

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الدكتور مولاي الطاهر - سعيدة



كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية بعنوان:

دروس في مقياس الاضطرابات الحسية الحركية والأداتية
السنة الثالثة ليسانس (L.M.D) علم النفس "السداسي الخامس"

إعداد الأستاذة:

د. عيساوي أمينة.

السنة الجامعية: 2019-2020

فهرس المحتويات:

01	.....المقدمة
02	المحور الأول: مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة.
02	الدرس الأول: مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة
02	.....تمهيد
02	.....1- تعريف الإعاقة
03	.....2- تعريف المعاق
04	.....3- تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة
04	.....4- التربية الخاصة
04	.....1-4- تعريف التربية الخاصة
04	.....2-4- أهداف التربية الخاصة
05	.....5- تصنيف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
05	.....6- الحاجات الأساسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
06	.....خلاصة
07	الدرس الثاني: الإعاقة الحسية
07	.....تمهيد
07	.....1- تعريف الإعاقة الحسية
07	.....2 - أنواع الإعاقة الحسية
07	.....1-2- الإعاقة السمعية
07	.....1-1-2- مكونات الجهاز السمعي
08	.....2-1-2- آلية السمع
08	.....3-1-2- تعريف الإعاقة السمعية
09	.....4-1-2- تصنيف الإعاقة السمعية
10	.....5-1-2- أسباب الإعاقة السمعية
10	.....6-1-2- قياس وتشخيص الأطفال المعاقين سمعياً
11	.....7-1-2- خصائص المعاقين سمعياً
13	.....2-2- الإعاقة البصرية
13	.....1-2-2- أهمية حاسة البصر
14	.....2-2-2- آلية عمل الإبصار

15	..... تعريف الإعاقة البصرية. 3-2-2
16	..... تصنيف الإعاقة البصرية. 4-2-2
16	..... أسباب الإعاقة البصرية. 5-2-2
17	..... تشخيص الإعاقة البصرية. 6-2-2
18	..... خائص المعاقين بصريا. 7-2-2
19	..... خلاصة.

الدرس الثالث: الإعاقة الحركية

20	..... تمهيد.
20	..... تعريف الإعاقة الحركية. 1-1-3
20	..... أسباب الإعاقة الحركية. 2-1-3
21	..... أنواع الإعاقة الحركية. 3-1-3
21	..... الشلل الحركي المخي. 1-3-1
21	..... تعريف الشلل الحركي المخي (الشلل الدماغي). 1-1-3-1
22	..... تصنيف الشلل الحركي المخي (الشلل الدماغي). 2-1-3-1
24	..... أسباب الشلل الحركي المخي (الشلل الدماغي). 3-1-3-1
25	..... المشاكل التي يعاني منها المصاب بالشلل الحركي المخي (الشلل الدماغي). 4-1-3-1
25	..... إعاقات حركية أخرى. 2-3-2
26	..... إعاقات خلقية. 1-2-3-1
26	..... إعاقات مكتسبة. 2-2-3-2
26	..... خلاصة.

الدرس الرابع: الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي)

27	..... تمهيد.
27	..... تعريف التخلف العقلي. 1-1-4
28	..... أسباب التخلف العقلي. 2-1-4
28	..... الجدول العيادي للتخلف العقلي. 3-1-4
29	..... أنواع وتصنيفات التخلف العقلي. 4-1-4
29	..... التصنيف على أساس الأسباب. 1-4-1
29	..... التصنيف على أساس نسبة الذكاء. 2-4-1
30	..... خلاصة.

المحور الثاني: الاضطرابات الأداة

31

الدرس الخامس: اضطرابات صورة الجسم

- 31 تمهيد
- 31 1- تعريف صورة الجسم
- 32 2- تعريف التصور الجسدي (مخطط الجسم)
- 33 3- العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسم
- 33 4- تعريف اضطراب صورة الجسم
- 34 5- أسباب اضطراب صورة الجسم
- 35 6- المعايير التشخيصية لاضطراب صورة الجسم
- 36 7- علاج اضطراب صورة الجسم
- 36 خلاصة

37

الدرس السادس: اضطرابات الجانبية: اضطرابات حيزية مكانية

- 37 تمهيد
- 37 1- الجانبية
- 37 1-1- مفهوم الجانبية
- 38 1-2- مراحل تطور الجانبية
- 38 1-3- اضطراب الجانبية
- 39 2- المكان (القدرة المكانية)
- 39 2-1- مفهوم المكان (القدرة المكانية)
- 40 2-2- مراحل تطور مفهوم المكان (القدرة المكانية)
- 40 2-3- مظاهر اضطراب المكان (القدرة المكانية)
- 41 3- الزمان (القدرة الزمانية)
- 41 3-1- مفهوم الزمان (القدرة الزمانية)
- 41 3-2- مراحل تطور مفهوم الزمان (القدرة الزمانية)
- 42 3-3- مظاهر اضطراب مفهوم الزمان (القدرة الزمانية)
- 42 خلاصة

43

الدرس السابع: فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه

- 43 تمهيد
- 43 1- تعريف اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه
- 43 2- أسباب اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه

44	.....	3- تصنيفات اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه.
44	.....	4- تشخيص اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه.
45	.....	5- علاج اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه.
46	.....	خلاصة.
47		المحور الثالث: اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة: عسر القراءة والكتابة، عسر الحساب
47		الدرس الثامن: عسر القراءة والكتابة، عسر الحساب
47	.....	تمهيد.
47	.....	1- تعريف عسر القراءة والكتابة.
48	.....	2- أسباب عسر القراءة والكتابة.
48	.....	3- تشخيص عسر القراءة والكتابة.
49	.....	4- أعراض عسر القراءة والكتابة.
51	.....	1-5- علاج عسر القراءة والكتابة.
51	.....	خلاصة.
52		الدرس التاسع: عسر الحساب
52	.....	تمهيد.
52	.....	1- تعريف عسر الحساب.
52	.....	2- خصائص الطفل الذي يعاني من عسر الحساب.
53	.....	3- أسباب عسر الحساب.
53	.....	4- تحليل ومناقشة لعسر الحساب.
54	.....	5- التكفل بعسر الحساب.
54	.....	خلاصة.
55		المحور الرابع: الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل: الخلجات، قلع الشعر، أكل الأظافر، الإيقاعات الحركية والتأرجحات
55		الدرس العاشر: الخلجات
55	.....	تمهيد.
55	.....	1- تعريف الخلجات.
55	.....	2- أسباب الخلجات.
56	.....	3- تصنيفات الخلجات.
57	.....	خلاصة.

58	الدرس الحادي عشر: قلع الشعر
58	تمهيد.....
58	1- تعريف قلع الشعر.....
58	2- الجدول العيادي لقلع الشعر.....
59	خلاصة.....
60	الدرس الثاني عشر: أكل الأظافر
60	تمهيد.....
60	1- تعريف أكل الأظافر.....
60	2- أسباب أكل الأظافر:.....
61	3- علاج أكل الأظافر:.....
62	خلاصة.....
63	الدرس الثالث عشر: الإيقاعات الحركية والتأرجحات
63	تمهيد.....
63	1- تعريف الإيقاعات الحركية والتأرجحات.....
63	2- أسباب الإيقاعات الحركية والتأرجحات.....
63	3- بعض أنماط الإيقاعات الحركية والتأرجحات.....
64	4- علاج الإيقاعات الحركية والتأرجحات.....
64	خلاصة.....
65	خاتمة.....
66	قائمة المراجع.....

مقدمة:

إن دراسة النمو عامة يفيد في دراسة السلوك وضبطه وتوجيهه والتنبؤ به، وتحديد السوي منه وغير السوي والمرضي. وتتجزأ دراسته تبعاً لمختلف جوانبه ومستوياته، فنجد دراسة النمو على المستوى الجسمي والحسي والحركي والعقلي واللغوي والاجتماعي والانفعالي، وأي اضطراب يحدث خلال مراحل النمو سواء كان اضطراباً عضوياً أو وظيفياً، نفسياً أو معرفياً يمس أحد هذه المستويات أو كلها يؤثر سلباً على كامل الشخصية الفرد.

وتلعب دراسة النمو الحسي الحركي دوراً هاماً في المراحل الأولى من حياة الإنسان، لأن من خلاله يتم مساعدة الطفل على التعلم في مختلف المجالات تبعاً لقدراته الحسية الحركية، كما أنه جانب مهم لتطور الجوانب الأخرى من النمو.

وقد اهتم العيديد من العلماء بالنمو الحسي الحركي وعلى رأسهم بياجى، الذي أشار إلى المرحلة الحسية الحركية، وبالمقابل هناك من اهتم بدراسة اضطرابات هذا الجانب من النمو، والتي تعتبر مجالاً واسعاً للبحث، وسميت بالاضطرابات الحسية الحركية والأداتية. وتتعدد مواضيع الدراسة فيه فنجد مختلف الإعاقات الحسية والحركية، واضطرابات اللغة بنوعها المنطوقة والمكتوبة، اضطراب صورة الجسم، والجانبية والقدرة المكانية والزمانية،...

وفي هذا العمل سنحاول عرض مختلف الاضطرابات الحسية والحركية والأداتية من خلال أربعة محاور، يتضمن المحور الأول مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وفيه الإعاقة الحسية والحركية والذهنية. أما المحور الثاني فستتطرق فيه إلى الاضطرابات الأداتية، ويضم اضطرابات صورة الجسم، واضطرابات الجانبية والمكان والزمان، فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه.

في حين يتعلق المحور الثالث باضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة وسنركز على هذه الأخيرة، والتي نتناول فيها عسر القراءة وعسر الكتابة وعسر الحساب. أما فيما يخص المحور الأخير فيدور حول الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل، وفيه: الخلجات، قلع الشعر، أكل الأظافر والإيقاعات الحركية والتأرجحات.

المحور الأول: مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة

الدرس الأول: مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة

تمهيد:

يشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات الصناعية حوالي 10% وفي المجتمعات النامية بحوالي 12.3%، ويقدر عدد المعاقين في العالم بحوالي 200 مليون معاق. وفي الدول العربية يقدر عدد المعاقين بحوالي 16 مليون معاق، وتشير مثل هذه الأرقام إلى خوف وفرع من حجم مشكلة الإعاقة في العالم (الشربيني، 2010، ص141).

وتجدر الإشارة إلى أن مستوى انتشار الإعاقة الحادة بين الأفراد عامة تكون 14 حالة في 1000، أما تبعا لكل نوع إعاقة فهي كالتالي: التخلف العقلي العميق والحاد 21 %، إصابة حركية 19 %، الصرع بأنواعه 18 %، اضطرابات حسية 17 % (منها الحول 4.6 %، الإعاقة البصرية 2.4 %، إعاقة سمعية 4.8 % والصمم 5.5 %). وما هو ملاحظ لدى هؤلاء الأطفال هو تواتر الإعاقة المتعددة (حيث 42 % من الأطفال المعاقين إعاقة حادة يعانون من إعاقات متعددة: تخلف عقلي حاد، شلل حركي مخي، صرع، اضطرابات السلوك،...) (Marcelli. D, 2009,) (p274).

وقد أشارت أنستازي إلى التقدم الواضح والتزايد المستمر لاختبارات الأطفال ذوي الاحتياجات (الشربيني، 2010، ص 141)، فبعد إصدار التشريعات الخاصة بهذه الفئة في 1977 أصبح التعليم من حق كل الأطفال المعاقين، وقد أشار قانون (P.L 94-142) (الشربيني، 2010، ص 141) إلى أربعة إجراءات هامة هي:

- أن كل الأطفال المعاقين يجب أن يتم تحديدهم من خلال تطبيق أدوات فرز مبكرة.
- أن الأطفال الذين تم تحديدهم على أنهم معاقين ينبغي أن يكون ذلك من خلال فريق من المتخصصين لتحديد احتياجاتهم التعليمية، وأن يتم ذلك على أساس فردي لكل طفل.
- على المدرسة أن تطور من برامجها التعليمية لكي تقابل هذه الاحتياجات الفردية.
- أن يتم إعادة تقويم كل طفل دوريا للتحقق من البرامج المعدلة.

1- تعريف الإعاقة:

تعرف الإعاقة في اللغة العربية بأنها التأخير وعدم القدرة والعجز والمنع. ويعبر هذا المصطلح عن مختلف المشكلات التي تتعلق بالرفض الاجتماعي بمختلف أشكاله، كما أنه يشير إلى ذلك العجز المستمر الذي يحيل إلى عدم أداء الأدوار والوظائف العادية للفرد، وتكون نتيجة لمجموعة من العقبات والحوادث التي يخلفها العجز بحيث تؤثر على المستوى الوظيفي للفرد وتنقص أو تعطل طاقته الإنتاجية، وبهذا المعنى فمصطلح إعاقة يحيل إلى

مدى الخسارة أو النقص الذي يظهر على مستوى أداء مستوى الفرد في أي ناحية من نواحيه، وبالتالي فإن: "الإعاقة هي عقبة أو قيد يفرض على الشخص إما من قبل البيئة وسياق التفاعل الذي يعيش فيه أو بسبب نقص أو قصور بدني أو نفسي أو عقلي لدى الشخص كلها مجتمعة، يعجز معها هذا الشخص بإمكاناته ووسائله الحالية عن مواجهتها أو التغلب عليها أو العيش بصورة فعالة بدون مساعدة أو رعاية خاصة" (أبو حلاوة، 2004، ص2).

تعرف الإعاقة أيضا على أنها: "نوع من القصور الولادي أو المكتسب في أعضاء الجسم أو الحس فيقلل من القيام بوظيفته الأساسية، والعاجز هو الذي يرتبط عجزه بعدم القدرة على مزاوله عمل يوفر له الكسب المناسب (النجار، بدون سنة، ص 4). كما تعرف الإعاقة أيضا بأنها: "إصابة نفسية أو عقلية أو بدنية تسبب ضررا لنمو الإنسان وتطوره البدني والعقلي أو كلاهما. وقد تؤثر على حالته النفسية والتعليمية" (النجار، بدون سنة، ص 5).

إذن إن الإعاقة هي ذلك النقص أو القصور المستديم الذي يحول دون مزاوله الفرد لمختلف الأنشطة في حياته اليومية. أما فيما يتعلق بالأسباب المؤدية إلى الإعاقة فهي متعددة فنجد منها ما هو متعلق بالجانب الوراثي، النفسي، الاجتماعي والاقتصادي، وكذلك عوامل قبل وأثناء وبعد الولادة، وكلها سنفصل فيها عندما نتطرق إلى أنواع الإعاقة والمتمثلة في الإعاقة الحسية والحركية والذهنية، وسيتم كذلك الإشارة إلى التكفل بكل فئة على حدى.

2- تعريف المعاق:

لقد تم إطلاق العديد من التسميات على المعاق بحيث نعت بالعاجز أو المقعد أو الشاد أو غير العادي، ولكن التسمية الأكثر انتشارا وشيوعا في المجتمع حاليا هي "معاق"، ويسعى العالم ككل تغييرها إلى صاحب الهممة. ويرتبط تعريف مصطلح معاق بتعريف الإعاقة، فإذا كانت هذه الأخيرة تبعا لما سبق ذكره عبارة عن حالة ناتجة عن ظروف جسدية أو نفسية أو عقلية تُنقص وتحد من قدرة الفرد على أداء واحدة أو أكثر من المهام والوظائف الأساسية في الحياة اليومية مثل رعاية الذات والتواصل الاجتماعي وغيرها، فإن المعاق هو ذلك الشخص الذي فقد إحدى الحواس أو أكثر أو عضو أو أكثر أو قدرة أو مهارة، الأمر الذي يجعله عاجزا بشكل مستمر على تحقيق الذات والنجاح وإشباع حاجاته بشكل مستقل (أبو حلاوة، 2004، ص2).

كما يعرف المعاق بأنه كل فرد فقد قدرته على مزاوله نشاط ما نتيجة لقصور بدني أو حسي أو عقلي سواء أكان هذا القصور بسبب إصابته في حادث أو مرض أو عجز ولادي، ويمكن تعريفه على أنه: "كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في الاهتمام بنفسه أو مزاوله عمله أو القيام بعمل آخر أو نقصت قدرته، وذلك نتيجة لقصور عضوي أو عقلي أو حسي نتيجة عجز خلقي منذ الولادة أو مكتسب" (النجار، بدون سنة، ص 4). ويطلق حاليا على مثل هذا الشخص المعاق بالفرد ذو الاحتياجات الخاصة التي سنعرفها فيما يلي.

3- تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة:

يتضمن مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة كل الأطفال أو الأفراد المعاقين الذين يصعب ويتعذر عليهم تلبية حاجاتهم المختلفة على مختلف المستويات والنواحي، والذين لاحقاً لا يمكنهم تحقيق الاستقلالية وكذا النتائج المرجوة بالخصوص في المؤسسات التعليمية العادية خلال سن التمدرس، مما يستدعي رعاية وتربية خاصة، وذلك نتيجة لما يعانونه من حالات العجز والقصور البدني، النفسي والعقلي.

وإجمالاً يمكن تعريف هؤلاء الأطفال بأنهم هؤلاء الذين ينحرفون عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية مقارنة بأقرانهم بصفة عامة إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى: "خدمات تربوية ونفسية تختلف عما يقدم للعاديين حتى يتم بلوغ أقصى إمكانات نموهم، وأيضاً يحتاجون إلى عمليات التأهيل الخاصة حتى يصلون إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراتهم ومواهبهم" (أبو حلاوة، 2004، ص3).

4- التربية الخاصة:

4-1- تعريف التربية الخاصة:

تعرف التربية الخاصة بأنها مختلف البرامج التربوية والتعليمية التي يتم وضعها من أجل فئة الأطفال غير العاديين من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم وتطورهم إلى أقصى الحدود الممكنة، بهدف تحقيق الذات والنجاح والتكيف داخل المجتمع والاستقلالية. ويشير فتحي السيد عبد الرحيم وحليم السعيد بشاي (1992) إلى أنه: "يتم استخدام مصطلح التربية الخاصة للدلالة على مختلف المظاهر في العملية التعليمية التي تستخدم مع الأطفال المعاقين أو الأطفال الموهوبين، ولا تستخدم مع معظم الأطفال المتوسطين، ويقصد بمصطلح خاصة على أنه عبارة عن عمليات تتميز بنوعية غير عادية أو غير شائعة أو إضافة إلى المعتاد أو تستخدم لغرض خاص بالإضافة إلى الأغراض العادية وهذا التعريف يقبل التطبيق على البرامج التربوية الخاصة التي تشتمل على تعديلات أو إضافات للخبرات التعليمية التي وضعت أصلاً للطفل العادي" (أبو حلاوة، 2004، ص3).

وتشير أمال باضة (2005) إلى أن التربية الخاصة هي: "قسم خاص من التربية يقدم للطفل غير العادي في أساليب تعليمه ورعايته بطريقة مقصودة وهادفة ويقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لاختلافهم عن العاديين إما بالعجز والتقصير في بعض خصائص النمو وإما بالتفوق على الآخرين، وذلك لتوفير ظروف مناسبة له كي ينمو نمواً سليماً يؤدي إلى تحقيق الذات" (عسل، 2012، ص11).

4-1- أهداف التربية الخاصة:

تتمثل أهداف التربية الخاصة فيما يلي:

- تشخيص كل فئة من فئات التربية الخاصة وتحديد درجة العجز أو الانحراف فيها سواء كان سلبيا أو إيجابيا، ويتم التشخيص فرديا، وإعداد الخطط التعليمية وأساليب التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة واستخدام الحاسب الآلي في البرامج العلاجية والتأهيلية والتعليمية.
- التدخل المبكر وتحديد مآل الطفل وتتبعه، وكذا إعداد برامج الوقاية من الإعاقة (عسل، 2012، ص 18).

5- تصنيف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

يمكن تجزئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الفئات التالية:

- الأطفال ذوي الإعاقات الارتقائية الشاملة أو المنتشرة أو ما يعرف اصطلاحا باضطراب التوحد، الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الأطفال الصم المكفوفين، الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بمختلف مستوياتها، الأطفال ذوي الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة، الأطفال ذوي اضطرابات اللغة والكلام، الأطفال ذوي إصابات الدماغ، الأطفال ذوي صعوبات التعلم (أبو حلاوة، 2004، ص4)، التفوق العقلي والموهبة الإبداعية، الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة، الإعاقة البدنية والصحة الخاصة، التأخر الدراسي وبطء التعلم (عسل، 2012، ص 19).
- في حين يشير أحمد السعيد يونس ومصيري عبد الحميد حنورة (2001) إلى أن المعاقين صنفان: "المعاقين بدنيا والمعاقين نفسيا وذهنيا" (أبو حلاوة، 2004، ص4). وتمثل الأولى في مختلف الإعاقات التي تصيب الحواس أو الحركة مثل الإعاقة السمعية والبصرية وإصابة جهاز النطق وكذا الإعاقة الحركية، في حين الصنف الثاني يضم التخلف العقلي، حالات سوء التوافق والأطفال ذوي الاضطرابات النفسية مثل: القلق والخوف والانحراف الاجتماعي، الوسواس.

6- الحاجات الأساسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

ونجد نوعين وهي تخص مختلف الفئات العادية وغير العادية.

أولا: حاجات عامة: وتتضمن ما يلي:

- الحاجة إلى الأمن: وهي تتمثل في الحاجة إلى التحرر من الخوف وتحقيق الطمأنينة على الصحة والعمل والمستقبل والحقوق والمكانة الاجتماعية، وفي حالة عدم تحقيق هذه الحاجة فإنه يؤدي بالطفل إلى العيش في خوف مستمر من كل شيء وفقدان الثقة بالمحيط. ويظهر في ذلك على شكل تردد وارتباك وهذا ما يتعلق بالأساس بالعجز المتعلم أي يعززه الخوف من المواجهة.
- الحاجة إلى تحقيق الذات وبلوغ مكانة اجتماعية: وهي تعني السعي إلى تحقيق قيمة اجتماعية والاعتراف بإنجازات المعاق من طرف المحيطين به وتحقيق المساواة والعدالة.

- الحاجة إلى احترام الذات: وهذه الحاجة هي التي تفسر لنا سعي الفرد إلى الدفاع عن نفسه وحمايتها مما قد ينقص من قيمتها في نظر المحيط وفي نظر الذات.

ثانيا: حاجات الخاصة بالمعاقين: وتتضمن ما يلي:

- حاجات صحية وتوجيهية: وتتمثل في الحاجات البدنية كالرعاية الجسمية واللياقة البدنية ومختلف النشاطات تحسن من الحالة الخارجية للمعاق، وكذا توفير مختلف الأجهزة والوسائل التي تسهل من تكيفه داخل المحيط السماعة بالنسبة للمعاق سمعيا أو النظارات أو الكرسي المتحرك، كما يشمل ذلك توفير العلاج اللازم إن تطلب الأمر ذلك من أدوية وجراحات مختلفة، وكل ما قد يساهم في جعل المعاق يكتسب استقلالية ويستعيد ثقته بذاته.

- حاجات اجتماعية: وتشمل إدماج المعاق داخل المجتمع من خلال تشجيعه على توثيق الروابط الاجتماعية، وكذا حث المجتمع على التفاعل معه وتغيير الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة، وتوفير مختلف الخدمات المادية والمعنوية من أجل تحقيق الذات والنجاح.

- حاجات مهنية: وتتمثل في التوجيه المهني، التدريب المبكر لاكتساب مهنة أو حرفة.

- حاجات تشريعية: وتتضمن إصدار مواد قانونية تسمح بتشغيل المعاقين، وذلك بتوفير مناصب عمل تتلاءم مع قدراتهم، وكذا تقديم لهم الأولوية في المؤسسات العمومية والخاصة (أبو حلاوة، 2004، ص5).

خلاصة:

ما هو ملاحظ أن انتشار الإعاقة بمختلف أنواعها في تزايد مستمر، مما يستدعي الدراسة والبحث فيما يتعلق بالوقاية والعمل على التوعية والتحسيس وكذا التكفل من خلال وضع برامج خاصة تساعد تلك الفئات في تحقيق نوع من الاستقلالية وبلوغ الأهداف المنشودة.

الدرس الثاني: الإعاقة الحسية

تمهيد:

تعتبر الإعاقة ظاهرة إنسانية تحدث في مواقف حياتية، وهي " حالة القصور أو العجز أو المرض التي تحدث للفرد بحيث تعيق بعض وظائفه عن القيام بالأداء العادي السوي، وقد تنشأ الإعاقة عن اضطراب عضوي أو عن اضطراب وظيفي " (فرج، ب.س، ص 56). وهناك أنواع للإعاقة فنجد منها: الإعاقة الحسية هي الإعاقة الناتجة عن إصابة الأعضاء الحسية مثل: العين، الأذن، اللسان وينتج عنها إعاقات حسية بصرية أو سمعية. الإعاقة الحركية، الإعاقة الذهنية، وهناك الإعاقة المزدوجة: وهي وجود إعاقتين للشخص الواحد، وكذا الإعاقة المركبة: وهي عبارة عن مجموعة من الإعاقات المختلفة لدى الشخص الواحد. وفيما يلي سنتطرق إلى الإعاقة الحسية: السمعية والبصرية.

