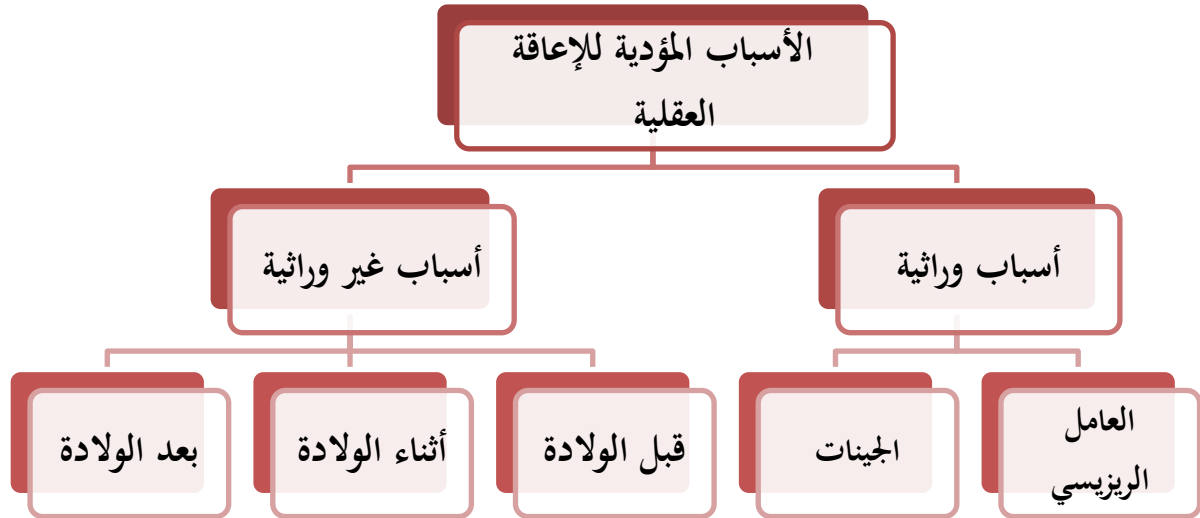
- تعرض الأم لأشعة إكس (x) خلال الفترة الأولى من الحمل.
- تعاطي المضادات الحيوية والمخدرات والكحول والخمور.... الخ.
- إصابة الأم بأمراض معدية (الزهري، الحصبة الألمانية، اليرقان).
- اضطرابات الغدد الصماء.
- سوء ونقص التغذية.
- الأمراض المزمنة التي تصيب الأم (السكري، أمراض القلب، الربو، ضغط الدم).
- التعب والإعياء المستمر.
- التسمم.
- تلوث الماء.
- الحالة النفسية للأم.

4-3 أسباب أثناء الولادة:

- الولادة المبكرة أو المتأخرة.
- عسر الولادة.
- الولادة الجافة.
- الاختناق.
- طول الحبل السري أكثر من المعتاد.
- انفصال المشيمية المبكر.
- الولادة غير الصحية واستخدام أدوات غير معقمة.

4-4 أسباب ما بعد الولادة:

الحوادث، الأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكرة (التهاب الجهاز العصبي المركزي، الحمى القرمزية)، الأمراض المعدية، سوء استخدام العقاقير، سوء التغذية، بالإضافة إلى العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية من فقر وحرمان.



الشكل (01) يمثل أسباب الإعاقة العقلية

5-خصائص الأطفال المعاقين عقليا:

كما سبق الذكر فإن الإعاقة العقلية هي تدني في القدرة العقلية مع قصور في جملة من المهارات: الاجتماعية، اللغوية، الصحية، العناية بالذات.

تصنف الإعاقة العقلية حسب شدتها إلى بسيطة، متوسطة وشديدة (ابو عليا وآخرون، 2009) حيث يتميز كل صنف من هذه الأصناف بمجموعة من الخصائص الجسمية والعقلية واللغوية والإنفعالية والاجتماعية. فالإعاقة المتوسطة والشديدة تتميز بمحدودية التفكير الذي ينحصر في المستوى المحسوس ومهاراتهم محدودة كذلك، ويعانون من عدة مشكلات على مستوى الاستكشاف وترميز المعلومات والمقارنة والانتباه وسرعة معالجة المعلومات (Hessels, M. g., & Hessels-schlatter, 2010).

5-1 الخصائص المعرفية:

الأطفال المعاقون عقليا يتميزون بخصائص معرفية تميزهم عن أقرانهم العاديين منها:

5-1-1 الإنتباه : لقد أثبتت الدراسات أن معظم الأطفال المعاقين عقليا يتميزون بنقص في قدرة الإنتباه والتركيز لمدة طويلة، وهذا النقص يختلف حسب درجة الإعاقة العقلية وبالتالي فهو يؤثر على قدرة الإدراك والتمييز بين الأشكال والأوزان والأحجام ويؤثر على طرق مواجهتهم لمشكلات الحياة اليومية) (Davison et Neale,1998:428).

لخص ماكميلان Macmillan (1977) في (العزة، 2002: 69) الدراسات التي أجريت في هذا المجال ووجد أن:

- معاناة الأطفال المعاقين عقليا من نقص في الإنتباه التمييزي بين المثيرات ويزيد هذا النقص بشكل واضح باختلاف شدة الإعاقة (متوسطة وشديدة).
- سوء استقبال المعلومات خلال مراحل التعلم والتذكر ومنه فإنه يتوجب على المعلم أن يقدم المعلومات بطريقة بسيطة وسهلة ومنظمة.
- تصنف الأشياء بطريقة خاطئة ويرجع ذلك إلى سوء استقبال التعليمات.
- التركيز على وجه المعلم بدل المعلومة المراد تعلمها.

5-1-2 الذاكرة:

إن الأطفال المعاقين عقليا أقل قدرة على استرجاع المعلومات مقارنة بالأطفال العاديين، حيث تشير الدراسات بأنه كلما زادت تعقد مهمة الذاكرة ازدادت معها صعوبة التذكر (البطائنة وآخرون، 2007). كما تذكر سهى أمين (1999) أن هؤلاء الأطفال يتميزون ببطء في التعلم وينسون ما يتعلمون بسرعة وهذا راجع إلى حفظهم المعلومات في الذاكرة قصيرة المدى.

على العموم فإن الطفل المعاق عقليا لديه ضعف عام في القدرة على تذكر الأسماء والموضوعات والأشكال الذي يرجع إلى ضعف استخدام الاستراتيجيات المناسبة للتذكر (كوافحة وعبد العزيز، 2010).

5-1-3 التصنيف:

الأطفال العاديون في سن المدرسة يكتسبون مهارة التصنيف بسرعة عكس الأطفال المعاقين عقليا الذين يواجهون صعوبة في تصنيف الأشياء وإيجاد العلاقة بين المواضيع (البطائنة وآخرون، 2007)

5-1-4 التفكير:

نمو التفكير لدى الأطفال المعاقين عقليا يتميز بالبطء والنمو بمعدلات قليلة نظرا لضعف نشاط الذاكرة وضعف استيعاب المعلومات وقصور في الحصيلة اللغوية ولا يتجاوز نمو التفكير لديه المرحلة الحسية

العيانية، وبالتالي فهو يعاني من ضعف القدرة العقلية بشكل عام وعدم استخدامه لاستراتيجيات حل المشكلات المناسبة، وبالتالي يكون تفكيره غير مناسب لحل مشكلة ما (مرسي، 1999).

5-1-5 التحصيل الأكاديمي:

يعاني الأطفال المعاقون عقليا صعوبات في القراءة والكتابة والحساب نظرا لارتباط هذه المهارات بالذكاء (البطائنة وآخرون، 2007)، كما أنهم يواجهون صعوبة في نقل أثر التعلم وتطبيق ما سبق تعلمه في مواقف جديدة أو مشابهة بسبب صعوبة إدراك أوجه الشبه والعلاقة بين المواقف المختلفة (القريطي، 2001).

5-1-6 بطء النمو العقلي

يذكر كمال مرسي (1999: 279) بأن: "الطفل العادي ينمو سنة عقلية كل سنة زمنية في مقابل الطفل المعاق عقليا الذي ينمو تسعة أشهر أو أقل كل سنة زمنية، وأعلى مستوى يصل له الطفل المعاق عقليا في سن النضج (18 سنة) هو عمر عقلي يوازي عمر عقلي لطفل عادي في سن العاشرة أو أقل من ذلك".

يلخص في الأخير أحمد قحطان الظاهر (2008) الخصائص المعرفية والعقلية للطفل المعاق عقليا في:

- نمو عقلي أقل من العادي.

- ضعف الذاكرة.

- ضعف الإنتباه.

- ضعف حل المشكلات.

- ضعف التفكير المجرد.

- ضعف القدرة على التعميم والتصنيف والتمييز والإدراك.

- ضعف التسلسل في ترتيب الأفكار.

- صعوبة تعلم القراءة والكتابة.

5-2 الخصائص اللغوية:

تنتج عن الإعاقة العقلية مجموعة من المشكلات من بينها المشكلات اللغوية، حيث نلاحظ عليهم فيما يشير إليه الظاهر (2008) بطء في النمو اللغوي، التأخر في النطق واكتساب قواعد اللغة، قلة المفردات

اللغوية بالإضافة إلى ذلك فهم يعانون من تأخر في الاستجابة للأصوات وقصور في الفهم والتقليد والمحاكاة وتميز كلامهم بعدم الإتساق واضطرابات النطق والصوت والكلام الطفولي. ترتبط اضطرابات النطق والكلام بدرجة الإعاقة العقلية، حيث تزيد بزيادة شدتها من بسيطة إلى متوسطة فشديدة وتضطرب تماما لدى أفراد الإعاقة العقلية الحادة (الشخص، 1997). يشير هالان وكوفمان Hallan et Kauffman (1982) في (البطائنة وآخرون، 2007: 147) إلى خصائص النمو اللغوي لدى الأطفال المعاقين عقليا:

- ارتباط شدة الإعاقة العقلية بالمشكلات اللغوية والكلامية.
- انتشار المشكلات اللغوية والكلامية لدى جميع أصناف الإعاقة العقلية.
- تشابه البناء اللغوي لدى الطفل العادي والطفل المعاق عقليا إلا أن لغة الطفل المعاق عقليا تتميز بالبدائية.

يوضح ميلر Miller (1981) في (البطائنة وآخرون، 2007: 147) إلى أن الأطفال المعاقين عقليا إعاقة بسيطة تتميز لغتهم بالضعف من ناحية المحتوى والتراكيب ويعانون من تأخر النطق. أما الأطفال المعاقين إعاقة متوسطة فاضطراباتهم أكثر حدة ولغتهم تتصف بالمنطقية. أما الإعاقة الشديدة فنموهم اللغوي محصور في إصدار الأصوات الغير مفهومة غالبا.

3-5 الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

يتميز الأطفال المعاقون عقليا بعدم الثبات وعدم الإتزان الانفعالي والعاطفي، حيث أن استجاباتهم تتميز بالاضطراب ويميلون إلى عدم الإكتراث واللامبالاة، ويتصفون كذلك بعدم تحمل الإحباط والقلق والفشل، كما أن اتجاهات الآخرين وطرق معاملتهم للأطفال المعاقين تزيد من حدة هذه المشكلات العاطفية (الكوافحة وعبد العزيز، 2010). ونظرا لتزايد وتراكم خبرات الفشل والإحباط فإن: " مفهوم الذات لدى الطفل المعاق عقليا ينخفض ويعزز مفهومه السلبي لذاته" (مرسي، 1999: 289).

تذكر علا عبد الباقي (2000: 90) أن: "الأطفال المعاقين عقليا يظهرون فقرا في سلوك التكيف الاجتماعي فتظهر عليهم أنماط سلوكية اجتماعية غير مناسبة كعدم تحمل المسؤولية والإنسحاب والعدوان وإيذاء الذات والعزلة وقلة الأصدقاء وتدني مستوى الدافعية".

أما السلوك العدواني فيرى سعيد دبب (1999) أنه ينتشر لدى المعاقين عقليا أكثر من العاديين وتزداد درجته كلما زادت شدة الإعاقة، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال المعاقين عقليا يميلون إلى الاحتفاظ بالسلوك العدواني لفترات زمنية طويلة.

ويذكر تيسير الكوافحة وعمر عبد العزيز (2010) أن أبرز أشكال العدوان لدى هذه الفئة من الأطفال العدوان اللفظي والجسمي والرمزي كتخريب الممتلكات وإيذاء الذات.

كما يتميز كذلك الأطفال المعاقون عقليا بالسلوك الفوضوي كالمشي في غرفة الصف دون إذن واللعب بأدوات الآخرين ورمي الأوراق على الأرض والكتابة على الجدران والطاولات وغيرها.

يشير رمضان القذافي (2001) إلى أن الأطفال المعاقين عقليا لديهم صعوبة في التكيف مع مختلف المواقف الاجتماعية ويعانون من اضطراب في التفاعل الاجتماعي وصعوبة تكوين علاقات صداقة وبناء علاقات اجتماعية لمدة طويلة.

