



كلية العلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مطبوعة بيداغوجية في مادة

سيكولوجية الأشخاص في وضعية إعاقة

موجهة لطبة السنة الأولى ماستر علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

من إعداد:

الدكتور بن درف سماعيل

أستاذ محاضر "ب"

السنة الجامعية 2025/2026



مطبوعة بيداغوجية في مادة

سيكولوجية الأشخاص في وضعية إعاقة

موجهة لطبة السنة الأولى ماستر علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

من إعداد:

الدكتور بن درف سماعيل

أستاذ محاضر "ب"

السنة الجامعية 2026/2025



معلومات حول الوحدة التعليمية

المؤسسة الجامعية: عبد الحميد بن باديس مستغانم

كلية العلوم الاجتماعية - قسم العلوم الاجتماعية - شعبة علم النفس

عنوان الماستر : علم النفس العيادي

السداسي: الأول

العام الدراسي: 2025 - 2026

نوع الوحدة التعليمية: وحدة تعليم إستكشافية

اسم الوحدة التعليمية (المادة): سيكولوجية الأشخاص في وضعية إعاقة

الرصيد: 01 المعامل: 01

الحجم الساعي خلال السداسي: 22 ساعة 30 د

الحجم الساعي الأسبوعي: 1 سا و 30 د (محاضرة)

طريقة التقييم: إمتحان كتابي (100%)

أستاذ المادة: بن درف سماعيل

أستاذ محاضر "ب"

تخصص علم النفس العيادي

معلومات التواصل:

Smain.bendref@univ-mosta.dz

WhatsApp: (213) 663882731



توصيف الوحدة التعليمية

-الأهداف العامة للوحدة التعليمية:

- (1) التعرف على أنواع الإعاقة
- (2) تشخيص مختلف الإعاقات
- (3) التكفل السيكولوجي بالأشخاص في وضعية إعاقة

-المعارف المسبقة المطلوبة:

- (1) خصائص النمو السليم
- (2) اضطرابات النمو
- (3) مشكلات النمو الحسي الحركي

-القدرات المكتسبة:

- (1) وجهات النظر المختلفة في الإعاقة
- (2) التعرف على الاحتياجات المختلفة لكل وضعية إعاقة
- (3) أساليب التكفل والدمج الاجتماعي والمهني والأكاديمي للمعاق

-محتوى الوحدة التعليمية:

المحاضرة (01): مفهوم الشخص في وضعية إعاقة

المحاضرة (02): الإعاقة وأنواعها

المحاضرة (03): سيكولوجية المعاق حركيا



المحاضرة (04): سيكولوجية المعاق ذهنيا

المحاضرة (05): سيكولوجية المعاق بصريا

المحاضرة (06): سيكولوجية المعاق سمعيا

المحاضرة (07): سيكولوجية المصاب باضطرابات الصوت والكلام

المحاضرة (08): سيكولوجية المضطرب بطيف التوحد

المحاضرة (09): سيكولوجية المصاب بفرط الحركة و تشتت الانتباه

المحاضرة (10): سيكولوجية المصاب بصعوبات التعلم الأكاديمية

المحاضرة (11): مشكلات الأشخاص في وضعية إعاقة

المحاضرة (12): التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة

المحاضرة (13): الفحص النفسي للأشخاص في وضعية إعاقة

المحاضرة (14): استراتيجيات الإدماج و التكيف للأشخاص في وضعية إعاقة

المحاضرة (15): إمتحان (تقييم المعارف المكتسبة)



الفهرس

العنوان

أ	معلومات الوحدة التعليمية
ب	توصيف الوحدة التعليمية
ث	الفهرس
ج	قائمة الأشكال
01	مقدمة عامة
03	المحاضرة 01: مفهوم الشخص في وضعية إعاقة
07	المحاضرة 02: الإعاقة وأنواعها
12	المحاضرة 03: سيكولوجية المعاق حركيا
20	المحاضرة 04: سيكولوجية المعاق ذهنيا
31	المحاضرة 05: سيكولوجية المعاق بصريا
45	المحاضرة 06: سيكولوجية المعاق سمعيا
51	المحاضرة 07: سيكولوجية المصاب باضطرابات الصوت والكلام
59	المحاضرة 08: سيكولوجية المضطرب بطيف التوحد
77	المحاضرة 09: سيكولوجية المصاب بفرط الحركة وتشتت الانتباه
84	المحاضرة 10: سيكولوجية المصاب بصعوبات التعلم الأكاديمية



المحاضرة 11: مشكلات الأشخاص في وضعية إعاقة

المحاضرة 12: التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة

122 المحاضرة 13: الفحص النفسي للأشخاص في وضعية إعاقة

129 المحاضرة 14: استراتيجيات الإدماج والتكيف للأشخاص في وضعية إعاقة

135 خاتمة عامة

137 قائمة المراجع

قائمة الأشكال

الصفحة

العنوان

- | | |
|----|-------------------------------------|
| 33 | الشكل 01: مكونات العين |
| 43 | الشكل 02: قصر النظر la myopie |
| 43 | الشكل 03: الجلوكوم le glaucome |
| 43 | الشكل 04: الماء الأبيض la cataracte |
| 44 | الشكل 05: الحول le strabisme |



مقدمة عامة:

تُعد قضية الإعاقة من أبرز القضايا الإنسانية والاجتماعية التي تشغل المجتمعات المعاصرة، فهي لم تعد تُفهم كمجرد قصور جسدي أو عقلي ضيق، بل أصبحت تعكس تفاعلاً معقداً بين الفرد وبيئته المحيطة، مما يستوجب إعادة صياغة مفاهيمها وفق منظور قائم على الحقوق والتمكين. تهدف هذه السلسلة من المحاضرات إلى تقديم دراسة أكاديمية متكاملة تبدأ بتوضيح مفهوم الشخص في وضعية إعاقة، مستندة إلى عدة تعريفات أبرزها تعريف المنظمة العالمية للصحة والتي تركز على تقييد النشاط ومحدودية المشاركة الناتجة عن حواجز مادية أو نفسية، مع توضيح أهمية الانتقال من "المنظور الطبي" الذي يركز على العجز العضوي، إلى "المنظور الاجتماعي" الذي يرى الإعاقة محصلة لعوامل ثقافية وبيئية تعيق الفرد عن أداء دوره الطبيعي.

ونستعرض من خلال المحاضرات كذلك تصنيفاً شاملاً للإعاقات، بدءاً من الإعاقة الحركية وما ينجر عنها من اضطرابات مثل الشلل الدماغي، وصولاً إلى أبعادها النفسية كالشعور بالدونية والقلق. كما نتناول الإعاقة الذهنية كحالة من القصور في الأداء العقلي والسلوك التكيفي تظهر في مرحلة النمو، مع تفصيل في الخصائص المعرفية واللغوية والتربوية لهذه الفئة. كما نتناول محاضرات الإعاقات الحسية سيكولوجية المعاق بصرياً وسمعيّاً، مبرزة كيف تؤثر هذه الإعاقات على الإدراك الحسي والتواصل الاجتماعي، وما تتطلبه من برامج تربوية متخصصة كطريقة "برايل" أو لغة الإشارة.

وعلى صعيد الاضطرابات النمائية، تحلل المحاضرات اضطراب طيف التوحد كإعاقة معقدة تؤثر في التواصل والسلوك، مستعرضة معايير التشخيص الحديثة (DSM-5) والبرامج العلاجية مثل "لوفاس" و"تيش". كما تدرس اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتأثيراته الأكاديمية، إضافة إلى صعوبات التعلم في القراءة والكتابة والحساب، مؤكدة على ضرورة التدخل المبكر والمعالجة المعرفية.