1- تعريف الإعاقة الحسية:

الإعاقة الحسية هي نتيجة لعدم القدرة والعجز المرتبطين بالقصور السمعي و/أو البصري. هذا النمط من الإعاقة يؤدي إلى صعوبات في الاتصال، والشخص الذي يعاني من إعاقات حسية يتوجب عليه تطوير وسائل أخرى للاتصال والتفاعل، مثلاً: لغة الإشارات وقراءة الشفاه بالنسبة للقصور السمعي، والبرايل (Le braille) بالنسبة للقصور البصري (1 Le handicap sensoriel, s.a, p 1). الإعاقة الحسية هي العجز الذي يمس الأجهزة الحسية، وأكثرها شيوعاً هي الإعاقة السمعية والبصرية، ولكن لا يمكن إهمال باقي الحواس، مثل الإعاقة التي تمس حاسة الشم والتذوق، وكذا الإحساس على مستوى الجلد ولكنها نادرة، ولهذا سنركز فيما يلي على الإعاقة السمعية والبصرية.

2- أنواع الإعاقة الحسية:

1-2- الإعاقة السمعية:

تعتبر الإعاقة السمعية من بين الإعاقات الأكثر انتشاراً التي لاقت اهتماماً من طرف الباحثين، والذين سعوا إلى وضع مختلف الوسائل المادية والمعنوية لمساعدة الأفراد المصابين بها. وفيما يلي سنتعرف أكثر عن هذه الإعاقة من حيث التعريف والأسباب والتصنيف وكذا التكفل ولكن قبل كل ذلك سنعرض أولاً مكونات الجهاز السمعي وآلية السمع.

2-1-1- مكونات الجهاز السمعي:

يتكون الجهاز السمعي من ثلاثة أقسام هي كالتالي من الخارج إلى الداخل:

- أ- الأذن الخارجية: وهي ذلك الجزء الخارجي من الأذن وتتكون من: الصوان، قناة سمعية خارجية وبعدها الطبلة.
- ب- الأذن الوسطى: وتتكون من ثلاث عظيمات هي: المطرقة، السندان الركاب، وهي تقع في العظم الصدغي وهي متصلة بالبلعوم بواسطة قناة أوستاكيوس.

ج- الأذن الداخلية: وتتكون من قسمين: الدهليز والقوقعة، ويتمثل دور الدهليز في الحفاظ على توازن الفرد ودور القوقعة هو تحويل الذبذبات الصوتية من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل إلى الدماغ بواسطة العصب السمعي (عبيد، 2014، ص166).

2-1-2- آلية السمع:

تحدث آلية السمع انطلاقاً من الأذن الخارجية حيث يقوم الصوان بالنقاط الموجات الصوتية وتجميعها، ثم تنتقل عبر القناة الخارجية لتصل إلى الطبلة التي تهتز تبعاً لشدة الذبذبات، هذا الاهتزاز للطبلة يؤدي إلى تحويل تلك الموجات الصوتية إلى طاقة ميكانيكية، وذلك عن طريق مبدأ عمل الروافع حيث تنتقل الذبذبات إلى المطرقة ثم السندان ومن ثمّ الركاب إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزة إلى الفتحة أو النافذة البيضاوية حيث تكون هناك نقطة الالتقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية. ونتيجة لتلك الاهتزازات الميكانيكية تقوم الخلايا الصغيرة المكونة للقوقعة بتحويلها إلى سيالة عصبية تنتقل عبر العصب السمعي إلى الدماغ لتفسيرها (عبيد، 2014، ص166-167).

2-1-3- تعريف الإعاقة السمعية:

تعرف الإعاقة السمعية بأنها: "إصابة عضوية تؤثر على إحدى مستويات الأذن و/أو كل مستوياتها (الخارجية، الوسطى، الداخلية) نتيجة إصابات أو أمراض فتعيق عملية السمع" (حولة، 2011، ص47).

وقد قدم مؤتمر البيت الأبيض حول صحة الطفل المنعقد عام 1931 مجموعة من التعاريف منها: "الأطفال الصم هم أولئك الذين يولدون فاقدين للسمع تماماً، أو يفقدون السمع بدرجة تكفي لإعاقة بناء الكلام واللغة، وأيضاً الأطفال الذين يفقدون السمع في مرحلة الطفولة المبكرة قبل تكوين الكلام واللغة بحيث تصبح القدرة على الكلام وفهم اللغة من الأشياء المفقودة بالنسبة لهم بالنسبة لهم للأغراض العملية" (عبيد، 2014، ص163).

ضعاف السمع هم أولئك الأطفال الذين تكون قد تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة، ثم تطورت لديهم بعد ذلك الإعاقة في السمع/ مثل هؤلاء الذين يكونون على وعي بالأصوات ولديهم اتصال عادي أو قريب من العادي، بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه" (عبيد، 2014، ص164).

ويعرف الروسان (1996) الإعاقة السمعية كما يلي: "الطفل الأصم هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره كنتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة، ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم" (عبيد، 2014، ص164).

ويضيف فيما يخص الطفل الأصم جزئياً: "ذلك الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية" (عبيد، 2014، ص164).

وكخلاصة لهذه التعاريف تتمثل الإعاقة السمعية في فقدان الطفل القدرة على السمع إما منذ الميلاد أو بعده في السنوات الثلاث الأولى، الأمر الذي يعيق عملية اكتساب اللغة.

2-1-4- تصنيف الإعاقة السمعية:

تصنف الإعاقة السمعية تبعاً إلى: موقع الإصابة، العمر الذي حدثت فيه الإصابة، ومدى الخسارة السمعية.

• تصنيف الإعاقة تبعاً لموقع الإصابة: وهناك ثلاث أنواع:

أ- إعاقة سمعية توصيلية: ويكون الخلل على مستوى عملية إرسال الرسالة الصوتية إلى الأذن الداخلية نتيجة لانسداد المجرى السمعي إثر وجود أجسام خارجية أو سائل مثلاً صملاخ الأذن، كما يمكن أن يكون نتيجة لوجود حبيبات داخل الأذن الوسطى، أو تعرضها لإصابة بأمراض مثل التهاب الأذن الحاد أو المزمن (حولة، 2011، ص48).

ب- فقدان سمع حسي عصبي: وتكون الإصابة على مستوى الأذن الداخلية مع سلامة الأذن الخارجية والوسطى، ومن بين الأسباب المؤدية إلى هذا النوع نجد ما يلي: "الأسباب الوراثية منها عدم اكتمال تكوين الأذن الداخلية لدى الجنين أو ضعف الخلايا السمعية أو ضمور العصب السمعي، التهاب السحايا والتهاب الدماغ وكسر الجمجمة، أمراض السرطان والأمراض الفيروسية مثل الحصبة، كذلك نقص الأكسجين أثناء الولادة أو تناول الأدوية بدون استشارة الطبيب، أو الضجيج العالي وثقب الطبلية أو إصابة الأم بالزهري" (عبيد، 2014، ص169).

ج- فقدان سمعي مختلط: ويكون توصيلياً وحسياً عصبياً أي يكون على مستوى الأذن الخارجية، الوسطى والداخلية.

د- فقدان سمعي مركزي: ويكون الخلل على مستوى الدماغ في المنطقة الخاصة بترجمة المثيرات السمعية مع سلامة أقسام الأذن الثلاث، ويكون "نتيجة لحدوث مرض السرطان أو التهاب السحايا" (عبيد، 2014، ص169).

• تصنيف حسب عمر الإصابة: يعتمد هذا التصنيف على العمر الذي حدثت فيه الإصابة ونجد:

أ- إعاقة سمعية قبل اكتساب اللغة: ويكون فقدان السمع لدى هذه الفئة قبل اكتساب اللغة أي قبل حوالي الثلاث سنوات الأولى، وهذا ما يؤثر سلباً على النمو اللغوي للطفل وبالتالي يلاحظ لديه فقر في قاموس المفردات أو غياب اللغة تماماً وهو ما يسمى بالكم.

ب- إعاقة سمعية بعد اكتساب اللغة: ويكون فقدان السمع هنا بعد اكتساب الطفل للغة وهنا "تكون قد توفرت لديهم مجموعة من المفردات اللغوية وهم من يستطيعون المحافظة عليها أو تقويتها إذا توفرت لديهم الرعاية التربوية اللازمة" (عبيد، 2014، ص165).

• تصنيف تبعاً لمدى الخسارة السمعية: ونجد أربعة أنواع والتي تقاس بوحدة ديسبل (Decible) وهي:

- أ- إعاقة سمعية بسيطة: وتكون درجة الخسارة ما بين (20-40) ديسبل.
- ب- إعاقة سمعية متوسطة: وتتراوح درجة الخسارة ما بين (40-70) ديسبل.
- ج- إعاقة سمعية شديدة: وتتراوح درجة الخسارة ما بين (70-90) ديسبل.
- د- إعاقة سمعية شديدة جدا: درجة الخسارة السمعية تفوق 92 ديسبل، وهنا يبقى الطفل أبكم إذا لم يتلق تربية متخصصة، وإذا لم تتوفر له آلة السمع، وإذا لم تتبع عائلته النصائح والتوجيهات الضرورية" (عبيد، 2014، ص165).
- 2-1-5- أسباب الإعاقة السمعية:

تتمثل الأسباب المؤدية إلى الإعاقة السمعية فيما يلي:

- أ- أسباب قبل الولادة: ويمكن تلخيصها فيما يلي: تسمم الحمل، نزيف قبل الولادة، بعض الأمراض التي تصيب الأم كالحصبة الألمانية، الزهري، تناول الأدوية والمخدرات والكحول، التدخين، عدم توافق عامل ريزوس الأم والجنين.
- ب- أسباب أثناء الولادة: ونجد: الولادة المتعسرة، ولادة قبل الأوان، عدم وصول الأكسجين إلى دماغ المولود، مختلف حوادث الولادة والصدمات التي قد يتعرض لها المولود.
- ج- أسباب بعد الولادة: ونجملها فيما يلي: أمراض الطفولة كالتهاب السحايا وبصفة خاصة الحمى، التهابات الأذن ومختلف الأمراض التي تصاب بها (عبيد، 2014، ص168).
- 2-1-6- قياس وتشخيص الأطفال المعاقين سمعياً:

يلعب التشخيص المبكر للإعاقة السمعية دوراً مهماً في التكفل بالطفل، وهناك مجموعة من المظاهر التي توحى بوجود إعاقة سمعية والتي يتم التأكد والفصل فيها عن طريق القياس للقدرة السمعية لدة المختص.

● طرق قياس وتشخيص القدرة السمعية: يوجد مجموعتين من الطرق:

- يتم الاعتماد هنا على طرق تقليدية المتمثلة في مناداة الطفل باسمه، وطريقة سماع دقات الساعة.
- إن هذه المجموعة تمثل الطرق العلمية الحديثة من أجل تحديد درجة القدرة السمعية من طرف أخصائي في طب الأنف، الأذن والحنجرة أو أخصائي في قياس القدرة السمعية، وقد لخصتها عبيد (2014، ص171) كما يلي:
- أ- طريقة القياس السمعي الدقيق: ويقوم الأخصائي بتحديد درجة عتبة القدرة السمعية بوحدة الهرتز (Hertz)، وهي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدة أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل (Decible)، ويتم ذلك من خلال قياس القدرة السمعية للفرد بوضع سماعات الأذن على أذني المفحوص، ولكل أذن على حدى، ويتم عرض عليه أصواتاً ذات ذبذبات تتراوح ما بين (125-8000) هيرتز، وذات شدة تتراوح ما بين (0-110) ديسبل، بعدها يحدد الأخصائي مدى التقاط سمع المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة.

ب- هذه الطريقة أيضا من الطرق العلمية الحديثة وتسمى **طريقة استقبال الكلام وفهمه**، حيث يقوم الأخصائي بعرض أصوات ذات شدة متدرجة للمفحوص ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه.

ج- هذه الطريقة هي **طريقة الاختبارات التربوية المقننة** وفيها يتم استخدام اختبارات التمييز السمعي المقننة من بينها: "مقياس وييمان للتمييز السمعي، ومقياس جولدمان فرستو ودكوك للتمييز السمعي ومقياس لندا مود السمعي، وتعتمد أساليب قياس المعاق سمعيا على اختبارات أدائية" (عبيد، 2014، ص171).

د- **طريقة كهروفيزيولوجية** والتي تستعمل في حالة الطفل من سنتين إلى ثلاث سنوات. وتشير عبيد (2014، ص171) إلى أنه "يمكن استعمال طرق رد الفعل أو ما يسمى طرق رد فعل التوجيه المقيدة، ولكن كما في حالة الأطفال الأقل عمرا من الضروري في بعض الأحيان الاستعانة بالطرق الكهروفيزيولوجية لتحديد مستوى ما".

ه- تستخدم هذه الطريقة مع طفل يتراوح سنه بين 3 و 6 سنوات، وهي مشابهة لتلك الخاصة بالراشد ولكن بتقديم مساعدة بواسطة بيبشو (Peepshow) وهنا تظهر صورة صغيرة على شاشة عندما يخرج الصوت المستعمل في الفحص، ويشير الطفل إلى الصور عندما يطلب منه ذلك بشدة صوتية محددة، "لكن لا يمكن استعمال هذه الطريقة إلا إذا كان الطفل يملك الكلمات التي تمكنه من تعيين الأشياء الممثلة في الصورة المعروضة" (عبيد، 2014، ص172).

● مظاهر الإعاقة السمعية:

هناك مجموعة من المظاهر منها: وجود عيوب في الكلام وأصوات غير واضحة، استخدام نبرة واحدة وثابتة، حذف الحروف من الكلمات أو التوقف عن إصدار أصوات منذ الأشهر الأولى، نتائج دراسية متدنية خاصة في الاختبارات الشفهية، عدم الاهتمام وعدم المشاركة في الأنشطة التي تتطلب الاستماع أو الكلام، العزلة والانطواء والابتعاد عن الاتصال بالمحيط، الشكوى من آلام في الأذن أو وجود أصوات أو طنين في الأذن، الاقتراب من مصدر الصوت أو الرفع من صوت التلفاز وغيره أو وضع اليدين حول الأذنين، عدم الاستجابة للنداء بالصوت الطبيعي، الالتفات إلى مصدر الصوت والميل نحو المتحدث أو التركيز على شفاه المتحدث، أعراض البرد المتكررة وإفرازات الأذن وصعوبة في التنفس نتيجة الالتهابات الحادة في الأذن الوسطى أو في مجرى التنفس (عبيد، 2014، ص173).

2-1-7- خصائص المعاقين سمعيا:

إن الإعاقة لدى الطفل مهما كان نوعها لديها تأثير عليه في جوانب عديدة وهذا ما يترجم على شكل خصائص تميزه عن غيره، وفيما يلي سوف نعرض مجموعة من الخصائص التي تتعلق بجوانب مختلفة منها اللغوية، الجسمية والحركية، العقلية، الاجتماعية والانفعالية.

• الخصائص اللغوية:

يعد العمر الذي بدأت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية عاملاً هاماً في تحديد درجة التأخر في النمو اللفظي، فالأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية ولادية يواجهون نموهم اللغوي عجزاً واضحاً منذ الطفولة المبكرة، بينما الأطفال المصابون بفقدان سمعي بعد اكتساب اللغة تكون عيوبهم اللغوية أقل من الأطفال المولودين بالإعاقة أو الذين أصيبوا بها خلال الأشهر الأولى من أعمارهم. ومن هنا يذكر الزريقات (2003) أن: "النمو اللغوي لدى الأطفال المعاقين سمعياً يتأثر بمدى التدريب المبكر ونوعه، ووقت البدء باستخدام المعينات السمعية، ومدى استثارة الذكاء والجوانب الانفعالية والبصرية، وتأثير فقدان الدعم الأسري والثقافي والعمر الزمني عند التشخيص والتدخل المبكر" (ورد في: اللالا وآخرون، بدون سنة، ص218).

ويرجع هالان وكوفمان عدم قدرة الطفل المعاق سمعياً على اكتساب اللغة وتعلم الكلام إلى عدة عوامل من أهمها: "عدم إمداد الطفل بتغذية راجعة سمعية مناسبة عندما ينطق ببعض الأصوات في مرحلة المناغاة أو مرحلة الطفولة المبكرة جداً، وكذلك عدم إمداد الطفل بإثارة سمعية كافية، أو تعزيز وتشجيع لفظي مناسب من قبل المحيطين بالطفل، بالإضافة إلى عدم حصول الطفل على نموذج لغوي مناسب لكي يقوم بتقليده ومحاكاته بصورة ملائمة (ورد في: اللالا وآخرون، بدون سنة، ص218).

• الخصائص الجسمية الحركية:

لقد أثبتت الدراسات الحديثة أنه لا يوجد فرق فيما يتعلق بالنمو الجسمي والحركي للطفل المعاق سمعياً والطفل العادي وذلك بالخصوص من حيث معدل النمو أي سرعة النمو والتغيرات الجسمية في الطول والوزن في جميع مراحلها، "ولهذا لا توجد فروق ظاهرة بالنسبة للمتطلبات الجسمية للأصم والعادي وكل ما يظهر من فروق بينها هو أثر الإعاقة السمعية على بعض العادات الجسمية الخاصة بالصم" (الملاح، 2016، ص14).

• الخصائص العقلية:

إن للإعاقة السمعية تأثيراً على سلوكيات الطفل وحركاته وكذا في مدى تحكمه في إصدار الصوت وإحساسه به وتقليده له، إلا أن الدراسات الحديثة أثبتت أن هؤلاء الأطفال لديهم ذكاء عادي كباقي الأطفال العاديين، ويعود ذلك إلى أنه لا توجد علاقة مباشرة بين الذكاء والإعاقة السمعية ما عدا ما يتعلق بآثار الإعاقة على النشاط العقلي للطفل والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- التحصيل الدراسي: يتعلق هذا بالسن التي أصيب فيها الطفل بالإعاقة، فكلما كان الفقدان في سن مبكر كان التأثير أكبر والعكس، وقد بين العلماء أن المرحلة الحرجة والمهمة لاكتساب اللغة وتطورها هي ما بين 4 و6 سنوات، فإذا كان فقدان السمع قبلها أو أثناءها فإن ذلك يؤثر سلباً. وبالتالي "فكل من الأطفال المولودين بالصم أو من فقدوا سمعهم فيما بين 0 و6 سنوات غالباً ما يعانون تخلفاً في التحصيل الدراسي في المستقبل لو قورنوا بمن

أصيبوا بالصمم في سن متأخرة عن ذلك وبين أن الأصم يتأخر في النشاط العقلي بمقدار سنتين وخمس سنوات دراسية عن زميله العادي وهذا الفرق يتضاءل قليلا بالنسبة لمن أصيبوا بالصمم بعد ست سنوات" (الملاح، 2016، ص15).

- الذاكرة: لقد أثبتت الدراسات أن هناك أثر للفقدان السمعي على عملية التذكر، وتجدر الإشارة هنا أنه هناك جوانب يتفوق الطفل المعاق سمعيا على العادي وكما ان هناك جوانب أخرى يتفوق فيها الطفل العادي على الطفل المعاق سمعيا، مثلا "تذكر الشكل أو التصميم وتذكر الحركة يفوق فيه الصم زملائهم العاديين بينما يفوق العاديون زملائهم الصم في تذكر المتتاليات العددية" (الملاح، 2016، ص15).

● الخصائص الانفعالية:

من بين الخصائص الانفعالية للطفل فاقد السمع: سوء التوافق مع الذات ومع المحيط العائلي والمدرسي والاجتماعي، عدم القدرة على تغيير السلوك تبعا لتغير الظروف، مستوى طموح غير واقعي إذ أنه لا يتوافق والقدرات والإمكانيات الحقيقية التي يمتلكها المعاق سمعيا، تقلب المزاج وسرعة الانفعال، الغضب ويتعلق ذلك بالخصوص عندما لا يتمكن الآخر من فهم ما يريد الطفل الفاقد للسمع إيصاله، الانطواء والانسحاب الاجتماعي، العدوان، العناد، التمرد، الشك وعدم الثقة في الغير، حب السيطرة والخوف وعدم الاطمئنان (الملاح، 2016، ص16).

● الخصائص الاجتماعية:

أثناء النمو العادي يمر الجانب الاجتماعي بثلاث مراحل: في المرحلة الأولى يقوم الطفل برعاية نفسه من خلال أداء حاجاته الضرورية وتكتمل هذه المرحلة عند 7-8 سنوات. أما في المرحلة الثانية فيمكن للفرد أن يوجه نفسه أين تكون لديه القدرة على تحقيق متطلباته وهذه المرحلة تكتمل في سن 18 سنة. في المرحلة الثالثة يكون للفرد القدرة على التخطيط للمستقبل والمساهمة في مختلف أنشطة اجتماعية والقيام بدور فعال في رعاية الآخرين وتكتمل هذه المرحلة مع حوالي 25 سنة. وقد أثبتت العديد من الدراسات أن النمو الاجتماعي للمعاق سمعيا يكون عاديا في المرحلة الأولى، إلا أنه تظهر آثار القصور السمعي لاحقا مع حوالي سن 15 سنة فما فوق (الملاح، 2016، ص16).

2-2- الإعاقة البصرية:

2-2-1- أهمية حاسة البصر:

تعتبر حاسة البصر من أهم الحواس لدى الإنسان، وضعفها أو فقدانها يجعل الطفل يفقد أغلب الخبرات اليومية المرتبطة بالصورة والألوان والأشكال، الأمر الذي يؤثر سلبا على تكوين الصورة الذهنية لمختلف الأشياء والمواضيع الموجودة في البيئة الخارجية. إذ أن تكوين الصورة الذهنية للأشياء المحيطة وتخزينها في الذاكرة ثم

استدعائها تبعاً للمواقف تعتبر من أهم مقومات ومبادئ وأسس التعلم، وهذا ما يفسر اعتماد الكتب الخاصة بالتعليم في الصفوف التحضيرية والأولى على الصورة بالدرجة الأولى: "إن 85% مما يتعلمه الإنسان من معرفة يأتي عن طريق حاسة البصر، والفرد الذي يعاني من مشاكل بصرية تصبح فرصته المتاحة للتواصل مع البيئة والتعلم أقل بكثير من أقرانه المبصرين" (القمش، 2013، ص 127). وإن هذا الفرد الذي يعاني من ضعف أو فقدان البصر يحاول في الغالب تعويض هذه الحاسة بحواس أخرى مثل السمع واللمس والشم، ولكن يبقى هذا التعويض غير كاف ولا يمكن إطلاقاً أن يكون بديلاً لحاسة البصر (القمش، 2013، ص 127).

2-2-2- آلية عمل الإبصار:

● مكونات الجهاز البصري:

يتميز الجهاز البصري بدرجة عالية من التعقيد من حيث مكوناته وعمله، تقع العين داخل محجر الجمجمة الأم الذي يحميها من الصدمات الخارجية، وظيفة العين هي استقبال الأشعة الصادرة عن الأجسام ونقل صورها على شكل سيالات عصبية إلى الدماغ، أين يتم ترجمتها في المنطقة الخاصة بالإبصار. ويتكون الجهاز البصري من:

- جفنا العين: وهما الجفن العلوي والسفلي ووظيفتهما حماية العين من المؤثرات الخارجية.
- القرنية: غشاء شفاف يغلف الجزء الأمامي من مقدمة العين، ودورها كسر الضوء بهدف تركيزه على الشبكية.
- الصلبة: الجزء الصلب أبيض اللون الذي يكسو العين ويحمي أجزاءها الداخلية.
- القزحية: عبارة عن الغشاء الملون المستدير خلف القرنية، يعطي للعين لونها المميز، ويوجد في وسط القزحية فتحة صغيرة تسمى البؤبؤ. وتقوم القزحية بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين عن طريق التحكم في حجم البؤبؤ.
- السائل المائي: عبارة عن سائل مائي يوجد بين العدسة والقرنية ويقوم بتغذيتها، كما أنه يساعد في تركيز الضوء الداخل إلى العين على الشبكية، حيث أن الشعاع الضوئي عندما يمر في هذا الوسط المائي يتعرض للانكسار.
- العدسة: هي نسيج شفاف محدب يقع خلف القزحية وتقوم العدسة بدور مهم جداً في تركيز الضوء على الشبكية.
- السائل الزجاجي: وهو سائل هلامي يملأ تجويف العين خلف العدسة، ينكسر الضوء عندما يمر من خلاله ليتم تركيز الشبكية. هذا ويمكن القول أن كلا من القرنية والسائل المائي والعدسة والسائل الزجاجي تقوم بتنسيق وظائفها بحيث تعرض الشعاع الضوئي لعمليات انكسار مختلفة، حيث يتم تركيزه على شبكية العين. ومن هنا تم الإطلاق على هذه الأجزاء مصطلح التركيبات الانكسارية.

- الشبكية: هي نسيج حساس للضوء، يغلف الجزء الخلفي للعين من الداخل، وتقوم مقام الفيلم في كمييرا التصوير، إلا أن الصور لا تنطبع على الشبكية كما هو الحال في الفيلم بل يتم نقلها إلى الدماغ عن طريق العصب البصري.

- العصب البصري: ويتكون من خلايا عصبية وتتلخص وظيفته في نقل الإشارات والإحساسات البصرية من الشبكية إلى مناطق الإبصار في الدماغ. إن وظيفة الشبكية والعصب البصري هي استقبال الإثارة الصوتية ونقلها إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها، ولهذا يشار إلى الشبكية والعصب البصري على أنها التركيبات المستقبلية.