4-5 الخصائص الجسمية:

بالإضافة إلى الاختلافات في الخصائص بين الأطفال المعاقين عقليا عن نظرائهم العاديين المعرفية واللغوية والاجتماعية والانفعالية فإنهم يختلفون كذلك من الناحية الجسمية، فنجدهم أقل طولا ووزنا ويختلفون في المهارات الحركية كالمشي والقفز والشد وعدم تناسق في حركاتهم، كما أثبتت الدراسات وجود عيوب جسمية قد تكون بصرية، سمعية، عيوب في الأسنان، عيوب في التنفس وتزداد بازدياد درجة الإعاقة العقلية ويشير جيلفورد Guilford في (الظاهر، 2007) إلى تميز هؤلاء الأطفال بالكسل والخمول وعدم الإنتباه.

6-مجالات تعديل السلوك لدى الأطفال المعاقين عقليا:

تتنوع أساليب تعديل السلوك للأطفال المعاقين عقليا بتنوع مجالات حياة هؤلاء الأطفال ومن أهم المجالات التي تحظى باهتمام المختصين بتعديل السلوك فيها نجد:

1-6 مجال الرعاية الشخصية:

يمس هذا المجال جانب المهارات التي تهتم بالرعاية الشخصية للطفل المعاق عقليا من قضاء الحاجة، الأكل، ارتداء الملابس، النظافة وغيرها، ويتم اللجوء إلى أساليب السلوك المختلفة كالتعزيز والنمجة والتسلسل والتشكيل (سليمان، 2006).

6-2 مجال التنبيه الذاتي:

تؤدي بعض السلوكيات التي يقوم بها الطفل إلى إيقاع الأذى به كالعض، ضرب الرأس، الخدش، وقضم الأضافر. وبذلك وجب التخلص منها وتعديلها عن طريق استخدام أساليب تعديل السلوك المناسبة لذلك كاستخدام العقاب بنوعيه السلبي والإيجابي، الإنطفاء، تكليف الطفل بأنشطة بديلة، العزل، كما يمكن استخدام أسلوب التعزيز في علاج بعض الحالات من خلال تعزيز السلوك المضاد الغير مرغوب فيه أو تقديم تعزيز في حالة الإمتناع عن السلوك الضار (سليمان، 2006).

6-3 مجال المشكلات في حجرة الدراسة:

أهم المشكلات التي تواجه المعلم في حجرة الدراسة مع الطفل المعاق عقليا نجد: الحديث مع الآخرين وتشتت الإنتباه وهي سلوكيات غير ضارة بالطفل، كما نجد سلوكيات غير مرغوبة كالعدوانية وفرط النشاط وبعض الاضطرابات السلوكية فمثلا لتعديل السلوك العدواني للطفل المعاق عقليا داخل حجرة الدراسة نستخدم أسلوب العقاب بأنواعه، وفي حالة أكل القمامة نستخدم أسلوب التصحيح الزائد عن طريق غسل الفم عدة مرات (الشناوي وعبد الرحمن، 1998).

6-4 مجال التحصيل الدراسي:

في هذا المجال يكون الاهتمام منصبا على مساعدة الأطفال على زيادة الإنتباه واكتساب المادة التعليمية وأكثر الأساليب استخداما هو التعزيز بنوعيه.

6-5 مجال اللغة والنطق:

من خصائص الطفل المعاق عقليا معاناته من اضطرابات النطق والكلام، وعليه كان الاهتمام ببناء وتطوير برامج التدريب على اللغة والنطق وتصحيح عيوب الكلام في مؤسسات التربية الخاصة أمرا ضروريا (الشناوي وعبد الرحمن، 1998).

6-6 مجال السلوك الإجتماعي:

يتم الاهتمام بهذا المجال لزيادة تواصل الأفراد فيما بينهم، فيتم تدريبهم على الحديث مع الآخرين، إلقاء التحية والرد والابتسام عند لقاء الآخرين، وكذلك مشاركة الآخرين في الأنشطة المختلفة (اللعبة، العمل...) وفي الغالب يتم استخدام أسلوب التعزيز (سليمان، 2006).

6-7 مجال سلوكيات العمل:

إن طريقة التعامل مع الآخرين داخل بيئة العمل وكيفية تأديته لعمله تؤثر على الفرد المعاق عقليا وعلى توافقه المهني، ولذلك فهم بحاجة إلى تدريب خاص حسب مؤهلاتهم وقدراتهم لكي يؤديوا عملهم بشكل صحيح مراعين بذلك السلامة الشخصية وسلامة الآخرين والتعامل وتقبل التعليمات وأفضل الأساليب ملائمة لهذا المجال أسلوب النمذجة والتشكيل والتسلسل (الشناوي وعبد الرحمن، 1998).

7- قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

إن تشخيص الإعاقة العقلية قد يكون سهلا في الحالات الباردة كمتلازمة داون التي يمكن تشخيصها مباشرة بعد الولادة أو حالات الإعاقة الشديدة حيث تظهر الأعراض واضحة من خلال السلوك الملاحظ، كما قد يكون التشخيص صعبا في حالات الإعاقة البسيطة حيث أنه كلما كانت الإعاقة العقلية شديدة كلما كان التشخيص أسهل، كذلك بمساعدة الأسرة من خلال عرض الطفل للتشخيص، وغالبا ما يتم التشخيص خلال مرحلة الروضة أو المدرسة أين يظهر التأخر مقارنة بالأقران (Juhel, 2007) وعموما فإن التشخيص يعتمد على عدة محكات أهمها:

7-1 الفحص الطبي:

يتم من خلال كتابة تقرير من طرف طبيب الأطفال عن الحالة المرضية للطفل: مثل تاريخ الإعاقة وظروف الحمل والولادة وفحص الغدد والحواس وعن تعرض الأم لأشعة إكس وعن الحوادث.

7-2 الفحص النفسي:

يتم عن طريق اختبارات الذكاء والشخصية كإختبار ستانفورد بينيه وإختبار وكسلر أو

k-abc

7-2-1 إختبار وكسلر للأطفال

مقياس وكسلر للأطفال (Wechsler Intelligence Scale for children (WISC

يهدف المقياس إلى قياس القدرة العقلية العامة للذكاء في سن المدرسة، ويمكن الاستفادة منه في العديد من الأغراض التربوية والإرشادية، كما يستخدم في أغراض تشخيصية خصوصا في تشخيص الإعاقة العقلية.

7-2-2 بطارية كوفمان للقدرات عند الطفل (Kaufman assessment battery for children) : k-abc

عبارة عن اختبار ذكاء ظهر لأول مرة سنة (1983) بالولايات المتحدة الأمريكية وضعت من قبل آلان كوفمان وزوجته نادين كوفمان، يطبق بشكل فردي على الأطفال بين سنتين ونصف والإثنتي عشر سنة ونصف وتهدف البطارية الى دراسة أهم القدرات المعرفية عنده مثل: الذاكرة، الإدراك والانتباه... الخ يستغرق اجرائه (45) دقيقة للأطفال بالحضانة وحوالي (75) دقيقة للأطفال الآخرين (بوفولة، 2009). كما يمكن اعتماد مقياس جود انف-هاريس للرسم وهو اختبار أدائي غير لفظي.

7-3 الفحص التربوي:

يقوم به أخصائي التربية الذي يكتب تقريراً حول الأطفال الذين هم بحاجة إلى تربية خاصة من خلال ملاحظته ومتابعته بشكل متواصل ومن المقاييس المستخدمة لهذا الغرض مقياس المهارات اللغوية، ومقياس مهارات القدرة اللغوية، ومقياس مهارات القدرة العددية للأطفال المعاقين عقلياً، ومقاييس مهارات القراءة والكتابة للمعاقين عقلياً.

7-4 دراسة الحالة الإجتماعية :

إن مؤلفي الطبقات الأخيرة من (DSM-IV) يصرون على ضرورة أخذ المعالج النفسي أو المختص النفسي بعين الاعتبار المحتوى الإجتماعي والعرق والثقافي للفرد المقبل على التشخيص (Mercier et al, 1999: 12)

تساعد الحالة الإجتماعية للطفل على عملية التشخيص كون أن العديد من حالات الإعاقة العقلية ترجع إلى الظروف الإجتماعية والإقتصادية والثقافية المتدنية للأسرة.

من المقاييس المساعدة على التشخيص نجد مقياس فاينلاند للنضج الإجتماعي، ومقياس كين وليفن للكفاية الإجتماعية، ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.

لأجل التشخيص الدقيق للإعاقة العقلية وجب الإعتماد على جميع هذه المحكات الطبية والنفسية والتربوية والإجتماعية لأخذ صورة شاملة حول الإعاقة العقلية وأسبابها لوضع البرنامج العلاجي المناسب لها(الظاهر، 2008).

8-علاج الإعاقة العقلية:

إن الإعاقة العقلية تمس (2-3%) من السكان وتمس الذكور أكثر من الإناث بمعدل ذكرين مقابل أنثى (20: Marcelli&Cohen, 2012)، لذلك كان لزاماً الإهتمام بهم وتوفير العلاج الضروري لهم. حيث يكمن الهدف الأساسي من العلاج في تنمية قدرات الطفل ومساعدته على استغلال إمكاناته وطاقاته إلى

أقصى حد ممكن والوصول به إلى الاستقلالية، كذلك يهدف إلى دمج المعاقين عقليا في مجتمعهم وفي المحيط الذي يعيشون فيه.

وفيما يلي نذكر أهم التدخلات العلاجية مع الأطفال المعاقين عقليا المستخدمة مع الطفل ومع أسرته.

8-1 العلاج الطبي:

إن حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن سوء التغذية أو الإصابة بالأمراض المعدية أو اضطرابات الغدد الصماء يمكن للتدخل الطبي أن يقلل أو يساعد على تجنب تدهور الحالة، وذلك من خلال التعويض عن الهرمونات الناقصة كما في حالات القصور، أو عن طريق التدخل الجراحي كحالة الإستسقاء الدماغي، أو نقل الدم كما في حالات اختلاف الريزيس، أو إعطاء أدوية مهدئة للاضطرابات الحركية (الخليدي ووهبي، 1997).

كما قد يتمثل العلاج الطبي للإعاقة العقلية في وصف نظام غذائي معين كحالات البول الفينيل كيتوني، كما تحتاج بعض الحالات إلى المتابعة الطبية نظرا لمصاحبته ببعض الأمراض الجسمية كالعقور البصري أو السمعى أو نوبات الصرع.

8-2 العلاج النفسي:

يتم من خلال توفير برامج العلاج النفسي للتخفيف أو الحد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الناتجة عن الإعاقة العقلية والتي قد يكون منبعها أفراد الأسرة والمجتمع المحيط بالطفل واتجاهاتهم السلبية نحوه، وهذه البرامج توجه كذلك للوالدين لمساعدتهم على تقبل وضعية الطفل المرضية وفهم حاجات الطفل النفسية من حنان ورعاية فشعور الطفل بالتقبل من طرف الأسرة والمجتمع يسمح له بالنمو النفسي الصحي ويساعد على توافقه النفسي (الخليدي ووهبي، 1997).

8-3 العلاج الإجتماعي:

يسعى العلاج الإجتماعي إلى تقبل الطفل المعاق لحالته وتقبل المجتمع له كفرد منه، كما يهدف أيضا إلى تنشئة الطفل المعاق عقليا وتنمية قدراته وطاقاته لتعلم مهارات الحياة اليومية والإجتماعية التي تمكنه من الاستقلالية والاندماج والتعامل السليم مع عادات وتقاليد المجتمع الذي ينتمي إليه.

8-4 العلاج السلوكي:

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل السلوكيات الغير مرغوبة وتصحيحها والخفض من حدتها، كما يهدف أيضا إلى اكساب سلوكيات جديدة وتعزيز السلوكيات المرغوب فيها

ويعتمد هذا العلاج على فنيات تعديل السلوك وهذا النوع من العلاج لا يحتاج إلى قدرات لغوية أو لفظية لذا فهو الأنسب مع هذه الفئة.

8-5 العلاج التربوي:

يشمل البرامج التربوية التي تعمل على استثمار قدرات وإمكانات الطفل المعاق عقليا عن طريق تنميتها خاصة المهارات الأكاديمية التي تساعدهم على التعليم المهني حتى يتمكن من الإعتماد على نفسه. هذا العلاج يكون بشكل فردي من خلال تحديد مستوى الأداء ثم وضع خطة علاجية تربوية ثم تحديد الأهداف المطلوبة مع الأخذ بعين الاعتبار أسس التدريس التي تتماشى وقدراتهم أي الانتقال من السهل إلى الصعب ومن المحسوس إلى المجرد ثم التقويم النهائي (الظاهر، 2008).

8-6 العلاج التصحيحي:

يتم من خلال تصحيح بعض العيوب الخلقية والتشوهات الجسمية التي من شأنها أن تؤثر سلبا على تقدير الطفل المعاق عقليا لذاته والتي تزيد من مشكلاته النفسية والاجتماعية كالإنعزال. يهدف هذا النوع من العلاج إلى تحسين المظهر الخارجي للجسم لمساعدة الطفل على زيادة ثقته بنفسه وتجاوز مشكلاته النفسية والاجتماعية (عبد الباقي، 2000).