ينصب التركيز الجوهري لهذه المحاضرات على التكفل النفسي والاجتماعي، الذي يهدف إلى تعزيز الرفاه النفسي والصمود لدى الأشخاص ذوي الإعاقة لمواجهة مشكلات العزلة والاضطرابات النفس-جسمية. ويعتمد هذا التكفل على أدوات الفحص النفسي، من ملاحظة عيادية ومقابلات واختبارات سيكومترية، لفهم آليات الحياة النفسية للفرد. وتختتم المحاضرات بطرح استراتيجيات الإدماج والتكيف، مشددة على أن بناء مجتمع دامج يتطلب تغييراً في الثقافة المجتمعية لضمان الكرامة والعدالة للجميع. إن هذه المحاضرات تمثل دليلاً علمياً يسعى لتحويل الإعاقة من عائق إلى فرصة للتكيف والإبداع من خلال التكفل الشامل والبيئة الداعمة.



المحاضرة 01: مفهوم الشخص في وضعية إعاقة

مقدمة:

تُعد الإعاقة من القضايا الإنسانية والاجتماعية التي تشغل اهتمام المجتمعات المعاصرة، لما لها من أبعاد تؤثر على الفرد والأسرة والمجتمع ككل. فهي لا تمثل مجرد قصور جسدي أو عقلي، بل تعكس تفاعلاً معقداً بين الفرد وبيئته المحيطة. ويُعاني الأشخاص في وضعية إعاقة من تحديات متعددة لا تتعلق بإعاقتهم فقط، بل أيضاً بنظرة المجتمع إليهم. من هنا، أصبحت الحاجة ملحة لإعادة صياغة مفهوم الإعاقة من منظور قائم على الحقوق والدمج والتمكين. تهدف هذه المحاضرة إلى توضيح هذا المفهوم، وتقديم رؤية متكاملة نحو فهم أعمق لواقع ذوي الإعاقة.

1-تعريف الإعاقة : للإعاقة عدة تعريفات وسنقتصر على تعريفين هامين فقط:

أ-تعريف الإعاقة حسب المنظمة العالمية للصحة:

عرفت المنظمة العالمية للصحة سنة 1980 الفرد المعاق بأنه الشخص الذي يتميز بانخفاض في الكمال الذهني والفيزيولوجي يكون مؤقت أو مزمن، إما بسبب وراثي، إما تحت تأثير السن، مرض، أو حادث، بحيث تحد من حظوظ استقلاليته وموقعه من الذهاب إلى المدرسة أو شغل منصب، فالإعاقة تعني الإصابة بقصور كلي أو جزئي بشكل دائم أو لفترة طويلة من العمر في إحدى القدرات الجسمية أو الحسية الحركية أو العقلية أو التواصلية، وتتسبب في عدم إمكانية تلبية متطلبات الحياة العادية من قبل الشخص المعاق واعتماده على غيره في تلبيتها، أو احتياجه لأداة خاصة تتطلب تدريباً أو تأهيلاً خاصاً لحسن استخدامها (القريطي، 2005، ص17).

ب-الإعاقة حسب قانون 11 فيفيري 2005 : عرفت الإعاقة حسب هذا القانون على أنها تقييد في النشاطات أو محدودية المشاركة في الحياة وسط المجتمع بسبب تشوه جوهري مستمر أو نهائي لواحدة أو عدد من الوظائف الفيزيولوجية الحسية الذهنية المعرفية أو النفسية أو من إعاقات متعددة أو اضطراب في الصحة (بوكصاصة، 2022، ص3) والإعاقة تعني أيضا عدم قدرة الفرد على اكتساب الطاقات الكاملة أو إنجاز المهام أو الوظائف التي تعتبر طبيعية لهذا الشخص، مما يؤدي إلى انخفاض في قدرته لأداء دوره الاجتماعي كنتيجة للضعف، والإعاقة قبل أن تحدث تمر بمراحل أو سلسلة من الأحداث الهامة، فالمرض يؤدي إلى ضعف، والضعف يسبب عجزا وهذا الأخير ينتج الإعاقة.

• **المرض:** هو مشكلة صحية مثل الشق الحلقي، التهابات المفاصل، أمراض القلب الخلقية.

• **الضعف:** هو أي فقدان أو شذوذ للوظائف النفسية والعضوية للإنسان ويعتبر الضعف خلل على مستوى الأعضاء مثل تشوه أو فقدان عضو أو طرف من الأطراف.

• **العجز:** هو قصور أو فقدان (كنتيجة للضعف) للقدرة على إنجاز أي نشاط من الأنشطة التي تعتبر طبيعية للإنسان. (Azéma, B, 2001, p19)

2- مفهوم وضعية الإعاقة: الشخص الذي يعاني من الإعاقة معناه أن لديه ميزة تحد من وظائفه الخاصة، فطبيعة المحيط المادي والبشري واحدة من العوامل الخارجية لوجود أو عدم وجود وضعية إعاقة، كما يمكن للخصائص النفسية أن تكون حاجز واقعي في الحياة العادية للفرد المعاق بمعنى آخر تستخدم جملة "الشخص في وضعية إعاقة" لفصلها عن حالة الشخص وتركز بشكل أساسي مع المواقف والبيئات التي يمكن أن تحدث ظروف معيقة، وهناك مصطلح آخر "الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة" (وهو مستوحى من الترجمات الأنجلوساكسونية) الذي هو أشمل من مصطلح الإعاقة.

-تولد وضعية الإعاقة من محورين اثنين: من جهة، الحواجز والعوائق الموجودة في المحيط

الخارجي، ومن جهة أخرى الطبيعة النفسية للشخص التي يمكن أن تسبب حواجز الاستقلالية (الخوف من الفشل، انخفاض تقدير الذات، الشخصية، الدافعية...) لذلك تختلف الآثار النفسية لدى الشخص في وضعية إعاقة حسب معايير مختلفة:

- شخصية الفرد في وضعية إعاقة.

- مستوى الإعاقة لديه.

- لحظة ظهور الإعاقة منذ الولادة، في سن البلوغ، في سن الشيخوخة.

- سبب الإعاقة: حادث مكتسب، مرض، شيخوخة.

- المحيط الذي ينتمي إليه: المستوى الثقافي، السكن، الموارد المالية. (القريطي، 2005، ص18).

3- تعريف الشخص المعاق: اجتمع معظم الباحثين على إعطاء تعريف الشخص المعاق تحت منظورين، المنظور الطبي والمنظور الاجتماعي.

أ- المنظور الطبي يقتصر لفظ "المعاق أو المعوق" على الشخص الذي يصاب بعجز معين في أحد أعضاء جسمه، مما يجعله غير قادر على التكيف مع المجتمع على نحو طبيعي، أي إنّ الإعاقة في هذه الحالة تعني عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، المرتبط بعمره، وجنسه، وخصائصه الاجتماعية والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفيزيولوجية أو السيكولوجية، ويدخل في نطاق هذا المعنى أنواع الإعاقة المختلفة: كالإعاقة العقلية، والسمعية، والبصرية، والجسمية.

ب- المنظور الاجتماعي: يرى أنّ لفظ "المعاق" لا تقتصر على مجرد إصابة الفرد بعجز معين في أحد أعضاء جسمه، بل تمتد لتشمل أية حالة تعوق الفرد عن أداء دوره الطبيعي في المجتمع، حتى ولو لم يكن ذلك نتيجة إصابته بعجز جسماني في أحد أعضاء جسمه، وعليه فالمعاق هو ذلك الشخص الذي انخفضت بدرجة كبيرة احتمالات ضمان عمل مناسب له، والاحتفاظ به، والترقي فيه، لقصور بدني أو عقلي معترف به قانوناً فقد يصاب الشخص بحالة انطواء وعزلة اجتماعية تجعله غير قادر على التكيف مع أفراد

المجتمع المحيط به رغم سلامة أعضاء جسمه، (ويدخل في هذا المفهوم للإعاقة ما يسمى باضطرابات السلوك) والواقع أنّ الإعاقة ليست نتيجة لسبب واحد بل هي محصلة مجموعة من الأسباب كالعوامل الصحية، الوراثية، الثقافية والاجتماعية وهي أسباب تختلف من مجتمع لآخر ومن وقت لآخر (Ravaud , Mormiche, 2000, p298)

4- الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة:

يتسم العديد من الأفراد ذوي الإعاقة بـ:

-الشعور الزائد بالنقص.