- عضلات العين: إن بعض هذه العضلات خارجية تتحكم بحركة العين إلى الأعلى والأسفل والجانبين، وهي ستة عضلات تعمل بتناسق، ويتحكم الإنسان فيها بشكل مناسب ومن هنا يأتي التحكم في حركة كرة العين، وفي بعض الحالات التي يحدث فيها خلل في الأداء الوظيفي لهذه العضلات فإننا نلاحظ اضطراب في نشاط العين، كحالات الحول أو التذبذب اللاإرادي لمقلة العين أو عدم وضوح الرؤيا. أما العضلات الداخلية فهي تتحكم في شكل عدسة العين، بدرجة تحدبها بشكل يضمن انكسار الضور على الشبكية (القمش، 2013، ص 127-129).

• آلية عمل الإبصار:

تتم عملية الإبصار من خلال وقوع الشعاع المنبعث من جسم معين على العين، حيث يصل الضوء إلى البؤبؤ الذي يقوم بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين. ثم يصل الضوء إلى العدسة أين تتغير درجة تحدبها تبعاً لكمية الضوء وخصائصه الأخرى، هنا تقوم العدسة بكسر الضوء بشكل يؤدي إلى تركيزه على الشبكية، فيمر الإشعاع الضوئي عبر السائل الزجاجي الذي يساهم أيضاً في انكسار الضوء وتركيزه على الشبكية، وبالتالي تتكون صورة المثير الخارجي على الشبكية بشكل مقلوب، ثم يتم نقلها عن طريق الألياف العصبية إلى العصب البصري الذي ينقل بدوره الصورة على شكل سيالة عصبية إلى المراكز الخاصة بالإبصار لترجمة المعلومة البصرية (القمش، 2013، ص 129).

2-2-3- تعريف الإعاقة البصرية:

اختلفت تعريفات الإعاقة البصرية تبعاً للمجال الذي يقوم بالاهتمام بها، حيث نجد تعريفها في القانون، الذي يعرف الإعاقة البصرية بالاعتماد على وجهة نظر الأطباء حيث يتم الإحالة إلى الشخص الكفيف أو ضعيف البصر بأنه: "ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 20/20 قدم في أحسن العينين أو حتى استعماله النظارة الطبية، تفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً أو ضعيف البصر" (القمش، 2013، ص 130).

يوجد أيضاً تعريف تربوي للإعاقة البصرية الذي يشير إلى أن الشخص الكفيف هو "ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة البرايل" (القمش، 2013، ص 130). بالإحالة إلى التعريف التربوي فإنه لا بد

من الإشارة إلى التعريف الذي قدمته باراجا (1976) (Paraga) للمعاق بصريا: "إن الطفل المعاق بصريا هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو بحاجة إلى تعديلات في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية" (القمش، 2013، ص 130).

وعرفه هارلي (1971) (Harley) من خلال الإشارة إلى أن الكفيف من الناحية التعليمية هو: "ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة برايل" (القمش، 2013، ص 130).

2-2-4- تصنيف الإعاقة البصرية:

يتم تصنيف الإعاقة البصرية إلى مجموعتين: الإعاقة البصرية الكلية وهي التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي. الإعاقة البصرية الجزئية: والتي يستطيع فيها المعاق قراءة الكلمات المكتوبة بحروف كبيرة أو باستخدام نظارات طبية أو أي وسيلة تساعد في تكبير الخط. وتتراوح حدّة إحصار هذه المجموعة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية. وتصنّف الإعاقة البصرية أيضا على مدى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر، وتبعاً لهذا يمكن تقديم التصنيف التالي للإعاقة البصرية: فقد بصري تام ولادّي أو مكتسب قبل سن الخامسة، فقد بصري تام مكتسب بعد سن الخامسة، فقد بصري جزئي ولادّي، فقد بصري جزئي مكتسب، ضعف بصر ولادّي، ضعف بصر مكتسب (القمش، 2013، ص 131).

2-2-5- أسباب الإعاقة البصرية:

تتمثل الأسباب والعوامل المؤدية إلى الإعاقة البصرية فيما يلي:

- الأسباب الخلقية: وتتمثل في العوامل الوراثية أو العوامل التي قد تتعرض إليها الأم الحامل والتي قد تؤثر على الجهاز البصري للجنين. ويشير تشابمان وآخرون إلى أن: "حوالي 64% من الصعوبات البصرية المختلفة لأطفال المدارس هي نتيجة لعوامل ما قبل الولادة والجزء الأكبر فيها يعود إلى عوامل وراثية كمرض تحلل الشبكية والتشوهات الخلقية وأمراض القرنية والماء الأبيض الوراثي، وحالات المهق والحصبه الألمانية والهريس" (القمش، 2013، ص 134).

- مختلف الأمراض التي تصيب العين: والتي قد تكون سببا للإعاقة مثل "التراخوما والرمد الحبيبي والماء الأبيض والماء الأزرق والسكري" (القمش، 2013، ص 134).

- مختلف الإصابات والصدمات التي قد تتعرض إليها العين: مثل الصدمات الشديدة للرأس التي قد تؤدي إلى انفصال الشبكية أو تلف في العصب البصري أو إصابة العين بأجسام حادة، أو "تعرض الأطفال غير مكتملي النمو إلى كميات عالية من الأوكسيجين في الحضانات مما يؤدي إلى تلف الشبكية" (القمش، 2013، ص 135).

- من بين العوامل هو "الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة مما يؤدي إلى آثار جانبية وتطور هذه الصعوبات إلى درجة أشد كما هو الحال في حالات طول أو قصر البصر، الحول، الماء الأزرق والأبيض" (القمش، 2013، ص 135).

2-2-6- تشخيص الإعاقة البصرية:

• الجانب الطبي:

ويقوم بهذا التشخيص طبيب مختص في طب العيون وفحص النظر ويكون ذلك من خلال قياس حدة الإبصار وكذا مجال الرؤية، وذلك من أجل تحديد المشكلة التي يعاني منها الفرد ودرجة الصعوبة في الرؤية. ومن أجل قياس حدة الرؤية يتم غالبا استخدام لوحة سنلن (Senllen)، وهي عبارة عن لوحة تحتوي على مجموعة حروف مرتبة في أسطر أو تكون فيها مجموعة من الأشكال تختلف من حيث الحجم من الأعلى إلى الأسفل، وتبعاً لمسافة الفحص التي تكون غالبا ستة أمتار، ويطلب من الفرد المراد قياس حدة بصره أن يتعرف على الحرف أو الشكل وأي حجم يمكنه قراءته. غالبا ما يتم استخدام حرف E أو C والمطلوب من الفرد تحديد اتجاه الفتحة. فيما يتعلق بقياس مجال الرؤية فإنه "يطلب من الفرد الجلوس مقابل الفاحص تماما ويطلب منه أن يغطي عينا وينظر بالعين الأخرى، فيوجه الفاحص ويعرض على الفرد مثير جانبي ويطلب منه التعرف عليه" (القمش، 2013، ص 135).

• الجانب النفسي:

يعتبر التقييم النفسي للمعاق البصري خطوة مهمة جدا، وذلك من أجل تحديد نقاط القوة والضعف لديه، ومن أجل تحديد احتياجاته الخاصة وكذا تصميم برنامج تربوي مناسب لحالته. وتجدر الإشارة هنا إلى أن التدخل المبكر في الكشف وتشخيص الإعاقة وكذا التكفل والعلاج له أهمية كبيرة من الناحية التربوية مع ذوي الإعاقة البصرية. كما يجب الإشارة إلى أنه غالبا ما يكون من السهل الكشف وتشخيص الإعاقة البصرية الحادة، أما الإعاقة الأقل حدة فإن تشخيصها يتطلب اهتماما خاصا من المحيط، وفيما يلي سيتم عرض أهم المظاهر السلوكية التي تشير إلى احتمال وجود إعاقة بصرية حسب ما قدمه القمش (2013، ص 135): احمرار العين المتكرر والمستمر، كثرة الإدماع ووجود إفرازات غير طبيعية في العين، وجود عيوب واضحة في شكل العين ومظهرها، حركة زائدة في العين وصعوبة التركيز، الحملقة عند النظر إلى شيء معين، وضع غير طبيعي للرأس عند القراءة والكتابة، تقريب المادة المقروءة أو إبعادها بشكل واضح، فرك العين عند محاولة تمييز الأشياء، التعثر والاصطدام بالأشياء أثناء المشي أو الحذر الشديد، صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة، تكرار الشكوى من الصداع، كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة فيما يتعلق بالحروف أو الكلمات المتشابهة، إظهار صعوبة في التقاط الكرة، صعوبات حركية.

بشكل عام يتميز المعاقين بصريا بالخصائص التالية:

● **الخصائص العقلية:**

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بين ذكاء المعاقين بصريا والعاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال. وكذلك الحال على مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء، وتدعم ذلك الدراسة التي قام بها سامويل هيز (1941) وأشارت نتائجها إلى أن: "المعدل العام لذكاء هؤلاء الأطفال المعاقين بصريا هو ضمن المعدل الطبيعي للفرد العادي" (عبد العزيز وكوافحة، 2010، ص 89).

● **الخصائص اللغوية:**

لا تؤثر الإعاقة البصرية تأثيرا مباشرا على اكتساب اللغة لدى المعاق بصريا، ولكن يواجه هذا الأخير مشكلات في اكتساب اللغة غير اللفظية، فهو لا يستطيع رؤية تعابير الوجه والإيماءات والحركات الصادرة عن الآخرين، ولذلك فهو يواجه مشكلات في التواصل معهم. وبالرغم من أنه لا توجد فروق بين المعاق بصريا والعادي في طريقة اكتساب اللغة المنطوقة، إلا أنه يوجد اختلاف في طريقة اكتساب اللغة المكتوبة، حيث يستعمل المعاق بصريا طريقة برايل في الكتابة، كما أنه يواجه مشكلات في تكوين المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة، خاصة مفاهيم المكان والزمان والمسافة والألوان (عبد العزيز وكوافحة، 2010، ص 89).

● **الخصائص الحركية:**

يواجه المعاق بصريا مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر بسبب عدم معرفته بالبيئة التي ينتقل فيها، وتظهر عليه مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين أو الدوران حول المكان الذي يتواجد فيه. ومع أنه لا يوجد اختلاف في النمو الحركي بين المعاق بصريا والعادي إلا أن مشكلة الإبصار تحد من قدرته على الوصول إلى الأشياء لأنه لا يعلم بوجودها وبالتالي تحد من اكتشاف العالم الخارجي (عبد العزيز وكوافحة، 2010، ص 90).

● **الخصائص الاجتماعية والانفعالية:**

تلعب اتجاهات المحيطين بالطفل المعاق بصريا دورا كبيرا في بناء ثقته بنفسه أو تكيفه مع إعاقته. فالاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعاق بصريا والتي يرافقها تقديم الخدمات والبرامج التدريبية لنشاطات الحياة اليومية، وخصوصا فيما يتعلق بمهارة التعرف والتنقل في البيئة والعناية الذاتية، فإنها تعمل على تعزيز ثقة المعاق بصريا بنفسه وتقلق درجة اعتماده على الآخرين. أما إذا كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاق بصريا

تتميز بالرفض وعدم التقبل وعدم تقديم الخدمات لهم، فإن ذلك سيؤدي إلى شعوره بتدني تقدير الذات وإحساسه بالفشل والإحباط وذلك بسبب إعاقته (عبد العزيز وكوافحة، 2010، ص 90).

خلاصة:

بعد الحصول على تشخيص كامل وشامل عن الحالة سواء كانت إعاقة سمعية أو بصرية، ويستحسن أن يكون هذا التشخيص مبكرا ومن قبل فريق متخصص، أين يتم تصنيفها من أجل التأهيل، فإذا كانت إعاقة بسيطة فإنه يمكن دمجها في الوسط المدرسي العادي، مع تقديم بعض الإرشادات والتوجيهات للعائلة والمعلمين. أما إذا كانت الإعاقة متوسطة أو عميقة فيتم توجيهها إلى مراكز متخصصة تعمل وفقا لبرامج خاصة بكل فئة على حدى، مع احترام المنهاج الدراسي العادي وتكييفه حسب قدرات المعاقين. وداخل هذه المؤسسات الخاصة بالتكفل بالإعاقة البصرية أو السمعية يكون للمختص النفس دورا فعالا داخل المؤسسة مع المربين ومختلف المتعاملين مع هذه الفئات، وكذا مع العائلة التي تعتمد عليه في توعيتها وتوجيهها. ودور الأسرة لا يقل أهمية عن دور الأخصائي، حيث أنها هي التي تشكل شخصية الطفل وتكسبه الثقة بالنفس والرفع من تقدير الذات، كما تفيد في تطوير المعرفة الخاصة بقدرات الأطفال.

الدرس الثالث: الإعاقة الحركية

تمهيد:

تلعب الحركة دورا مهما في تنمية العديد من المهارات لدى الطفل، وفي حال ما إذا حدث تأخر على مستوى النمو الحركي أو غياب للحركة فذلك يؤثر سلبا على عملية التعلم واكتشاف المحيط. وفيما يلي سنحاول التطرق إلى تعريف الإعاقة الحركية، أسبابها وأنواعها.

1- تعريف الإعاقة الحركية:

لقد اهتم العديد من الباحثين بالإعاقة الحركية والمعاق حركيا، وعليه فقد قاموا بتقديم مجموعة من التعاريف انطلاقا من تعريف المعاق حركيا، من بينها التعريف الذي قدمه فهمي بحيث عرف المعاق حركيا بأنه: "الفرد الذي لديه عيب يتسبب في عدم إمكانية قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية وتكون هذه الحالة ناتجة عن حادثة أو مرض أو تكون خلقية" (ورد في الصفدي، 2007، ص18). ومن جهته عرّف الروسان المعاقين حركيا بأنهم: "حالات أشخاص الذين يعانون من إشكال معين في قدرتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك على نموهم الانفعالي والعقلي والاجتماعي" (ورد في الصفدي، 2007، ص18). أما بالنسبة للباحث السهو فقد وضح أن المعاق حركيا هو: "الشخص الذي لديه إعاقة جسدية تمنعه من القيام بالحركات اليومية بشكلها الطبيعي نتيجة إصابة أدت إلى ضمور العضلات أو نتيجة مرض معين، وقد يكون فقدان الحركة مصحوب بفقدان حسي أيضا" (ورد في الصفدي، 2007، ص18). في حين أشار رمضان القدافي (1994) إلى أنه يوجد أربعة أنواع للأشخاص المعاقين حركيا:

- المعاق حركيا بسبب الحروب والإصابات التي ترتبط بالعمل أو الكوارث الطبيعية أو عدوى الأمراض.
- المعاق حركيا نتيجة إصابته باضطرابات النمو.
- المعاق حركيا نتيجة إصابته بالشلل الدماغي وهو ناتج عن إصابة في مناطق مخية.
- المعاق حركيا نتيجة إصابته بمرض شلل الأطفال (ورد في الصفدي، 2007، ص19).

2- أسباب الإعاقة الحركية:

تتمثل أسباب وعوامل الإصابة بالإعاقة الحركية فيما يلي:

1-2- عوامل قبل الولادة:

وهي تتلخص فيما يلي:

- العوامل الوراثية والتي تتعلق بالأساس باحتمالات الخطأ في انتظام الكروموزومات سواء المتشابهة منها والتي تعرف بالصفات العادية، أو الكروموزومات الجنسية مما قد ينجم عنه إعاقات مختلفة منها الإعاقة الحركية.
- تسمم الحمل نتيجة تورم قدمي الأم وارتفاع ضغط الدم ووجود كمية كبيرة من البروتين في البول خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.

- المرض الكلوي المزمن الذي يكون مصحوبا بارتفاع ضغط الدم وتورم القدمين وزيادة نسبة البروتين في البول، وفي معظم الحالات تكون الولادة قبل موعدها الطبيعي، وقد تمثل عملية الوضع خطورة بالغة على الأم، وقد تسبب هذه الأعراض تسمما للحمل وتهدد حياة الأم والجنين في الحالات الشديدة.

- داء السكري حيث تكون الأم مصابة بالسكري فقد تتعرض للإجهاد خاصة في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وفي حال استمرار الحمل فإنه يجب أن تخضع الأم لنظام غذائي صارم ودقيق في الأشهر الأخيرة.

- عامل الريزوس (RH) وذلك إذا كان هناك اختلاف في العامل حيث يكون العامل سلبى لدى الأم وإيجابى لدى الجنين.

- سوء تغذية الأم الحامل، والإدمان على الكحول والمخدرات والتدخين الإيجابي والسلبى (الصفدي، 2007، ص20).

2-2- عوامل أثناء الولادة:

وتضم الولادة المبكرة، استخدام الملاقط لإخراج المولود، وضع الجنين داخل الرحم مما يصعب عملية الولادة، الأدوية والبنج الذي قد يؤثر على الجهاز العصبي المركزي للمولود، الولادة لأكثر من مولود مثل حالات التوائم.

2-3- عوامل بعد الولادة:

هناك بعض حالات الإعاقة الحركية التي قد يكتشفها الوالدين بعد الولادة لدى أطفالهم والتي في الحقيقة تعود أسبابها إلى ما قبل الولادة، ولكن لم يتم اكتشافها مبكرا، وهناك حالات تحدث بعد الولادة والتي تكون لها آثار سلبية على الطفل، وقد تؤدي إلى إعاقة حركية ونذكر منها: التعرض للعدوى وبعض الأمراض خصوصا العصبية، التعرض لإصابة جراء حوادث خصوصا في منطقة الرأس أو الحوادث التي تؤدي إلى بتر الأطراف (الصفدي، 2007، ص21).

3- أنواع الإعاقة الحركية:

سنعرض هنا أهم نوع في الإعاقة الحركية والمتمثل في الشلل الحركي المخي، وملخص لباقي الأنواع الأخرى.

3-1- الشلل الحركي المخي (Infirmité motrice cérébrale):

3-1-1- تعريف الشلل الحركي المخي (الشلل الدماغى):

يتمثل الشلل الحركي المخي في نوع من العجز الحركي الذي ينتج عن الإصابة بنوع من التلف في المخ. كما تجدر الإشارة إلى أن التلف الذي يحدث في المخ يؤدي إلى العجز الحركي المسمى بالشلل الحركي المخي يمكن أن ينتج عنه اضطرابات في النطق أو الكتابة، ولكن من جانب آخر يمكن لتلك الإصابات في المخ أن

تؤدي إلى اضطرابات نفسية دون أن تؤثر على الجانب الحركي. يمكن تعريف الشلل الحركي المخي بأنه: "تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة" (الصفدي، 2007، ص31).

كما أنه عبارة عن "مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بيئة الجهاز العصبي المركزي أو نموه" (الصفدي، 2007، ص31).

ويمكن تعريفه أيضاً أنه "اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالباً اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية" (الصفدي، 2007، ص31).

وهناك من يطلق على الشلل الحركي المخي اسم شلل الأطفال القشري وهو: "مرض فيه عجز حركي نتيجة لتغيرات في المخ موجودة منذ الولادة أو بعد الولادة بفترة قصيرة ويظل أثرها طيلة حياة الفرد، ولعل أهم عرض في هذا المرض هو التشنج أو التقلص الذي يعتري إما جانب من الجسم أو عضو من الأعضاء أو كل أعضاء الجسم أيضاً في الحالات الحادة" (الصفدي، 2007، ص32).

إذن يمكن تعريف الشلل الحركي المخي على أنه تلك الحالة التي يتعرض فيها الطفل إلى تلف في المخ أو بالخصوص في المناطق المسؤولة عن الحركة، أو نتيجة لعدم اكتمال نموه ويكون ذلك إما خلال تكونه في المرحلة الجنينية أو بعد الميلاد إلى غاية السنة الثانية، ويستمر مع الفرد إلى غاية نهاية حياته.

3-1-2- تصنيف الشلل الحركي المخي (الشلل الدماغي):

يتم تصنيف الشلل الحركي المخي تبعاً لطبيعته وتبعاً لموقع الإصابة وتبعاً لشدته.

أ- تصنيف الشلل الحركي المخي تبعاً للطبيعة: ونجد في هذا التصنيف:

– **النوع التقلصي أو التشنجي:** قام باكتشاف هذا النوع العالم Little في لندن عام 1961، حيث يتمثل في فقدان الطفل للتوازن كما تظهر حركات لإرادية مع تشنجات عضلية على مستوى عضلات مختلفة تبعاً لمكان الإصابة، هذا يعني أن هناك شد أو تقلص في العضلات، وهذا الأخير يجعل الحركة بطيئة وضعيفة، كما أن التعليمات القادمة من الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية، وهنا يجد الطفل صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع الأمر الذي قد يؤدي إلى فقدان حركات مختلفة، إذ أن المصاب بهذا النوع يتحرك ويجلس بنفس الطريقة وهذا ما قد يؤدي إلى ظهور تشوهات كانهاء الظهر أو تشوه الحوض أو الركبتين أو الأصابع والقدمين.

كما تجدر الإشارة إلى أنه تصبح العضلات ضعيفة بسبب عدم استخدامها وبقائها باستمرار في أوضاع معينة وذات مدى حركي محدود، وفي حالة الحركة المفاجئة تؤدي إلى انقباض شديد فيها وهذا ما يسمى بانعكاس

الانبساط، وإذا كانت الإصابة على مستوى الأطراف السفلى فإنها تأخذ وضعاً خاصاً يسمى وضع المقص، أين تقترب الرجلان من بعضهما نتيجة لانقباض العضلات فيهما وقد يحدث دوران القدم إلى الداخل (الصفدي، 2007، ص 33).

- النوع الالتوائي أو التخبطي أو الكنعاني: ينتج هذا النوع عن إصابة الجزء الأمامي الأوسط من الدماغ، ومن مظاهر هذا النوع الاهتزاز المستمر، الحركة غير المعتدلة، سيلان اللعاب، تقطب الوجه، عدم اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين، تقلصات لاإرادية تشوش على الحركة الإرادية وذلك نتيجة لعدم القدرة على التنسيق العضلي الحركي، ويلاحظ لدى هذا النوع قدرة محدودة على الكلام نتيجة لعدم القدرة على ضبط العضلات المسؤولة عن الكلام، وهذا ما يجعل الكلام غير مفهوم. كما تعاني نسبة كبيرة من الإعاقة السمعية.

يوجد نوعين للشلل الحركي المخي الالتوائي وهما الشلل التوتري والشلل غير التوتري، إذ يتصف الأول بتوتر عضلي شديد، وهو يختلف عن التوتر الذي يتم ملاحظته في الشلل التشنجي، حيث أن في الشلل الالتوائي التوتري تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر إلى استرخائه، في حين تؤدي إلى تيبس في حالة الشلل الحركي المخي التشنجي. أما فيما يخص النوع غير التوتري فيتميز بحركات التوائية دون حدوث توتر عضلي شديد وهناك أنواع لهذه الحركات منها الحركات الدورانية والأوضاع الخاطئة والحركات الراقصة (الصفدي، 2007، ص 34).

- النوع الاختلاجي أو التخلجي (اللاتوازني): ينتج هذا النوع عن إصابة في المخيخ الذي هو مركز التوازن والمنسق لحركات العضلات، ويظهر هذا النوع لدى الطفل من خلال حركات غير متزنة بحيث يسير الطفل بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم قدرته على حفظ التوازن، كما يؤدي إلى "حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويده ممتدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه لذا يتم وصفهم بالسكارى" (الصفدي، 2007، ص 34).

- النوع الارتعاشي: يظهر في هذا النوع أشكال متنوعة من الارتعاش حيث قد يكون هذا الأخير شديداً أو خفيفاً، بشكل سريع أو بطيء، كما يجب الإشارة إلى أن هذا الارتعاش يكون مقتصرًا على مجموعات معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة، ويكون لاإرادياً تماماً (الصفدي، 2007، ص 35).

- النوع التيبسي: إن هذا النوع هو بالغ الحدة ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظراً لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو في أي نوع آخر من الحركة، وتكون الإصابة رباعية وقد يصاحبها صغر حجم الرأس أو تخلف عقلي شديد.

ويجب الإشارة في نهاية هذا التصنيف تبعاً للطبيعة قد يحتوي على الشلل الحركي المخي المختلط يضم نوعين معاً هما الشلل التشنجي والشلل الالتوائي وهنا يتم ملاحظة أعراض النوعين معاً (الصفدي، 2007، ص 35).

ب- تصنيف الشلل الحركي المخي تبعا لشدة الإصابة: ونجد:

- **شلل بسيط**: وفي هذا النوع يعاني الطفل المصاب من مشكلات بسيطة لا تتطلب العلاج حيث يستطيع الاهتمام بنفسه والاعتناء بها ويمكنه المشي دون استخدام وسائل مساعدة.

- **شلل متوسط**: ويتميز هذا النوع بنمو حركي بطيء إلا أن الطفل المصاب بهذا النوع يمكن أن تتطور لديه القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة، كما أنه يتعلم المشي بوسائل مساعدة، كما أنه في هذا النوع يتطلب تكفل علاجي من أجل تجاوز المشكلات الخاصة بالكلام والاهتمام بالذات.

- **شلل شديد**: وتكون الإعاقة الحركية شديدة فتحول دون الاعتناء بالذات وتحد من الحركة المستقلة والكلام وهذا ما يستلزم علاج مكثف ومنتظم ومستمر (الصفدي، 2007، ص36).

ج- تصنيف الشلل الحركي المخي تبعا لموقع الإصابة: ونجد فيه:

- إصابة الأطراف السفلى - إصابة الأطراف العليا - إصابة الطرف العلوي والسفلي - إصابة الأطراف العلوية وطرف سفلي أو العكس - إصابة الأطراف الأربعة مع الجذع.