الدرس السادس: اضطراب طيف التوحد

عناصر الدرس

- 1- تعريفه
- 2- الأعراض
- 3- العوامل والأسباب
- 4- عملية التشخيص
- 5- المعايير التشخيصية حسب DSM-5
- 6- الكشف والتدخل المبكر
- 7- العلاج

اضطراب طيف التوحد

1- تعريفه

كلمة توحد "autisme" كلمة مشتقة من الأصل اليوناني aut وتعني النفس، ism وتعني الانغلاق. عرفه ليو كانر Leo kanner المختص بالطب النفسي للأطفال، وهو أول من اختص بدراسة مظاهر التوحد، وأطلق عليه اسم التوحد الطفولي المبكر عام 1943، وعرفه: "بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في أكثر من المظاهر الآتية: صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين، انخفاض في مستوى الذكاء، العزلة، الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون، تكرارية الحركات، اضطرابات في المظاهر الحسية، اضطراب في اللغة، ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية. (مجيد، 2010: 24)

عرفه قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين idea على أنه: "إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل الاجتماعي، وتظهر قبل سن 3 سنوات، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي... وجود سلوكيات نمطية متكررة.... لا يتقبل التغيير....ردود فعله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية" (مصطفى والشرييني، 2011: 26)

كما عرفه هولين 1995 houlin "مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، وتصاحب ذلك نزعة انسحابية، انطوائية، وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل، كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمسة عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية، أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه، وأصبح الطفل منغلقا على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية، غير هادفة لفترة طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص" (مصطفى والشرييني، 2011: 28)

2- الأعراض

يمكن تحديد أعراض التوحد في قصور نمائية ثمانية هي:

- 1- القصور الحسي: عدم القدرة على الاستجابة للمثيرات الخارجية.
- 2- العزلة العاطفية (البرود الانفعالي): صعوبة إبداء عاطفة نحو الآخرين
- 3- نوبات الغضب: سلوك عدواني نحو الذات والآخرين والأثاث.
- 4- الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر: تكرار أداء حركات معينة كهز الرجل، النظر لساعات نحو مصدر الضوء، تكرار الصوت... الخ.

5- القصور اللغوي والعجز عن التواصل: عدم الاستجابة للأصوات

6- التفكير الاجتراري المنكب على الذات

7- قصور في السلوك التوافقي:عجز عن القيام بالأنماط العادية من السلوك التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون في مثل سنه ومستواه الاقتصادي والاجتماعي.

8- الأفعال القسرية والطقوس النمطية: مقاومة التغيير(ابراهيم، 2004: 30-32)

3- العوامل والأسباب

لا يوجد لحد الساعة أسباب واضحة لحدوث اضطراب التوحد إلا أن هناك بعض العوامل التي ترجح أن تكون قد أدت لحدوثه وهي كالاتي:

- **العوامل الجينية:** يرجع إلى وجود خلل وراثي أو عامل جيني ذو تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب حيث تزداد نسبة الإصابة عند التوائم.
- **العوامل المناعية:** وجود خلل في الجهاز المناعي
- **العوامل العصبية:** مثل زيادة في حجم الفص القفوي والجداري، حيث أظهر الفحص العصبي لأطفال التوحد لوجود انخفاض في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة، أما بقية الأعراض فهي نتيجة اضطراب في الفص الأمامي.
- **عوامل كيميائية حيوية:** كارتفاع مادة حمض الهوموفانيليك في السائل النخاعي، وهي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يؤدي إلى احتمال ارتفاع الدوبامين في المخ، ارتفاع مستوى السيروتونين.
- **التلوث البيئي:** التلوث ببعض الكيمائيات كارتفاع تركيز الهواء المملوء بالزئبق
- **العقاقير:** التطعيمات واللقاحات
- **الخمور والمخدرات:** مثل الإيثانول ethanol
- **التدخين:** ارتباط التدخين الأمومي أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد
- **إصابة الأم بالأمراض المعدية** (مصطفى والشربيني، 2011: 24-26)
- **العوامل النفسية والأسرية:** طريقة تربية الأبناء، تعامل الأسرة مع الطفل، افتقاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه، غياب الاستثارة والنبذ، اضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية.(ابراهيم، 2004: 33)

4- عملية التشخيص

تنقسم عملية التشخيص إلى ثلاث مراحل:

- الإعداد لعملية التشخيص: قبل عملية التشخيص، وتكون من خلال جمع المعلومات عن طريق دراسة الحالة وموافقة الأهل، وتحديد الاختبارات المناسبة.
- تلقي المعلومات : عقد مقابلات تشخيصية، وتصحيح الاختبار، وتنظيم نتائجه، كما تتضمن مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.
- معالجة المعلومات: وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات وتفسيرها(مصطفى والشربيني، 2011: 111)
- وعملية التشخيص تتطلب تعاون فريق من الأطباء والاختصاصيين النفسانيين والاجتماعيين، وأخصائيي التخاطب والتحليل الطبية وغيرها، ومن بين مقاييس التوحد:
- Cars: مقياس تقدير التوحد الطفولي.
- Ados: جدول الملاحظات التشخيصية.
- Pep-r: قائمة سكوبلر المعدلة.
- Chat: قائمة التوحد للأطفال دون السنتين (مصطفى والشربيني، 2011: 153-157)

5- المعايير التشخيصية حسب DSM-5

- حسب DSM-5 يصنف طيف التوحد ضمن اضطرابات النمو العصبية ومعايير التشخيص هي:
- A- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة في الفترة الراهنة، أو من خلال التاريخ السابق، وذلك من خلال ما يلي:**
- 1- عجز في التبادل أو المعاملة الاجتماعية والعاطفية تتراوح ما بين الأسلوب الاجتماعي الغريب مع فشل في الأخذ والرد في المحادثة إلى تنن في المشاركة بالاهتمامات والعواطف أو الانفعالات يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.
 - 2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي والتي تتراوح من ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي إلى ضعف في التواصل البصري، وضعف لغة الجسد، أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات إلى انعدام تام لتعبير الوجه والتواصل غير اللفظي.
 - 3- العجز في فهم وتطوير العلاقات والحفاظ عليها، ويتراوح ذلك من صعوبات في تكيف السلوك مع السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي أو تكوين صداقات وغياب الاهتمام بالأقران.
- B- أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات أو الأنشطة، وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل في الفترة الراهنة، أو كما ثبت عن طريق التاريخ:**
- 1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام (أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب، تقليب الأشياء، الصدى اللفظي)

2- الإصرار على الرتابة، والجمود، وعدم المرونة في الالتزام بروتين معين، أو أنماط شكلية من السلوك اللفظي أو غير اللفظي (الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغير وأنماط التفكير الجامدة، وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم.

3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة، والتركيز على اهتمامات غير طبيعية في كثافتها أو تركيزها (الانشغال بأشياء غير عادية، التعلق الشديد بالأشياء)

4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو المدخلات الحسية، أو الاهتمام غير العادي بالجوانب الحسية من البيئة (عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية للأصوات، الإفراط في شم أو لمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو

D- تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي، والمهني الحالي، أو غيرها من المناحي المهمة

E- لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية أو تأخر النمو الشامل. (DSM-5، تر: الحمادي، د-ت: 28-29)

6- **الكشف والتدخل المبكر:** يبدأ الاضطراب عادة قبل اكتمال العام الثالث من العمر، وفي الغالب يصعب تحديد السن الذي بدأ فيه إذا لم يكن هؤلاء الذين يقومون برعاية الطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن مظاهر النمو اللغوي، والاجتماعي لدى الطفل في أشهره وسنواته المبكرة. (القمش، 2011: 231)

7- التكفل والعلاج

1- العلاج الطبي:

• **العلاج الدوائي:** لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج اضطراب التوحد، ولكن هناك عقاقير تستخدم لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط النشاط الحركي، الانسحاب، التملل، سرعة الاستثارة، تقلب الوجدان (ابراهيم، 2004: 72).

• **العلاج الهرموني والغذائي:** عن طريق استخدام هرمون السكرتين secrtin حيث وجد أن زيادة إفراز هذا الهرمون تؤدي إلى تحسن من الناحية اللغوية والاجتماعية في بعض حالات التوحد. استخدام الغذاء عن طريق إتباع نظام غذائي معين، كالامتناع عن تناول القمح، والشعير، والشوفان، وتناول البطاطس، والأرز، واللحوم، وإضافة الفيتامينات، والكلسيوم، والامتناع عن

تناول الأغذية التي تحتوي على الكازيين، وقد أدت النتائج إلى نسبة تحسن تصل إلى 80%

خلال فترة زمنية لا تزيد عن 6 أشهر (ابراهيم، 2004 : 76)

2- العلاج السلوكي من أفضل العلاجات النفسية، وهو يعتمد على طرائق تعديل السلوك سواء في

البيت أو المراكز الخاصة بالتوحد، وذلك بالاعتماد على عدة فنيات كالتعزيز، الإشراف الإجرائي،

العقاب، وثبت فعالية هذه الفنيات في إكساب الطفل بعض المهارات الاجتماعية، ومهارات

التواصل، رعاية الذات، المهارات المعرفية. (ابراهيم، 2004 : 77)

3- العلاج السلوكي الحديث وجه جديد لعلاج قديم يقوم على تحليل السلوك العياني، ثم القيام بإجراء

عملي لتعديل هذا السلوك في اتجاه زيادة النمو أو كف معوقات النمو:

ABA: يقوم على أساس تسجيل دقيق للدافع والاستجابات المرتبطة بسلوك ما، ثم عمل تغذية

راجعة مباشرة، وجدول مكثف للتعزيز، وتجميع البيانات، ثم إجراء محاولات منظمة لبناء السلوك

المرغوب وصولاً إلى صيغة عالية البناء التنظيمي تتلاءم مع الاحتياجات الفردية للأطفال

التوحيدين.

4- العلاج بالفن: يقوم على أساس استغلال الفن الذي يجذب انتباه الطفل، ويحفزهم على المشاركة

في تنمية المهارات الأساسية، واستخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات

هدف واضح للأطفال التوحيدين مع أقرانهم وأفراد أسرهم.

5- العلاج بالموسيقى: حيث تعتبر الموسيقى أداة تفاعلية تسهل بدء التفاعل الاجتماعي بين الطفل

التوحيدي والآخرين.

6- العلاج اللغوي: تعليم الطفل طرق استخدام اللغة الصحيحة للتعبير عن معنى معين.

7- العلاج باللعب: باعتباره نشاط مميزاً يمكن أن يكون مفيداً في الدخول إلى عالم الطفل التوحيدي

8- العلاج الحركي: يهدف إلى إكساب الطفل بعض المهارات وتخفيض بعض السلوكيات الشاذة

كالتوتر، النفور من الملامسة، مقاومة مدرس الفصل

9- العلاج البيئي: خفض كمية المثيرات التي يتعرض لها الأفراد التوحيدين يمكن أن تؤدي إلى خفض أعراض

التوحد (ابراهيم، 2004 : 78-132)

برامج التدخل العلاجي والتأهيلي:

تشمل البرامج العلاجية التعليمية المدرسية والمنزلية، بقصد التعامل مع حالات التوحد فردياً وجماعياً، من أجل تعليم الطفل وإعداده لمهنة مناسبة لقدراته، ورعايته ذاتياً، ومساندة أسرته وإشراكها في العلاج من أشهر هذه البرامج:

- برنامج لوفاس LOVAAS برنامج التحليل السلوكي، يقوم على فكرة التدخل السلوكي من خلال منهج تحليل السلوك التطبيقي ABA، وهو يركز على السلوك الحالي والوضع الراهن للطفل، ولا يهتم بتاريخ الحالة أو أسبابها. (بطرس، 2011: 321)
- برنامج تيتش TEACCH يهدف إلى علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، وهي طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة، أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل، مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد (5-7) أطفال مقابل مدرسة واحدة. (بطرس، 2011: 309)

المحور الثاني: الاضطرابات الأدائية

الدرس السابع: اضطراب الجانبيه

عناصر الدرس

- 1- مفهوم الجانبيه
- 2- نسبة الانتشار
- 3- أسباب اضطراب الجانبيه
- 4- مظاهر اضطراب الجانبيه
- 5- مراحل تطور الجانبيه (التطور العصبي الحركي)
- 6- الأعراض
- 7- العلاج

اضطراب الجانبية

1- مفهوم الجانبية

تعرف الجانبية في قاموس علم النفس بأنها: "هيمنة وظيفية لجهة من الجسم الإنساني على الجهة الأخرى، وتظهر بالخصوص في تفضيل الفرد استخدام واختياره لعين أو أي عضو آخر دون الأخرى لأداء عمليات تتطلب نوعاً من التحديد أو التركيز" (sillamy,2004 :156) كما تعرف أنها: "تفضيل استعمال لأحد الأجزاء المتناظرة من الجسم سواء كانت عين، أذن، يد، رجل" (rigal,1985 :461).

تعرف أيضاً أنها السيطرة العاملة لجهة من الجسم، هذه السيطرة تنشأ عند الولد أفضلية في استعمال جهة واحدة من جسمه، جهة اليمين أو اليسار. هناك سيطرة جانبية على أربعة أعضاء في الجسد: اليد، العين، الأذن، الرجل، وتكتمل السيطرة الجانبية مع النمو الجسدي وتتلور في عمر 6 أو 7 سنوات، وهي تظهر بطرق مختلفة كالشخص اليميني (droitier)، الأيسر (gaucher)، أو شخص يستخدم يديه الالنتين وهي نادرة الحدوث (ambidextre). (بيطار، دت: 97)

2- نسبة الانتشار

تختلف نسبة انتشار الجانبية بين الذكور والإناث حيث نجد أن عدد الذكور اليساريين يفوق الإناث فنجد نسبة :

- 10% يساريين

- 70% يمينيين

- 9% غير مؤكدة

- 8% جانبية مزدوجة.