-عدم الشعور بالأمان.

-سيادة الانفعالات السلبية (بطرس حافظ، 2007، ص63).

مما يجعل برامج التأهيل النفسي ضرورية لـ: لمساعدة الفرد

- مساعدة الفرد تقبل الذات.

-تطوير اتجاهات إيجابية نحو نفسه.

-تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي له.

خاتمة:

وفي الختام، يتضح لنا أن مفهوم الإعاقة يتجاوز كونه مجرد حالة طبية أو بدنية، بل يشمل أبعاداً نفسية واجتماعية وحقوقية يجب الاعتراف بها. إن النظرة الحديثة للإعاقة تدعو إلى احترام حقوق الأفراد ذوي الإعاقة ودمجهم كأعضاء فاعلين في المجتمع، بعيداً عن الشفقة أو العزل. فعلي المجتمع ومؤسساته أن يعمل جاهداً على توفير بيئة دامجة تدعم قدراتهم، وتعزز استقلالهم، وتحترم اختلافاتهم باعتبارهم جزءاً من التنوع البشري.

المحاضرة 02: الإعاقة وأنواعها

مقدمة:

تُعد الإعاقة من القضايا الاجتماعية، التربوية والإنسانية التي تستوجب اهتمامًا بالغًا من جميع فئات المجتمع، نظرًا لتأثيرها المباشر على حياة الفرد وتفاعله مع بيئته. ويُعتبر فهم أنواع الإعاقات المختلفة خطوة أساسية نحو تحقيق الشمولية وتكافؤ الفرص. فلكل نوع من أنواع الإعاقات خصائصها، التي تتطلب استجابات تعليمية وتأهيلية مناسبة. وتتوزع الإعاقات بين سمعية وبصرية وعقلية وحركية، بالإضافة إلى اضطرابات التوحد، واضطرابات النطق والكلام، وصعوبات التعلم، وفرط الحركة وتشتت الانتباه. وتهدف هذه الأنواع من التصنيفات إلى تسهيل عملية التشخيص، وتقديم الدعم المناسب لكل حالة على حدة. وفي هذا الدرس، نسلط الضوء على أبرز أنواع الإعاقات، فتوفير الدعم والرعاية للأشخاص ذوي الإعاقة أمرًا بالغ الأهمية لضمان حقوقهم في الحياة الكريمة والمشاركة المجتمعية.

1- المصطلحات الأساسية للدلالة على الإعاقة (وفقاً لـ بيرى 1996):

إن الأصل اللغوي لمصطلح الإعاقة "مأخوذة في الأصل من الفعل "أعاق"، ويُستخدم الاسم للدلالة على الصفة والمفعول به، ومعناها هو "ما يعيق حدوث شيء". حيث تتفق كل البحوث العلمية على أن الإعاقة هي حالة تحد من قدرة الشخص على أداء بعض الأنشطة اليومية بشكل طبيعي، نتيجة لوجود مشكلة جسدية أو عقلية أو حسية. يمكن أن تكون الإعاقة ولادية أو مكتسبة بسبب حادث أو مرض.

ويشير بيرى (Perry, 1996) إلى أن هناك أربعة مصطلحات أساسية تُستخدم للدلالة على الإعاقة:

-المصطلح الأول: العجز أو القصور Inability يُستخدم في الأصل للدلالة على عدم القدرة على أداء شيء ما.

- المصطلح الثاني: التلف أو الضعف Impairment يشير إلى التلف أو الضعف، أو إلى الاضطراب الفسيولوجي أو الإصابة.

- المصطلح الثالث: الإعاقة Disability يعني العجز أو الإعاقة التي تُعقّد عن العمل . ويُقصد به عجز الفرد عن القيام بحركات أو أفعال، أو عجز عن الحصول على المعلومات الحسية، أو أداء وظيفة معينة، مما يجعله يختلف بدرجة كبيرة عما يقوم به أقرانه من الذين لا يعانون منها.

- المصطلح الرابع: العائق Handicap يُقصد به إعاقة أو عائق .ويُستخدم للدلالة على أن الفرد عاجز عن أداء شيء معين يؤديه غيره من العاديين.

العلاقة بين المصطلحات : يرتبط العجز أو الإعاقة (disability) بكل من الضعف (impairment)أو العائق (handicap) ، حيث يدل على حدوث قصور أو عجز لدى الفرد inability عن القيام بشيء معين أو أداء مهمة مطلوبة(عبد الله محمد، 2004، ص19).

2-أنواع الإعاقات:

تصنّف الإعاقة إلى عدة أنواع وفقاً لطبيعتها وتأثيرها على الفرد، ومن أبرزها:

2-1-الإعاقة العقلية:

تعرفها الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية، بأنها إنخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة والتي ترافقه نقص في السلوك التكيفي والتي تظهر خلال مرحلة النمو (Gardner, 1977) يعد تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية أكثر التعريفات إنتشارا في دول العالم.

2-2-الإعاقة الحركية:

تعرف الإعاقة الحركية على أنها حالة من عدم القدرة على إستخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية كالمشي، أو الجري، أو الوثب، أو التنسيق بين حركات الجسم

المختلفة بسبب إصابة جسمية في العمود الفقري، وعضلاته أو الجهاز العصبي، أو نتيجة لعوامل وراثية وتؤثر هذه الإعاقة في نموه العقلي، أو الإنفعالي، وتحد من قدرته على التكيف الاجتماعي (الشريف، 2011، ص418).

2-3- الإعاقة السمعية:

يشير مصطلح الإعاقة السمعية إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي. ففي المفهوم العام يُقصد بالإعاقة السمعية وجود خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه، وتتراوح شدة الإعاقة السمعية ما بين ضعف سمعي بسيط إلى ضعف سمعي شديد . تؤثر الإعاقة السمعية بشكل كبير على المصاب بها، حيث يُعتبر السمع وسيلة التواصل الأولى بين الناس وتتطلب خدمات خاصة، مثل تدريب الأفراد على التواصل، وتنمية البقايا السمعية، وخدمات الإرشاد والتوجيه للتغلب على المعوقات التي تواجههم لأجل التكيف وتنمية قدراتهم (اللالا وآخرون، 2011).

2-4- الإعاقة البصرية:

يطلق مصطلح الإعاقة البصرية على كل شخص لديه فقدان بصري كامل أو ضعف في الرؤية يقلل

من قدرته على الاستفادة من وظائف العين (الشريف، 2011، ص319). وتعرف الإعاقة البصرية بأنها " حالة من الضعف البصري بحيث تحد من قدرة الفرد على استخدام هذه الحاسة بفعالية، الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأدائه " (العزة، 2002، ص94).

2-5- اضطرابات الكلام (الصوت والنطق):

على الرغم من أن اضطرابات الصوت تختلف عن اضطرابات النطق، فكلاهما يُعتبران من اضطرابات الكلام. فيعرف اضطراب النطق بأنه مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام والطريقة الصحيحة، وتحدث الصعوبة في الحروف المتحركة أو الساكنة، و تُعد اضطرابات النطق أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعاً .تشمل أربعة تصنيفات رئيسية: الحذف (Omission) أي حذف صوت من الأصوات في الكلمة، الإبدال

(Substitution) بمعنى إبدال صوت بآخر، كأن يستبدل الطفل حرف "ر" بـ "ل". التحريف (Distortion) أي نطق الصوت بشكل قريب من الصوت السليم ولكن ليس صحيحاً تماماً، مما يجعله غير مفهوم. الإضافة (Addition).