3-1-3- أسباب الشلل الحركي المخي (الشلل الدماغى):

يمكن تلخيص الأسباب والعوامل المؤدية إلى الشلل الحركي المخي فيما يلي:

أ- أسباب قبل الولادة: مختلف الأمراض الفيروسية التي قد تصاب بها الحامل في الأسابيع الأولى من الحمل الذي يتصادف مع تكون خلايا دماغ الجنين مثل الحصبة الألمانية، الإصابة بالتهابات التي لم يتم تشخيصها، ارتفاع ضغط الدم بشكل كبير، الإصابة بداء السكري غير المسيطر عليه بالأدوية، نقص كمية الأكسجين أو المواد الغذائية اللازمة لتغذية الدماغ خلال مرحلة النمو في المرحلة الجنينية وحتى أثناء أو بعد الولادة، تسمم الحمل خلال المرحلة الأولى من الحمل، تناول الأدوية خلال الأشهر الأولى من الحمل، عدم توافق العامل الريزوسي بين الأم والجنين مما قد "يؤدي إلى تكسر الكريات الدموية للطفل فيصاب باليرقان الشديد بعد الولادة وترسب المادة الصفراء في الدماغ الأوسط مما يؤدي إلى شلل حركي دماغى" (الصفدي، 2007، ص38).

- تعرض الحامل على الأشعة X لمدة طويلة.

ب- أسباب أثناء الولادة: الولادة المتعسرة أو المبكرة، نقص الأكسجين أثناء الولادة: حيث أنه إذا لم يتنفس المولود بشكل مباشر بعد الولادة لأن هذه الأخيرة كانت طويلة المدة فإن من المحتمل أن يحدث شلل حركي مخي، إذ أن "الخلايا الدماغية تحتاج إلى الأكسجين لتستمر بالحياة وإذا لم يحصل عليه فإن بعض هذه الخلايا سوف تموت ومن الممكن حدوث الشلل الدماغى" (الصفدي، 2007، ص38).

ج- أسباب بعد الولادة: مختلف الالتهابات الفيروسية التي تصيب الدماغ وأهمها التهاب السحايا، مختلف الحوادث وبالخصوص السقوط على الرأس مباشرة، ويعود السبب إلى أن الجمجمة لم تلتحم بشكل كامل، ارتفاع درجة حرارة الجسم بسبب الالتهابات أو فقدان السوائل في الجسم بسبب الإسهال (الصفدي، 2007، ص38).

3-1-4- المشاكل التي يعاني منها المصاب بالشلل الحركي المخي (الشلل الدماغي):

هناك مجموعة من المشاكل التي يعاني منها الطفل المصاب بالشلل الحركي المخي والتي تمس النمو الحركي والحسي والانفعالي والنفسي والاجتماعي نذكر منها: يعاني الطفل المصاب من صعوبة في تناول الأطعمة الصلبة، صعوبة في تعلم المشي أو الكلام أو صعوبة في ضبط عملية الإخراج، لا يحاول استكشاف البيئة وصعوبة في عملية التنسيق البصري الحركي، تأخر في النطق وقد يكون معدوماً وتأخر في الدراسة والكتابة، نقص الثقة بالنفس وبالأخرين، عدم القدرة على التمييز بين الأشياء مثل: الخطأ والصواب، الحار والبارد، لا يستطيع ارتداء الملابس بمفرده أو الحفاظ على نظافته والعناية بنفسه.

أيضاً هناك: صعوبة في عملية الامتصاص من حلمة الثدي وصعوبة في عملية البلع نتيجة ضعف عضلات البلع، عدم الاستجابة للأصوات الخارجية والكثير من الحالات تعاني من صرع خفيف، صعوبة في رفع الرأس والجزع عند وضعه على بطنه وتأخر في الانتقال من وضع الجلوس إلى الوقوف، عدم القدرة على التعرف على المحيطين به بسبب قلة التفاعل معهم وعدم القدرة على متابعة الأشياء المتحركة، اشتداد أو امتداد في الأوتار والعضلات في الأطراف والظهر أو البطن، عدم القدرة على الجلوس في الفترة المحددة من النمو حتى بمساعدة، عدم القدرة على الوقوف الناتج عن تشنج في الأوتار العضلية وعدم قدرته على مسك الأشياء المساعدة في عميلة النهوض والوقوف.

وبلخص الصفدي (2007، ص41-42) كل هذا بقوله: "إن النمو الحركي والحسي السليم هو أساس نمو النواحي الاجتماعية والنفسية وغيرها، لذلك في حالة إصابة الطفل في نموه الحركي وخاصة في سن الطفولة المبكرة فهذا بالتالي يؤثر حتى في جميع نواحي النمو إذ ليس فقط الحركية وإنما النواحي الاجتماعية والحسية والانفعالية له كذلك".

3-2- إعاقات حركية أخرى:

سنحاول في هذا العنصر تلخيص باقي الإعاقات الحركية قبل أن نتطرق إلى طريقة التكفل بالطفل المصاب بإعاقه حركية، وتتعلق هذه الإعاقات بالدرجة الأولى بالمشكلات الجسمية والصحية وهي كالتالي:

3-2-1- إعاقات خلقية:

وهي تتعلق بالإعاقاة التي يولد بها الطفل ويتم تشخيصها منذ الولادة أو بعدها، وتتمثل في: التقلصات المتعددة، استسقاء الحبل الشوكي، أصابع اليدين الزائدة أو الملتحمة، تقوص الساقين، القدم المسطحة، هشاشة العظام، الأطراف القصيرة والمشوهة، الإعاقاة الحركية الكلية المتصاحبة بتخلف عقلي (الصفدي، 2007، ص48).

3-2-2- إعاقات مكتسبة:

وهي الإعاقاة التي يتم اكتسابها عبر مراحل النمو وحتى الرشد ولا يولد بها الطفل، ونذكر منها: البتر، الأمراض المزمنة، الحروق، خلع الورك، الإعاقاة الناتجة عن حوادث وصددمات، الشلل النصفي أو الكلي الناتج عن الحوادث الدماغية الوعائية (الصفدي، 2007، ص53).

خلاصة:

إن الإعاقاة الحركية من بين الإعاقاة الأكثر انتشارا خاصة بين الأطفال، ومنها ما تعود لأسباب خلقية ولادية، ومنها ما تعود لحوادث والأمراض التي تعرض إليها الطفل أثناء أو بعد الولادة. ولهذه الإعاقاة تأثير على جوانب النمو خاصة النمو النفسي، إذ يلاحظ على الطفل المعاق حركيا قلة الثقة بالنفس، والانسحاب الاجتماعي، وانخفاض تقدير الذات وغيرها من المشاكل النفسية التي تستدعي تدخل المختص النفسي.

الدرس الرابع: الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي)

تمهيد:

يعد التخلف العقلي من بين الاضطرابات التي اهتم بها العلماء منذ زمن بعيد والتي حاول العديد من الباحثين معرفة أسبابها وكيفية علاجها، وبتعدد تعددت التسميات، فمنذ السبعينات ظهرت مجموعة من المصطلحات للتخلف العقلي في الدراسات الفرنسية حيث نجد: Arriération، Oligophrénie، Débilité mentale، Structure déficitaire، Déficience intellectuelle، Retard mental التي تشير كلها إلى التأخر أو التخلف العقلي في اللغة العربية.

1- تعريف التخلف العقلي:

تم تأسيس هذا المصطلح منذ بداية القرن 19م، حيث أطلق عليه Pinel مصطلح (Idiotisme)، وأكثر تحديدا اسم (Idiot) مع Isquirol الذي هو مشتق من مصطلح يوناني يقصد به وحيد Seul، أي أن المتخلف أو المعتوه التي هي ترجمة حرفية لكلمة (Idiot) يشار إليه بوحده. (Solitude).

كتب Georges Heuyer في 1951 (مختص في الطب العقلي للأطفال): "واحدة من المميزات الأساسية لغياب أو نقص الذكاء الذي يشكل التخلف العقلي (Débilité mentale) تكون في كبيعتها الخلقية (Congénitale): العجز العقلي هو بنيوي (Constitutionnel)" (Perron. R, 2000, p55).

وأعطى René Zazzou التعريف التالي في نص علمي قال فيه: "التخلف العقلي هو نقص فكري أصله بيولوجي، وراثي، أو حادث في الطفولة. (...) لكن هذا العجز لا يسمح بتوظيف ولو جزء بسيط من القدرات الذهنية التي تتطلبها عملية التعلم" (Perron. R, 2000, p56).

عرّف التخلف العقلي من طرف منظمة الصحة العالمية في 1980 كأحد العناصر أو مكونات السيروورة المؤدية إلى الإعاقة. يصيب التخلف وظيفة الأجهزة أو الأنظمة البيولوجية أو النفسية حيث يكون هناك عجز أو قصور على مستوى نشاط الفرد. ينتج التخلف العقلي بسبب تشوّه أو سوء التكوّن، نقص أو قصور في المهارات.

لقد تم اعتبار التخلف إعاقة والتي تتموقع في علاقة سببية مباشرة للعجز أو النقص (Déficit) حيث يكون هناك دمج لهذا الأخير وانعكاسه الاجتماعي بمعنى نوعية الرابطة بين الفرد ومحيطه، وعلى هذا الأساس يعرف التخلف العقلي على أنه قصور أو عجز في الذكاء ويكون خلقي أو مكتسب والذي يتميز من خلال عمل فكري عقلي متدني عموما، ويرافق هذا التخلف عدم الكفاءة الاجتماعية أو العجز وعدم القدرة على التكيف الصحيح مع الوسط. نجد في هذا التعريف الذي سبق بعدين للتخلف: "تأخر النمو الذهني والنقص والعجز في السلوك التكيفي" (Bloch et autres, 2002, p104).

2- أسباب التخلف العقلي:

توجد مجموعة من الأسباب المعروفة التي ينتج عنها التخلف العقلي بحيث يمكن أن يكون سبب التخلف خلقي: كالأضطرابات الصبغية (تثلث 21 Trisomie)، اضطراب وراثي في عملية التمثيل الغذائي، مرض غددي يخص الغدة الدرقية أو الغدة جنب درقية، وهناك أيضا تشوه مخي جمجمي، التهاب العدسية والصرع. ويمكن أن يكون التخلف مكتسبا بحيث ينتج عن الأسباب البيئية (مثل الفقر، التعسف وإهمال الوالدين)، أسباب قبل الولادة (مثلا تعرض الأم لبعض الأمراض المعدية كالحميراء (Rubéole)، داء المقوسات ويكون ذلك أثناء فترة الحمل أو قد يكون السبب تناول الأدوية في مرحلة من مراحل النمو داخل الرحم، أسباب سابقة للولادة أو التابعة لها (صعوبات أثناء الحمل والولادة)، وأسباب بعد الولادة (مثلا بعد الإصابة أو التعفن الدماغى) (Durond. M, 2002, p725).

إن الحامل التي تتعاطى الكحول يمكن أن يحدث ذلك اضطرابا للجنين يسمى بتناذر الجنين الكحولي (Syndrome alcoolique de foetus)، مما يؤدي إلى اضطراب على مستوى التعلم. هناك أيضا إتهاب الدماغ، إتهاب السحايا، أو معاناة مخية (ناجمة عن نقص الأكسجين)، نزيف دموي، يرقان نووي (وهو مرض يتميز بخلل في المادة الرمادية للمخ)، كما أن سوء التغذية للأم الحامل ونقص الأكسجين لدى المولود قد يؤديان للتخلف (Bloch et autres, 2002, p307). بالرغم من العدد الكبير للأسباب المعروفة المؤدية للتخلف العقلي إلا أن 50 % إلى 70 % من الحالات يمكن ألا تستند لأي سبب من الأسباب وتبقى العوامل المؤدية له مجهولة (Morin. Y, 2003, p237).

وهناك أيضا الإشعاع: فالتعرض المكثف لإشعاعات X أثناء بداية الحمل يشكل عاملا أساسيا لظهور التخلف العقلي. وأيضاً عدم التوافق الزمري: لما تكون الأم تحمل عامل ريزوسي سلبي (Rh-) والجنين يحمل عامل ريزوسي إيجابي (Rh+) في هذه الحالة يبدأ جسم الأم في تشكيل الأجسام المضادة للقضاء على النوع النقيض أو المعاكس لزمرة الأم، وهذا يؤثر سلبا على تكوين المخ لدى الجنين. كما أن لتناول المخدرات تأثيرا، وكذا بعض الأدوية المتناولة بجرعات مفرطة أو بدون وصفة طبية (Lambert. J-L, 1978, p46).

3- الجدول العيادي للتخلف العقلي:

المعايير التشخيصية لـ DSM₄ الخاصة بالتخلف العقلي تنقسم إلى ثلاث فئات:

- المعيار الأول: الحالة المشخصة يجب أن تكون وظيفتها الفكرية العامة أقل من المتوسط، وهذا يحدد عن طريق اختبار حاصل الذكاء (QI)، والحاصل المقدم من قبل DSM₄ يكون إما مساو أو أقل من 70 (تقريبا من 2 إلى 3% من الأشخاص يحملون حاصل ذكاء مساوي أو أقل من 70).

- المعيار الثاني: يحدد النقائص المصاحبة أو الاختلالات التي تمس وظيفة التكيف الفعلي. بشكل آخر لا يكفي إيجاد حاصل الذكاء مساوي أو أقل من 70، يجب أيضا حضور صعوبات واضحة على الأقل من قطاعين من القطاعات التالية: الاتصال، الحكم الذاتي أو الاستقلالية، الحياة العائلية، الاتجاهات الاجتماعية والشخصية، تقديم منافع وخدمات للمحيط، المسؤولية الشخصية، استخدام المكتسبات المدرسية، العمل، الهوية، الصحة والأمن.

- المعيار التشخيصي الثالث يخص سن الظهور: عامة الوظيفة الفكرية هي أقل من المتوسط، والنقائص المصاحبة أو اختلالات الوظيفة التكيفية الفعلية يجب أن تظهر قبل سن 18. إن تحديد السن لديه هدف لتفريق وتمييز الأفراد المصابين أين يكون هناك إصابة في المخ أثناء مراحل نموه عن هؤلاء الأشخاص الذين تكون نقائصهم الفكرية والوظيفية ليست ناتجة عن اضطراب مرتبط بالتأخر العقلي. يسمح معيار السن باستبعاد واستثناء من التشخيص الأفراد الراشدين الذين يعانون من صدمات مجتمعية، أو شكل من أشكال الخبل الذي يشوش وظيفتهم المنوطة بالعمليات العقلية (Durond. M, 2002, p722-724).

4- أنواع وتصنيفات التخلف العقلي:

يتم تصنيف التخلف العقلي إما على أساس الأسباب أو على أساس نسبة الذكاء:

4-1- التصنيف على أساس الأسباب: ونجد نوعين:

أ- تخلف عقلي أولي أو أساسي: ويشمل كل حالات التخلف العقلي الناتجة عن عوامل وراثية والتي تم الإشارة إليها في عنصر أسباب التخلف العقلي.

ب- تخلف عقلي ثانوي: ويتمثل في حالات التخلف العقلي الناتجة عن أسباب محيطية أو ثقافية اجتماعية (Marcelli. D, 1993, p1167-168).

4-2- التصنيف على أساس نسبة الذكاء: بالنسبة لهذا التصنيف نجد أربعة أنواع:

أ- تخلف عقلي عميق: حاصل الذكاء في هذا النوع يكون أقل من 20، ويسمى الأفراد المصابين به بالمعتوهين (idiots)، وُصف هذا المصطلح من قبل Esquirol، ونلاحظ لديهم: غياب اللغة، عدم القدرة على الأكل والتنظيف بأنفسهم، غياب مراقبة والتحكم في عملية الإخراج، ليس لديهم استقلال نفسي حركي، يعيشون حياة خاملة، وعموما تابعين ومتعلقين بوسطهم ويعتمدون على المحيطين بهم في كل شيء بل وأحيانا يكونون طريحي الفراش.

ب- تخلف عقلي حاد: حاصل الذكاء يكون من 20 إلى 40 ويُعتد المصابون به بالبلهَاء (imbéciles) أو الأغبياء (crétins) وهؤلاء ليس لديهم إلا لغة ابتدائية وناقصة ومتخلفة، وهم قابلين للتربية ولكن جزئياً بمعنى غير قابلين للتعليم ولكن قابلين للتدريب، يصعب توافقيهم اجتماعياً.

ج- تخلف عقلي متوسط: حاصل الذكاء يتراوح بين 35-40 إلى 50-55. يكون للمتخلف تحرر نوعاً ما، هو نصف قابل للتربية، يُظهر المصابون غالباً اضطرابات للكفاءة الاجتماعية وعدم استقرار مزاجي كبير، تكون اللغة تقريبية.

د- تخلف عقلي خفيف: حاصل الذكاء 50-55 إلى 70، المصابون قابلون للتربية في إطار مدرسي مكيف، ويمكنهم اكتساب تحرر اجتماعي (هم قادرين على تعلم حرفة بسيطة ويمارسونها بشكل عادي وصحيح إذا توفرت الشروط في المحيط). ويمكنه أيضاً تعلم القراءة والكتابة والحساب (Debray. Q, 2000 p106).

خلاصة:

نستخلص من هذا العرض لدرس التخلف العقلي أن هذا الأخير من أهم الاضطرابات التي تمس النمو الحسي الحركي، فهو تأخر في القدرات العقلية التي تظهر بشكل جلي في السلوكيات التي يبدئها المتخلف عقلياً اتجاه محيطه الأسري والاجتماعي، وبالرغم من التطور العلمي الذي وصل إليه الطب الحديث إلا أنه تبقى هناك فئة من المتخلفين الذين تُجهل أسباب تخلفهم، ونستشف بأن حاصل الذكاء أقل من 70 يبقى المحك الأساسي في الحكم على المتخلفين عقلياً بمساعدة شرطين أساسيين يتمثلان في سن الظهور أقل من 18 سنة والاضطرابات السلوكية المعرفية الملاحظة.

وعلى المستوى العلاجي فإنه لا يوجد علاج نهائي للتخلف العقلي ولكن هناك الوقاية والتكفل بالمتخلف، حيث نجد أن هناك بعض المحاولات المقدمة من طرف الباحثين في إعادة إدماج وتأهيل المتخلف عقلياً داخل محيطه، إلا أنها تبقى غير ناجعة بصفة عملية حيث أنه لا يوجد علاج كامل وتام للتخلف العقلي.

وكما وضحت تلك المحاولات والجهود أن كل حالة هي حالة خاصة وأن التكفل يكون بوجود بعدين: العلاج النفسي: وذلك لتخفيف قلق الفرد ومعاناته الوجدانية وجعله يتكيف، كما أنه يساعد الآباء على تقبل طفلهم المتخلف عقلياً وإعطاء لهم استراتيجيات للتعامل مع هذا الطفل. أما من الناحية البيداغوجية: فكما سبق ذكره فإن الأمر قد يقتضي القيام بإعادة التربية من جديد ومحاولة تعليم الطفل بعض العادات الاجتماعية المتفق عليها، وذلك ليستقل نوعاً ما وإذا كان يعاني من تخلف خفيف فيمكن تعليمه القراءة والكتابة، كما يمكن تعليمه حرفة يدوية وبعض الأعمال البسيطة (Marcelli. D, 1993, p175-177).

الدرس الخامس: اضطرابات صورة الجسم

تمهيد:

إن للمظهر الجسمي دورا مهما في تكوّن هوية الفرد إضافة إلى أن له تأثيرا على الجانب الانفعالي للفرد وكذا الجانب الاجتماعي، إذ أن أي نقص أو عجز أو تشوه يعاني منه الفرد على المستوى الجسمي قد يكون له تأثيرات سلبية عليه، الأمر الذي قد يؤدي إلى اضطراب صورة الجسم وهذا ما سنتطرق إليه فيما يلي، ولكن قبل ذلك سنقدم تعريفا لصورة الجسم.

1- تعريف صورة الجسم:

هي صورة على شكل هيئة عقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة. وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وما قد يصاحبها من مشاعر واتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم، فصورة الجسم هي: "التصورات والآراء والمعتقدات التي يكونها الفرد في مخيلته، والتي تتعلق بصوره جسده ومدى تقبله أو رفضه لها" (الوكيل، 2012، ص234).

ويعرفها تومسون (Thompson) بأنها: "الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل الجسم إلى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة" (ورد في: الدسوقي، 2006، ص07). يعرفها روزين وآخرون (Rosen & Al): "صورة ذهنية إيجابية أو سلبية يكونها الفرد عن جسمه وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة (ورد في: الدسوقي، 2006، ص07).

ويعرف كاراز (Carraz.J, 2009, p148) صورة الجسم بأنها: "التمثل الذي لدى الفرد حول جسمه والفكرة التي يكوّنها تبعا لنظرته هو ونظرة الآخرين له"، فالفرد يعيش وسط مجتمع يعتبر فيه المظهر الجسمي مهم جدا، وقد وضع Hostein.F: "المظهر الجيد يتحكم في المعاش الجيد" (In: Carraz.J, 2009, p149). ويضيف كاراز (Carraz.J, 2009, p149) أن: "الترجسية هو مشروطة بالصورة التي يحملها الآخرين عن الفرد. الهوية هي مرتبطة بالصورة التي يعطيها الفرد".

كما يحيل جابر عبد الحميد وعلاء الكفافي إلى أن: "صورة الجسم تشير للمظهر الخارجي للسجم من حيث تقييم الشخص لكل ما يتعلق بمظهره الجسمي، إذ يركز ذلك على: المضمون الإدراكي وهو دقة إدراك حجم الجسم ووزنه، والمضمون الذاتي أو الشخصي وهو يهتم بجانب الرضا عن الجسم والاهتمام به، والمضمون السلوكي وهو يركز على تجنب المواقف التي تؤدي للشعور بعدم الارتياح اتجاه مظهر الجسم" (ورد في: عبّازة، 2014، ص20).

ويرى أنور الشبراوي بأنها: "الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البنيان، تتحدد هذه الصورة بعوامل: شكل أجزاء الجسم، وتناسق هذه الأجزاء، والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم، والجانب الاجتماعي لصورة الجسم" (ورد في: عبارة، 2014، ص 21).

تتشترك التعاريف سابقة الذكر في أن صورة الجسم هي تلك الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن جسمه من حيث الحجم والوزن والطول، دون إهمال الجانب الوظيفي للجسم، وتكون هذه الصورة إيجابية أو سلبية، وذلك بالاعتماد على فكرته حول جسمه وكذا فكرة الآخرين عنه.

2- تعريف التصور الجسدي (مخطط الجسم) (Schéma corporel):

يمثل التصور الجسدي ما يدركه الفرد عن جسمه في الفضاء ومختلف أعضائه، وكذا وظيفة كل عضو ومكانه. هو "تلك الفكرة التي نتصور بها جسمنا في أي زمان ومكان وفي الوضعيات المختلفة وفي حالة النشاط أو الراحة، وإذا ما رجعنا إلى مراحل نمو التصور الجسدي نجده ينشأ منذ الولادة ويتكون هذا النمو تدريجيا عن طريق الأحاسيس الخارجية الناتجة عن الأشياء والأخرى الصادرة عن العضلات والمفاصل" (دبراسو، 2014، ص 72).

ويُعرف بأنه: "الخبرة التي يمتلكها الفرد عن جسمه، في حالة الحركة والسكون، في توازن مكاني زمني، وفي علاقاته مع العالم المحيط" (Sillamy.N, 2003, p239).

وأشارت دبراسو (2014، ص 72) إلى أنه: "كلما تقدم الطفل العادي اتجاه النضج، يتعلم بطريقة لاشعورية في البداية وبطريقة مقصودة بعد ذلك بعض الحقائق والأشياء عن جسمه من بينها: شكل الجسم وإمكانية الحركة، والعلاقة بين الجسم وأجزاء الجسم وعلاقة الجسم بالأشياء القريبة والبعيدة وأسماء الحركات الخاصة بأجزاء الجسم والمسميات المختلفة في الجسم". أي أن التصور الجسدي هو وعي وإدراك الطفل لجميع أعضاء جسمه ووظيفة كل عضو واستعمالها بالشكل الصحيح، وذلك بالاعتماد على التنظيم الزمني.

تجدر الإشارة هنا إلى أنه يوجد فرق بين صورة الجسم والتصور الجسدي، وقد لخصت دبراسو (2014، ص 74-75) الفرق بينهما كما يلي:

- تنتمي صورة الجسم للسجل الخيالي وهي لاشعورية ذات قاعدة عاطفية، أما التصور الجسدي ينتمي للسجل الحسي الحركي والمعرفي، وهو قريب من الشعور ذو قاعدة عصبية.
- يمكن أن يكون لدى نفس الشخص تصورا جسديا مضطربا لكن صورة الجسم تكون سليمة.
- التصور الجسدي هو نفسه عند جميع الأشخاص بينما صورة الجسم تخص كل شخص على حدى، وهي مرتبطة بالشخص وقصته.

- التصور الجسدي هو تصور ذهني دائم في حين صورة الجسم هي تصور ذهني في كل لحظة تبعا لمتغيرات الأحاسيس والمواقف.

3- العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسم:

هناك مجموعة من العوامل التي لها أثر في نمو وتكوين صورة الجسم سوف نلخصها فيما يلي:

- عوامل محيطية تتعلق بالأسرة والمدرسة والمجتمع ككل، الذين يؤثرون جميعهم على طريقة إدراك الطفل لجسمه، حيث غالبا ما يكون هناك معيار مثالي في المجتمع يسعى هؤلاء لبلوغه، ويحاولون جعل الطفل يسير على خطاهم. هذا ودون إهمال المقارنة التي قد يقوم بها الوالدين أو المعلم بين الأطفال.