3- الأسباب

هناك العديد من الاتجاهات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب منها الاتجاه التشريحي القائم على الهيمنة الهمسفيرية، والاتجاه النفسي التحليلي، بالإضافة إلى الاتجاه الاجتماعي القائم على تميمين والتفضيل الاجتماعي للجهة اليمنى على اليسرى. (sillamy,2004 :156)

ويمكن إرجاع هذه الأسباب إلى 3 أقسام نوجزها فيما يلي:

- نورولوجية: قد يكون الطفل أيمن الرجل وأيسر اليد.
- اجتماعية: مثلا الطفل أعسر لكن المحيط يتطلب ويفرض استخدام اليمين فالطفل هنا مرغم على استخدام اليد اليمنى لأجل الأكل والكتابة .. الخ.
- نفسية: صعوبات في توحيد جسده، إدراك خاطئ لجسده مع إحساس بعدم التوازن الدائم، صعوبة في إدراك المحور العمودي.

إن اضطرابات الجانبية مرتبطة بتوزيع سيئ للوظائف بين الهمسفيرين الأيمن والأيسر، الذي قد يؤدي إلى عسر القراءة، والأعراض يمكن ملاحظتها على الطفل من خلال: عدم قدرته على اختبار يده المهيمنة، يقوم بتنفيذ تمارين الدقة بيده اليمنى وتمارين القوة بيده اليسرى، يكتب باليمين ويرمي الكرة برجله اليسرى، كما أن الجانبية غير المتجانسة تظهر من خلال اختيار الطفل ليده أو رجله المهيمنة لكنه ليس متأكد من معرفة جهة اليمين أو جهة اليسار، والأطفال معسري القراءة 30%-50% منهم هم عسراويين أو سيئي الجانبية، ليس دائما الطفل الأعسر يعاني من عسر القراءة ولكن يمكن أن يظهر عليه بعض المشاكل: صعوبات التعرف على اليمين واليسار، الطفل لم يكتسب معنى الرسوم البيانية، يكتب الحروف والأرقام بشكل المرآة (بالمقلوب). (TPE sur la latéralisation)

مظاهر الجانبية

تتكون الجانبية من ثلاث مظاهر أساسية: جانبية الاستعمال، جانبية الأداء، والجانبية النورولوجية.

- **جانبية الاستعمال (latéralité d'usage)** تدرس السلوك اليدي في الأفعال اليومية ويتم تقييمها عن طريق المقابلة والملاحظة للأفعال الواقعية أو الحركات الإيمائية كتقليد الطفل للأشخاص مثلا (dailly & moscato,1984 :103) بالإضافة إلى استخدام الاستبيانات مثل: Bloede, hallgen hécaen et ajuriaguerra,1963 وهو استبيان يتكون من 20 سؤال حول: الكتابة، الرسم، رمي الكرة، لعب بينغ بونغ، استخدام المقص، الأكل بالملعقة، بري قلم باستخدام السكين، الضرب بالمطرقة، استخدام مفك البراغي، الأكل بالشوكة والسكين،

حمل الحقيبة الأكثر ثقلاً من بين وجود اثنتين، مسك المكنسة، إدارة المفتاح في القفل، استخدام عود الثقاب، إدخال الخيط في الإبرة، استخدام فرشاة الأسنان، مشط الشعر، توزيع أوراق اللعب، بالإضافة إلى كل هذه الأسئلة يضاف عدة أعمال تتعلق بالرجل والعين لأخذ صورة كاملة عن جانبية الاستعمال كما يمكن الطلب من الطفل تقليد فعل معين حسب السؤال المطروح (dailly & moscato,1984 :104)

• **الجانبية الوظيفية (latéralité fonctionnelle)** : تدرس السلوك اليدوي في وضعيات نمطية غير يومية يتم تقييمها عن طريق البطاريات والاختبارات مثل بطارية اختبار الهيمنة الجانبية المعدة من طرف (N.galifret-gragon & zazzo) تتكون من 6 اختبارات موجهة للأطفال من سن (6-14) سنة اختبارين منها خاص بالهيمنة اليدوية، واختبارين يتعلقان بالعين، واختبارين خاصين بالأطراف السفلية (dailly & moscato,1984 :111)، والتحليل المقارن للإمكانيات الحركية للأيدي ل M.Stambak.

• **الجانبية النورولوجية (latéralité neurologique)** تحدد بدراسة قطعية مقارنة (segmentaire) للعضلات العميقة ووتيرة العمل والمتابعة الحركية (tonus de fond,) (dailly & moscato,1984 :104). (tonus d'action, contrôle moteur)

4- مراحل تطور الجانبية (التطور العصبي الحركي)

- **السيطرة اليدوية:** يمكن التنبؤ باستعداد الطفل للجانبية خلال مرحلة الحمل (وضعيته في الفترة الجنينية)، فالطفل حديث الولادة عند وضعه على ظهره سيدير رأسه جهة الوضعية المفضلة لديه اليمين أو اليسار؛ من 6 أسابيع إلى 4 أشهر نلاحظ تكرار قوة ثنائية لتناظر اليدين (إشارة تحفز التقاء اليدين التي تكون مشتركة مع حركة العين).

من 5 إلى 6 أشهر: تناسق اليد مع العين.

من 6 إلى 8 أشهر: الحصول على أشياء مختلفة لكل يد على حدى.

من 9 إلى 12 شهرا يظهر تناسق اليدين (اليد المسيطرة ترتبط بالأعمال الصعبة والجديدة).

- يتكون مفهوم الجانبية ببطء شديد وله أهمية بالغة في تعلم الطفل العشريات، وتمييز وضعية الأعداد، القراءة، الحروف ويمر بأربعة مراحل:

• 3-4 سنوات الطفل يعرف (يمين، يسار).

- حدود السنة الثامنة يعرف يمين يسار بالنسبة له.
- حدود السنة الحادية عشر قادر على تحديد جانب الشيء (يمينه ويساره).
- حدود السنة الثانية عشر يفهم بوضوح العلاقات التي تربط الأشياء ببعضها مهما كانت أوضاعها (دبراسو، 2014: 94).

5- الأعراض

نقل الأشياء كالأقلام من يد إلى الأخرى أثناء الكتابة.
استخدام الجهة غير المسيطرة ينتج عنه: ضغط نفسي، انزعاج دائم، عدم التمكن من السيطرة على القلم. (دبراسو، 2014: 97).

عدم التمييز بين الجهتين ولا يفضل جهة على أخرى.

كتابة الأرقام والحروف بشكل خاطئ.

صعوبات في اللغة الشفهية والمكتوبة، خلط مكاني-زمني، ضعف التحصيل في الرياضيات والمنطق، مشاكل في الانتباه، الفهم، الاتصال والعلاقات، بطء ونقص التوتر العضلي، عدم الثبات، نقص الدافعية، قلق، أرق ليلي. (Le trouble de la latéralité)

6- العلاج

العلاج يخفض من حدة الاضطراب إلى 80%.

إن تعلم الاتجاهات يساعده على عدم كتابة الأرقام والحروف بالشكل الخاطئ (6-9) (ب-ت) ومن بين التمارين:

- وضع الكرة في الأعلى، تحت، فوق.

- المشي بخطوات كبيرة وصغيرة.

- الجلوس داخل دائرة.

ومن بين التمارين التي تساعد الطفل على إدراك اليمين واليسار:

- نضع قلم رصاص في يده اليمنى، ومسطرة في يده اليسرى، ثم نخبره أن يدك اليمنى بها قلم رصاص، ويدك اليسرى بها مسطرة؛

- نطلب من الكفل تنفيذ مجموعة من التوجيهات كرفع اليد اليمنى التي بها قلم الرصاص، وخفض اليد اليسرى التي بها المسطرة.

- نسحب منه القلم والمسطرة، ثم نطلب منه لمس الأرض باليد اليمنى، ولمس اللوح بيده اليسرى.

- نطلب منه أن يجلس يمين خالد... يضع يده فوق الطاولة... الخ (دبراسو، 2014: 144-145).

الدرس الثامن: فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه

عناصر الدرس

1-تعريفه

2-تصنيفه

3- تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة

4-الأسباب

5-النظريات المفسرة لاضطراب فرط الحركة/الاندفاعية ونقص الانتباه

6-التدخل العلاجي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد

فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه

1- تعريفه

"نشاط جسمي وحركي لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالبا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية" (القمش والمعايطة، 2009: 190)

كما عرفه فتحي الزيات بأن: "النشاط الزائد يتمثل في قيام الطفل بنشاط حركي مفرط دون هدف في الغالب، كما يكون مصحوبا بقصر سعة الانتباه لدى الطفل وسهولة تشتته، ولهذا يتسم السلوك بسرعة الغضب والانفعال" (عبد ربه، 2014: 15)

من خلال هذا التعريف يظهر لنا أن فرط الحركة يرتبط ارتباطا وثيقا بنقص الانتباه الذي يعرف بأنه "عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات" (القمش وعبد الرحمن، 2009: 190).

2- تصنيفه

يصنف فرط الحركة حسب DSM-5 إلى ثلاثة أنماط هي:

- النمط الذي يسود فيه نقص الانتباه **inattentive type** : وفيه يسود نقص الانتباه بشكل أكبر من سلوك فرط النشاط الحركي والاندفاع.
- النمط الذي تسود فيه الحركة المفرطة **hyperactive type**: عكس النمط الأول، يسود فيه فرط الحركة والاندفاع أكثر من نقص الانتباه.
- النمط المشترك **combined type**: وفيه يظهر لدى الطفل الأنماط الثلاثة: نقص الانتباه، فرط الحركة، الاندفاع. (عودة والفقيري، د-ت : 120).

3- تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة

المعايير التشخيصية حسب DSM-5 هي:

أ- نمط مستمر من عدم الانتباه أو فرط الحركة- الاندفاعية يتداخل مع الأداء كما هو مبين في (1) و(2):

(1)- عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية أو أكثر تستمر لسته أشهر على الأقل بدرجة لا تتوافق مع مستوى النمو والتي تؤثر سلبا على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية والمهنية بالنسبة للمراهقين، يلزم خمسة أعراض على الأقل للأفراد 17 سنة فما فوق.

a- غالبا ما يفشل في إعطاء الانتباه الشديد للتفاصيل أو يرتكب الأخطاء دون مبالاة للواجبات المدرسية أو العمل أو النشاطات الأخرى.

- b- غالبا ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلا صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات أو المحادثات).
- c- غالبا ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة.
- d- غالبا لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العلمية.
- e- غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (صعوبة في إدارة المهام المتتابة مثلا، فوضوي، الفشل في الالتزام بالمواعيد المحددة)
- f- غالبا ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهدا عقليا متواصلا.
- g- غالبا ما يضيع أغراضا ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية، الأقلام، الكتب، الهواتف النقالة)
- h- غالبا ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي
- i- كثير النسيان في الأنشطة اليومية.
- (2)- فرط الحركة/الاندفاعية ستة أعراض من الأعراض التالية تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر (البالغين أكبر من 17 سنة خمسة أعراض)
- a- غالبا ما يبدي حركات تمللم في اليدين أو القدمين أو يتلوى في الكرسي.
- b- غالبا ما يغادر مقعده في الحالات التي ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده.
- c- غالبا ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (عند البالغين الشعور بالانزعاج).
- d- غالبا ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.
- e- غالبا ما يكون متحفزا أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك.
- f- غالبا ما يتحدث بإفراط.
- g- غالبا ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة
- h- غالبا ما يجد صعوبة في انتظار دوره.
- i- غالبا ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم.
- ب-وجود بعض أعراض فرط الحركة/الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل سن 12 سنة
- ت-وجود بعض أعراض فرط الحركة/الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (المدرسة، العمل، الأقارب...الخ)
- ث-يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض/ أو إنقاصها لجودة الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

ج- لا تحدث الأعراض حصرا في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (اضطراب المزاج، القلق، الشخصية، التسمم من مادة ما).

ملاحظة

- نتكلم عن النمط المشترك إذا تحقق المعيار (1) و(2) لمدة ستة أشهر.
- نتكلم عن النمط اللانتهاب إذا تحقق المعيار (1) ولم يتحقق المعيار(2) في ستة أشهر الماضية.
- نتكلم عن نمط فرط الحركة/الاندفاعية إذا تحقق المعيار (2) ولم يتحقق المعيار(1) في ستة أشهر الماضية. (DSM-5، تر: الحمادي، د-ت: 31-33)
- يمس 5% من الأطفال و 2.5% من البالغين

4- الأسباب

يرجع هذا الاضطراب إلى عدة عوامل: وراثية بيولوجية، نفسية، اجتماعية، بيئية.

أ- العوامل الوراثية أو الاستعداد الجيني: إذ تؤثر الوراثة بنسبة 50% في معاناة الأفراد من هذا الاضطراب، وحوالي 10% من آباء الأطفال مفرطي الحركة كانوا هم أيضا كذلك، كما يزيد معدل انتشاره لدى التوائم عنه لدى غير التوائم، ويزيد أكثر بين التوائم المتشابهة.

ب-العوامل الاجتماعية: كالنظام التعليمي في الصف (عدد التلاميذ في القسم)، كما أن نمط التوقعات الوالدية والاجتماعية، ونمط التربية، وتساهل البيئة هي الأخرى من أهم الأسباب كالمشاكل الأسرية، أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض والإهمال واللامبالاة والعقاب والنقد طبيعة العلاقة بين الوالدين والطفل فقدان المناخ الأسري السوي تؤدي بالطفل إلى إصابته بالاضطراب.