وتعرف اضطرابات الصوت بأنها العيوب التي تُصيب الصوت، حيث يُلاحظ الأخصائي هروب الصوت، وهذه الاضطرابات تتطلب اهتماماً بسبب ما يترتب عليها من مشكلات تتعلق بالاتصال الشخصي والتوافق الفردي والنفسي، مما يؤدي إلى الشعور بالنقص والدونية لدى الفرد (محمود أمين عبد الله، 2004، ص ص 78-80).

2-6- اضطراب طيف التوحد:

عرفه ليو كانر Leo kanner المختص بالطب النفسي للأطفال، وهو أول من اختص بدراسة مظاهر التوحد، وأطلق عليه إسم التوحد الطفولي المبكر عام 1943، وعرفه بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في أكثر من المظاهر الآتية: صعوبة تكوين الإتصال والعلاقات مع الآخرين، إنخفاض في مستوى الذكاء، العزلة، الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون، تكرارية الحركات، اضطرابات في المظاهر الحسية، اضطرابات في اللغة، ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية (مجيد، 2010، ص 24).

2-7- فرط الحركة و تشتت الانتباه:

يعرف فرط الحركة و تشتت الانتباه بأنه نشاط جسمي وحركي لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالبا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية (القمش والمعايطة، 2009، 190). كما عرفه فتحي الزيات بأنه النشاط الزائد يتمثل في قيام الطفل بنشاط حركي مفرط دون هدف في الغالب، كما يكون مصحوبا بقصر سعة الإنتباه لدى الطفل وسهولة تشتته، ولهذا يتسم السلوك بسرعة الغضب والإنفعال (عبد ربه، 2014، ص 15).

2-8- صعوبات التعلم الأكاديمية:

أول تعريف لصعوبات التعلم كان مقدم من طرف كيرك Kirk الذي يعد من أشهر المختصين في هذا المجال حيث يشير هذا المفهوم إلى تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر

من عمليات الكلام أو اللغة أو القراءة أو التهجئة أو الكتابة أو العمليات الحسابية نتيجة خلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي (اللالا وآخرون، 2011، ص162). وتنقسم صعوبات التعلم إلى قسمين رئيسيين هما: -صعوبات التعلم النمائية وهي الانحراف في نمو عدد من الوظائف النفسية واللغوية التي تبدو عادية أثناء نمو الطفل، وهي غالبا وليس دائما ترتبط بالقصور في التحصيل الدراسي، ويتضمن هذا المجال صعوبات الانتباه، الإدراك، الذاكرة كصعوبات أولية، وصعوبات التفكير واللغة كصعوبات ثانوية تنشأ عن صعوبات أولية (عبد الواحد، 2007، ص63). -صعوبات التعلم الأكاديمية وهي الصعوبات المرتبطة بقدرة التلميذ على تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية مثل القراءة، الكتابة، الحساب، التهجئة، ويمكن التعرف عليها من خلال ملاحظة سلوك التلميذ في الصف الدراسي الذي يتأرجح صعودا وهبوطا بين المواد المختلفة (الشريف، 2011، ص111).

خاتمة:

إن الإعاقات متنوعة في طبيعتها وأثرها، ويجب التعامل معها بمنظور شمولي يراعي الفروق الفردية واحتياجات كل فئة. فالفرد الذي يعاني من صعوبة في التعلم أو اضطراب في النطق أو فقدان في إحدى الحواس، لا يقل قيمة عن غيره، بل يحتاج إلى أساليب دعم مناسبة تُمكنه من التفاعل والإبداع. وبعد الوعي المجتمعي وتدريب المعلمين والمتخصصين، عناصر حاسمة لضمان الدمج الفعلي لهؤلاء الأفراد. كما أن توفير الوسائل المساعدة والتيسيرات البيئية يعزز فرص النجاح والاندماج. وبالتالي، فإن المعرفة بأنواع الإعاقة ليست غاية بحد ذاتها، بل وسيلة لتقديم خدمة إنسانية وتربوية عادلة تضمن الكرامة والفرص المتساوية للجميع.

المحاضرة 03: سيكولوجية المعاق حركيا

مقدمة :

تُعدّ الإعاقة الحركية من أكثر أنواع الإعاقات تأثيرًا على حياة الفرد اليومية، إذ تمس قدرته على الحركة والتفاعل مع البيئة من حوله. ولا تقتصر آثارها على الجانب الجسدي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية أيضًا. ومن هنا تبرز أهمية دراسة هذه الإعاقة لفهم احتياجات الأفراد المصابين بها، والعمل على تهيئة بيئة داعمة تساعدهم على التكيف والاندماج. كما يسهم الوعي المجتمعي والتكفل النفسي والتربوي في تعزيز قدراتهم وتحقيق مشاركتهم الفاعلة في مختلف مجالات الحياة.

1-تعريف الإعاقة الحركية:

تعرف الإعاقة الحركية على أنها " حالة من عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية كالمشي، أو الجري، أو الوثب، أو التنسيق بين حركات الجسم المختلفة بسبب إصابة جسمية في العمود الفقري، وعضلاته أو الجهاز العصبي، أو نتيجة لعوامل وراثية وتؤثر هذه الإعاقة في نموه العقلي، أو الإنفعالي، وتحد من قدرته على التكيف الإجتماعي(الشريف، 2011، ص418) وتصنف الإعاقة الحركية إلى ثلاث أصناف رئيسية هي:

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

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

-الإعاقة الحركية الناتجة عن المرض: أمراض فقر الدم، إضطرابات الغدد، ومشكلات الجهاز التنفسي، أو الدورة الدموية، وبعض المشكلات الناتجة عن مرض عضوي عصبي كالصرع ، وعموما فالإعاقة الحركية هي حالة يعاني منها المصابون بها من خلل ما في

قدراتهم الحركية، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم الاجتماعي والعقلي والإنفعالي الذي يستدعي حاجة هؤلاء الأطفال للتربية الخاصة (العزة، 2002، ص194)، ونظرا لتعدد الإعاقات الحركية سنكتفي بالحديث عن الشلل الدماغي باعتباره من أبرز الإعاقات الحركية.

2-تعريف الشلل الدماغي:

يطلق هذا المصطلح على الاضطرابات النمائية أو العصبية التي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل، وخاصة في فترة عدم إكمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة ينتج عن خلل أو تلف في الدماغ، ويؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض والمشكلات الحركية، أو الحسية، أو العصبية التي تظهر على شكل تشنج في الحركة، وما يصاحبها من تشوهات في الأطراف أو صعوبات في النطق أو ضعف القدرات السمعية والبصرية أو اضطرابات عقلية (القمش والمعايطة، 2007، ص144).

ويقتصر استخدام هذا المصطلح على الحالات التي يحدث فيها التلف الدماغي في مراحل العمر المبكرة جدا، وإذا حدث ما بعد الرضاعة لا يعتبر شللا دماغيا وهو غير معدي ومزمّن (الخطيب والحديدي، 2008، ص104). كما يعرف أنه "عجز عصبي- حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ وهو من أكثر الاضطرابات شيوعا (الكوافحة وعبد العزيز، 2010، ص194).

كما يعرف بأنه مرض عضوي عصبي يصيب المراكز العصبية المسؤولة عن الحركات الإرادية في الدماغ مما يعيق قدرة الفرد على تحريك أجزاء جسمه (الشريف، 2011، ص430).

3-مظاهر الشلل الدماغي:

ذكر كل من الباحثين بيلك ونايجل المظاهر المشتركة بين مختلف أصناف الشلل الدماغي وهي:

-الشلل الحركي

-الضعف الحركي

-ضعف التآزر الحركي

-الاضطراب الحركي كالحركات الغير إرادية (القمش والمعايطة، 2007، ص144).

4-أسباب الشلل الدماغي: تقدر نسبة انتشار الشلل الدماغي تقريبا من 2 إلى 3 من

1000 طفل مولود عالميا، ونسبة الشلل الدماغي الولادي أي التي تحدث أثناء الحمل أو

الولادة أكبر من الشلل الدماغي المكتسب (85 بالمائة ولادي).