وهناك عامل محيطي آخر يتعلق بجماعة الأقران التي لها دور كبير في تكوين صورة الجسم والتأثير عليها خاصة في مرحلة المراهقة، حيث تؤثر في تحديد كيف ينظر الفرد إلى جسمه. وقد أثبت Adler قوة جماعة الأقران في التأثير على صورة الجسم ووجد أن الأطفال وخاصة الإناث يتعلمون معايير المظهر في سن مبكرة من أقرانهم.

- عوامل بيولوجية والتي تتعلق بالأساس بالجانب الوراثي والذي يمكنه أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه مثل الطول، صفات الجلد أو البشرة تقاطيع الوجه وغيرها. إضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على الجسم مثلما هو الحال في مرحلة المراهقة.

- وسائل الإعلام والتي تحوي العديد من الرسائل المباشرة أو غير المباشرة حول صورة الجسم المثالية وأن المظهر الجسمي مهم جدا من أجل النجاح، وذلك من خلال النماذج الإعلامية التي تؤثر في إدراك الفرد لجسمه (القاضي، 2009، ص42-43).

- عوامل ثقافية حيث أن لكل ثقافة معايير مثالية للجمال والاعتناء بالجسم والمظهر خاصة بها يسعى أفرادها للاقتداء بها من خلال مجموعة من العادات والتقاليد، والتي لها دور في تكوين صورة الجسم.

4- تعريف اضطراب صورة الجسم:

هناك العديد من التعاريف التي قدمت لاضطراب صورة الجسم وذلك تبعا لتعدد الباحثين الذي درسوا هذا الاضطراب، وسنعرض فيما يلي البعض منها.

تعرفها الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنها: "الانشغال الزائد عن الحد ببعض العيوب التخيلية في المظهر الجسمي لدى شخص يبدو طبيعيا أو عاديا" (ورد في: الدسوقي، 2006، ص09).

ويعرفها هولاندر وآخرون (Hollander & Al) على أنها: "انشغال زائد بالمظهر الوجهي أو الصدر أو أجزاء أخرى من الجسم في نفس الوقت" (ورد في: الدسوقي، 2006، ص09).

في حين يعرفها ألبرتيني وفيليبس (Albertini & phillips) بأنها: "انشغال مفرط من جانب شخص ذو مظهر جسمي عادي بعيب طفيف في مظهره الجسمي، وربما لا يكون لهذا العيب وجود على الإطلاق سوى في مخيلة هذا الفرد" (ورد في: الدسوقي، 2006، ص 09).

أما بالنسبة لأديب الخالدي فهو: "الانشغال في تشوه متخيل (غير واقعي) في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر، وأن أكثر الشكاوي تكون حول الوجه (ورد في: عبازة، 2014، ص 36).
ويسميتها كاراز (Carraz.J, 2009, p162) باضطراب إدراك صورة الجسم ويرى أن: "اضطراب إدراك صورة الجسم هو موجه أحيانا وبالخصوص نحو بعض الأجزاء من الجسم (...). إنها إدراك خاطئ لصورة الجسم".
إن من خلال التعاريف المذكورة يتضح أن هناك فكرة مشتركة بينهم تتمثل في أن هناك انشغال بعيب بسيط على مستوى الجسم أو غير موجود تماما الأمر الذي يؤثر سلبا على معاش الفرد النفسي والاجتماعي والمهني.

5- أسباب اضطراب صورة الجسم:

- هناك مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى اضطراب صورة الجسم والتي قد تزيد من حدته منها ما يلي:
- العمليات التجميلية التي نادرا ما تحدث النتائج المرغوب فيها، مما يؤدي إلى إجراء عمليات إضافية، وقد وجد فيليبس وآخرون (Phillips & Al) أن من بين 25 مفحوصا أجروا عمليات تجميل فقط اثنان منهم شعروا براحة نفسية والباقي ازدادت حدة الاضطراب لديهم.
 - الانشغال المبالغ فيه أو الإدراك الخاطئ لبعض العيوب الطفيفة على مستوى الوجه والجسم التي تكون صغيرة أو كبيرة أكثر من اللازم، الشعر الخفيف أو الصلع، حب الشباب، التجاعيد، الندبات، آثار الجروح، الدوالي، الشحوب أو احمرار الوجه، عدم التناسق بين أجزاء الوجه، وأحيانا لا يكون هناك أي عيب ولكن يشعر الفرد أنه قبيح.
 - ما يزيد من حدة الاضطراب هو أن الفرد لا يعي اضطرابه ولا يسعى للعلاج، وإن حدث وطلب العلاج فإنه سيتوجه لاستشارة أخصائي الجلد أو جراح تجميلي.
 - إذا حدث وزار الفرد الأخصائي النفسي فإنه لا يقدم الأعراض المتعلقة باضطراب صورة الجسم وإنما قدم أعراض تحيل إلى الاكتئاب والخوف الاجتماعي، لأنه من السمات المميزة له أنه كتوم فيما يتعلق بما يفكر فيه اتجاه جسمه.
 - ويرى فيل وآخرون (Veale & Al) أن "الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يكونون غالبا من العاطلين أو غير المتميزين في العمل، ويعتكفون في منازلهم أو ينزلون من الناحية الاجتماعية" (ورد في: الدسوقي، 2006، ص 23).

- هذا وتلعب العديد من العوامل النفسية والاجتماعية دورا كبيرا في ظهور هذا الاضطراب منها: نقص الثقة بالنفس، الفراغ، عدم النضج الانفعالي، تعليقات المحيط وانتقاداته المتكررة لمظهر الفرد، العادات والتقاليد الاجتماعية.

6- المعايير التشخيصية لاضطراب صورة الجسم:

أدرج اضطراب صورة الجسم ضمن الدليل التشخيصي الرابع DSM4 تحت اضطرابات الجسم الشكلية (Troubles somatoformes) وبالتحديد تحت اسم اضطراب الخوف من التشوه الجسمي (Trouble: peur (d'une dysmorphie corporelle)، ويضم ثلاث محكات تشخيصية تتمثل في:

أ- انشغال بعيب متخيل للمظهر الجسمي، وإذا كان هناك عيب جسمي طفيف فإن الانشغال يكون مبالغا فيه.
ب- يؤدي هذا الانشغال إلى معاناة وانحراف الوظائف الاجتماعية، المهنية وفي مختلف الميادين المهمة.
ج- لا يفسر هذا الانشغال بأي اضطراب آخر مثل فقدان الشهية العصبي أين يوجد عدم رضا عن شكل وأبعاد الجسم (DSM4, p225).

في DSM5 تم إدراجه ضمن الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة، وسمي باضطراب وسواس التشوه الجسمي (Obsession d'une dysmorphie corporelle)، ويتضمن المحكات التالية:

أ- الانشغال بواحد أو أكثر من العيوب المتصورة أو بتشوهات المدركة في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بشكل طفيف للآخرين.

ب- أثناء مسار الاضطراب فإن الشخص يؤدي سلوكات متكررة (مثلا مراجعة دائمة للشكل في المرأة، أو أداء تعديلات زائدة مثل المكياج أو إغلاق الفم عند وجود بروز في الأسنان... إلخ، أو البحث عن الطمأنينة من الآخرين، مقارنة نفسه بالآخرين في الواقع أو على مستوى التخيل) ردا على مخاوف المظهر.

ج- يسبب الانشغال كرب أو عجز جوهري في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء المهمة الأخرى.

د- هذا الانشغال بالمظهر لا يرجع ولا يفسر بعدم رضا عن الوزن كالسمنة المفرطة الواضحة أو النحافة المرضية (الشره العصبي).

ويجب تحديد ما إذا كان هناك:

- مع شذوذ البنية العضلية: انشغال الفرد بفكرة أن له أو لها كتلة جسدية صغيرة جدا أو أن الكتلة العضلية غير كافية. ويستخدم هذا المحدد حتى لو كان الفرد مشغولا بمناطق أخرى من الجسم كما هو الحال في كثير من الأحيان.

- الإشارة لدرجة البصيرة بشأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم (مثلا "أنا أبدو قبيحا " أو "أنا أبدو مشوها").

- مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

- مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة على الأرجح.

- مع غياب البصيرة / معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعا تماما بأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة (DSM5, p308-309).

7- علاج اضطراب صورة الجسم:

يعتمد علاج اضطراب صورة الجسم على العلاج الدوائي وكذا العلاج النفسي، بالنسبة للعلاج الدوائي فيوصف في الحالات الحادة أين يكون للانفعال بشكل الجسم تأثيرا كبيرا على الفرد الأمر الذي يعيق سير معاشه النفسي الاجتماعي، وغالبا يوصف من طرف طبيب عقلي أو أخصائي في التغذية أ حتى الجلد. أما بالنسبة للعلاج النفسي فيمكن الاعتماد على العلاج السلوكي المعرفي كأول خطوة كون الاضطراب يتعلق بالجانب المعرفي وتجسده على المستوى السلوكي، وذلك من خلال وضع برنامج سلوكي معرفي يسعى إلى تغيير الأفكار والمعتقدات التي كونها الفرد نحو جسمه وكذا تغيير السلوكات الخاطئة الناتجة عن ذلك الإدراك الخاطيء. كما يمكن الاعتماد على العلاج التحليلي إذا أن تكوّن الاضطراب له جذور تعود إلى ماضي الفرد وبالخصوص إلى طفولته. وقد أثبت العلاج بالتغليف جدارته وفعاليتها في علاج حالات اضطراب صورة الجسم خاصة لدى المراهقين. ويمكن للأخصائي النفسي تقديم مجموعة من الارشادات المتعلقة باستعمال المرأة وكذا مختلف النشاطات التي ترفع من الثقة بالنفس، وتحسن العلاقات مع الذات والمحيط.

وقد قدم كاراز (Carraz.J, 2009, p165) (Carraz.J) بعض الوسائل التي تساعد المعالج من بينها: "المعالج الذي يعمل مع المريض يمكنه استعمال الصورة كدعامة (صور المريض، صور أشخاص آخرين)، شريط فيديو الذي يسمح برؤية الجسم في حالة حركة، العمل مقابل المرأة وهذا بارتداء ملابس داخلية فقط أو مبللة، استخدام الرسم والنحت، كما يمكن استخدام مراحل التغييرات المهمة في مظهر الحالات".

خلاصة:

إن من خلال ما سبق ذكره تبرز الصعوبة التي يواجهها الفرد المصاب باضطراب صورة الجسم، وذلك نتيجة لما تسببه تلك المعتقدات والإدراك الخاطيء لصورة وشكل الجسم، الأمر الذي يؤثر سلبا على الحياة النفسية للفرد والاجتماعية والمهنية، خاصة وأن غالبا ما يتم تشخيص الاضطراب في وقت متأخر وذلك لعدم تصريح الأفراد عن أفكارهم وإدراكاتهم مبكرا. وقد أثبتت الدراسات الميدانية أهمية العلاج السلوكي المعرفي الذي أظهر نجاعته في علاج الحالات المصابة باضطراب صورة الجسم.

الدرس السادس: اضطرابات الجانبية: اضطرابات حيزية مكانية

تمهيد:

إن من أهم القدرات التي يكتسبها الطفل بشكل تدريجي والتي لها دور مهم في اكتساب العديد من المهارات هي مفهوم الجانبية الذي يرتبط ارتباطا وثيقا بالقدرة المكانية والزمانية وحتى التصور الجسدي الذي تطرقنا إليه سابقا. وفيما يلي سنحاول تقديم تعاريف لهذه المفاهيم وكذا مراحل تطورها عند الطفل ومظاهر اضطرابها.

1- الجانبية:

1-1- مفهوم الجانبية:

تعرف الجانبية بأنها: "تفوق الجانب الأيمن أو الأيسر عند استعمال أعضاء الجسم (يد، رجل، عين) الذي له علاقة في وظيفة جزئي الدماغ الكروي" (عياد، 2007، ص65)، وهذا الأخير ما يسمى بالهيمنة الهمسفيرية أو السيطرة الدماغية أين تكون هناك سيطرة لنصف كروي مخي على الآخر. وتعرف بأنها سيطرة حسية وحركية لجانب من جسم الإنسان على الجانب الآخر من أجل تنظيم ثابت للفضاء المحيط، و تظهر من خلال تفضيل الفرد لاستعمال طرف دون الآخر أو عينا دون الأخرى عند القيام بعمل يتطلب التركيز (دبراسو، 2014، ص93). وفي نفس السياق قدم بافي باسكال (Pavy.P, s.a, p1) تعريف الجانبية حيث يقول أن: "الجانبية هي تفضيل استعمال جانب من الجسم عن الآخر (...). مفهوم الهيمنة الهمسفيرية الدماغية يفسر ذلك". ويعرفها أزمار بأنها: "مجموعة من الخصائص وحالات اللاتماثل الوظيفي التي نلاحظها على مستوى أعضاء الجسم والتي تترجم عن طريق هيمنة عضو ما مقابل نفس العضو من الجهة الأخرى من الجسم خلال الحركات العفوية والموجهة" (ورد في: عياد، 2007، ص65).

كما تعرف كل من معتصم ميموني وبلعالية (Moussem-Mimouni.B & Belalia.K, 2011, p29) الجانبية كما يلي: "الجانبية (Latéralité) مشتقة من كلمة جانب (Latéral) بمعنى جهة أو جزء (Coté): واتفق العلماء أن الطفل الذي لا يستطيع التعرف على يمينه ويساره أو التمييز بينهما، سيكون لديه صعوبات في الكتابة والقراءة". وتضيف: "خلال النمو تتحقق الجانبية لدى الطفل بشكل طبيعي (...). جانبية اليميني ترتبط بالهيمنة الهمسفيرية اليسرى للدماغ، واليساري ترتبط بهيمنة همسفيرية يمينى للدماغ".

كخلاصة لكل هذه التعاريف إن الجانبية هي الميل لاستعمال جانب من الجسم دون الجانب الآخر سواء اليمين أو اليسار، ويتم تحديد ذلك من طرف الهيمنة الهمسفيرية الدماغية. وما هو شائع أن الأفراد اليمينيين يمثلون أعلى نسبة من اليساريين والمزدوجي الجانبية أو ذوي الجانبية غير المؤكدة.

1-2- مراحل تطور الجانبية:

تكتسب وتتطور الجانبية تدريجيا منذ الميلاد، وهناك دراسات حديثة أثبتت أنه أثناء المرحلة الجنينية يمكن ملاحظة استعداد الجنين للجانبية، كما أن بعد الميلاد يمكن للرضيع إدارة رأسه بعفوية نحو الجهة المفضلة والتي غالبا ما تكون الجهة المسيطرة في المستقبل، ولكن يبقى ذلك مجرد احتمال. من 6 أسابيع حتى 4 أشهر يتمكن الطفل من تحقيق ما يسمى بتناصر اليدين، أين يشترك التقاء اليدين مع التحكم في حركة العين. ومن الشهر الخامس والسادس يكون هناك تناسق اليد مع العين ويمكن تمرير شيء من يد إلى أخرى. في حدود الشهر السادس إلى الثامن يتمكن الطفل من الإمساك بشيء مختلف في كل يد بدون ترك ما يمسكه في اليد الأخرى. ومن الشهر التاسع إلى السنة يكون هناك تناسق لليدين، ويكون استعمال اليد المسيطرة مرتبط بنوع النشاط، فكلما كان هذا الأخير دقيقا وصعبا وجديدا على الطفل تكون الجهة المسيطرة هي التي تنجزه.

يتكون مفهوم الجانبية عند الطفل ببطء شديد، هو يلعب دورا مهما في عملية الدراسة وبالخصوص في عملية الحساب كدراسة الأعداد العشرية ووضعية الأرقام وكذا الكتابة والقراءة ويمر هذا المفهوم بأربعة مراحل: "المرحلة الأولى في حدود السن الثالثة إلى الرابعة يعرف الطفل (يمين-يسار). المرحلة الثانية في حدود السن الثامنة يعرف الطفل (يمين-يسار) بالنسبة إليه. المرحلة الثالثة في حدود السن الحادية عشر يصبح الطفل قادرا على تحديد جانب شيء (يمينه-يساره). المرحلة الرابعة في حدود السن الثانية عشر يفهم الطفل بوضوح وبصفة نهائية العلاقات التي تربط الأشياء ببعضها مهما كانت أوضاعها" (دبراسو، 2014، ص 95-96).

1-3- اضطراب الجانبية:

إن اضطراب الجانبية لدى الطفل يعبر على عدم قدرته على تحديد اليمين واليسار بالنسبة له وللآخرين وكذا تحديد العلاقات التي تربط الأشياء ببعضها، ويرجع هذا الاضطراب إلى عوامل مختلفة منها ما هو عصبي يرتبط بالسيطرة المخية، ومنها ما يرجع إلى إرغام الطفل على استخدام جهة دون أخرى. كما أن اختلاف الطفل عن الآخرين قد يسبب اضطرابا في تحديد الجانبية كأن يكون يساريا في محيط يميني، ففي هذه الحالة قد يواجه مشاكل في عملية التعلم خاصة فيما يتعلق بالكتابة لأنه يتعارض مع ما هو متعامل به فيها، مما يؤدي إلى التعارض في الإدراك والحركة التي تكون غير سلسلة، مما يؤدي إلى بطء عملية تعلم الكتابة وأخذ وقتا أطول لإنجاز الواجبات المطلوبة منه.

وكما أشرنا سابقا فإن إرغام الطفل على استخدام إحدى الجهتين دون الأخرى، والتي غالبا استخدام اليمنى في عدة نشاطات مثل الكتابة والأكل قد يؤدي لاحقا إلى صعوبات التعلم. ولهذا يجب على المحيط إدراك أن تفضيل استعمال جهة دون الأخرى يرتبط بجانب عصبي محض، وأن السيطرة جانب مخي على الآخر هي التي

تتحكم في تحديد اليد التي يكتبون بها سواء اليمنى أو اليسرى، حيث إذا كانت السيطرة للنصف الكروي المخي الأيسر يؤدي الطفل نشاطاته بالجهة اليمنى، أما إذا كانت السيطرة للنصف الكروي المخي الأيمن فالطفل يؤدي المطلوب بالجهة اليسرى. إذن "تفضيل كتابة الطفل بإحدى اليدين دون الأخرى خارج عن حدود استطاعته لوجود هذه الخاصية العصبية وإجبار الطفل على الكتابة بإحدى اليدين وخاصة اليمنى لا يتفق ويتسق وطبيعة خصائصه العصبية الداخلية، سوف يعرضه إلى الضيق والتوتر وربما إلى اضطرابات أخرى سواء كانت لغوية أو نفسية" (دبراسو، 2014، ص 97).

وقد أظهرت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الخلل الوظيفي للسيطرة الدماغية الذي يؤثر سلبا على الجانبية مما يؤدي إلى اضطرابها وظهور عسر القراءة والكتابة: "إنه من الضروري لكي يتم اكتساب عملية القراءة والكتابة بالشكل الصحيح يجب على الطفل معرفة وضع الحروف في اتجاهها الصحيح من أجل تمييزها عن بعضها البعض، وكذلك ضرورة إتباع السطر في اتجاه معين لذا يفترض البعض أن الأطفال الذين يعانون من عسر القراءة والكتابة يعانون من صعوبة في التحكم في مفهومي يمين-يسار" (دبراسو، 2014، ص 99).

2- المكان (القدرة المكانية):

2-1- مفهوم المكان (القدرة المكانية):

من أجل أن يفهم الطفل محيطه ويستجيب له بشكل أفضل والتوجه نحو مختلف المواضيع والأشخاص هو بحاجة إلى تنظيم المكان. الوعي بموضع جسمه وسط المحيط، مكان الأشخاص والأشياء من أجل التوجه نحوهم. الوعي بالعلاقات التي تربط المواضيع فيما بينها: فوق/تحت، أمام/خلف،... إلخ (Moussem- Mimouni.B & Belalia.K, 2011, p37). يعرف المكان أو القدرة المكانية بأنها: "قدرة الفرد على التموضع والتوجه والتنقل في بيئته (...). القدرة على التموضع والتوجه وتنظيم إدراك الأشياء في العالم القريب أو البعيد" (بلخيري، 2005، ص 30).

ويرى ليبنيز (Leibniz) بأن المكان هو: "مجموعة من العلاقات بين الموضوعات يكون كل واحد منها مصدرا للآخر. إنه المحيط الذي من خلاله نستطيع تحديد الأشياء" (ورد في: عياد، 2007، ص 87). وتعرف أيضا بأنها: "إدراك المسافة الفاصلة بين الإنسان المدرك والشيء المدرك، أقرب أم بعيد وإدراك المفاهيم: أمام-خلف، فوق-تحت، وإدراك ثبات الحجم من تعدد الزوايا" (بلخيري، 2005، ص 30). وتعرف القدرة المكانية أيضا "بالقدرة على تقييم بدقة العلاقة الفيزيائية بين الجسم والمحيط ومعالجة تغييرات هذه العلاقة خلال تحركاتها (...). إضافة إلى ما سبق ذكره فالقدرة المكانية هي أيضا "إدراك الطول والعرض والسّمك والارتفاع ولا عمق والحجم، كذلك

إدراك العلاقات بين الأجزاء السطحية أو المجسمات وما بينها من تشابه واختلاف، وهي تتعلق بمدرجات حسية واقعية (دبراسو، 2014، ص101).

2-2- مراحل تطور مفهوم المكان (القدرة المكانية):

أثبتت الدراسات الحديثة أن اكتساب الطفل للقدرة المكانية وإدراكه للعلاقات بين الأشياء المختلفة المحيطة به يبدأ مبكراً جداً، ويشير الباحثون إلى أن ظهورها يكون خلال الأشهر الأخيرة من السنة الأولى ولكنها بدائية جداً. فهو لا يمكنه إدراك التناظر والتماثل والتشابه بين الأشكال مثلاً إلا في سن الخامسة أو السادسة. وقد أوضحت دراسة كل من بياجي وانهلندر وإماير أن "الطفل فيما بين الثانية والثالثة من عمره لا يدرك من تلك العلاقات إلا ما كان منها عملياً نفعياً متصلاً اتصالاً مباشراً بإشباع حاجته ورغباته، وأنه فيما بين الثالثة والرابعة من عمره يدرك العلاقات المكانية الذاتية أي علاقاته بها وعلاقاتها به ويكيف نشاطه وسلوكه وفقاً لهذا الإدراك وأنه بعد أن يجتاز الرابعة من عمره يدرك العلاقات المكانية الموضوعية" (بلخيري، 2005، ص38). أما فيما يتعلق بإدراك الطفل لاتجاهه وتحديد موضعه بشكل دقيق وتحديد الشمال الجنوب والشرق والغرب والقريب والبعيد فتكون مع حوالي السن السادسة وتتطور بشكل أسرع ما بين السادسة والثامنة، ثم تتباطأ قليلاً حتى سن الثانية عشر أين يصبح إدراكه للمكان مماثلاً لإدراك الراشد. ولهذا فإنه "يصعب على الأطفال إدراك هذه الاتجاهات في [بداية] حياتهم المدرسة، كما يصعب عليهم تقدير مدى ارتفاعهم عن سطح الأرض في المنازل المرتفعة" (بلخيري، 2005، ص38-39).

2-3- مظاهر اضطراب المكان (القدرة المكانية):

لخصت دبراسو (2014، ص105-106) مظاهر اضطراب القدرة المكانية فيما يلي: صعوبة التمييز بين اليمين واليسار (اضطراب الجانبية)، واستدخال سيء للتصور الجسدي، صعوبة تحديد مكان الأشياء في الفضاء وكذا صعوبة تحديد مكانه بالنسبة للآخرين، يكون التفكير المنطقي غير مستقر، كما أنه لا يميز جيداً بين الواقع والخيال، لا يميز جيداً بين الأشياء، ولا يمكنه التوجه في الفضاء وعيناه مغمضتان، لا يمكنه قراءة مخطط أو خريطة لكي يذهب من مكان لآخر، يجد صعوبة في إيجاد أدواته في المكان الذي وضعها فيه، كما أنه من الصعب عليه وضع الأدوات في الحجرة في مكانها الصحيح تبعاً للتعليمات المعطاة له، لا يمكنه التوجه الصحيح، ولا يعرف بعض المصطلحات المكانية مثل، لا يمكنه تذكر مسار الطريق الذي سلكه من البيت إلى المدرسة، ولا يستطيع تقدير المسافات للأماكن المعروفة، في حصص الرياضة ووقت الراحة يصطدم بزملائه، ولا يستطيع أن يتموضع جيداً في اللعب الجماعي.