ت-البيئة المدرسية: فتور العلاقة بين المعلم والطفل، عدم ملائمة أسلوب الدرس.

ث-عوامل بيئية: الصعوبات التي تواجه الأم أثناء الحمل والتعرض لها قبل الولادة، الولادة المبكرة، انخفاض وزن الطفل، زيادة معدل الرصاص في الجسم، التعرض إلى إصابات بعد الولادة في المخ، تعرض الطفل للأمراض، تناول الحلويات بكثرة والخضر والفواكه الملوثة بالمبيدات تؤدي إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط بالإضافة إلى قلة النوم عند الطفل على المدى الطويل، التسمم، سوء التغذية.

ج- عوامل تتعلق بالتغذية كتأثير الأطعمة على السلوك.(غزال وأحمد، 2014: 23-40).

5- النظريات المفسرة لاضطراب فرط الحركة/الاندفاعية ونقص الانتباه

1- نظرية التحليل النفسي: السلوك المشكل هو مخزون للطاقة النفسية والعواطف البدائية التي تبحث عن المتعة التي يعبر عنها في حدود الميكانيزمات التي يستخدمها العقل في التحكم وحاجات

البيئة، وترى النظرية أن الوالدين هما المسؤولين من خلال مشاعر الإحباط لدى الطفل أو تعليمه توجيه ذلك النشاط في شيء ايجابي عن طريق الرياضة التي تعمل على تنفيس ذلك النشاط كما تؤكد على أهمية الجهاز النفسي وتوازنه فاضطراب 'الهُو' يمكن أن يؤدي إلى أن يكون الفرد مندفعاً أو متسرعا لأن 'الأنا' لديه قاصرة وهذا ينتج عن أسلوب خاطئ في التربية أو خبرة مؤلمة.

2- **نظرية التعلم الاجتماعي:** عن طريق التعلم بالملاحظة والنموذج المقتدى، وهي تأخذ في عين الاعتبار البيئة والمجال الاجتماعي للطفل ونوعية التفاعل بينه وبين المتغيرات المحيطة به، فهي لا تنظر إلى السلوك على انه مشكل بل أن الوسط المحيط بالطفل وظروفه قد لا تهيئ لإقامة تفاعل مرض بين الطفل وبيئته.

3- **النظرية السلوكية:** تفسره على أنه نمط من الاستجابة الخاطئة المتعلمة والمرتبطة بمثيرات منفردة يحتفظ بها الفرد، ويستخدمها في تجنب مواقف أخرى غير مرغوبة. كما يرى أصحاب هذه المدرسة أن جميع أنواع السلوك هي محصلة أنواع البيئة والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد.

4- **النظرية البيولوجية:** ترجعه إلى عوامل وراثية أو بيولوجية نتيجة خلل في وظائف المخ أو تغيرات أو تسمم حصل نتج عنه عدم اتزان كيميائي، واضطراب نشاط ووظيفة الجهاز العصبي المركزي، لذلك تستخدم العقاقير والجراحة والتمارين في سبيل علاج هذه المشكلة. (عبد ربه، 2014 : 28-31).

6- **التدخل العلاجي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

- **التدخل الطبي:** من خلال علاج خلل التوازن الكيميائي للموصلات العصبية (العقاقير الطبية)، علاج القصور الوظيفي للأذن الداخلية (خلل الأذن والدائرة العصبية الموصلة لها اثر على السمع، وتوازن الجسم بالحركات الدقيقة لمقلة العين وقدرتها على التركيز على المرئيات).
- **العلاج الغذائي:** الإقلال من تناول الحلويات والمواد السكرية، بالإضافة إلى أهمية التغذية السليمة المتكاملة، والتي تؤدي لتحقيق النمو الطبيعي للطفل.
- **العلاج النفسي:** العلاج السلوكي عن طريق تحديد السلوكيات الغير مرغوبة وتعديلها بسلوكيات مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية مع استخدام التعزيز. العلاج التربوي عن طريق توفير استراتيجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه، والتفاعل الايجابي مع المعلم.
- **العلاج الأسري** عن طريق تعديل البيئة المنزلية لذلك الطفل بتدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل في بيئته الطبيعية (النوبي، 2004: 47-49)

كما يمكن الاعتماد على التدريب على الاسترخاء من خلال الأخصائي النفساني، الهدوء والثبات الانفعالي مع الطفل وعدم الثورة في وجهه، تجزئة المهام المقدمة للطفل، تفريغ طاقة الطفل، التدريب التدريجي على الجلوس في هدوء. (عبد السلام، 2009: 31)

المحور الثالث:

اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة

الدرس التاسع: عسر القراءة Dyslexie

عناصر الدرس

1-مدخل إلى اضطرابات التعلم

1-1 تعريف صعوبات التعلم

2-1 العوامل المؤدية إلى صعوبات التعلم

3-1 التشخيص

4-1 خصائص ذوي صعوبات التعلم

5-1 الصعوبات التي يعاني منها الأطفال ذوي صعوبات التعلم

2- تعريف عسر القراءة

3- نسبة الانتشار

4-أنواع عسر القراءة

5-مظاهر عسر القراءة

6-التشخيص

7-أدوات القياس

8-العلاج

عسر القراءة Dyslexie

1- مدخل إلى اضطرابات التعلم

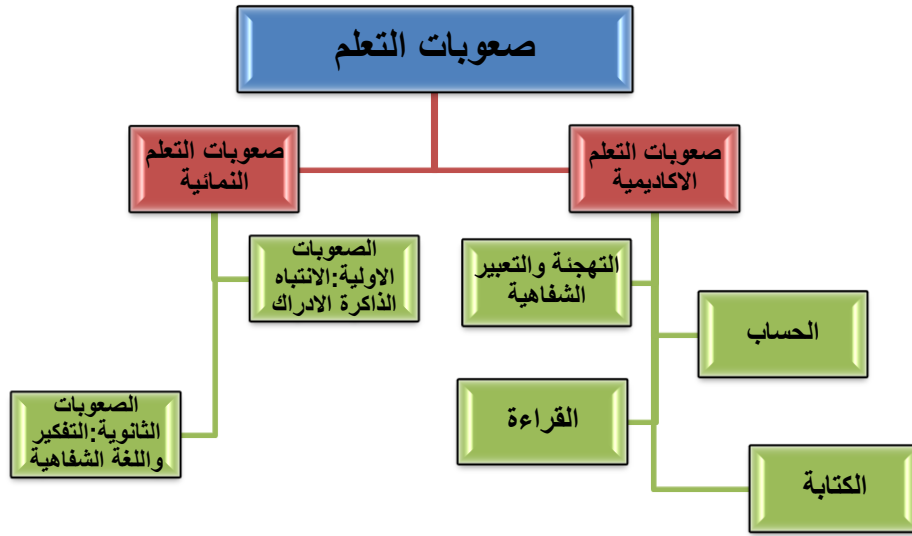
1-1 تعريف صعوبات التعلم: أول تعريف لها كان مقدم من طرف كيرك Kirk الذي يعد من أشهر المختصين في هذا المجال حيث يشير هذا المفهوم إلى: "تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام أو اللغة أو القراءة أو التهجئة أو الكتابة أو العمليات الحسابية نتيجة خلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي". (الللا وآخرون، 2011: 162)

تنقسم صعوبات التعلم إلى قسمين رئيسيين هما:

صعوبات التعلم النمائية وهي الانحراف في نمو عدد من الوظائف النفسية واللغوية التي تبدو عادية أثناء نمو الطفل، وهي غالباً وليس دائماً ترتبط بالقصور في التحصيل الدراسي. ويتضمن هذا المجال صعوبات: الانتباه، الإدراك، الذاكرة كصعوبات أولية، وصعوبات: التفكير واللغة كصعوبات ثانوية تنشأ عن صعوبات أولية. (عبد الواحد، 2007: 63)

صعوبات التعلم الأكاديمية: هي الصعوبات المرتبطة بقدرة التلميذ على تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية: القراءة، الكتابة، الحساب، التهجئة، ويمكن التعرف عليها من خلال ملاحظة سلوك التلميذ في الصف الدراسي الذي يتأرجح صعوداً وهبوطاً بين المواد المختلفة. (الشريف، 2007: 111).

هي الصعوبات المتعلقة بالموضوعات الدراسية الأساسية، وتشتمل على عدة أنواع فرعية هي: صعوبات القراءة، والكتابة والتهجئة، وإجراء العمليات الحسابية. (ابراهيم، 2007: 64) والشكل الموالي يوضح ذلك:



أنواع صعوبات التعلم ومكوناتها الأساسية (ابراهيم، 2007: 64)

1-2 العوامل المؤدية إلى صعوبات التعلم

من بين الأسباب المؤدية إلى صعوبات التعلم نجد أسباب مباشرة وأخرى غير مباشرة: أسباب مباشرة: تتعلق بإصابة الدماغ في مرحلة الحمل مما يؤثر على الجهاز العصبي، وبالتالي حدوث اضطراب عصبي حركي عند الطفل يؤثر في قدرته على التعلم، وترجع الإصابة إلى العوامل التالية:

- 1- عوامل وراثية حيث تنتقل الصفات الوراثية عبر الجينات الموروثة.
 - 2- العوامل الجينية تحدث نتيجة خلل في التفاعلات الكيميائية داخل النطفة، مما يؤدي إلى قصور في الأداء العقلي للطفل نتيجة تلف بعض خلايا المخ.
 - 3- عوامل داخلية خلال فترة الحمل نتيجة إصابة الأم الحامل بأمراض خطيرة كالزهري، الحصبة الألمانية.
 - 4- عوامل تحدث أثناء الولادة المتعثرة كالاختناق، نزيف في المخ ... الخ.
- أسباب غير مباشرة: وهي عوامل لا تسبب حدوث صعوبات التعلم وإنما تهيئ الظروف لحدوث هذه الصعوبات ومن بينها:
- 1- عوامل نفسية وتعرف بالصعوبات النمائية التطورية كاضطراب الانتباه، قصور في الإدراك أو التمييز السمعي أو التمييز البصري أو الحركي.

- 2- عوامل أسرية كالضغوط الأسرية، الخلافات الأسرية، الإهمال.
- 3- عوامل صحية: كضعف السمع أو البصر.... سوء التغذية.
- 4- عوامل انفعالية واجتماعية: سوء علاقة الطفل بزملائه وعجزه في تكوين صداقات مما يؤثر في سلوكه التكيفي، وعدم الثقة بالنفس، عدم تحمل المسؤولية.
- 5- عوامل مدرسية تؤثر في تكوين الميل الدراسي عند التلميذ، كطول المناهج الدراسية، أو عدم مناسبتها لقدرات التلميذ.
- 6- عدم اكتمال النضج عند بعض الأطفال خاصة في بعض حالات الولادة المبكرة.(الشريف،2011: 86-88).

العلاقة بين صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية

ترتبط الصعوبات الأكاديمية ارتباطا مباشرا بصعوبات التعلم النمائية، ويظهر هذا الارتباط في الجوانب التالية:

- تعلم القراءة يتطلب قدرة على فهم واستخدام اللغة، سلامة الإدراك السمعي، التعرف على أصوات حروف اللغة، وسلامة البصر للتمييز بين الحروف وتحديد الكلمات.
- تعلم الكتابة يتطلب إتقان الطفل العديد من المهارات الحركية مثل: الإدراك الحركي، تآزر حركة اليد مع حركة العين، مهارة استخدام الأصابع.
- تعلم الحساب يرتبط بمدى معرفة الطفل للمفاهيم الكمية ومدلولات الأعداد، والقيم الحسابية والقدرة على التصور البصري المكاني(الشريف،2011: 92).

1-3 تشخيص صعوبات التعلم

بالاعتماد على دراسة الحالة وجمع المعلومات الكافية من المعلمين والوالدين، وبالاعتماد على سجلات التاريخ النمائي، الاجتماعي، ويؤخذ أثناء التقييم نوع السلوك وشدته، وتكراره، ومدته، ويذكر كيرك عدة محكات للتشخيص هي:

1- محك التباين أو التباعد: يظهر ذوو صعوبات التعلم تباينا في واحد من المحكين التاليين أو كلاهما:

- تباين واضح في الانتباه والتمييز واللغة والقدرة البصرية والذاكرة وإدراك العلاقات بين الأداء الفعلي والمتوقع.
 - تباين بين النمو العقلي العام أو الخاص والتحصيل الأكاديمي.
- 2- محك الاستبعاد: أي استبعاد الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية، والسمعية، والبصرية، والانفعالية.
 - 3- محك التربية الخاصة: يشير إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم لا يستطيعون التعلم وفق الطريقة التقليدية ويحتاجون إلى طرق خاصة.

4- محك النضج: يقصد بع عدم الانتظام في نمو الوظائف والعمليات العقلية المسؤولة عن الأداء مثل: اللغة، الانتباه، الذاكرة، إدراك العلاقات.