وأهم هذه العوامل:

أ-عوامل ما قبل الولادة:

-تعرض الأم لأشعة X أثناء الحمل مما قد يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ.

-الإصابة بالالتهابات والأمراض خلال الحمل.

-نقص الأكسجين قبل الولادة بسبب إلتفاف الحبل السري حول عنق الجنين.

-إختلاف العامل الريزيسي بين دم الأم والجنين، سوء التغذية، تعاطي العقاقير.

ب- عوامل أثناء الحمل:

-نقص الأكسجين أثناء الولادة.

-التعرض للإصابات والكدمات على رأس الجنين.

ج- ما بعد الولادة:

-الانخفاض الشديد لوزن المولود.

-الإلتهابات(التهاب السحايا).

-الإصابات والحوادث التي تصيب الرأس.

-الولادة المبكرة (اللالا وآخرون، 2011، ص359).

5-تصنيف الشلل الدماغي:

من أشهر تصنيفات الشلل الدماغي نجد التصنيفين التاليين:

أ- التصنيف حسب نمط الإضطراب الحركي:

- **الشلل التشنجي:** وهو الأكثر شيوعا حيث يمثل من 70 إلى 80 بالمائة من الشلل الدماغي، يحدث نتيجة إصابة القشرة الدماغية، يتميز بتشنج العضلات مما يؤدي إلى تصلب بعض أعضاء الجسم، حركات غير متناسقة، المشي على أصابع القدمين مع ثني الركبتين إلى الداخل (مشية المقص)، يتأخر الأطفال بالحبو والمشي، ويعانون من مشكلات في الكلام، ويصاحبه مشكلات في السمع والبصر، بالإضافة إلى نوبات صرع.

-**الشلل الإلتوائي:** يصيب من 10 إلى 20 بالمائة من مجموع الشلل الدماغي، يتميز بحركات لا إرادية عشوائية، إنقباضات وإنبساط في الأصابع، صعوبة البقاء بشكل منتصب أثناء الجلوس أو المشي، صعوبة في النقاط الأشياء، سيلان اللعاب، مشكلات في النطق والكلام يحدث نتيجة إصابة العقدة القاعدية في الدماغ (اللالا وآخرون، 2011، ص360).

-**الشلل الترنحي:** هو شلل غير منتظم، من الأنواع الأقل حدوثا حوالي 5 بالمائة من حالات الشلل الدماغي، يحدث نتيجة خلل في المخيخ الذي يؤدي إلى حالة من عدم التوازن من أعراضه الإرتجاف، والإستقرار بسبب ضعف ورخاوة العضلات، قد يصاحبه إعاقة ذهنية، سمعية، بصرية، صرع، إضطرابات الكلام واللغة.

-**الشلل الإرتعاشي:** نادر الحدوث يتميز بارتعاش الاطراف بشكل لا إرادي، نمطية الحركة ودرجة الإرتعاش تكون حسب شدة الخلل.

-**الشلل التيبسي:** هو أكثر ندرة يتميز بالتصلب، والتشنج الذي يعيق من الحركة والتنقل بالشكل الطبيعي، غالبا يصاحب بإعاقة عقلية(الظاهر، 2008، ص184).

ب-التصنيف حسب الأطراف المصابة:

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

-**الشلل النصفي:** شلل في العضلات المحركة لأحد شقي الجسم الأيمن أو الأيسر نتيجة إصابة المراكز الحركية العليا في الجملة العصبية المركزية في الدماغ.

-**الشلل النصفي السفلي:** تكون الرجلين فقط مصابتين بالشلل، ولا يتم التنقل إلا بالعربة

بالاعتماد على الـيدين (الكوافحة وعبد العزيز، 2010، ص194).

- الشلل الأحادي: يصيب طرفا واحدا في الجسم أما باقي الأطراف تعمل بشكل سليم.
- الشلل الثلاثي: يصيب ثلاثة أطراف إما الأطراف العليا مع طرف سفلي أو الأطراف السفلية مع طرف علوي.
- الشلل الرباعي: تتأثر الأطراف الأربعة بالشلل إلا أنه يكون في جانب واحد أكثر من الجانب الآخر، قد يكون في الجهة اليمنى أكثر وضوحا من اليسرى(الكوافحة وعبد العزيز، 2010، ص195).

ب- التصنيف حسب شدة الإعاقة الحركية:

- يصنف الشلل الدماغي حسب شدة الإعاقة إلى ثلاث فئات:
- الشلل الدماغي البسيط: يعاني فيها الطفل من مشكلات محدودة لا تتطلب تدخلا طبيا.
- الشلل الدماغي المتوسط: تتطور فيه المهارات الحركية إلا أنه يحتاج إلى أدوات مساعدة للحركة والعناية بالذات.
- الشلل الدماغي الشديد: محدودية القدرة على العناية بالذات وتعيق القدرة على الكلام بطريقة طبيعية، ومن الحركة المستقلة، وتتطلب علاجا متواسلا (الخطيب والحديدي، 2008، ص107).

6-تشخيص الشلل الدماغي:

يتم تشخيص الشلل الدماغي بواسطة أخصائي في الأعصاب بالاعتماد على التاريخ الطبي للطفل خلال مراحل نموه السابقة من فترة الحمل، الولادة، النمو، وعن طريق الفحص السريري ، والإختبارات التشخيصية بأشعة الأكسX، التخطيط الكهربائي للدماغ، التصوير المحوري الطبقي، فحوصات الدم والبول، بالإضافة إلى الملاحظة التي تزود الأطباء والآباء بمعلومات مهمة للإكتشاف المبكر للمرض (الخطيب والحديدي، 2008، ص107).

7-علاج ذوي الإعاقات الحركية:

-علاج الجسمي: يتضمن تدريب حركي للأجزاء المصابة.

-**علاج طبيعي:** لتحسين حالة المصاب إلى أقصى درجة في أدائه لوظائفه الحياتية، كالتدليك، أو التمارين الرياضية.

-**علاج وظيفي:** تنمية الحركة الدقيقة، وتطوير قدرة الأفراد على تأدية مهارات الحياة اليومية، والعناية بالذات، وتطوير مهارات التأزر البصري الحركي.

-**العلاج النطقي:** مساعدة الأفراد على النطق وتطوير المهارات اللغوية، وتسهيل إنسيابية الكلام، حيث يعمل على تشخيص اضطرابات النطق، وتقديم برامج علاجية لها (اللالا وآخرون، 2011، ص383).

وقد ناقش المؤتمر الدولي الخامس للشلل الدماغي عند الأطفال الوسائل الجديدة في العلاج الطبيعي مثل التنبيه العصبي التطوري، العلاج الدوائي والجراحي، تعليم الأطفال المعاقين وممارستهم الرياضة (بدير، 2011، ص351).

8-التكفل النفسي بذوي الإعاقات الحركية:

إن التكفل النفسي بذوي الإعاقة الحركية هو جانب حيوي يتداخل مع الأبعاد الاجتماعية والتربوية والتأهيلية لضمان تحقيق التكيف الشامل والاندماج في المجتمع، حيث يواجه هؤلاء الأفراد (مثل المصابين بالشلل الدماغي أو ضمور العضلات) مجموعة من الصعوبات النفسية والاجتماعية الشائعة، وهي:

أ-**الشعور بالدونية والعجز:** يشعر المعوق حركياً في كثير من الأحيان بالنقص والدونية، مما يؤدي إلى تولد إحساس مؤلم لديه بقسوة القدرة، وعدم القدرة على الحركة بحرية مقارنة بأقرانه.

ب-**القلق والخوف واليأس:** هم أكثر عرضة للضغوط النفسية والقلق واليأس. وقد يميلون إلى الإحباط الشديد وكراهية النفس.