3- الزمان (القدرة الزمانية):

3-1- مفهوم الزمان (القدرة الزمانية):

كل الأعضاء الحية لها بنية زمانية خاصة بهم. وهناك جوانب طبيعية تنظم الزمن منها النور والظلام وأوقات الوجبات،... وتعرف كل من معتصم ميموني وبلعالية (Moussem-Mimouni.B & Belalia.K, 2011, p69) الزمن بأنه: "منظم لكل الأفعال، ولهذا هو مهم تطوير معرفته من خلال النشاطات المكيفة حسب سن الأطفال الصغار والأطفال الذين لديهم إعاقات". وتعرفه دبراسو (2014، ص115) "الزمن ليس شيئاً ملموساً خاضعاً لحواسنا، بل هو مدرك من خلال تجلياته في سلسلة الأحداث/الظواهر التي لها ديمومة معينة. وتتعاقد وفق نظام معين". كما أنها تعرفه تبعاً لاستعمالاته، إذ أن هناك الزمن الفلكي والفيزيولوجي واللغوي. ويشير الزمن الفلكي إلى التغيرات الكونية التي تنظم ماضي وحاضر ومستقبل الإنسان، وتنظم أيضاً معاشه اليومي، فنجد الليل والنهار، الفصول الأربعة، الشمس والقمر، مختلف الظواهر الكونية، إضافة إلى ما اصطلح عليه الإنسان بالاعتماد على الفلك من سنوات، شهور، أسابيع، أيام ساعات، دقائق، ثواني. أما الزمن الفيسيولوجي فهو يرتبط بما نسميه الساعة البيولوجية لجسم الإنسان والتي ترتبط بحاجاته الأساسية كالنوم واليقظة والأكل،... وأيضاً يرتبط بالتغيرات التي تحدث للجسم والتي من خلالها تم تحديد مراحل عمرية فنجد الطفولة والمراهقة والشباب والكهولة والشيخوخة. أما الزمن اللغوي فهو يرتبط بالأساس باستعمال الزمن في التعبير اللغوي بحيث نجد أفعال في الماضي وأخرى في الحاضر وثالثة في المستقبل. وتشير دبراسو (2014، ص107) إلى نقطة مهمة ألا وهي مصطلحي الزمن والزمان، وتقول في هذا الصدد: "الزمن أو الزمان في اللغة العربية كلمتان مترادفتان من حيث المعنى والدلالة، ونعني به اسم لقليل الوقت وكثيره".

3-2- مراحل تطور مفهوم الزمان (القدرة الزمانية):

إن اكتساب القدرة الزمانية عند الطفل مثلها مثل القدرة المكانية تأخذ وقتاً وتتطور لديه بشكل تدريجي وقد أشارت كل من معتصم ميموني وبلعالية (Moussem-Mimouni.B & Belalia.K, 2011, p69) إلى هذا: "الزمن هو مفهوم يتطور بشكل متدرج وطول مرحلة الطفولة والمراهقة. خلال السنة الأولى من الحياة لا يكون للطفل معرفة واضحة بالزمن". وتدرجياً يبدأ الطفل في تنمية معرفته بالزمن واكتساب مفاهيمه: "الآن، بعد قليل، الماضي هو البارحة، المستقبل هو غداً بالنسبة لطفل ثلاث سنوات" (Moussem-Mimouni.B & Belalia.K, 2011, p69)، ويكون ذلك بمساعدة الراشد الذي يقوم بتمرير المفاهيم الزمانية للطفل بشكل تدريجي وتبعاً للمستوى المعرفي للطفل.

ولكن هذا لا يعني أنه ليس هناك استعمال للزمن قبل هذه المرحلة، فمنذ التخصيب يبدأ استعمال الزمن بالنسبة للفرد، فالزمن مستمر ولا يتوقف ولكن إدراكه يتم عبر مراحل: "إن مصطلح الزمن وفق نظرية بياجى لا يتكون في البداية عند الطفل، بل يتطلب توصل الطفل إليه وجود عمليات بنائية تدريجية مثل باقي المصطلحات، السرعة، والحركة والعطاء، والقيمة، والكم، والوزن، والحجم، والمكان وغيرها التي يجري بناؤها خطوة خطوة خلال تكوينات العمليات المنطقية التي يمر بها ذهن الطفل" (دبراسو، 2014، ص108). ويتم تطور وإدراك المفاهيم الزمانية ومختلف النشاطات المرتبطة بها تدريجيا من البسيط في الطفولة إلى المعقد في المراهقة أين يكون هناك تطور للتفكير المجرد.

3-3- مظاهر اضطراب مفهوم الزمان (القدرة الزمانية):

هناك مجموعة من مظاهر اضطراب القدرة الزمانية والتي عرضتها دبراسو (2014، ص114) في دراستها هي كالاتي: يعاني من صعوبة في سرد القصص ولا يمكنه إيجاد نظام لتسلسل الأحداث، ينسى إتباع الترتيب والتسلسل في ارتداء الملابس، عدم قدرته على التعرف وتحديد الأبعاد، غياب مفهوم الساعة، وعدم القدرة على تنظيم الوقت، لا يستطيع تقدير الوقت اللازم للقيام بنشاط حركي معين، كما أنه يأخذ وقتا أطول في تنفيذه، استراتيجيات تنظيمية ضعيفة فيما يتعلق بعملية التعلم، ضعف التنظيم الخاص بالجدول الدراسي أو الجدول اليومي أو جدول الفروض والواجبات المدرسية والأدوات، وعدم القدرة على حفظ الحروف الأبجدية بشكل متسلسل، وأيضا عدم القدرة على ذكر تاريخ ميلاده.

خلاصة:

إن كل من مفهوم الجانبية والقدرة المكانية والزمانية مهم جدا في نمو الطفل خاصة النمو المعرفي له، إذ أن كل هذه المفاهيم مرتبطة مع بعضها البعض، فإذا حدث خلل في إحداها تتأثر باقي المفاهيم. وقد أثبتت الدراسات أن اضطراب إحداها أو جميعها له علاقة وبظهور صعوبات التعلم وبالتحديد صعوبة القراءة والكتابة.

الدرس السابع: فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه

تمهيد:

يعتبر فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه من بين الاضطرابات الأكثر انتشارا بين الأطفال، التي يشكو منها الأولياء والمعلمين، والتي يواجهها الأخصائي النفسي الممارس بشكل مستمر. وفيما يلي سنعرف بهذا الاضطراب، ونعرض الأسباب المؤدية إليه، الأعراض والتكفل النفسي بالطفل الذي يعاني منه.

1- تعريف اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه:

هو اضطراب تظهر أعراضه منذ الطفولة المبكرة وتستمر حتى مرحلة المراهقة، ويشمل: النشاط الزائد، نقص الانتباه والاندفاعية، وكلها لها تأثير على حياة الطفل داخل الأسرة، المدرسة وعلى مختلف علاقاته الاجتماعية. ويقصد بفرط الحركة أو النشاط الزائد ذلك اللااستقرار الحركي وهو "زيادة ملحوظة جدا في مستوى النشاط الحركي تخرج عن حدود المعدل الطبيعي، حيث نرى الطفل يتململ، لا يستطيع البقاء في مكانه أو مقعده، نراه يجري في كل مكان، يتسلق كل شيء، كثير الحركة لا يهدأ، يتكلم كثيرا، كل ذلك بلا هدف محدد" (أحمد وبطرس، بدون سنة، ص10).

إن أكثر الأعراض ظهورا لدى الأطفال الذي يعانون من هذا الاضطراب هو نقص الانتباه، إذ أن "درجة التركيز والانتباه لديهم قصيرة جدا، (...) غير قادرين على التركيز - التذكر - التنظيم، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم، يجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصا ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو فيه تحدي وتفكير، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، يفقدون أغراضهم، وينسون أين وضعوا حاجاتهم، كتبهم وأقلامهم" (جراح والقراء، 2016، ص73).

أما بخصوص الاندفاعية فهو أيضا ما يميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، حيث نجدهم "مندفعين بطبعهم، لا يفكرون في الحدث ورد الفعل، يجيبون على السؤال قبل الانتهاء من [طرحه]، لا ينتظرون دورهم في الحديث أو اللعب، كثيرا ما يقاطعون الآخرين في الكلام واللعب، وهو ما يؤدي إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين" (أحمد وبطرس، بدون سنة، ص10). وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذا الاضطراب الذي يشمل في آن واحد: النشاط الزائد، نقص الانتباه والاندفاعية يجب أن يظهر في بيئتين مختلفتين أو أكثر كالمدرسة والمدرسة.

2- أسباب اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه:

هناك العديد من الفرضيات التي حاولت توضيح الأسباب الكامنة وراء ظهور اضطراب فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه. وسنحاول ما تم التوصل إليه بهذا الخصوص فيما يلي:

- تفترض النظرية العصبية وجود خلل دماغي بسيط يعتبر سببا في ظهور هذا الاضطراب.
- التوافق الضعيف بين طبيعة الفرد والمتطلبات البيئية هو المسبب الرئيسي للمشكلة.
- إصابات دماغية ومختلف الصدمات والأمراض والاضطرابات التي قد يتعرض لها الدماغ، ومن بينها نقص الرصاص قبل الولادة، تعاطي الكحول، عدم اكتمال النمو، الالتهاب الدماغي والتهاب السحايا، الاختلالات الأيضية، والعديد من المتلازمات الوراثية، وجود خلل بعمل النواقل العصبية.
- تدخّل الجانِب الوراثي في ظهور الاضطراب وذلك بعض القيام بمجموعة من الدراسات على التوائم والأسرى التي أثبتت نتائجها أن للوراثة دور في ظهوره (ميركولينو وآخرون، 2003، ص37-38).
- إصابة الأم بمختلف الأمراض أثناء الحمل والولادة المتعسرة، التفكك الأسري والحرمان الأمومي، وقد إثبات أن الأطفال المتواجدين في مراكز الطفولة المسعفة يعانون من الاضطراب (أحمد وبطرس، بدون سنة، ص12).

3- تصنيفات اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه:

- لخص بن مصطفى عبد الكريم (2016، ص22) تصنيفات هذا الاضطراب في دراسته، حيث أشار إلى أن المرجع الوحيد الذي يمدنا بتصنيف لهذا الاضطراب هو الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM4)، حيث يحتوي على مجموعة من الأعراض يتوجب توفرها من أجل نجاح التشخيص، وقد قدم ثلاثة تصنيفات هي كالآتي:
- نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة أعراض ضعف الانتباه.
 - نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة أعراض النشاط الزائد والإندفاعية.
 - نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب.

4- تشخيص اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه:

إن في عملية التشخيص لهذا الاضطراب هناك سؤالين مهمين يجب طرحهما يساهمان في تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من الاضطراب فعلا أو أنه مجرد رد فعل اتجاه خبرة معينة، وهما: متى حدث هذا؟ أين ومع من؟ إذا كانت الأعراض تظهر في كل مكان أو في كل بيئة ودائما فهذا يحيلنا إلى وجود اضطراب يستدعي التشخيص من طرف فريق متكامل: طبيب مختص في طب الأعصاب الطفولي، طبيب مختص في الطب العقلي للأطفال، أخصائي نفسي.

إذا كانت الأعراض غير مستمرة وحديثة الظهور فهذا يعبر على أنها ثانوية وأنها رد فعل للطفل اتجاه موقف ما. إذا أن الطفل قد يستجيب بفرط حركة اتجاه موقف لا يروقه: حرمان عاطفي، اكتئاب، عدم تقبل المدرسة أو حدوث مشاكل على مستواها. وكل هذا يتم عن طريق جمع الأعراض، واستخدام الاختبارات، الملاحظة وجمع المعلومات من مصادر متعددة ومن بيئات مختلفة (Revol.O, 2006, p04).

ما يجب الاعتماد عليه في عملية تشخيص هذا الاضطراب أيضا ما يلي:

- وصف عام: طفل في سن التمدرس: لا يشخص الاضطراب قبل ست سنوات، تظهر عليه أعراض بشكل غير عادي بالمقارنة مع سنه، ذكاء عادي، ظهور الأعراض في مواقف مختلفة وبيئات مختلفة: المدرسة، المنزل، شارع.
- دافع الاستشارة: استشارة ونشاط زائد منذ الطفولة المبكرة مع أنه لا يجب وضع تشخيص قبل ست سنوات ولكن يجب العودة على تاريخه ويجب أن يتوفر هذا لدى الحالة الحالية في مراحلها السابقة، صعوبات مدرسية.
- وجود ثلاثية الأعراض:

- فرط النشاط الحركي: يجب أن تتوفر ثلاث أعراض أو أكثر مما يلي:

- دائم الاستشارة، غالبا ما تقدم له المعلمة ملاحظة التوقف عن الحركة، يحاول الطفل الاستجابة لها دون جدوى.
- لا يبقى الطفل جالسا لوقت طويل، لا يجلس إلى طاولته، حتى وإذا لم يكن موقفا مدرسيا لا يمكنه البقاء جالسا.

- لا يلعب بهدوء، أثناء الاستشارة يحدث الطفل الضجيج والفوضى. وعندما يُطلب منه عدم إثارة الفوضى يعتذر ويعد ولكن يبدأ من جديد بعد الدقيقة الموالية.

- يقوم بأفعال مخاطرة، فتجده متعود على مصالح الاستعجال الاستشفائية.

- يجري ويتسلق ويقفر كثيرا.

- صعوبة أو نقص الانتباه:

- صعوبة التركيز، فمثلا يمكنه الجلوس أمام النافذة في القسم لأن انتباهه يتشتت بسهولة، إذ أن أي صوت أو شيء يمكن أن يشوش انتباهه.

- تشتت انتباهه بسهولة، لا يستمع لما يطلب منه، ويبدو غير جاهز لتنفيذه.

- لا يكمل ما بدأه، إذا لا ينهي اللعبة، ولا الواجبات المطلوبة منه، ويمر من نشاط إلى آخر دون إنهاء الأول.

- اندفاعية: وهنا أيضا يجب أن تتوفر ثلاث عناصر حتى نتحدث عن اندفاعية.

- لا ينتظر حتى يأتي دوره في الرياضة أو اللعب أو عند طرح الأسئلة يجيب قبل الانتهاء من طرحها أو يجيب حتى وإن كان السؤال غير موجه له، يقطع حديث الآخرين.

- يمر من نشاط إلى آخر دون إنهاء السابق.

- لا يملك أي استراتيجية في التصرف، يجد صعوبة في تنظيم عمله، وينسى ما هو مطلوب منه ويفضل تدوين ما يجب عليه القيام به حتى يتفادى العقاب.

- لا يستجيب للأوامر (Revol.O, 2006, p05-06).

5- علاج اضطراب فرط النشاط مع أو بدون نقص الانتباه:

يعتمد علاج هذا الاضطراب على مجموعة من الطرق والأساليب سنحاول تلخيصها فيما يلي:

- العلاج الدوائي: حيث يتم الاعتماد على الدواء كعلاج لهذا الاضطراب، ويقوم الطبيب المختص في الطب العقلي الطفولي بوصفه للطفل، ويتضمن المنبهات العصبية، الأدوية المضادة للاكتئاب. ولكن يجب الحذر عند إعطاء الطفل هذا النوع من الأدوية وكذا يجب اتباع تعليمات الطبيب وإرشاداته بالتفصيل.

- **العلاج الغذائي والبدني:** ويتضمن هذا النوع من العلاج: الأغذية التكميلية، المعالجات العشبية، الحماية الخاصة، التقليل من السكريات والحلويات والأغذية التي تحوي ملونات اصطناعية. أما فيما يتعلق بالجانب البدني فإنه يستحسن إدخال الطفل إلى نادي رياضي لممارسة رياضة معينة، وذلك من أجل التخلص من الطاقة الزائدة.

- **العلاج السلوكي:** يتم وضع برنامج خاص للطفل يعتمد على تدريب الوالدين على تعديل السلوك في المنزل، كما أن هناك برامج للمدرسة، وأخرى يقوم بها المعالج النفسي، والهدف من هذه البرامج هو مساعدة الطفل على امتلاك المهارات التي فقدها بسبب هذا الاضطراب وتحسينها، ويتضمن هذا البرنامج:

- زيادة الوضوح فيما هو مطلوب من الطفل، معرفة الأوامر بدقة وتوابعها من حيث العواقب والمكافأة.

- زيادة النظام في حياة الطفل وترتيب أغراضه، استخدام محفزات للتنبيه بالجرس والساعة.

- مساعدة الطفل على معرفة الخطوات التي تتكون منها الأشياء المطلوب إنجاز، وزيادة قدرته على توقع ما يمكن أن يحدث مثل: وضع جدول للإنجاز والمهام، إزالة الأشياء التي تسبب تشتت الانتباه (الديب، 2015، ص16).

- **البرامج التربوية:** يشكل الصف المدرسي بما يتطلبه من انضباط ونظام وواجبات مهما كانت بسيطة عبئاً على هؤلاء الأطفال، ليس لأنهم لا يفهمون المطلوب فدرجة الذكاء لديهم طبيعية، بل لأنهم لا يستطيعون التركيز والثبات في مكان والانتباه لفترة مناسبة لتدخل المعلومة إلى أذهانهم، وبالتالي تحليلها والاستفادة منها بشكل مناسب وهو ما نسميه التعلم، لدى فإن البرامج التربوية تركز على: يجب أن يُشرح وضع الطفل للمدرس بحيث يقدم له المساعدة، بعض الأطفال يعانون من مشاكل صعوبات التعلم كصعوبة في القراءة، الكتابة والحساب، يفضل إبقاء الطفل المصاب ضمن مجموعات صغيرة من الطلاب، أي داخل قسم لا يوجد به عدد كبير من التلاميذ، ويجب الأخذ في الحسبان أن الطفل يستفيد من الدروس القصيرة أكثر مما يستفيد من الدروس الطويلة، - إعداد برامج تعديل السلوك.

- **برامج الإرشاد الأسري:** إن هذا الاضطراب يحتاج إلى رعاية خاصة من قبل الوالدين، هذه الرعاية تحتاج إلى دعم من المجتمع ومؤسساته المختلفة، من خلال برامج الإرشاد الأسري، وهي تعتمد على ما يلي: توعية الوالدين والعائلة بحجم المشكلة، تثقيف الوالدين عن الحالة وكيفية التعامل معها، التوجيه للمراكز العلاجية الطبية والتربوية، الدعم النفسي والمعنوي (الديب، 2015، ص17).

خلاصة:

إن اضطراب فرط النشاط الحركي مع أو بدون نقص الانتباه من بين الاضطرابات التي تعيق دور الوالدين في تنشئة الطفل، وكذا تحول دون تحقيق العملية التعليمية، كما لا ننسى تأثير حالته على الإخوة وكذا زملاء الصف، ولهذا استوجب على المحيط تقديم المساعدة لهذا الطفل من أجله ومن أجل المحيط ككل.

المحور الثالث: اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة: عسر القراءة والكتابة، عسر الحساب

الدرس الثامن: عسر القراءة والكتابة (Dyslexie/ Dysgraphie)

تمهيد:

إن من الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال سواء قبل سن التمدرس أو أثناء التمدرس نجد اضطرابات اللغة بنوعها المنطوقة والمكتوبة. إذ تعتبر اللغة أهم وسيلة للتواصل بين الأفراد ولكن تجدر الإشارة إلى أن الفرد معرض للإصابة على مستواها في أي مرحلة من مراحل نموه، ويكون لذلك تأثيره الكبير في حالة ما تعرض للإصابة بأحد اضطراباتها في مرحلة الطفولة، وفيما يلي سنحاول تقديم أهم ما تم التطرق إليه فيما يخص اضطرابات اللغة المكتوبة والمنطوقة. وإن كان عنوان المحور يشير إلى كل من الاضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة ولكن في هذا الدرس سنركز على اضطرابات اللغة المكتوبة والتي تضم عسر القراءة والكتابة ولاحقا درس عسر الحساب.

1- تعريف عسر القراءة والكتابة:

يعرف عسر القراءة بأنه: "صعوبات في طريقة القراءة وآلياتها عند الأطفال ذوي ذكاء عادي، يتراوح سنهم ما بين 7-8 سنوات" (باي، 2002، ص76). في حين يعرفها Debray (1979) بأنها: "صعوبات في تعلم القراءة واكتساب آلياتها عند أطفال يمتلكون قدرات عقلية عادية وتم تمدرسهم بصفة طبيعية، وهذا في غياب الاضطرابات الحسية الحركية والمشاكل النفسية والعاطفية" (ورد في: حولة، 2011، ص67).

وهنا يظهر توافق التعريفين في أن عسر القراءة هو صعوبة يواجهها الطفل في تعلم واكتساب عملية القراءة، شريطة أن يكون لهذا الطفل ذكاءً عادياً وأنه لا يعاني من اضطرابات أو مشاكل أخرى قد تكون سبباً في ظهور أعراضها. ومن مظاهر عسر القراءة ما يلي:

- عدم القدرة على تحليل أو تركيب الوحدات اللسانية في السلسلة المكتوبة.
 - صعوبة تمييز الحروف المتشابهة شكلاً لاختلاف التنقيط مثل: (ب/ت/ث/ذ/ي).
 - الخلط بين الحركات القصيرة (فتحة، ضمة، كسرة) والمد والسكون والشدة والتنوين.
 - اضطراب الإيقاع الذي يتمثل بالبطء والتوقف وغياب النغمة والنبرة داخل الجمل المكتوبة (باي، 2002، ص76).
- في حين يعرف عسر الكتابة بأنه: "تلك الاضطرابات في التمثيل الخطي لأشكال الحروف واتجاهاتها في حيزها المكاني والتنسيق بينها. فالطفل يرسم الحروف ولا يكتبها، ونعني برسم الحرف تقليد الأشكال دون معرفة أساس ومبدأ كل حرف من حيث التوجيه المكاني له" (باي، 2002، ص86).

ويقدم بوغال ميزوني (Borel Maissonny) (1975) تعريفاً يربط فيه بين عسر القراءة والكتابة، حيث يقول: "عسر الكتابة والقراءة صعوبة خاصة في التعرف على رموز الكتابة فهما وإنتاجا، مما ينتج عنه مشاكل فهم النص وهذا في غياب الاضطرابات الحسية الحركية والمشاكل النفسية والعاطفية" (ورد في: حولة، 2011، ص 67).

2- أسباب عسر القراءة والكتابة:

سنحاول فيما يلي عرض مجموعة من الأسباب التي قد تؤدي إلى عسر القراءة والكتابة:

- اضطراب التصور الزمكاني، إذ يرتبط التصور المكاني بالتوجيه المكاني للفرد في مقابل الأشياء، أما التصور الزماني فهو يرتبط بالإيقاع السريع والبطيء وبين المتزامن والمتسلسل. إذ يكتسب الطفل هذه المهارات النفسية الحركية في سن مبكرة وبشكل تدريجي، وتتمثل بالأساس في مفاهيم المكان مثل (فوق/تحت، أعلى/أسفل، يمين/يسار)، أما مفاهيم الزمان فتتمثل في: (بعيد/قريب، بعد/قبل)، ويجب التأكيد على أن القراءة والكتابة عمليتان مرتبطتان بالأساس بقدرة الطفل على التوجه المكاني والزماني اتجاه الجسم من ناحية واتجاه ما هو مكتوب من ناحية أخرى. فالكتابة ترتبط إلى حد بعيد بقواعد الاتجاه (أعلى/أسفل، يمين/يسار، فوق/تحت)، وكذا بالنظام الإيقاعي للسلسلة المكتوبة من كلمات وجمل تتمثل في أداة الصوت والنبرة والمدة والشدة والنغمة (باي، 2002، ص 77).

- نقص مرونة أصابع اليد وعدم قدرتها أو ضعفها على الإمساك الصحيح والدقيق بالأشياء بما فيها مسك القلم، ويعود ذلك إلى تأخر في النمو الحسي الحركي، حيث يكتمل النضج في حوالي 7-8 سنوات وما فوق.

- عدم استعمال الطفل للقلم والتخطيط في سن مبكر على الورق (باي، 2002، ص 76).

3- تشخيص عسر القراءة والكتابة:

إن الطفل الذي يعاني من عسر القراءة هو الذي تكون لديه صعوبات في قراءة اللغة المكتوبة الأم أو صعوبات في قراءة لغتين كالعربية والفرنسية معاً، وليس صعوبة في الفرنسية فقط. فعسر القراءة يكون تشخيصه بالأساس انطلاقاً من اللغة الأم. أما الطفل التي يعاني من عسر الكتابة فهو الذي يكون لديه اضطراب في التمثيل الخطي (باي، 2002، ص 77-78).

وعلى العموم يجب عند القيام بعملية التشخيص الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- يجب ألا يعاني الطفل من ضعف في القدرات الذهنية، إذ يجب أن تكون في الحدود العادية بحيث حاصل الذكاء يكون يساوي أو يفوق 90 درجة.

- يجب ألا يقل سن الطفل عن 7 سنوات والتي تعتبر السن الذي يكتمل فيها النضج الحسي الحركي.

- ألا يواجه الطفل في هذه الفترة بالخصوص مشاكل نفسية أو اجتماعية.

- لا يكون الطفل يعاني من تأخر الكلام أو اللغة أو ضعف السمع والبصر أو خلل في الجهاز العصبي الذي قد يمس الوظائف الحسية الحركية.

- يجب أن يكون الطفل قد تابع تدرسه بصفة طبيعية، أي مراعاة المدة الزمنية وسن التمدرس الذي عموما يكون في 6 سنوات، ودون أن يكون هناك تغيير للقسم أو المدرسة أو المعلم.

- لا يجب أن يكون هناك غيابات متكررة أو انقطاع عن الدراسة خاصة في بداية التعلم.

- يؤكد حولة (2011، ص68) في مرجعه على هذه النقطة من أجل التشخيص والمتمثلة في أنه: "يجب أن توجد صعوبات واضحة متعلقة بالقراءة والكتابة عند الطفل ذا قدرات عادية مع وجود لديه إمكانية في نفس الوقت في الحصول على نتائج حسنة في المواد الأخرى".