5- محك المؤشرات النورولوجية يتم تحديد صعوبات التعلم على أساس الاضطراب الوظيفي للنصفين الكرويين في المخ.(اللالا وآخرون، 2011: 172-174)

1-4 خصائص ذوي صعوبات التعلم

- اضطرابات في الإصغاء
- الحركة الزائدة وتشتت الانتباه
- الاندفاعية والتهور
- صعوبات لغوية مختلفة
- صعوبات في التعبير اللفظي
- صعوبات في الذاكرة، والتفكير، وفهم التعليمات، والإدراك العام
- صعوبات في التأزر الحسي الحركي.
- صعوبات في العضلات الدقيقة
- ضعف التوازن الحركي العام
- البطء الشديد في إتمام المهمات، عدم ثبات السلوك، عدم المجازفة وإتمام المهام خوفا من الإخفاق، اضطراب انفعالي واجتماعي، الانسحاب، صعوبات الإدراك البصري.
- مظاهر أخرى كصعوبة في تعلم الوقت، وقراءة الساعة، ربط شريط الحذاء، التمييز بين اليمين واليسار(القمش، 2012: 125-134)

1-5 الصعوبات التي يعاني منها الأطفال ذوي صعوبات التعلم

- 1- عدم القدرة على التمييز بين الأصوات في الكلمات المنطوقة.
- 2- صعوبة التعرف على الكلمات
- 3- صعوبة استعمال الحروف كمكونات للكلمات
- 4- عدم معرفة اليمين من الشمال
- 5- صعوبة في معرفة الوقت
- 6- صعوبة في العمل اليدوي (النوايسة والقطاونة، 2015: 65)

2 مفهوم عسر القراءة dyslexie

2-1 مفهوم القراءة:

القراءة لدى المختصين من علماء النفس والتربويين هي: " نشاط إنساني متعدد الجوانب وتساهم في تعلمها، واكتسابها، وأدائها عدة عمليات، منها ما يتعلق بالسمع، ومنها ما يتعلق بالبصر، ومنها ما يتعلق

بالحركة، ومنها ما يتعلق بالصوت، ومنها ما يتعلق باستخدام أعضاء فسيولوجية لوظيفة النطق، ومنها ما يتعلق بالتنسيق بين البصر والحركة، ومنها ما يتعلق بالعمليات المعرفية كالانتباه، والإدراك، والتذكر، والتفكير، والتناسق بين كل هذه العمليات والوظائف يؤدي بالفرد إلى أن يكتسب مهارة القراءة". (معمرية، 2007: 92)

حسب قاموس le petit Larousse فإن فعل القراءة يقوم على:

1- التعرف على الرموز الكتابية للغة ما، وتشكيل ذهني أو بصوت مرتفع لهذه الرموز وما تكونه عند

ربطها (Chauveau, 2004: 14)

2-2 تعريف عسر القراءة:

الدسلكسيا كلمة يونانية تتكون من dys ومعناها ناقص أو غير مكتمل، و lexis وتعني كلمات أو لغة، وبذلك فهي تعني قصور أو ضعف أو ركافة القدرة على الاتصال اللغوي، وبالتالي فهي نوع من إعاقات الاتصال تتميز بقصور في القدرة على فهم، استيعاب، وتفسير الكلمة المكتوبة، أو المسموعة التي يستقبلها الجهاز العصبي (حمزة، 2008: 53).

"هي إحدى إعاقات التعلم التي تصيب الفرد مبكراً كغيرها من إعاقات مرحلة النمو، وهي خلل أو قصور أو اضطراب في القدرة على القراءة والكتابة يعرف بإسم الدسلكسيا" (حمزة، 2008: 53).

"هي صعوبة في القدرة على القراءة في العمر الطبيعي خارج نطاق أي إعاقة عقلية أو حسية، ترافق هذه الصعوبة صعوبات في الكتابة، وهي ناتجة عن خلل في استخدام العمليات اللازمة لاكتساب هذه القدرة، صورة الجسد، معرفة اليمين واليسار، المهارات اليومية" (حمزة، 2008: 41).

"اضطرابات عصبية أساسها وراثي في الغالب، قد تؤثر على اكتساب اللغة ومعالجتها، ولأنها تتنوع في درجات حدتها فإنها تظهر من خلال صعوبات الإدراك والتعبير اللغوي بما فيها المعالجة الصوتية، والقراءة، والكتابة، والتهجئة، والخط، والرياضيات، ولا ترجع إلى نقص الدافعية والضعف الحسي، والفرص البيئية أو التربوية غير المناسبة، أو ظروف محددة أخرى، ولكنها ربما تحدث مقترنة مع هذه الظروف." (عبد السلام، 2009: 309)

تتمثل هذه الصعوبة في ضعف أو صعوبة في تعلم القراءة والتهجئة وقصور في التعامل مع ما هو مكتوب، قد تكون أسبابها عضوية تتمثل في الخلل الوظيفي في الدماغ، وهو نمط يصيب القدرة على التعرف على الكلمة المكتوبة أو الاستيعاب أو تحليل الكلمة وتركيبها، وقد يظهر ضعف في تمييز

الحروف، وعدم القدرة على التعامل مع الرموز، وتركيب الحروف لتكوين كلمات وتنظيم كلمات في جمل ذات معنى مما يؤدي إلى ضعف الاستيعاب(القمش، 2012 : 119)

3 نسبة الانتشار

ينتشر بين الأطفال في المدارس الابتدائية بحوالي 2%-8% ويكثر انتشاره بين أقارب الدرجة الأولى عنه عند عامة الناس، وهو أكثر انتشارا بين الذكور عنه لدى الإناث بنسبة 3إلى1.(النوايسة والقطاونة، 2015 : 64).

ولا يمكن التكلم عن هذا الاضطراب قبل سن السابعة فالأخطاء قبل هذا العمر أمر طبيعي.

تتزايد الأدلة أن عسر القراءة له علاقة بعامل الوراثة وأن 88% من الأطفال الذين يترددون على مراكز الدسلكسيا غالبا ما يكون هناك أكثر من طفل في العائلة مصاب.(عبد السلام، 2009 : 42)

4 أنواع عسر القراءة

- **عسر القراءة الفونولوجي:** يستطيع التلاميذ الذين يعانون من عسر القراءة الفونولوجي من قراءة كلمات شرط أن تكون مسجلة في ذاكرتهم البصرية، لكنهم غير قادرين على قراءة كلمات جديدة أو كلمات بلا معنى، كما يجدون صعوبة في تجزئة الكلمة الجديدة بطريقة مناسبة تمكنهم من تحويل مكوناتها إلى تتابع صوتي.
- **عسر القراءة البصري:** يلجأ هؤلاء الأطفال إلى عملية التهجئة لقراءة أي كلمة لذلك تكون قراءتهم بطيئة ومتقطعة، يجدون صعوبة في قراءة الكلمات غير الخاضعة للتهجئة نظرا للضعف في تخزين المفردات المرتبط بالضعف في الذاكرة البصرية، والكلمات الطويلة غير المتداولة، أو المعقدة.
- **عسر القراءة المزدوج:** تظهر صعوبات في آلية القراءة الفونولوجية والبصرية، ويمكن أن تكون واحدة متأثرة أكثر من الأخرى. (بيطار، د-ت: 141-142)

5 مظاهر عسر القراءة

صعوبة تعلم القراءة من أكثر الموضوعات انتشارا بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم حيث تتمثل هذه الصعوبات في:

- ضعف القراءة الشفوية لدى الطفل.
- ضعف القدرة على تحليل صوتيات الكلمات الجديدة
- انخفاض معدل التحصيل الدراسي
- ضعف الفهم القرائي
- يعكس الحروف والكلمات والمقاطع عند القراءة أو الكتابة
- صعوبات في التهجئة

- ضعف في معدل سرعة القراءة (الكوافحة، 2011: 82)
- صعوبة في تمييز الحروف المتشابهة (ب، ت، ث) (د، ذ)
- صعوبة تذكر الكلمات التي يشاهدها
- عند القراءة يترك كلمات لا يقرؤها غالبا
- يخلط بين الكلمات المتشابهة في الكتابة والمختلفة في المعنى.
- حذف الحروف وإضافة البعض الآخر وإبدال بعضها
- صعوبة في تذكر ومعرفة علامات التشكيل
- استخدام جمل ومفردات قصيرة، قواعدهم اللغوية ضعيفة مقارنة مع أقرانهم
- لا يمكن أن يتعلم القراءة بالأساليب المتعارف عليها بل يحتاج إلى أساليب خاصة ومعلمين ذوي خبرة (معمار، 2012: 54)

6 التشخيص

التقييم النفس عصبي لعسر القراءة يتطلب البحث في تاريخ الحالة (العائلي، الاجتماعي، الصحي)، كما يجب معرفة إذا كانت هناك سوابق مرضية في العائلة، أو إن كان يعاني من إصابات في الدماغ عند الولادة، اضطراب في الإدراك السمعي، طريقة التدريس إن كانت مناسبة، ملاحظة أعماله المدرسية، لغة الأم واللغة المستخدمة في المدرسة إن كانت واحدة أم مختلفة خاصة إن كانت قدراته العقلية منخفضة، قياس مستوى الذكاء ضروري لإقصاء وجود حالة تخلف عقلي، إذا التشخيص يكون بعد عدة سنوات من التمدن مع وجود انحراف دال بين العمر العقلي وبين مستوى القراءة والكتابة لكي يتم التشخيص يجب توفر ما يلي:

أ- نقص انجاز القراءة عن المتوقع كما يقاس بواسطة اختبار فردي مقنن مع وجود مدرسة مناسبة وذكاء مناسب

ب- هذا النقص يتداخل مع الانجاز الدراسي أو الأنشطة الحياتية اليومية التي تتطلب مهارة القراءة

ج- ليس سبب هذا القصور خلا سمعيا أو بصريا أو مرضا عصبيا

د- الأطفال الذين يعانون من اضطراب القراءة يكون لديهم شعور بالخجل والإحساس بالإهانة بسبب فشلهم المستمر وتصبح هذه المشاعر أكثر حدة مع الوقت (النوايسة والقطاونة، 2015: 66)

7 أدوات القياس

اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن

مقياس مايكل باست للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم

اختبار ماكارثي للقدرات المعرفية

اختبار ديترويت للاستعداد للتعلم

ماريا فروستج للإدراك البصري (الكوافحة وعبد العزيز، 2010: 140)

8 العلاج

هناك اتجاهين لعلاج عسر القراءة:

1- المداخل الوقائية وتتمثل في الكشف المبكر عن صعوبات القراءة وعلاجها قبل أن تظهر

2- المداخل العلاجية وتتضمن محورين:

أ- علاج صعوبات القراءة النمائية: تتناول علاج العمليات ما قبل الأكاديمية المتمثلة في

العمليات المعرفية المتعلقة بالانتباه، الإدراك، الذاكرة، التفكير، والتي يعتمد عليها التحصيل

الأكاديمي، وتعتبر السبب المباشر لعلاج صعوبات القراءة الأكاديمية.

ب- علاج صعوبات القراءة الأكاديمية: وهي تلك البرامج التي تتناول علاج صعوبات الأداء

المدرسي الأكاديمي المتعلق بمهارة القراءة، والتي تتمثل في علاج التعرف على الأصوات،

والحروف، والكلمات، وفهم المفردات، والجمل وال فقرات، واستخدام الأفكار، وغيرها من

الصعوبات (ابراهيم، 2010: 216).

الدرس العاشر: عسر الكتابة dysgraphie

عناصر الدرس

1-تعريفه

2-مظاهرها

3-الأسباب والعوامل المساهمة في صعوبات تعلم الكتابة

4-أنواع الأخطاء الملاحظة لدى المعسرين كتابيا

5-التشخيص

6-العلاج

عسر الكتابة dysgraphie

1- تعريفها

ديسغرافيا كلمة يونانية مقسمة إلى dys وتعني ضعف و graphie وتعني رسم الحرف باليد ضمن مساحة محددة (مجموعة من المؤلفين، د-ت: 150).

يعد مايكل باست Meckel bust أول من استخدم مصطلح العسر الكتابي، ليشير إلى "الاضطرابات التي تكون رمزية في طبيعتها، وفي هذه الحالات فإن العسر الكتابي يحدث نتيجة اضطراب أو خلل بين الصورة العقلية للكلمة والنظام الحركي". (ابراهيم، 2010: 320).

"تتمثل بالخطأ في ترتيب الحروف، أو إبدال حرف بحرف آخر، والتي تعود إلى أسباب تتمثل بالقدرة الحركية الدقيقة، أو عجز التأزر البصري الحركي، أو عجز القدرة على ادراك الرموز" (القمش، 2012: 120).

2- مظاهرها

تظهر صعوبات الكتابة لدى طلبة صعوبات التعلم على أشكال مختلفة، مثل عدم الدقة في الرسم، أو ضعف في التهجئة الصحيحة، وبشكل عام فإن معظم صعوبات الكتابة تكمن في الكتابة اليدوية والتهجئة والكتابة التعبيرية. (معمار، 2012: 55) ومن أهم مظاهرها:

- عدم إتقان شكل الحرف وحجمه.
- عدم التحكم في المسافة بين الحروف.
- الأخطاء في التهجئة.
- الأخطاء في المعنى والنحو (الكوافحة، 2011: 84)
- كتابة الحروف متصلة مع بعضها البعض.
- الزيادة أو النقصان في شكل الحرف كإضافة نقطة أو حذفها
- صعوبة في رسم الحروف والكلمات نتيجة لعدم إتقان المهارات الأساسية للكتابة مثل: مسك القلم، وإدراك المسافات، وإدراك العلاقات المكانية.
- صعوبة انقرائية الكتابة، أي صعوبة في قراءة التعبير الكتابي للفرد، أي الكتابة غير المترابطة من حيث المعنى (غير مترابطة التركيب اللغوي).