ج-**الانسحاب والعزلة:** يظهر لديهم ميل واضح نحو الانسحاب الاجتماعي والعزلة والانطواء، ويرجع ذلك إلى صعوبة تفاعلهم الاجتماعي وقلة الحركة.

د- مفهوم الذات السلبي: يؤدي عدم قدرة الفرد على التكيف والنجاح إلى انخفاض مفهوم الذات.

هـ- مشكلات سلوكية: قد تظهر بعض المظاهر السلوكية غير المناسبة مثل العدوان أو الكذب، وأحياناً السلوك العدواني الجسدي.

و- الحرمان من التعبير: قد تنعدم لدى المعوقين حركياً حاستا الشم والتذوق، ويعانون من اضطراب حاستي السمع والبصر، وزيادة تسرب عيوب وأمراض الكلام.

8-1- أهداف ومحاور التكفل النفسي:

يرتكز التكفل النفسي على مساعدة الفرد ليتغلب على الآثار السلبية لإعاquته، وليتمكن من تحقيق أقصى درجات التكيف والاعتماد على الذات.

8-1-1- دعم الوعي وتغيير الاتجاهات: وذلك من خلال:

- **توعية المجتمع:** يجب العمل على توعية المجتمع وأفراد الأسرة حول حقيقة الإعاقة وقدرات المعوق حركياً، بدلاً من التعامل معه بنظرة الشفقة والرثاء أو السخرية. إن نظرة المجتمع والمعتقدات السائدة تلعب دوراً كبيراً في تهيمش ذوي الإعاقة.
- **التعامل بالاحترام:** يجب التعامل مع المعوق حركياً كإنسان عادي له كرامته وحقوقه، وتجنب إظهار العطف الزائد أو الشفقة.
- **تصحيح الأفكار السلبية الذاتية:** مساعدة المعوق على بناء مفهوم ذات إيجابي، وإزالة الاعتقاد بأنه عاجز أو ضحية، بل هو فرد لديه إمكانيات يمكن استغلالها.

8-1-2- الإرشاد النفسي والاجتماعي: ويتضمن:

- **مواجهة المشاعر السلبية:** يجب تخفيف المشاعر السلبية والضغط والصراعات النفسية التي يعاني منها المعاق. ويتم ذلك بتقديم جلسات الإرشاد النفسي.
- **تنمية الاستقلال والاعتماد على الذات:** الأهداف الرئيسية للممارسة المهنية هي تدعيم النزعة الاستقلالية وليس الاتكالية عند المعاق.

• **التكيف والاندماج الاجتماعي:** مساعدة المعاق على تحقيق التوافق مع نفسه والمحيطين به، وتخفيف العزلة. يجب العمل على تنمية المهارات الاجتماعية لديه لضمان اندماجه.

• **التشجيع والمكافأة:** يجب تشجيع المعاق حركياً ودعمه ليعبر عن مشاعره.

قد تستخدم أنواع من العلاجات الحديثة مثل **العلاج بالفن (Art Therapy)** أو **العلاج بالموسيقى (Music Therapy)** ، التي تركز على الجوانب الحسية والحركية والاجتماعية، وتساهم في تنمية المهارات الأساسية المطلوبة. وقد ثبت أن العلاج بالفن يساعد في تنمية المهارات الأساسية وإحداث التوافق الحركي (بدر، 2004، ص ص 108-118).

خاتمة:

إنّ الإعاقة الحركية ليست مجرد قصور جسدي، بل هي حالة شاملة تمسّ جوانب متعددة من شخصية الفرد ونموه النفسي والاجتماعي. ويتطلّب التعامل معها فهماً عميقاً لاحتياجات المصاب وقدراته، بعيداً عن النظرة السلبية أو الشفقة. كما أن التكفل الطبي والنفسي والتربوي المتكامل يُعدّ أساساً لمساعدته على التكيف والاعتماد على الذات. وتبقى مسؤولية الأسرة والمجتمع كبيرة في دعم ذوي الإعاقات الحركية وتمكينهم من ممارسة حقوقهم كاملة. فبقدر ما نوفر لهم من رعاية وتقدير، بقدر ما نساهم في بناء مجتمع متوازن يُعلي من قيمة الإنسان وقدرته على العطاء رغم التحديات.

المحاضرة 04: سيكولوجية المعاق ذهنيا

مقدمة:

تُعَدّ الإعاقة الذهنية من القضايا التربوية والاجتماعية المهمة التي تستدعي فهماً عميقاً ودعماً خاصاً للأفراد الذين يعانون منها. فهي لا تقتصر على ضعف القدرات العقلية فقط، بل تمتد لتؤثر في جوانب النمو المختلفة كالتعلم، والسلوك، والتكيف الاجتماعي. وتتنوع درجات الإعاقة الذهنية بين البسيطة والشديدة، مما يتطلب أساليب تربوية مختلفة تتناسب مع احتياجات كل فئة. إنّ فهم أسباب الإعاقة وخصائصها يساهم في تقديم الرعاية والتعليم المناسبين لهؤلاء الأفراد. كما أنّ دمجهم في المجتمع بروح المساندة والاحترام يعكس مدى الوعي الإنساني والحضاري الذي نطمح إليه.

1- تعريف الإعاقة الذهنية:

نظرا لاختلاف كل اتجاه أو منظور الذي يتناول الإعاقة الذهنية عن الآخر، ظهرت عدة تعريفات لباحثين ومنظمات عالمية، نذكر منها:

1-1- تعريف المنظمة العالمية للصحة (WHO):

تُعرّف منظمة الصحة العالمية الإعاقة الذهنية بأنها عجز فكري يتميز بوجود قيود ملحوظة في الأداء العقلي والسلوك التكيفي، تظهر قبل بلوغ سن الثامنة عشرة. ووفقاً للنموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي (biopsychosocial model) الذي تتبناه المنظمة، فإن الإعاقة تمثل نتيجة معقدة للتفاعل بين خصائص الفرد والعوامل الاجتماعية والبيئية المحيطة به (O.M.S, 2018). فهذا النموذج يتجاوز المقاربة الطبية البحتة للعجز، ليتناول أيضاً الأبعاد الاجتماعية والبيئية (Chapireau, 2002).

1-2- تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5):

يُعرّف الدليل التشخيصي DSM-5 الإعاقة الذهنية (الذي كان يُعرف سابقًا باسم "التأخر العقلي") بأنه وجود عجز في القدرات العقلية (يُحدد عادةً من خلال معامل ذكاء يساوي أو يقلّ عن 70 تقريباً)، مصحوباً بقصور في الأداء التكيفي يحدّ من قدرة الفرد على تلبية متطلبات الحياة اليومية في مجالات مثل التواصل، والعناية الذاتية، والمهارات الاجتماعية. ويُشترط أن تظهر هذه العجزات خلال مرحلة النمو (APA, 2013).

كما تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on Mental Retardation (AAMR) التي أصبحت تُعرف الآن باسم جمعية الإعاقات النمائية والذهنية Association on Intellectual and Developmental Disabilities، الإعاقة العقلية بأنها "مستوى عقلي أقل من العادي يظهر خلال فترة النمو مرتبطاً باضطرابات النضج والبلوغ والتعلم والتكيف الاجتماعي". وفي تعريف آخر لها في سنة 1992، أشارت إلى أن "التخلف العقلي يعود إلى مستوى عقلي عام أقل من المتوسط يترافق مع عجز في السلوك التكيفي ويظهر خلال فترة النمو". أما التعريف الأخير وفقاً للأبحاث الحديثة، فيشير إلى أن الإعاقة العقلية "تتميز بالنقص الجوهري لكل من الوظائف العقلية والسلوك التكيفي كما تبدو في المهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعلمية، وينشأ قبل بلوغ الفرد عمر 18 عاماً" (البطائنة وآخرون، 2007، ص119).