وهذا ما يساعد في التفريق بين عسر القراءة والكتابة والتأخر الدراسي، حيث يكون في هذا الأخير صعوبات في جميع المواد دون استثناء. بالإضافة إلى ما سبق ذكره فإن عملية التشخيص تسير تبعا للخطوات التالية:

- اختبار القراءة: وهنا يطلب الفاحص من الطفل قراءة نص معين من كتاب المقرر المدرسي، وانطلاقا من ذلك يتم تحديد الأخطاء التي يقع فيها الطفل ثم تحليلها.
- اختبار القدرات الذهنية، وبالتحديد الذكاء وكذا اختبار الوظائف النفسية الحركية: الجانبية، التصور الجسمي والقدرة الزمانية والمكانية.
- القيام بفحص الجانب العضوي والعصبي: كفحص الحواس وذلك من أجل وضع التشخيص الفارقي بغرض استبعاد أي جانب عضوي كنقص السمع، البصر، خلل عصبي يمس الوظائف الحركية وحتى المعرفية.
- الفحص النفسي، وذلك من أجل استبعاد مختلف الاضطرابات النفسية التي قد تكون سببا في ظهور عسر القراءة والكتابة (باي، 2002، ص78-79).
- فحص مرونة اليد والأصابع والقدرة على مسك الأشياء بما فيها القلم، وكذا وضعية الجسم إزاء الحيز المكاني للورقة. كما يتم تقييمه باختبار كتابي: حيث يقوم الفاحص بالطلب من الطفل نقل جمل مكتوبة نقلا مباشرا، وذلك يساهم في ملاحظة طريقة نسخ الحروف والتنسيق فيما بينها باحترام المكان والتسلسل والمسافة، وكذا تنسيق الكلمات داخل الجملة (باي، 2002، ص87-88).

4- أعراض عسر القراءة والكتابة:

إن أهم ما يميز عسر القراءة والكتابة عن غيره من الصعوبات هو ثبات العلامات العيادية، إذ أنه تظهر نفس الأخطاء بنفس الطريقة وبشكل مستمر، وفيما يلي سنقدم الأعراض تبعا لما قدمه حولة (2011، ص68):

أ- الأخطاء النوعية: وهي تشير إلى وجود إمكانية القيام بجميع أنواع الأخطاء التي يمكن أن تتعلق بالقراءة والكتابة، وبالخصوص عدم التمييز بين الأصوات التي تظهر في شكل أخطاء نطقية، وكونها تظهر بصفة ثابتة ومستمرة.

ب- طبيعة الأخطاء: وهذا يشير إلى أن هذه الأخطاء تظهر بشكل جلي على مستوى القراءة أكثر منها على مستوى الكتابة، وتظهر على مستوى الكتابة المنقولة أكثر منها على مستوى الإملاء أو الكتابة العفوية. ويجدر

بالمختص هنا التفريق والتمييز بين الصعوبة الجزئية التي يجدها الطفل في سنواته الأولى من تعلم القراءة والصعوبات التي تظهر لاحقاً وتدل على فقدان الآلية في اكتساب القراءة والكتابة.

ج- على مستوى القراءة: قد يلاحظ أحيانا ظهور أخطاء القراءة عند بعض الأطفال الذين لا يعانون من عسر

القراءة والكتابة، وهذا ما يجب أخذه بعين الاعتبار في عملية التشخيص، وتتمثل أخطاء القراءة فيما يلي:

- الخلط في قراءة حرفين متشابهين في الشكل أو في التوجه الفضائي مثل: /ح/= /ج/، /ن/= /ب/.

- عدم القدرة على التمييز على المستوى السمعي بين الأصوات المتقاربة في المخرج مثل: /س،ص،ز/.

- حذف الحروف الساكنة من الجملة وحذف مقطع صوتي من الكلمة.

- قلب الكلمة أو بعض الحروف على مستوى الكلمة وإدخال حروف ساكنة على الكلمة.

- في بعض الأحيان يقرأ الطفل كلمة / ركب / بـ / برك /، فالقراءة تبدأ أحيانا بحرف يختاره الطفل بشكل اعتباطي

وتضاف إليه بقية الحروف المكونة للكلمة بشكل غير منظم.

- يتميز إيقاع القراءة عند الطفل الذي يعاني من عسر القراءة والكتابة بالتردد والتقطع والبداية تكون عبارة عن مقطع

خال من الدقة والنص يقرأ بنغمة خاصة ويكون خال من المعنى.

- مستوى الفهم عند المصاب يكون ضعيفا، كما يلاحظ عليه أنه يحاول باستمرار القراءة بصفة أحسن إلا أن

الصعوبات تظهر على مستوى قراءته وكتابته، بحيث تكون دائما مصحوبة بأخطاء (حولة، 2011، ص 69).

كما تجدر الإشارة إلى أن الأخطاء الجزئية إذا كانت موجودة فإنها تتناقص أو تصبح غير موجودة عند

قراءة نص، ولكن تعود للظهور من جديد عند قراءة مقاطع غير حاملة لمعنى أو عند التكلم بلغة أجنبية، وبالتالي

إن: "هاته الأخطاء الجزئية ليست وحدها التي تدل على وجود عسر القراءة والكتابة ولكن استمراريتها في الزمن

وطول اكتساب القراءة العادية هما اللذان يدلان على ذلك" (حولة، 2011، ص 69).

وكخلاصة للأعراض التي يمكن ملاحظتها على مستوى القراءة فإن: "المصاب بعسر القراءة تتميز قراءته

بالسرعة ونقص التركيز والدقة وتمتاز بالتردد ويمكن أن تكون في بعض الأحيان صحيحة ولكن بإيقاع بطيء جدا

وبدون نغمات كل هذا يدل على عدم إدماج آلية النشاط المعجمي" (حولة، 2011، ص 69).

د- على مستوى الكتابة: إن الأخطاء الكتابية هي من نفس طبيعة الأخطاء وقد حددها حولة محمد كما يلي:

- خلط في سماع الأصوات، إضافة مقاطع، ارتكاب أخطاء في نقل الحروف والمقاطع، حذف وقلب للحروف.

- إدماج كلمتين في كلمة واحدة والتقطعات الاعتبائية لبعض الكلمات تظهر في حوالي السنة الثامنة، وهناك بعض

التقطيعات لبعض الكلمات الشخصية للنص المملى فمثلا: /لقد ذهبوا/ تستبدل بـ /ليسوا هنا/.

- أخطاء على مستوى القواعد والتراكيب اللغوية رغم أن الطفل نظريا قد اكتسبها، فلا نجد لها ضمن النص سواء

المكتوب نقلا أو المملى عليه.

- أخطاء مرتبطة بتصنيف الأنواع والأعداد وصعوبة في التمييز بين الأسماء والأفعال والصفات إضافة إلى صعوبة في

التفريق بين الجمع والمثنى والمفرد.

- نلاحظ كذلك مشاكل في الانتقال بين أزمنة الفعل: الماضي-المستقبل-المضارع.
- وجود مشاكل لدى جميع الذين يعانون من عسر القراءة والكتابة تتمثل في صعوبة النقل حيث يكون النص المنقول يحتوي على أخطاء إضافة إلى تميزها بالإيقاع البطيء.
- تتميز كذلك الكتابة المنقولة بحذف بعض الكلمات أو بعض الأجزاء من الكلمات.
- تمتاز كتابة المصاب بعسر القراءة والكتابة بأخطاء في الكتابة الخطية للحروف (حولة، 2011، ص70).

5- علاج عسر القراءة والكتابة:

- يعتمد علاج عسر القراءة والكتابة علة وضع برنامج علاجي من قبل المختص ويعمل على تطبيقه بمساعدة مجموعة من الأفراد المحيطين بالطفل كالمعلم، الأسرة. وفيما يلي سنقدم برنامجا وضعته باي (2002) في مرجعها، والذي يشتمل على ما يلي: تمارين الإدراك البصري: التصور المكاني، تمارين الجانبية والتصوير الجسدي، تمارين الإيقاع أو الإدراك السمعي، تمارين التدريب على القراءة من خلال المراحل التالية:
- نطق الحركات القصيرة والمد والسكون والتنوين والشدة اعتمادا على الصوتيات الفيزيائية.
- التدريب على قراءة الحروف شكلا وصوتا.
- تعرف الطفل على الحرف وأوضاعه المختلفة داخل الكلمة.
- التنوين والكلمات، الشدة والكلمات، الألف المقصورة والكلمة.
- اللام الشمسية واللام القمرية: ويتم التوضيح للطفل أن اللام الشمسية تكتب ولا تقرأ ويتم الشد على ما بعدها أما اللام القمرية تكتب وتقرأ.
- قراءة الجمل والأداء الإيقاعي: اختيار نص من مقرر الكتاب المدرسي (باي، 2002، ص80-84).

خلاصة:

في الواقع يتجزأ هذا الاضطراب إلى عسر القراءة، وعسر الكتابة، ولأنه غالبا ما يتواجدان معا تمّ التعود على استخدام هذان المصطلحان بشكل متلازم لأن صعوبة كتابة حرف ترافقها صعوبة قراءته والعكس، ولهذا قمنا بعرض كل منهما معا من حيث العناصر مع توضيح كل منهما على حدى، وحتى العملية العلاجية هي مشتركة بينهما.

الدرس التاسع: عسر الحساب (Dyscalculie)

تمهيد:

ينتمي عسر الحساب هو الآخر إلى اضطرابات اللغة المكتوبة، وهو يحيل إلى معنى كلمة Dyscalculie والتي ترجمت على أنها صعوبة التعلم في الرياضيات، صعوبة عسر العمليات الحسابية، اضطراب التعلم في الرياضيات، عسر الحساب، وبالرغم من كل هذه الترجمات إلا أنها كلها تصب في قالب واحد ألا وهو عجز الطفل عن التعامل مع الأرقام والعمليات والقوانين والمسائل الرياضية بشكل صحيح. وفيما يلي سنقدم تعريفاً له، أسبابه، كيفية التكفل بالطفل الذي يعاني من عسر الحساب.

1- تعريف عسر الحساب:

يعرف عسر الحساب بأنه: "فشل في تعلم البوادر الأساسية للحساب ومفاهيمه الأساسية، وهو كذلك فشل وضعف في القدرات التي تسمح باستعمال ملائم ومناسب للعدد عند الأطفال" (حولة، 2011، ص72). ويعرف أيضاً بأنه: "اضطراب خاص ومقتصر على وظيفة الحساب" (حولة، 2011، ص72)، ويعرفه البعض الآخر بأنه: "اضطراب خاص بالتفكير المنطقي الرياضي" (حولة، 2011، ص72). كما يعرف باعتباره "صعوبة في تعلم الأعداد والعمليات المرتبطة بالعدد والحساب" (حولة، 2011، ص72).

وكمخلص للتعريف السابقة يعتبر عسر الحساب اضطراب في اكتساب المفاهيم الرياضية.

2- خصائص الطفل الذي يعاني من عسر الحساب:

هناك مجموعة من الخصائص التي يمكن من خلالها تمييز الطفل الذي يعاني من عسر الحساب ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- يتميز الطفل المعسر حسابياً بأنه غير قادر على فهم العدد، فمثلاً لا يمكنه الربط بين الرمز والكمية التي يشير إليها ولا التمييز بين قيمتين ولا التحكم وضبط النظام الرقمي ولا التسلسل الرقمي، مثلاً: التلميذ الذي هو في السنة الثانية عندما يطلب منه كتابة ثلاثمائة وأربعة وعشرون 324 يكتبها على النحو التالي: 300420، كما لا يتمكن من معرفة الترتيب والمكان الخاص بالرقم وترتيبه بحيث يمكن أن ينسى رقماً أو يقدم رقماً آخر.
- كتابة الأرقام بشكل مقلوب والخلط بين الأرقام المتشابهة في الشكل.
- الاعتماد على الأصابع في عملية العد لحل المسألة حتى ولو كانت بسيطة.
- عدم القدرة على حفظ جدول الضرب والخلط بين عمليتي الجمع والطرح.

- يمكن ملاحظة هذه الخصائص عند كل الأطفال ولكن تكون عادية في حالة عدم استمرارها واستدراكها (حولة، 2011، ص72).

3- أسباب عسر الحساب:

- تأخر في اكتساب اللغة مما يؤدي إلى صعوبات في اكتساب مفاهيم الحساب وعدم التأسيس الجيد لمفاهيم الحساب.

- خلل في الذاكرة الرقمية ونقص في النضج التام.

- طريقة التدريس التي تلعب دورا هاما في ظهور عسر الحساب بحيث نجد كفا أو حصر في قدرات الطفل ناتج عن تلقينه المبادئ والمفاهيم الأساسية القائمة عليها.

- وللأسرة دور في ظهور عسر الحساب من خلال قلة الشروط والوسائل الضرورية والتغيب المستمر عن المدرسة يمكنه أن يؤدي إلى عسر الحساب، وكذا المشاكل العلائقية عند الطفل يمكن أن تكون سببا في ظهور عسر الحساب (حولة، 2011، ص73).

4- تحليل ومناقشة لعسر الحساب:

يوجد ثلاث مستويات في عملية اكتساب الحساب وهي على النحو التالي: عملية التقييم، العملية الحسابية، وأخيرا استقراء العمليات وتعميمها.

أ- عملية التقييم: وتكون عادة آلية وبدون دلالة، لكن تكمن صعوبتها على مستوى نضج العمليات الخاصة بالتفكير المنطقي للرموز ونوعية الرموز الرقمية (حولة، 2011، ص73).

ب- العمليات الحسابية: وتتعلق بشكل أكبر بالنضج ومن خلالها يتمكن الطفل من التمييز والتجميع وتعيين اسم العملية والتعرف على صنفها أو تشكيلتها المناسبة، وهي تعتبر نقطة بداية للمنطق الرياضي المؤسس على عمليات عقلية: التجميع والتفريق والطرح وعلى العمليات العكسية.

ج- استقراء العمليات: وهو يخص فهم المقولة انطلاقا من تصور العمليات في شكلها الخطي الزمني، بحيث يمكن الفهم الدقيق والانتقال من العلاقة الخاصة بمعطيات المشاكل والعمليات لدرجة أنه يمكن ترجمتها في الواقع (حولة، 2011، ص74).

تعتبر هذه المستويات الثلاث مهمة جدا في اكتساب العمليات الحسابية، وتجدر الإشارة إلى أن إصابة واحد أو أكثر منها فذلك يعبر عن عسر الحساب، وقد أثبت العلماء المختصين في مجال اكتساب العمليات الحسابية من الناحية الإدراكية والتفكيرية أن من أجل تطور العمليات الذهنية والإدراكية المرافقة للاكتساب الحسابي

يجب أن يكون هناك تأسيس سليم لمفهوم الرقم. حيث يقوم الطفل بتطوير مفهوم ضمنى للرقم الذي يسمح له بالتعلم الحسابي والتعامل مع المهارات الحسابية بواسطة الأرقام كالجمع والطرح والضرب والقسمة.

وتجدر الإحالة إلى أن: "هذا التصور لمفهوم الرقم هو نتيجة للتفاعل التلقائي مع البيئة التي يعيش فيها الطفل" (حولة، 2011، ص74).

5- التكفل بعسر الحساب:

إن عملية التكفل بعسر الحساب تتم عبر عدة مستويات تبعا لدرجة الخلل وحدته، ويكون ذلك من خلال المساعدة البيداغوجية والتي يقدمها المحيط المدرسي وبالخصوص المعلم والمختص النفسي المدرسي، وكذا العلاج النفسي في حالة ما إذا كان ظهور عسر الحساب نتيجة لعوامل نفسية، وأخيرا هناك التدخل الأرتوفاوني والذي يسعى إلى تصحيح الاختلالات المرتبطة بالمنطق الرياضي (حولة، 2011، ص74).

وفيما يلي سيتم عرض أهم النقاط في عملية التكفل:

- تثبيت المفاهيم القاعدية المتعلقة بالحساب ومختلف العمليات المرتبطة به من خلال الاعتماد على الألعاب التربوية مثلا، فوجد حركات الحساب، والتسلسل والتجميع والتشابه.
- إعادة عملية اكتساب التصور الجسدي، الجانبية والقدرة المكانية والزمانية وتصحيحها.
- مباشرة العمليات المجردة التي تتم بطريقة تدريجية.
- كل تلميذ لديه طريقة خاصة في التعلم ولديه قدرات تخصصه وبالتالي يجب الاعتماد على مقاربات مختلفة وإعطاء شروحات بطريقة متنوعة، حتى يتسنى لجميع التلاميذ الفهم فمثلا هناك أطفال يستطيعون الفهم بشكل أحسن عند الاعتماد على الرسوم والمخططات، كما أن في حالة الحساب يكون الاستخدام اليدوي وكذا القطع الصغيرة مهما ويساعد على الفهم والتعلم.
- يتطلب عسر الحساب التدخل السريع لأنه اضطراب يدوم ويستمر بالرغم من المحاولات البيداغوجية، وهنا يتدخل المختص الأرتوفاوني وحتى المختص النفسي المدرسي من أجل وضع استراتيجيات تمكن من تجاوز الاضطراب، وهناك بعض الأطفال الذين يطورون استراتيجيات من تلقاء أنفسهم.
- تهدف المساعدة البيداغوجية إلى تبسيط وتسهيل اكتساب الصيغة غير المفهومة بشكل محدد في البرامج (في حالة ما يكون غير مفهوم) فيقوم المعلم بإعطاء الشروح والتوضيحات اللازمة (حولة، 2011، ص75).

خلاصة:

يعد كل من عسر القراءة والكتابة والحساب من الاضطرابات الخاصة أو النوعية في التعلم والتي تؤثر في الاكتساب الطبيعي لمهارات القراءة والكتابة والحساب. ويلعب التشخيص المبكر دورا في مساعدة الطفل على تجاوز هذه الصعوبات، وتجنب عواقبها، وذلك من خلال التكفل به من طرف أخصائي نفسي مدرسي وأرتوفاوني وأخصائي نفسي عيادي إذا استدعى الأمر ذلك.

المحور الرابع: الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل: الخلجات، قلع الشعر، أكل الأظافر، الإيقاعات الحركية والتأرجحات

الدرس العاشر: الخلجات

تمهيد:

إن الخلجات وتسمى أيضا اللازمات أو العرات من بين الاضطرابات التي يمكن ملاحظتها عند الأطفال، والتي غالبا ما تكون ناتجة عن جانب عصبي محض أو عن العادة، وفيما يلي سنحاول تقديم ملخص عنها نوضح فيه ماهيتها.

1- تعريف الخلجات:

تعرف الخلجات أو اللازمات بأنها: "مجموعة من الحركات العصبية تتم بشيء من المفاجأة والسرعة والتكرار وعدم تدخل الإرادة، كرمش العين، أو تحريك الأنف أو جوانب الفم، أو تحريك الكتف أو ما شابه ذلك، وتتميز هذه الحركات بأنها تتناول مجموعة كاملة من العضلات وأنها تحدث بتكرار منتظم في غالب الأحيان" (القوصي، 1952، ص 308). وتجدر الإشارة إلى أنها: "تخلو من أن يكون لها هدف كما أنها غير مؤذية ولا تؤدي إلى أي ضمور في الأعصاب، كرمش العين أو تحريك الكتف أو تسليك الحلق، وهي عادات منتظمة وتزداد في وجود الآخرين" (عوض، 1999، ص 114).

كذلك هناك لازمات لفظية وهي تلك الكلمات التي يرددها الفرد أثناء حديثه دون وعي ولا تؤدي أي دور في الجملة التي يذكرها. وينبغي أن نميز بين اللازمات والمشكلات الناجمة عن أسباب عضوية كالرجفة والتشنج فهذه تتكرر مرات كثيرة ومتعددة وهي قهرية أيضا. كما أن هناك أطفال يعانون من اللازمات إلا أنها تكون وقتية وتقع أثناء حالات التوتر، كما أن التوتر في حالة زيادته يؤدي إلى زيادة تكرار مرات اللوازم. ولكن هناك أطفال آخرون يعانون من اللازمات وهؤلاء يتميزون بالقلق وسرعة الاهتياج والعناد وعلى درجة كبيرة من الحساسية. وتظهر الفحوص الاكلينيكية اضطرابات في الموجات الكهربائية على مستوى الدماغ (عوض، 1999، ص 114).

2- أسباب الخلجات:

إن فترة العمر التي تتجلى فيها اللازمات عند الأطفال هي ما بين سبع إلى تسع سنوات واستمرارها إلى ما بعد الرشد ضئيل للغاية، ومن أسباب ظهورها واستمرارها ما يلي:

- واستمرار اللازمات في مرحلة الطفولة للقلق دور بالغ فيها، فالقلق متعدد أسبابه منها الواجبات المدرسية، ومواقف المدرسين غير الودية وآثارها الانفعالية المؤلمة.

- والتوتر الذي يسود علاقة الطفل بأقرانه بيئة خصبة لظهور الخلجات واستمرارها.

- تزمت أحد الوالدين أو كلاهما أو أن يكون لدى أحدهما لازمة معينة يقلدها الطفل.

- واللازمات قد تكون تعبيراً عن رغبات جنسية محرمة، فهز الرأس تعبير عن رفض الفكرة أو إبعاد تخيلها، أو نمط من العدوان غير المستحب، على أن هناك من يعتقد بأن اللازمات ناتجة عن نوع من الضعف في الجهاز العصبي المركزي (عوض، 1999، ص114).

- تبدأ هذه الحركات غالباً بسبب تهيج محلي وبعد زوال التهيج تستمر الحركة في الظهور بين آن وآخر، فبعد الإصابة ببعض التهابات العين مثلاً قد تظهر لزمة رمش العين بين آن وآخر، وأحياناً تكون الحركة دالة على اتجاه نفسي كالغضب أو الخوف أو التفتيز (القوصي، 1952، ص308)

3- تصنيفات الخلجات:

ويصنف DSM5 الخلجات تحت تسمية اضطراب العرات كما يلي:

● اضطراب توريت: ويضم:

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

- تتفاوت العرات في التواتر فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لفترة تزيد عن السنة.

- البداية قبل سن 18 سنة.

- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية عامة (مثل داء هنتنغتون أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).

● اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر (المزمن):

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

- تتفاوت العرات في التواتر فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لفترة تزيد عن السنة.

- البداية قبل سن 18 سنة.

- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية عامة (مثل داء هنتنغتون أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).

- المعايير لم تحقق اضطراب توريت.

تحديد فيما إذا: مع العرات الحركية فقط / مع العرات الصوتية فقط

● اضطراب العرات التمهيدي:

- عرة مفردة أو متعددة حركية و/أو صوتية.

- ظهرت العرات لفترة أقل من سنة منذ بدء العرة الأولى.
- البداية قبل سن 18 سنة.
- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية عامة (مثل داء هنتنغتون أو بعد التهاب الدماغ الفيروسي).
- المعايير لم تحقق أبدا اضطراب توريت أو اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر (DSM5, p38-39).

خلاصة:

إن الخلجات من بين الظواهر كثيرة الملاحظة لدى الأطفال، والتي قد تسبب القلق للوالدين ويفقدون القدرة على التصرف حيالها. يعتمد علاج الخلجات على العلاج الدوائي لدى بعض الحالات الحادة والتي لها جذور عصبية، في حين يمكن للطفل الإقلاع عن اللزمات بتكرارها عن عمد، وأن هذا النوع من التدريب يحقق نتائج بالغة الأهمية في القضاء على اللزمات (عوض، 1999، ص115). كما أن عدم إعطاء الظاهرة أهمية من طرف الوالدين كفيل بجعل الطفل يتجاوزها.

الدرس الحادي عشر : قلع الشعر

تمهيد:

كثيرا ما يجد الطفل أو حتى البالغ حركة أو شيئا يفعلوه وهو متوتر، فيلجأ إلى هذا الشيء أو هذه الحركة كلما توتر وتصبح عنده عادة، يظن أنها تنفس عن ضيقه أو تحد من توتره ومن بين هذه العادات كما ذكرنا سابقا الخلجات، قضم الأظافر، وفيما يلي سنتطرق إلى ما يسمى بهوس نتف الشعر ولاحقا سنتطرق إلى الحركات الإيقاعية.

1- تعريف قلع الشعر:

نتف الشعر هو اضطراب الذي يتميز بالرغبة الخارجة عن السيطرة لنتف الشعر من مناطق مختلفة في الجسم، وهو يصيب وفقا للتقديرات ما يقرب من 5% من السكان. ويسبب نتف الشعر نتج مناطق خالية من الشعر، وخاصة في فروة الرأس. ويمكن لظاهرة نتف الشعر أن تشمل أيضا نتف الشعر من الحاجبين، اللحية، الصدر، شعر العانة وحتى شعر الرموش. في المتوسط، يتعرض مريض نتف الشعر الى ما بين 10 الى 20 حالة نتف للشعر في الأسبوع، والنساء أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب من الرجال، وهناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى زيادة خطر الإصابة به منها:

- عوامل وراثية التي لها دور كبير في الإصابة، فإن كان أحد الأبوين مصاب به ستزداد نسبة إصابة الأبناء به.
- الفترة العمرية: عادة ما يحدث قبل سن المراهقة أو خلال سن المراهقة، وأيضا ظاهرة نتف الشعر هي شائعة الحدوث في سن 10 إلى 13 سنة، وتجدر الإشارة إلى أنها قد تحدث عند الأطفال الرضع ولكن تكون الإصابة خفيفة، وغالبا ما تشفى دون تدخل علاجي.
- الإصابة باضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب أو القلق أو اضطراب الوسواس القهري قد تتصاحب بنتف الشعر.
- تعرض الشخص لمشاكل وضغط في العمل أو في الحياة الخاصة مما يزيد من خطر الإصابة بهذا الاضطراب.

2- الجدول العيادي لقلع الشعر:

إن قلع الشعر أو ما يذكره الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية هو اضطراب يقوم في الفرد بنتف الشعر دون الإحساس بالألم، بل وأحيانا يحقق له ذلك النتف لذة، وفيما يلي سنقدم الجدول العيادي لهذا الاضطراب تبعا لـDSM5:

- نتف المرء المتكرر لشعره والذي يؤدي إلى فقدان للشعر.
- محاولات متكررة لإنقاص أو إيقاف نتف الشعر.