- صعوبات التهجئة.
- كراساتهم ودفاترهم مليئة بالأخطاء، عدم القدرة على التمييز بين الحروف المتشابهة.(معمار،2012:58).
- كتابة الحروف بترتيب غير صحيح، وبطريقة معكوسة.
- عدم الكتابة على السطر (عدم الالتزام بالكتابة على الخط بشكل مستقيم، وتشتت الخط، وعدم تجانسه في الحجم والشكل).(القمش،2012:121).

3- الأسباب والعوامل المساهمة في صعوبات تعلم الكتابة

ترتبط صعوبات تعلم الكتابة بعدة عوامل تشترك فيها مع صعوبات التعلم عامة، إلا أن هناك بعض العوامل ترتبط بصعوبة الكتابة أكثر من غيرها:

1- العوامل العقلية المعرفية:الافتقار إلى القدرات النوعية الخاصة التي ترتبط بالكتابة(الذاكرة البصرية، القدرة على إدراك العلاقات المكانية، القدرة على الاسترجاع).

2- العوامل النيوروسيكولوجية: اضطراب أو خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، تلف الفص الصدغي الأيسر للمخ يؤدي إلى اضطراب تحليل وتركيب الأصوات، والكتابة، وحفظ الكلمات، واسترجاعها بشكل متتابع.

3- العوامل البيئية: كل ما يتعلق بالمدرسة والمنزل كطرق التدريس غير الملائمة، استخدام اليد اليسرى في الكتابة.

4- متابعة الأسرة لكتابة المتعلم لأن الفشل أو الإهمال لهذه المتابعة غالباً ما يؤدي إلى صعوبات في الكتابة(ابراهيم،2010:320-323)

بالإضافة إلى صعوبة في التأزر الحركي، عدم اكتساب السيطرة الجانبية، اضطراب الضبط الحركي، عجز ضبط وضع الجسم، التحكم في الرأس، والذراعين، واليدين، والأصابع.

4-أنواع الأخطاء الملاحظة لدى المعسرّين كتابياً

أ- على مستوى القراءة:

- خلط بصري بين الحروف المتشابهة (m ;n)، أو المطابقة والمختلفة في الاتجاه (p,b d q)
- خلط سمعي بين الأصوات (b.p) (v.f)
- حذف الحروف والمقاطع للكلمات وقلبها، أو إضافة حروف
- خلط بين الكلمات المتشابهة، وغياب واضح للألية الكتابية.

ب- على مستوى التهجئة

- كتابة متقطعة أو متصلة للكلمات مع بعضها البعض
- قلب وإضافة حروف ومقاطع.

- صعوبة في استخدام قواعد اللغة (التنوين، الألف المقصورة، الجمع...).
- عدم التفرقة بين الكلمات (فعل، اسم، صفة...)، أو الخلط بين النوع والعدد.
- صعوبة في إعادة نقل وكتابة نص بدون أخطاء (نسيان كلمات، تخطي سطر، إعادة كتابة سطر مرتين، النظر إلى الصبورة ثم الورقة عدة مرات)، وعدم احترام السطر في الكتابة (Chauveau. 2004 :185-186).

5- التشخيص

تبدأ عملية التشخيص بملاحظات المعلم للتلاميذ غير القادرين على الكتابة بشكل واضح ومقروء، بالإضافة إلى الفحوصات المتكاملة، والجوانب النفسية والبيئية والجسمية (الفحص النفسي، الفحص الطبي، البحث الاجتماعي، الدراسة التربوية للحالة وأداء المتعلم (ابراهيم، 2010: 324).

6- العلاج

يتضمن العلاج الطبي الجسمي إذا كان الفرد يحتاج إلى أجهزة تعويضية مثل النظارات، أو السماعات، بالإضافة إلى العلاج بالعقاقير حسب الحالة المرضية. الإرشاد النفسي إذا كان يعاني من ميل للعمل المدرسي السلبي أو النشاط الحركي الزائد. علاج تربوي: داخل الصف أو خارجه يشتمل على علاج اضطراب الضبط الحركي، تحسين الذاكرة البصرية، علاج صعوبات تشكل الحروف وكتابتها، السرعة، والتنصيب في كتابة المتعلم. (ابراهيم، 2010: 324).

الدرس الحادي عشر: عسر الحساب Dyscalculie

عناصر الدرس

1-تعريفه

2-مظاهره

3-الأسباب

4-التشخيص

5-العلاج

عسر الحساب Dyscalculie

1- تعريفه

" اضطراب نوعي في تعلم مفاهيم الرياضيات، والحساب، والعمليات الحسابية، ويرتبط باضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي" (معمار، 2012: 58)

"عدم القدرة على التمييز بين الأرقام والرموز" بمعنى عدم قدرة التلميذ على التعامل مع الأرقام والمعادلات الرياضية، كعدم قدرته على التفريق بين (6-9)، أو عدم القدرة على جمع الأرقام بالشكل الصحيح مثلا: $34+26=3426$ ، لا يفرق بين الإشارات (+). (الكوافحة، 2011: 89)

"اضطراب نوعي في تعلم مفاهيم الأعداد، والرموز، وإجراء العمليات الحسابية... وتتمثل بسوء التنظيم في مجال التنظيم المكاني، أو/و التفكير المنطقي، أو/و تركيب الأعداد، أو/و العمليات الحسابية، أو/و تنظيم التفكير، وهذه العوارض لا تتوافق مع تخلف عقلي" (بيطار، د-ت: 155)

2- مظاهره

من بين أهم مظاهر عسر الحساب ما يلي:

- صعوبات في تعلم العلاقات العددية، والقدرة على العد، والضرب، والمقارنة، والقسمة.
- صعوبة في إدراك العلاقات المكانية كالإحساس بالفراغ، والحجم، والمسافة، وأكبر من، وأصغر من.
- صعوبات في القدرات الحركية البصرية والإدراكية البصرية. ويظهر ذلك في عدم القدرة على العد بالتسلسل، أو عدم القدرة على العد بسرعة.
- صعوبة قراءة وفهم المشكلات الرياضية وخاصة التي تصاغ في قالب لفظي.
- مشكلات في الذاكرة (سرعة النسيان للأرقام، وجدول الضرب)
- صعوبة إدراك المفاهيم المرتبطة بالزمن والاتجاه.
- صعوبة في معرفة معاني ورموز الرياضيات ذات الدلالة المحددة (+./-x).
- صعوبة في التمييز بين الأرقام المتشابهة. (معمار، 2012: 58-59)

3- أسباب عسر الحساب

عسر الحساب قد يرجع إلى:

- تأخر في اكتساب اللغة، وعدم تأسيس مفاهيم الحساب بشكل جيد.
- خلل في الذاكرة الرقمية والنقص في النضج.

- على مستوى المدرسة يمكن لطريقة التدريس أن تلعب دورا في تواجد عسر الحساب، بحيث نجد كفا، أو حصرا في قدرات الطفل ناتج عن تلقيه المبادئ والمفاهيم الأساسية القائمة عليها.
- على مستوى الأسرة نجد قلة الشروط والوسائل الضرورية، والتغيب المستمر عن المدرسة، وكذلك بعض المشاكل النفسية العلائقية يمكنها أن تؤدي إلى عسر الحساب (حولة، 2008: 73)

4- التشخيص

معايير التشخيص حسب DSM-IV هي:

- أ- القدرات الحسابية المقاسة عن طريق اختبارات مقننة، والتي تطبق بطريقة فردية تكون منخفضة مقارنة بالعمر الزمني للطفل وعمره العقلي مع تعليم مناسب لسنة.
- تأخر دال ملحوظ في اختبارات الخاصة بالرياضيات مقارنة بعمره الزمني هذا التأخر مرتبط مع النجاح الدراسي.
- لا يفسر بقصور حسي.
- ب- الانخفاض المذكور في المعيار أ مرتبط بالتحصيل الدراسي أو نشاطات الحياة اليومية التي لها علاقة بالحساب (Lussier & Flessas, 2001:238-239).
- أما المعايير المذكورة في CIM-10 :
- أ- الدرجة المحصل عليها على مقياس مقنن في الرياضيات أقل بانحرافين معياريين من المتوسط بالنظر إلى عمره الزمني وذكائه العام.
- ب- الدرجات المحصل عليها في اختبارات الفهم القرائي والتهجئة (الإملاء) تقع في حدود العادي أو بأقل من انحرافين.
- ت- غياب صعوبات سابقة في القراءة أو الكتابة
- ث- التمدد في المعايير العادية
- ج- وجود صعوبات في الحساب من المراحل الأولى لتعلم الحساب
- ح- الاضطراب المذكور في المعيار أ مرتبط بصورة دالة مع القدرات الدراسية أو مع نشاطات الحياة اليومية التي تتطلب قدرات حسابية
- خ- درجة الذكاء المقاسة بطريقة فردية عن طريق اختبار مقنن أقل من 70 درجة (Lussier & Flessas, 2001:239).

5- العلاج

لقد استخدمت طرق واستراتيجيات عديدة لعلاج صعوبات التعلم في الرياضيات:

- 1- التعلم الإيجابي: تستند إلى فاعلية المتعلم ذي صعوبة التعلم في التعلم وتفاعله مع المعلم والدرس، وقيامه بالأنشطة التعليمية اللازمة.

2- التدريس المباشر: يستند إلى التكامل بين تصميم المنهج الدراسي، وطرق التدريس من خلال تحديد أهداف إجرائية من تدريس الرياضيات، تحديد المهارات الفرعية المساعدة على تحقيق الهدف، رسم خطوات الوصول إلى تحقيق الهدف.

3- طريقة الألعاب الرياضية: تنفيذ نشاط ممتع وهادف يقوم به التلميذ بقصد انجاز مهمة في إطار قواعد معينة للعبة مع توافر التعزيز للاستمرار في النشاط (ابراهيم، 2010: 332)

المحور الرابع: الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل

الدرس الثاني عشر: الخلجات (اضطراب العرات)

عناصر الدرس

- 1- تعريفها
- 2- معدل الانتشار
- 3- مظاهرها
- 4- تشخيص اضطرابات العرات العصبية (معايير التشخيص حسب DSM-5)
- 5- التشخيص الفارقي
- 6- العلاج والتكفل

الخلجات (اضطراب العرات)

1- تعريفها

هي حركات حركية أو صوتية مفاجئة، سريعة، متكررة، غير متناغمة. اضطراب العراة وصف من طرف (1885) G de la tourette يتميز بحركات لا إرادية، وعدم ترابط حركي مصحوب بمصاداة، وتكرار الكلام، يظهر عادة بين 2-15 سنة ويمكن أن يرجع إلى أصل عضوي.

كما يمكن إعطاء عدة تفسيرات تتغير حسب كل فرد، فعند الراشد عادة ما تكون مصاحبة لحالات عصابية كالوسواس القهري في الغالب. وعند الطفل فهي تعبير عن عدم الراحة والرضا العاطفي (نمط تربوي جامد، تنافس أخوي، حصر، التمرد، الشعور بالذنب) الكثير من هذه الحركات تختفي تدريجيا مع التقدم في العمر. (sillamy,2004: 268)

هي حركات يقوم بها الطفل تتميز بتقلص سريع لبعض العضلات، تظهر على شكل غمز العيون، أو حركة سريعة في منطقة الأنف أو الوجه أو الرقبة، أو الكتف، أو أصوات لا إرادية تنتج عن تقلص في عضلات الحنجرة كأصوات يطلقها الطفل كالعنان أو الشهيق.

تظهر عادة ما بين 5-10 سنوات وقد تكون عابرة، أو ثابتة، أو متطورة، وهذه الأخيرة تتطلب علاج فهي تنتقل من مكان إلى آخر، فقد تظهر في العينين، ثم تختفي وتظهر في عضلات الفم وتختفي، وتظهر بشكل أصوات، وعندما تشتد الحالة تعرف بمتلازمة توريت. (roubertie et all,2017).

ومنها ما تعود إلى أسباب بيولوجية وراثية ناتجة عن خلل في مناطق عميقة في الدماغ وظيفتها السيطرة على الحركات ويتم علاجها بالأدوية المتخصصة (مجموعة من المؤلفين من جمعية ادراك، د-ت: 192)

2- معدل الانتشار

الخلجات شائعة في مرحلة الطفولة لكنها عابرة في معظم الأحيان، يمس فرد من بين 200 شخص، حيث أن معدل انتشار اضطراب توريت 3-8/1000 لدى الأطفال في سن المدرسة. يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة تتراوح بين 1/2 إلى 1/4. ويستمر طيلة حياة الفرد ويمس 0.1% إلى 1% من السكان. (عودة والفقيري، د-ت: 195).

3- مظاهرها

إن الخلجات هي مظاهر حركية (تشنجات لا إرادية) ، مفاجئة، سريعة، ناتجة عن التقلص القسري لعضلة أو مجموعة من العضلات، لا إرادية، نمطية، متكررة، لا يمكن التنبؤ بها، غير إيقاعية، يمكن التحكم فيها مؤقتا بالإرادة، تتفاقم بالإجهاد والغضب، ويمكن خفض من حدتها بالإلهاء أو التركيز وفي بعض الأحيان تسبقها إحساس منذر أو حاجة.