1-3- التعريف الطبي للإعاقة الذهنية (Intellectual Disability):

يُعرّف الطب الحديث الإعاقة الذهنية (أو ما يُسمّى أحياناً اضطراب النمو الذهني Intellectual Developmental Disorder) بأنها حالة من القصور الملحوظ في الأداء العقلي والسلوك التكيفي، تُقاس من خلال تقييم سريري واختبارات معيارية موثوقة، وتظهر خلال مرحلة النمو من الطفولة حتى المراهقة.

ويُستخدم مصطلح الإعاقة الذهنية أو اضطراب النمو الذهني لوصف أداء عقلي وسلوكي تكيفي أقل بكثير من المتوسط، يتم تحديده من خلال التقييم السريري وقياسه باختبارات

معيارية صالحة وموثوقة، مع بداية خلال فترة النمو من الطفولة إلى المراهقة (Patel et al., 2020)

ويركز التعريف الطبي على الأسباب العضوية والعصبية التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة كإصابة المراكز العصبية وعدم اكتمال نمو الدماغ. وقد ركز إيرلاند Ireland وتريجولد Tredgold على الأسباب التي تؤدي إلى ذلك، سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، وتؤدي تحديداً إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي، وخاصة القشرة الدماغية (Cerebral Cortex)، مما يسبب تعطيل وظيفة المراكز المسؤولة عن :

◦ الكلام والعمليات العقلية العليا.

◦ التآزر البصري الحركي.

◦ الحركة، والإحساس، والقراءة، والسمع.

وبناءً على هذا المنظور، تُعرف الإعاقة العقلية بأنها حالة ناتجة عن الضعف في الوظيفة العقلية الذي ينشأ بسبب سوء التغذية، أو مرض ناجم عن إصابة مركز الجهاز العصبي. (عبيد، 2013، ص ص 25-26)

1-4- التعريف التربوي للإعاقة الذهنية:

يُعرّف التعريف التربوي للإعاقة الذهنية بأنه تصور يعتمد على الأداء التعليمي والتكيف المدرسي أكثر من إعتماده على القياسات النفسية أو الطبية البحتة. فمن المنظور التربوي، تشير الإعاقة الذهنية إلى حالة يواجه فيها المتعلم صعوبات مستمرة في التعلم واكتساب المهارات الأكاديمية والاجتماعية، مقارنةً بأقرانه في نفس العمر الزمني، بسبب قصور في القدرات العقلية والوظيفية، مما يستدعي برامج تعليمية خاصة وأساليب تدريس مكيّفة تساعد على تحقيق أقصى ما يمكن من النمو والتكيف.

وفقاً للتوجه التربوي، يُعرّف ذو الإعاقة الذهنية بأنه: الطفل الذي يتعلم بدرجة أبطأ من معظم الأطفال من نفس العمر، ويحتاج إلى تعليم خاص ومساعدة إضافية ليتمكن من تنمية قدراته العقلية والاجتماعية والعملية إلى أقصى حد ممكن (Kirk & Gallagher, 2009)

1-5- المنظور الاجتماعي للإعاقة الذهنية:

يقول تشابيل (Chapelle, 2013) إن «النظرة الاجتماعية تركز على أن الإعاقة الذهنية تتحدد بتفاعل القدرات الشخصية مع الحواجز الاجتماعية، مما يجعل تحسين البيئة ضرورة أساسية لتحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة» (Chapelle, 2013) وحسب عبد المطلب القريطي في كتابه "سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل إلى التربية الخاصة" (2011) أن الإعاقة ليست فقط قصوراً فردياً وإنما هي نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة الاجتماعية والثقافية المحيطة به. القريطي يوضح أن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً رئيسياً في تكوين الإعاقات من خلال العوائق التي تفرضها على الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، سواء كانت مادية أو نفسية أو اجتماعية، وهذا يتطلب تعديل البيئة وتغيير النظرة والمعاملة المجتمعية لهؤلاء الأفراد لتحقيق اندماجهم الحقيقي. كما يشير إلى أهمية الدعم النفسي والتربوي والاجتماعي الذي يجب توفيره للمعاقين ولأسرهم، مؤكداً أن التربية الخاصة يجب أن تراعي الجوانب النفسية، الاجتماعية والتعليمية للمعاق بهدف تحسين مستوى التوافق الاجتماعي والنفسي لديهم (القريطي، 2011، ص 17).

2- تصنيف الإعاقة الذهنية بناءً على نسبة الذكاء:

يعرف الذكاء على أنه قدرة عامة، تضم التفكير، التخطيط، حل المشكلات، التفكير المجرد، فهم الأفكار المعقدة، التعلم السريع والتعلم من الخبرات، حيث يعتمد التصنيف النفسي على نسبة الذكاء كمعيار للمستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة في مقياس وكسلر وبنيه (سليمان، 2006، 27). وتصنف الإعاقات إلى 04 تصنيفات (خفيفة، متوسطة، شديدة وحادة) حسب مقياسي وكسلر وبنيه، وهي كالتالي:

- الإعاقة الخفيفة (درجة الذكاء حسب مقياس وكسلر): من 55 إلى 69
- الإعاقة الخفيفة (درجة الذكاء حسب مقياس بنيه): من 52 إلى 68

-مميزات الإعاقة الخفيفة:

قابلون للتعليم، الاستفادة من برامج التعليم العادية، الإستقلالية إقتصادية وإجتماعيا الى حد كبير.

• الإعاقة المتوسطة (درجة الذكاء حسب مقياس وكسلر): من 40 إلى 54

• الإعاقة المتوسطة (درجة الذكاء حسب مقياس بنيه): من 36 إلى 51

-مميزات الإعاقة المتوسطة:

تخلف في المظاهر النمائية، قابلون للتدريب.

• الإعاقة الشديدة (درجة الذكاء حسب مقياس وكسلر): من 25 إلى 39

• الإعاقة الشديدة (درجة الذكاء حسب مقياس بنيه): من 20 إلى 35

-مميزات الإعاقة الشديدة:

محدودية مهارات النطق والكلام والحركة وإمكانية وجود إعاقات جسمية مصاحبة، قصور في إصدار الأحكام الصحيحة على الأشياء، لا يستطيعون اتخاذ قرارات مهمة في حياتهم، إمكانية تعلم مهارات الحماية النفسية.

• الإعاقة الحادة (درجة الذكاء حسب مقياس وكسلر): أقل من 24

• الإعاقة الحادة (درجة الذكاء حسب مقياس بنيه): أقل من 19

-مميزات الإعاقة الحادة:

قصور شديد في مهارات التنسيق الجسمي ومظاهر النمو الحسي الحركي، يحتاجون إلى رعاية تامة في مؤسسات الإيواء.

3-أسباب الإعاقة الذهنية:

تتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الذهنية، ويمكن تصنيفها إلى ما يلي:

3-1- الأسباب الوراثية: قد تعود الإعاقة العقلية إلى وجود صفات وراثية معينة، سواء كانت

سائدة لدى أحد الوالدين أو متنحية لدى كليهما، كما يمكن أن تنتج عن اضطرابات في الكروموسومات أو خلل في عمليات التمثيل الغذائي والأيض، إضافةً إلى زواج الأقارب.

3-2- الأسباب ما قبل الولادة: أشار قحطان أحمد الظاهر (2008) إلى مجموعة من

العوامل التي قد تؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة الذهنية، ومن أبرزها:

-تعرض الأم للأشعة السينية (X) خلال المراحل الأولى من الحمل.

-تناول المضادات الحيوية أو المخدرات أو الكحوليات والخمور وغيرها من المواد الضارة.

-إصابة الأم بأمراض معدية مثل الزهري، الحصبة الألمانية، أو البيرقان.

-إضطرابات الغدد الصماء.

-سوء التغذية أو نقصها.

-إصابة الأم بأمراض مزمنة مثل السكري، أمراض القلب، الربو، أو ارتفاع ضغط الدم.

-التعب والإرهاق المستمر أثناء الحمل.