- يسبب نتف الشعر إحباطا سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال حالة طبية أخرى (مثل حالة جلدية).

- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (محاولات لتحسين عطل متصور أو تشوه بالمظهر باضطراب تشوه شكل الجسد) (DSM5, p105).

خلاصة:

إن علاج هذا الاضطراب يعتمد على استخدام الأدوية من جهة، كما يمكن للعلاج السلوكي المعرفي أن يكون فعالا في عملية العلاج، وذلك عن طريق استبدال السلوكيات التي تؤدي إلى نتف الشعر بسلوكيات أخرى، وكذا تحديد المعتقدات التي تؤدي إلى نتف الشعر ومن ثم تغييرها من أجل التوقف عن نتفه. ويبقى العلاج الأمثل هو القضاء على العوامل المؤدية لظهور أعراض الاضطراب. كما يجب التدخل السريع في الحد من قلع الشعر لأنه قد سيكون له عواقب سلبية لاحقا وأهمها الخجل من المظهر ونقص الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات والانسحاب الاجتماعي.

الدرس الثاني عشر: أكل الأظافر

تمهيد:

تعتبر مشكلة قضم الأظافر أهم العادات العصبية الشائعة عند الأطفال وخاصة بعد السنة الأولى من عمرهم، وتشير الإحصائيات إلى أن هذه العادة تبدأ من عمر أربع إلى ست سنوات بما نسبته 28-30% وترتفع هذه النسبة إلى أقصى مدى لها في عمر عشر سنوات، حيث وصلت حسب بعض الدراسات إلى ما نسبته 45 %، وقد تستمر هذه العادة إلى مرحلة المراهقة المتأخرة، وتمتد أحياناً إلى الرشد، وتزيد نسبة ممارسة عادة قضم الأظافر بمرّة ونصف لدى الإناث عنها لدى الذكور، وتكون أحياناً مصحوبة بقضم أظافر الأرجل (عبيد، 2015، ص 265).

كما تعتبر حالة نفسية ناتجة عن التوتر والغضب والقلق. وهي ظاهرة لا تشيع بين الذكور بالقدر الذي تشيع به بين الإناث. وهو ظاهرة يصعب تغييرها، فأصحابها يمارسونها في عزلتهم وتحت ظروف معززة لهذه العادة.

1- تعريف أكل الأظافر:

قضم الأظافر ظاهرة تدل على وجود القلق والتوتر النفسي، حيث يصاحب ذلك انفعال الغضب أو الشعور بالحرج، وتنتشر هذه الظاهرة بين الأطفال ذكورا وإناثا ممن يعيشون في بيئة تسبب لهم الشقاء، لذا فإن هذه الظاهرة تنتشر بين الأطفال الذي تربوا في مؤسسات داخلية بعيدا عن الأسر الطبيعية، أو بين من تربوا في بيئة غير سوية كالأسر المفككة. كما أنها تنتشر بين المراهقين والمراهقات. ولا تعتبر هذه العادة ظاهرة مرضية إذا لازمت الأطفال في السنين الأولى من حياتهم، أما إذا استمر الطفل في قضم أظافره كلما تقدم بالعمر فهنا تكمن الخطورة حيث تعبر هذه العادة عن اضطراب نفسي، وغالبا ما يصاحبها الاستغراق في أحلام اليقظة أو الاكتئاب عن الكبار (عبيد، 2015، ص 264).

وهناك مجموعة من الأعراض المصاحبة لقضم الأظافر نذكر منها: مص الأصابع، الكذب، السرقة أو التأخر الدراسي، أو التبول اللاإرادي، الانزواء وأحلام اليقظة، العصبية والحساسية الزائدة (الشوربجي، 2003، ص 159).

2- أسباب أكل الأظافر:

والأسباب الكامنة وراء هذه العادة تتمثل في:

- قضم الأظافر هي دلالة على عدم الاستقرار وعدم القدرة على التركيز لمدة طويلة.
- من الجهة النفسية تعتبر حالة عصبية غير معلنة، تنتج من جراء عدم استقرار الطفل الذي لا ينال التقدير الكافي، وفي الوقت التي توجه عناية الأهل إلى غيره من الإخوة، وهذه الظاهرة هي أسلوب لنشاط لا يؤدي إلى نتيجة ملموسة أو نوع من العمل غير المنتج يقوم به الطفل ويتعود عليه.

- يرى بعض العلماء أن هذا العمل (غير المنتج) يستعمل بقصد الاستغراق في أحلام اليقظة، ويعتبرونها مصاحبة لمظهر القلق (غير المنتج) والإحباط، أو اعتلال الصحة، وعدم تحقيق الرغبات.
- الغضب والقلق والتوتر.
- قد يكون من أسبابه عوامل الضعف العقلي، أو نتيجة الضعف في القدرات التحصيلية ومتابعة المذاكرة.
- مواجهة مشكلة مستعصية الحل فيعيش الطفل على إثرها حالة قلق.
- دلالة على عدم التوافق الانفعالي (شحيمة، 1994، ص 119-120).
- في البيئة الاقتصادية المنخفضة تظهر هذه الحالات بكثرة لضعف المستوى الثقافي والتعليمي للأسرة، وعدم تعويد الطفل على النظافة.
- التعرض لضغوط الامتحانات، أو عندما يُسأل الطفل في الفصل أسئلة شفوية فيشعر بالحرج لعدم قدرته على الإجابة (الشوري، 2003، ص 159).
- إضافة إلى القلق والتوتر والطاقة العصبية قد يكون سببها التقليد. كما أنها وسيلة لإشباع دوافع عدوانية وانفعالية. ومن عيوب هذه العادة استمرارها رغم اختفاء دافعها الأصلي (عوض، 1999، ص 117).

3- علاج أكل الأظافر:

عموماً يمكن التخلص من هذه العادة باتباع ما يلي:

- لقطع الطريق على ظاهرة قضم الأظافر يجب تقليدها بحجة إبقائها نظيفة كظاهرة صحية اجتماعية محمودة.
- استخدام الأسلوب الإيحائي كتسجيل أسطوانة تحمل عبارة - لن أقضم أظفاري فهذه عادة قدرة- وتوضع لبعض الوقت قرب سرير الطفل أثناء النوم، مع الإشارة إلى بعض الملصقات، بالإضافة إلى الإرشادات الشفوية والحديث برفق عن مساوئ هذه العادة.
- توفير وسائل النشاط المختلفة للطفل، وإتاحة الفرصة له لممارستها، وتخليصه من مشاعر الخوف المتزايدة.
- يلجأ بعض الأهل إلى وضع مادة كريهة على الأصابع، حتر يأنف الطفل من تقريبها إلى فمه، فيقلع عن قضمها، لكننا لا نرى فائدة في هذه الطريقة لأنها تحمل في طياتها معنى المنع القسري.
- يشير آيزنك إلى اعتماد العلاج النفسي في هذه المسألة، حيث يتوجه الطفل بنفسه وبمعرفته التامة إلى لقاء عالم النفس ويقضم أظفاره في العيادة وعلى مرأى من المختص ذاته لمدة من الزمن وعلى فترات ويراقب نفسه بنفسه فإذا به يقلع بعد فترة من تلقاء نفسه (شحيمة، 1994، ص 120-121).
- إشباع الحاجات النفسية للطفل وتزويده بالغذاء الصحي المناسب.

- على المعلم في المدرسة أن يشغل التلاميذ الذين يقومون بهذه العادة، بأن يكلفهم بأعمال حركية داخل الفصل، والاستعانة بهم في مسح السبورة وتوزيع الكتب والكراريس، حتى لا يعطيهم الفرصة للانفراد بأنفسهم والتعامل مع أظافره هذا التعامل القاسي (الشوريجي نبيلة عباس، 2003، ص160).

إذن يحمى الطفل من الوقوع في شباك هذه العادة بأن تشغل يديه بمعمل ما، وأن نعمل على أن تكون حواف أظافره مقصوفة حتى لا تكون هناك حواف لا يجد الطفل أمامه سوى قضمها بأسنانه.

وعندما يقع الطفل في شباك هذه العادة فإن تجنب العقاب اللفظي أو المادي يمنع من تفاقم أو تعزيز هذه العادة، كذلك فإن الطفل إذا بصر بهذه العادة وسجل لنفسه مرات تكرار هذه العادة فإن أمر إقلاعه عنها أو تخفيض معدلات إتيانها أو القضاء عليها يصبح أمراً متوقعا لحدوث (عوض، 1999، ص117).

وعندما ينجح الطفل في التخلص يتطلب الأمر تدخل الآباء بالثناء على الطفل، وبتقديم مكافأة عينية كاصطحابه إلى رحلة أو شراء أدوات للرياضة التي يحبها أو إشباع هواياته،... والحرمان من هذه الأشياء يمكن أن يكون عامل ردع لإنهاء هذه العادة. كذلك الحرمان من المصروف بطريقة تدريجية يساعد في هذا المجال شريطة أن يكون العقاب مزامنا لإتيان الطفل لهذا الفعل (الشوريجي، 2003، ص159).

وفي حالات القلق والتوتر التي تعترى الطفل القاضم لأظافره فإن تعويده على الاسترخاء العضلي يساعد على التخلص من هذا القلق والتوتر وهما الدافع الكامن لهذه العادة السيئة (عوض، 1999، ص118).

خلاصة:

إن قضم الأظافر يعتبر عادة سيئة ما لم تستمر، ولكن إذا ما استمرت مع الطفل فتعتبر مشكلة سلوكية اضطرابا يستدعي التدخل من طرف المختص النفسي، الذي يعمل على تقديم التوجيهات والإرشادات للأسرة التي تلعب دورا مهما في مساعدة الطفل في تجاوز المشكلة، ودون الاعتماد على طرق تقليدية مثل استعمال طلاء ذو رائحة كريهة على الأظافر أو معاقبة الطفل كلما كررها.

الدرس الثالث عشر : الإيقاعات الحركية والتأرجحات

تمهيد:

إن هذه الإيقاعات الحركية والتأرجحات هي ذات صلة باللازمات التي تم الإشارة إليها سابقا، إذ أنها تصبح ملازمة للطفل كلما كان بحاجة إليها. ويمكن ملاحظتها عند الطفل العادي الذي لا يعاني من أي اضطراب، وكما يمكن أن تكون عرضا من اضطرابات معينة وعلى رأسها اضطراب التوحد، أين نجد الحركات النمطية، كما تظهر في اضطرابات النوم لدى الطفل. وفيما يلي سنحاول التطرق إلى تعريفها، أنواعها، وأسبابها وعلاجها.

1- تعريف الإيقاعات الحركية والتأرجحات:

هي مجموعة من الحركات التي يقوم بها الطفل بشكل منتظم وبتتابع إيقاع معين، وتكون على شكل حركي نمطي، حيث نجد حركات مثل الرفرفة وحركات تمايل في الجسم وتأرجحه، وحركات الأصابع المتكررة، ويمارسها الطفل لمدة ثواني أو دقائق. وتنتشر بشكل عادي خلال الطفولة المبكرة، وظهورها لا يستدعي القلق إلا إذا استمرت لوقت أطول أو ظهرت بعد مرحلة الطفولة المبكرة. يعتبر التأرجح أساسي في نمو الطفل، إذ أن التأرجح يبدأ منذ المرحلة الجنينية ويستمر بعد الميلاد، ويختفي تدريجيا ليعود لاحقا على شكل عرض يعبر به الطفل عن قلق يجتاحه.

2- أسباب الإيقاعات الحركية والتأرجحات:

إن الإيقاعات الحركية والتأرجحات مثلها مثل العادات السيئة السابقة من خلجات، قضم الأظافر وتنف الشعر، تظهر نتيجة لمجموعة أسباب يمكن تلخيصها فيما يلي: محاولة جلب الانتباه بعد ميلاد طفل جديد في العائلة، الخوف والقلق، قد تكون كرد فعل للتعبير عن رفض موقف ما كالنفصال عن أحد الوالدين، الحرمان العاطفي، تزداد هذه الحالات أثناء تعرض الطفل للتوترات النفسية، وتكثر بين الأطفال الذين يتعرضون لضغوط نفسية تجعلهم في حالة توتر، فيلجؤون إلى هذه العادات غير الطبيعية للتخلص من هذا التوتر (الشوربجي، 2003، ص160).

3- بعض أنماط الإيقاعات الحركية والتأرجحات:

سنذكر بعض الأنماط فقط، لأنها هناك العديد منها مرتبط بكل طفل على حدى، وهناك ما هو شائع

بينهم.

● هز الرأس وخطها بالوسادة:

تنتاب الأطفال فيما بين الثانية والسادسة من العمر وبات يلذ لهم فيها أن يضربوا برؤوسهم في الوسادة، وقد يستمر ثوان أو دقائق، وقد يحدث ذلك والطفل مستيقظ أو مستغرق في نومه، وقد تحدث هذه الحالات في الأطفال ضعاف العقول أو المصابين بفقر الدم أو أحد الأمراض المزمنة. وهناك أطفال يولعون بهز رؤوسهم وحكها في الوسادة وهم نائمون على ظهورهم وقد يستمر هذا دقائق (الشوربجي، 2003، ص160).

• الطفل الذي يضرب رأسه على الحائط:

إنها النمطية الحركية وهي عرض من أعراض التوحد ، ولكن يمكن للطفل العادي القيام به، إذ أن هذا السلوك يحدث أحيانا كنتيجة لعدم الشعور بالأمان، وقد يكون من أجل الضغط على الوالدين من أجل تنفيذ رغباتهم. وعندما يلاحظ الطفل أن سلوكه يثير قلق والديه فإنه يتعلم كيف يسيطر عليهم ويعزز ذلك. كثير من الأطفال يستغلون هذا الضعف لتلبية رغباتهم ويستمترون في ضرب رؤوسهم وهم بذلك يرغبون في أن يكونوا مركز الانتباه.

• اضطراب الحركة النمطي:

وهو نمط مصنف في الدليل التشخيصي الخامس (DSM5)، وفيه:

- سلوك حركي متكرر غير هادف يبدو ذا دافع (على سبيل المثال، المصافحة أو التلويح باليد، أرجحة الجسم، أرجحة الرأس، عض الذات، ضرب الجسد).
- يتداخل السلوك الحركي المتكرر مع الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية، أو غيرها، وربما يؤدي إلى إيذاء النفس.
- البداية في فترة النمو المبكر.
- السلوك الحركي المتكرر لا ينسب إلى الآثار الفيزيولوجية لمادة ما أو لحالة عصبية ولا يفسر بشكل أفضل باضطراب آخر من اضطرابات النمو العصبي أو اضطراب عقلي آخر (مثل هوس نتف الشعر [اضطراب نتف الشعر]، واضطراب الوسواس القهري). ويجب تحديد الشدة: خفيفة: يتم تثبيط الأعراض بسهولة بمنبه حسي أو بالإلهاء، متوسطة: تتطلب الأعراض تدابير وقائية واضحة وتعديل للسلوك، شديد: يلزم المراقبة المستمرة مع الاستمرار في اتخاذ تدابير وقائية لمنع إصابة خطيرة (DSM5, p37-38).

4- علاج الإقاعات الحركية والتأرجحات:

- تجنب الطفل التعرض للضغوط أو المؤثرات النفسية، عدم عقاب الطفل وتهديده للتخلص من هذه العادة.
- تشجيعه بالمكافآت والحوافز للتخلص منها، توفير الأمان للطفل، وعدم الإهمال مع الصبر كلها كفيلة بأن تجعل من هذه العادات أمورا عابرة سريعة الزوال (الشوربجي، 2003، ص160).
- يجب مراقبة الطفل عن بعد فإن بدأ الطفل بضرب رأسه مثلا لأننا رفضنا تلبية حاجته علينا إيقافه دون تلبية حاجته، كذلك يجب أن نقول له أن هذا الفعل لا يرضينا وإنه سلوك سيء ولن نلبي حاجته إذا كرر السلوك.
- علينا عدم التركيز على هذا الأمر بل إهماله (القشاعلة، بدون سنة، ص129).

خلاصة:

إن هذه العادة المتمثلة في الإقاعات الحركية والتأرجحات تكون عادية في مرحلة النمو الأولى، ولكن ظهورها بعد ذلك تعبير على أن الطفل يمر بفترة صعبة، إذ أنها وسيلة يستخدمها من أجل التخفيف من التوتر والخوف والقلق الذي يعيشه. ولهذا عند ملاحظتها على الطفل بعد اجتيازه لمراحلها العادية وجب التدخل ومحاولة تقديم له يد المساعدة.

خاتمة:

إنه لا يمكن فهم الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الطفل دون معرفة عميقة بتاريخه الشخصي وكذا تاريخ أسرته، لأن الأسرة المضطربة هي أحد أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور العرض عند الطفل، فما يعانيه الطفل ما هو إلا انعكاسا لبيئته العائلية من حيث علاقة الوالدين ببعضهما، وعلاقتها مع الطفل.

أن معظم الاضطرابات الحسية الحركية والأدائية التي تم التطرق إليها هنا تستدعي الاهتمام والدراسة من طرف الباحثين في مجال علم النفس بمختلف فروعها، وكذا من طرف الأخصائيين النفسيين الممارسين في الميدان، فهي تعتبر حقلًا خصبا للدراسة والبحث. إذ أن الكشف عنها وتشخيصها المبكر يلعب دورا مهما في نمو الطفل على مستوى مختلف الجوانب: النفسية والمعرفية والاجتماعية. كما يسمح للطفل بتحقيق الاستقلالية لاحقا.

وتلعب الأسرة والمدرسة دورا فعالا في عملية التكفل لأنهما أكثر الأوساط التي يقضي فيها الطفل الكثير من الوقت، ولهما تأثيرا كبيرا في بناء شخصيته، فإذا تمكن أعضاء كل منهما من تقديم المساعدة اللازمة في الوقت المناسب للطفل فإن هذا الأخير سيتمكن من تحقيق الاستقلالية والنجاح.

هذا ولا يمكن إنكار الدور الذي تلعبه المراكز المتخصصة لبعض الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة أو كما أصبح يطلق عليها عالميا فئة ذوي الهمم، والتي تسعى لتقديم برامج خاصة بكل فئة سهر على تسطيحها فريق متكامل من المختصين.

قائمة المراجع:

1. أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد. (2004). التربية الجنسية للأطفال والمراهقين وذوي الاحتياجات الخاصة. مصر: كلية التربية بدمهور جامعة الإسكندرية.
2. أحمد، سهير كامل وبطرس، بطرس حافظ. (بدون سنة). قائمة تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لطفل الروضة. مصر: مكتبة الأنجلوالمصرية.
3. باي، حورية. (2002). علاج اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال المدارس العادية. دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.
4. بلخيري، وفاء. (2005). علاقة اضطراب القدرة المكانية بقدرة الفهم اللفظي عند الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية ذات الأصل العربي. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المعرفي. تحت إشراف بوشاللق نادية. جامعة الحاج لخضر.
5. بن مصطفى، عبد الكريم. (2016). فعالية برنامج علاجي سلوكي قائم على استراتيجية النمذجة في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند أطفال المرحلة الابتدائية. مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د. تحت إشراف فقيه العيد. جامعة أبو بكر بلقايد. تلمسان.
6. جراح، بدر أحمد والقرا، محمد حسن. (2016). فهم اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال والسيطرة عليه. الطبعة الأولى. الأردن: دار المعتر للنشر والتوزيع.
7. حولة، محمد. (2011). الأرتفونيا علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت. الطبعة الرابعة. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
8. دبراسو، فطيمة. (2014). اضطراب التصور الجسدي وعلاقته بصعوبة تعلم القراءة والكتابة عند الطفل. مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم في علم النفس العيادي. تحت إشراف بعين نادية. جامعة سطيف 2.
9. الدسوقي، مجدي محمد. (2006). اضطراب صورة الجسم: الأسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
10. الديب، محمود السيد. (2015). منهج للتعريف بفرط الحركة وتشتت الانتباه. www.atadbir.com.
Consulter le: 19/02/2020, à 16 :30
11. شحيمي، محمد أيوب. (1994). مشاكل الأطفال كيف نفهمها: المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها. بيروت: دار الفكر اللبناني.
12. الشربيني، منصور السيد كامل. (2010). الاتجاهات الحديثة في تشخيص وتقييم العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الأولى. دسوق: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
13. الشوريجي، نبيلة عباس. (2003). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها-علاجها. القاهرة: دار النهضة العربية.

14. الصفدي، عصام حمدي. (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
15. عبازة، آسيا. (2014). صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالسنة الثانية ثانوي. مذكرة لنيل شهادة ماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي. تحت إشراف محمد الساسي الشايب. جامعة قاصدي مرياح ورقلة.
16. عبد العزيز، عمر فواز وكوافحة، تيسير مفلح. (2010). مقدمة في التربية الخاصة. الطبعة الرابعة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
17. عبيد، ماجدة السيد. (2014). مدخل إلى التربية الخاصة. الطبعة الثانية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
18. عبيد، ماجدة السيد. (2015). الاضطرابات السلوكية. الطبعة الأولى. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
19. عسل، خالد محمد. (2012). ذوو الاحتياجات الخاصة رؤى نظرية وتدخلات إرشادية. الطبعة الأولى. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
20. عوض، محمود عباس. (1999). المدخل إلى علم نفس النمو: الطفولة-المراهقة-الشيخوخة. مصر: دار المعرفة الجامعية.
21. عياد، مسعودة. (2007). اكتساب مفهومي الزمان والمكان وعلاقته بظهور عسر القراءة لدى الطفل في المرحلة الابتدائية. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم في الأرتوفونيا. تحت إشراف الهاشمي لوكيا. جامعة الإخوة منتوري. قسنطينة.
22. فرج، عبد القادر طه. (بدون سنة). معجم علم النفس والتحليل النفسي. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
23. القاضي، وفاء محمد حميدان. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة. رسالة ماجستير في قسم علم النفس. تحت إشراف نبيل كامل دخان. كلية التربية. الجامعة الإسلامية. غزة.
24. القشاعلة، بديع. (بدون سنة). المشكلات السلوكية لدى الأطفال. ر ه ط: 19/60-85357.
25. القمش، مصطفى نوري. (2013). الإعاقات المتعددة. الطبعة الثالثة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
26. القوصي، عبد العزيز. (1952). أسس الصحة النفسية. الطبعة الرابعة. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
27. اللالا، زياد كامل وآخرون. (بدون سنة). أساسيات التربية الخاصة. مصر: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
28. الملاح، تامر المغاوري محمد. (2016). الإعاقة السمعية بين التأهيل والتكنولوجيا. ماجستير تكنولوجيا التعليم. كلية التربية. جامعة الإسكندرية. مصر. شبكة الألوكة. www.alukah.net
29. ميكولينو، ماريني؛ وباور، توماس؛ وبلوم، ناثن. (2003). اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة: دليل عملي للعياديين. ترجمة عبد العزيز السرطاوي وأيمن خشان. الطبعة الأولى. دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.

30. النجار، خالد وآخرون. (بدون سنة). مقدمة في التربية الخاصة. جامعة القاهرة: مركز التعليم المفتوح.
31. الوكيل، سيد أحمد محمود. (2012). فعالية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة. مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد 13. العدد 3. ديسمبر 2013. قسم علم النفس. جامعة الملك عبد العزيز.
32. معايير DSM5. ترجمة أنور الحمادي. نسخة إلكترونية.
33. American Psychiatric Association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington, 1994). Traduction française par Guelfi, J-D. (1996). Paris: MASSON.
34. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Washington, 2013). Traduction française par Crocq, Marc-Antoine & Guelfi, Julien Daniel. (2015). Paris: MASSON.
35. Bloch et autres. (2002). Dictionnaire fondamental de la psychologie. France : LAROUSSE.
36. Carraz, Jérôme. (2009). Anorexie et boulimie: approche dialectique. Paris: Elsevier Masson SAS.
37. Debray, Quentin. (2000). Nouveaux cahiers de l'infirmière. 2^{ème} Edition. Paris : MASSON.
38. Durond, Mark. (2002). Psychopathologie perspective multidimensionnelle. 1^{ère} Edition. Paris : DeBook Université.
39. Lambert, Jean-Luc. (1978). Introduction à l'arriération mentale. Bruxelles : Pierre Mardaga ; Editeur Fonds Dessart.
40. Le handicap sensoriel. (Sans année). France: CREPS :Région Pole ressources National Sport et Handicap.
41. Marcelli, Daniel. (1993). Psychopathologie de l'enfant. 4^{ème} Edition. Paris : MASSON.
42. Marcelli, Daniel. (2009). Enfance et psychopathologie. 8^{ème} Edition. Paris : ELSEVIER MASSON.
43. Morin, Yves. (2003). Petit LAROUSSE de la médecine. 3^{ème} Edition. Paris : LAROUSSE.
44. Mousse-Mimouni, Badra & Belalia, Khadijda. (2011). Eléments de psychomotricité pour jeunes enfants. Algérie: Office des publications universitaires.
45. Pavy, Pascal. (Sans année). La Latéralité. Fich n°: 3. In La classe maternelle. N°: 155. P98. Fichespédagogiques.com.
46. Revol, Olivier. (2006). Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité. Conférence APEDYS. VOIRON.
47. Perron, Roger. (2000). L'intelligence de l'enfant et ses troubles : des déficiences mentales aux souffrances de la personne. 1^{ère} Edition. Paris : DUNOD.
48. Sillamy, Norbert. (2003). Dictionnaire de psychologie. Paris: Larousse-VUEF.