تصنف بالحركية أو الصوتية، بسيطة أو مركبة:

الخلجات البسيطة: تظهر على شكل حركات أو أصوات مفاجئة قصيرة ومتكررة(رمش العين، تطهير الحلق).

الخلجات الحركية المركبة: حركات مترابطة كهز الرأس مرارا، تمايل الجذع، القفز، تكرار حركات الآخرين.

الخلجات الصوتية المعقدة: إصدارات صوتية لكن في وضعيات غير مناسبة: تكرار المقاطع، نمطية الكلام، عجز، تكرار لكلماته(لجلجة)، تكرار الكلمات المسموعة (المصاداة)، لفظ كلمات بذيئة. (roubertie et all,2017).

4- تشخيص اضطرابات العرات العصبية (معايير التشخيص حسب DSM-5)

• اضطراب توريت

a- وجود عرات حركية متعددة مع واحدة أو أكثر من العرات الصوتية في وقت من أوقات المرض، رغم عدم ضرورة وجودها بصورة متزامنة.

b- تفاوت العرات في التوتر فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لفترة تزيد عن السنة.

c- البداية قبل سن 18 سنة

d- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما (الكوكايين)، أو حالة طبيو عامة (التهاب الدماغ الفيروسي)

• اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر(المزمن)

a- عرات حركية أو صوتية عديدة أو مفردة موجودة لبعض الوقت أثناء المرض ولكن لا تحدث كلتاها في نفس الوقت.

b- تفاوت العرات في التوتر فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لفترة تزيد عن سنة.

c- البداية قبل سن 18 سنة.

d- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (الكوكايين)، أو حالة طبيو عامة (التهاب الدماغ الفيروسي)

e- المعايير لم تستوفي أبدا اضطراب توريت حدد فيما إذا: مع العرات الحركية فقط أو مع العرات الصوتية فقط.

• اضطراب العرات التمهيدي (المؤقت)

a- عرة مفردة أو متعددة حركية أو صوتية

b- ظهرت العرات لفترة أقل من سنة منذ بدء العرة الأولى

c- البداية قبل سن 18 سنة

d- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (الكوكايين)، أو حالة طبيو عامة (التهاب الدماغ الفيروسي)

e- المعايير لم تحقق أبدا اضطراب توريت أو اضطراب العرة الحركية الصوتية الدائم.

• اضطراب العرات المحدد الآخر

• اضطراب العرات الغير محدد. (الحمادي، د-ت: 39)

5- التشخيص الفارقي ما بين النمطية والخلجات (stéréotypie et les tics)

التشخيص الفارقي من حيث	النمطية stéréotypie	الخلجات les tics
البداية	بداية مبكرة قبل سن الثانية	بداية متأخرة سن 4 سنوات
التطور	دائما موحدة	متذبذبة، متعددة الأشكال

(roubertie et all,2017).

6-العلاج والتكفل

طمأنة المريض وأسرته وإعلامهم بأنها حركات لا إرادية ولا يجب معاقبة الطفل عليها ويمكن تقديم هذه المعلومات للمحيطين به أو للمدرسة.

التكفل النفسي غالبا فعال، العلاج السلوكي، العلاج الدوائي

تطور الخلجات يتميز بفترات هدوء وتفاقم شدة التشنجات القسوى تكون ما بين سن (8-12) سنة، ثم

يحدث تحسن، ويكون شفاء كامل في سن الرشد لحوالي نصف المرضى (اختفاء الأعراض). (roubertie et all,2017).

المراجع

- 1- ابراهيم، سليمان عبد الواحد.(2007).المخ وصعوبات التعلم (رؤية في إطار علم النفس العصبي المعرفي).القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 2- ابراهيم، سليمان عبد الواحد.(2010).المرجع في صعوبات التعلم.القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 3- ابراهيم، محمود بدر.(2004). الطفل التوحدي: تشخيصه وعلاجه. القاهرة: مكتبة الانجلوالمصرية.
- 4- أمين، سهى أحمد (1999) المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال التشخيص والعلاج، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- 5- بدير، كريمان .(2011).الأسس النفسية لنمو الطفل. عمان: دار المسيرة
- 6- البطاينة، أسامة أحمد وآخرون (2007) علم نفس الطفل غير العادي، عمان: دار المسيرة.
- 7- بطرس، حافظ بطرس.(2011). اعاقات النمو الشاملة.عمان: دار المسيرة.
- 8- بوفولة، بوخميس (2009) بطارية k-abc لتشخيص صعوبات التعلم: التعريف والدور، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 24، ص ص: 196-200
- 9- بيطار، اليز وآخرون.(د-ت). دليل الصعوبات التعلمية والاضطرابات النفسية الشائعة في المدارس. لبنان: المركز التربوي للبحوث والانماء.
- 10- جابر، نصر الدين.(2015). دروس في علم النفس الفسيولوجي. بسكرة:دار علي بن زايد للطباعة.
- 11- حمزة، أحمد عبد الكريم.(2008). سيكولوجية عسر القراءة(الدسلكسيا).عمان:دار الثقافة.
- 12- حولة، محمد .(2008). الأرطوفونيا: علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت.ط2. الجزائر: دار هومة.
- 13- الخطيب، جمال محمد والحديدي، منى صبحي.(2008). المدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
- 14- الخطيب، جمال والحديدي، منى (1998) التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، عمان: دار الفكر.
- 15- الخليدي، عبد المجيد ووهبي، كمال حسن (1997) الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الاطفال، بيروت: دار الفكر العربي.

- 16- دبراسو، فاطمة (2004). اضطراب التصور الجسدي وعلاقته بصعوبة تعلم القراءة والكتابة عند الطفل، دكتوراه علم النفس. جامعة سطيف
- 17- الروسان، فاروق.(2013). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر
- 18- سلامة، سهير محمد (2001) اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، القاهرة: دار القاهرة للكتاب.
- 19- سليمان، صبحي (2006) تربية الطفل المعاق، الجيزة: دار الفاروق للاستثمارات الثقافية.
- 20- سليمان، عبد الرحمن سيد (1998) سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة الجزء الأول ذوو الحاجات الخاصة المفهوم والفئات، القاهرة: مكتبة الزهراء.
- 21- الشخص، عبد العزيز(1997) اضطرابات النطق والكلام خلفيتها تشخيصها أنواعها علاجها، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 22- شريت، عبد الغني(2008) الطفل المعاق عقليا سلوكه ومخاوفه، الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- 23- الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد.(2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية.القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- 24- الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن، محمد السيد (1998) العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء.
- 25- الشناوي،محمد محروس (1997) التخلف العقلي الأسباب والتشخيص والبرامج، القاهرة: دار غريب.
- 26- الظاهر، قحطان أحمد (2008) مدخل إلى التربية الخاصة، عمان: دار وائل للنشر
- 27- عبد الباقي، علا (2000) التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها واجراءات الوقاية منها، القاهرة: عالم الكتب.
- 28- عبد السلام، محمد صبحي.(2009).صعوبات التعلم والتأخر الدراسي عند الأطفال. القاهرة: مؤسسة اقرأ.
- 29- عبد النبي، السيد(2004) الأنشطة التربوية للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- 30- عبد ربه، هبة.(2014). النشاط الزائد الأسباب، التشخيص، البرنامج العلاجي. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- 31- عبيد، ماجدة السيد (2000) الاعاقة العقلية، عمان: دار صفاء
- 32- العزة، سعيد حسني.(2002). مدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة (المفهوم، التشخيص، أساليب التدريس). عمان: الدار العلمية والدولية للنشر.
- 33- عمر، محمد كمال ابو الفتوح.(2011). أطفال الأوتستيك: ماذا تعرف عن اضطراب الاوتيزم- دليل ارشادي للوالدين والباحثين والمتخصصين في التشخيص والعلاج. عمان: دار زهران للنشر.
- 34- العنزي، فاطمة بنت قاسم.(2011). استراتيجية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار الراية
- 35- عودة، محمد محمد وفقيري، ناهد شعيب.(د-ت). الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 36- غزال، عبد الفتاح وأحمد، ابتسام محمد أحمد.(2014). النشاط الزائد. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- 37- فراج، عثمان لبيب (2002) الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة تعريفها تصنيفها أعراضها تشخيصها أسبابها، القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- 38- القذافي، رمضان (2001) رعاية المتخلفين ذهنياً، ط:2، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 39- القرطي، عبد المطلب (2001) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 40- القمش، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن.(2007). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار المسيرة.
- 41- القمش، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن.(2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار المسيرة.
- 42- القمش، مصطفى نوري.(2011). اضطرابات التوحد. عمان: دار المسيرة.
- 43- القمش، مصطفى نوري.(2012). الموهوبون ذوي صعوبات التعلم. عمان: دار الثقافة.
- 44- الكوافحة، تيسير مفلح.(2011). صعوبات التعلم والخطة العلاجية المقترحة. ط4. عمان: دار المسيرة.

- 45- كوافحة، تيسير وعبد العزيز، عمر فواز (2010) مقدمة في التربية الخاصة، عمان: دار المسيرة.
- 46- اللالا، زياد كامل وآخرون.(2011). أساسيات التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة
- 47- مجموعة من المؤلفين من جمعية ادراك، د.ت، الصعوبات التعلمية والاضطرابات النفسية الشائعة في المدارس العوارض والحلول، بيروت لبنان.
- 48- مجيد، سوسن شاكر.(2010). التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه.ط2. عمان: دبيونو للطباعة والنشر.
- 49- مرسي، كمال ابراهيم (1999) مرجع في علم التخلف العقلي، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 50- مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل.(2011). التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. عمان: دار المسيرة.
- 51- مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل.(2011). سمات التوحد. عمان: دار المسيرة.
- 52- معمار، مهيب صالح.(2012). ذوي صعوبات التعلم: الفئة المحيرة والخفية. المنوفية: مؤسسة الأمة العربية للنشر.
- 53- معمري، بشير (2007) بحوث ودراسات في علم النفس، الجزء 3، الجزائر: منشورات الحبر.
- 54- معمري، بشير.(2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس:العوامل العقلية والنفسية والتربوية المساعدة على اكتساب الطفل لمهارات القراءة.الجزائر: منشورات الحبر.
- 55- النوايسة، أديب عبد الله محمد والقطاونة، إيمان طه طابع.(2015). النمو اللغوي والمعرفي للطفل.ط2. عمان: الإعصار للنشر
- 56- النوبي، محمد.(2004).فعالية السيكدوراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، دكتوراه صحة نفسية، جامعة الزقازيق، كلية التربية.

57- American Psychiatric Association(2013) .. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. — 5th ed. . Arlington, VA, American Psychiatric Association

58- Auzou.p.(1997). Le grand ATLAS de l'anatomie. Paris :CEE.

59- Carlier, M., & Ayoun, C. (2007). *Déficiences intellectuelles et intégration sociale*. Collines de warve belgique: Pierre mardaga.

- 60- Chauveau. G.(2004). Comment l'enfant devient lecteur. paris : Retz.
- 61- Dailly.r & moscato.m.(1984). Latéralisation et latéralité chez l'enfant.bruxelles : pierre mardaga.
- 62- Davison, G., & Neale, j. (1998). *Abnormal psychology* (éd. 7e édition). New york: Library of congress.
- 63- De grandmont, N. (1999). *Pédagogie du jeu ; jouer pour apprendre* (éd. 2e édition). Bruxelles: De boeck.
- 64- Guelfi, J. D. (2010). *Mini DSM-IV*. Bruxelles: Masson.
- 65- Guidetti, M., & Tourette, C. (2004). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris: Armand colin
- 66- Hessels, M. g., & Hessels-schlatter, c. (2010). *Evaluation et intervention auprès d'élèves en difficultés*. Berne: peter langsa.
- 67- Juhel, J.-c. (2007). *La déficience intellectuelle connaitre, comprendre, intervenir* (éd. 5e édition). Laval canada: Les presses de l'université laval.
- 68- Kacha, F. (2002). *Psychiatrie et psychologie médicale* (éd. 2e édition). Alger: publicom.
- 69- Lambert, J. L. (1981). *Enseignement spécial et handicap mental*. Bruxelles: Pierre mardaga.
- 70- *Le trouble de la latéralité*. (s.d.). Consulté le 08 20, 2017, sur <http://lateralidad.com/fr/le-trouble-de-la-lateralite/>
- 71- Lussier, F., & Flessas, J. (2001). *Neurepsychologie de l'enfant :troubles developpentaux et de l'apprentissage*. Paris: Dunod.
- 72- Marcelli, D., & Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie* (éd. 9e édition). Paris: Masson.
- 73- Mercier, m., & All. (1999). *Approches intellectuelles en déficience mentale*. Namur belgeque: presses universitaire du namur.
- 74- Rigal.r.(1985). Motricité humaine, fondements et applications pédagogiques.paris : vigol.
- 75- Roubertie.a ,carneiro.m & thibault.m.(2017).tics de l'enfant pap-pediatrie.fr/douleur-neuro/tics-de-l'enfant
- 76- Sillamy, N. (2004). *Dictionnaire de psychologie*. montréal: Larousse-vuef..
- 77- Tourette, C. (2006). *Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*. Paris: Dunod.
- 78- *TPE sur la latéralisation*. (s.d.). Consulté le 8 20, 2017, sur Troubles de la latéralité: <http://tpe-lateralisation-a-et-p.e-monsite.com/>