-التسمم أو تلوث الماء.

-الحالة النفسية السيئة للأم أثناء الحمل.

3-3- الأسباب أثناء الولادة: تشمل العوامل المرتبطة بعملية الولادة نفسها، مثل:

-الولادة المبكرة أو المتأخرة.

-عسر الولادة.

-الولادة الجافة.

-الاختناق أثناء الولادة.

-طول الحبل السري أكثر من الحد الطبيعي.

-الانفصال المبكر للمشيمة.

-الولادة غير الصحية أو استخدام أدوات غير معقمة.

3-4- الأسباب ما بعد الولادة: تتضمن العوامل التي قد تصيب الطفل بعد ولادته، مثل الحوادث، أو الأمراض التي يتعرض لها في سن مبكرة كالتهابات الجهاز العصبي المركزي والحمى القرمزية، إضافة إلى الأمراض المعدية، وسوء استخدام العقاقير أو سوء التغذية. كما تلعب العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية، مثل الفقر والحرمان، دوراً في زيادة احتمالية الإصابة بالإعاقة الذهنية.

4- خصائص المعاقين ذهنياً:

4-1- الخصائص العقلية والمعرفية: يتصفون حسب هذه الخائص بـ:

أ- **انخفاض نسبة الذكاء:** يُعد التأخر في النمو العقلي وانخفاض نسبة الذكاء من أبرز سمات الأطفال المعاقين عقلياً.

ب- **قصور الذاكرة والانتباه:** يعاني الطفل المعاق عقلياً من قصور في عمليات الإدراك العقلية. ولديه قصور واضح في القدرة على التركيز والانتباه، كما أن ذاكرته قد تعجز عن تذكر الأشياء التي تحيط به (عبيد، 2013، ص 298).

4-2- الخصائص اللغوية والكلامية:

أ- **التأخر اللغوي:** يتأخر الطفل المعاق ذهنياً في الكلام عن الطفل العادي، حيث أن نموه اللغوي يساير نموه العقلي.

ب- **البنية اللغوية:** تكون البنية اللغوية لديهم تشبه البناء اللغوي للأفراد غير المعاقين، لكنها توصف بأنها سوية وبدائية.

ج-ضعف النطق والتعبير :

- في الإعاقة البسيطة، يعاني الطفل من ضعف الحصيلة اللغوية مما يجعله يعبر بجمل قصيرة غير سليمة التركيب، وقد يعاني من عيوب في النطق.
- تتميز فئة الإعاقة العقلية الشديدة بضعف الكلام وصعوبات كبيرة في النطق، كما أن لديهم قصوراً في القدرة على التعبير بجمل (عبيد، 2013، ص 257).

4-3- الخصائص الأكاديمية والتربوية:

- أ-ضعف التحصيل الأكاديمي: يظهر الأطفال المعاقون ذهنياً (القابلون للتعليم) تأخراً دراسياً، ويكون الطفل غير قادر على مسايرة أقرانه العاديين في نفس العمر الزمني.
- ب-صعوبات التعلم: تواجه هذه الفئة صعوبات في القراءة والكتابة والحساب.
- ج-الحاجة للتكرار: أكدت الدراسات أن المعاق ذهنياً لا يستوعب الموقف التعليمي إلا بعد التعلم المتكرر.

4-4-الخصائص الجسمية للأشخاص المعاقين ذهنياً:

تتميز بعدة جوانب تبعاً لشدة الإعاقة:

أ-يختلف النمو الجسدي حسب درجة الإعاقة، فالأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية الخفيفة يشبهون في الطول والوزن أقرانهم الأسوياء، بينما تظهر الفروق الجسدية بوضوح أكبر مع زيادة شدة الإعاقة.

ب-من الخصائص الواضحة لديهم صغر حجم الرأس أو الجمجمة أو العكس ككبر حجم محيط الجمجمة "كبير الدماغ Macrocephaly"، ويرجع ذلك لعوامل وراثية في بعض الحالات.

ج-يعانون من تأخر في النمو الحركي، وضعف التوازن والتناسق العضلي، وصعوبة في التحكم بالعضلات الصغيرة، مما يؤثر على مهارات المشي والحركات الدقيقة (Chapelle, 2013)

د-يعاني العديد منهم من صعوبات حسية وحركية مصاحبة مثل مشاكل في السمع والبصر وضعف الأعضاء الحركية

ه-يلاحظ ضعف في الانتباه والتركيز مما يؤثر على الاستجابة الحسية والفكرية، مع قصور في الذاكرة والتفكير المجرد، حيث يبقى تفكيرهم أكثر حسياً ومحسوساً

و-يعاني بعض الأفراد من تأخر ملحوظ في مهارات الكلام واللغة، وضعف في التفاعل الاجتماعي والسلوكي المصاحب (برحايل ومن عتيق، 2022، ص. 238).

فيشير الباحثون إلى تفاوت في الخصائص الجسمية بين الأفراد حسب مستوى الإعاقة، وتوضح الدراسات أن شدة الإعاقة مرتبطة بحدة هذه الخصائص.

4-5- الخصائص النفسية والاجتماعية:

أ-اللامبالاة والإنسحاب: يغلب على سلوكهم التبدل الانفعالي واللامبالاة، ويميلون إلى الإنعزال والإنسحاب من المواقف الاجتماعية.

ب-الإعتمادية ونقص الكفاءة الاجتماعية :

- يتصف المعاقون ذهنياً بأنهم غير أكفاء اجتماعياً، ويحتاجون إلى إشراف ورعاية مستمرة. وتزداد هذه الحاجة مع شدة الإعاقة.
- يواجهون صعوبة في التكيف مع المواقف الاجتماعية واضطراب تفاعلهم مع الآخرين.

ج-الإستجابة الإنفعالية: قد يكون الطفل المعاق ذهنياً هادئاً لا يتأثر بسرعة، ولكنه يستجيب إذا عومل كطفل صغير، وهو سريع التأثير.

د-التقدير الذاتي :لديهم ميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات والإنطواء، وقد يؤدي ذلك إلى الإنسحاب والإغتراب (عبيد، 2013، ص ص282-302).

5- التكفل النفسي بذوي الإعاقات الذهنية:

تتطلب الرعاية النفسية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية أو العقلية مقاربات متعددة الأبعاد تتناسب مع احتياجاتهم الخاصة. فمن الضروري أولاً تكييف العلاجات النفسية التقليدية، لأن إذا ما تم تعديل وتكييف الأساليب العلاجية لتلبية الاحتياجات المميّزة للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية، فقد تكون هذه الأساليب معززة للحياة (Brown et al., 2011, p. 32) ومن بين الاستراتيجيات الأساسية هو استخدام العلاج السلوكي-المعرفي (TCC) ، إذ أظهرت دراسة تحليلية شاملة أن لهذا النوع من التدخلات أثراً متوسطاً في علاج البالغين ذوي الإعاقة الذهنية، حيث ثبتت فعاليته في التعامل مع الغضب والاكتئاب (Tapp et al., 2013).

-كذلك يُعدّ تنمية المهارات الاجتماعية محوراً رئيسياً في هذه الاستراتيجيات، فقد حدد Jacob et al. (2022) تدخلات مثل تدريب الذكاء العاطفي، والإرشاد بين الأقران، والألعاب الرقمية لتنظيم الإنفعالات كوسائل لتعزيز التواصل والسلوك التكيفي (Jacob et al., 2022).

ومن الضروري كذلك تعزيز مهارات التكيف مع المواقف الاجتماعية المجهدة، إذ بيّن Hartley & MacLean (2008) أن البالغين ذوي الإعاقة الذهنية يميلون إلى استخدام استراتيجيات تركز على حلّ المشكلات، وهو ما يرتبط سلباً بالضيق النفسي (Hartley & MacLean, 2008). فالتعاون بين فرق الدعم المتعددة (المربين، المعالجين، الأسر) استراتيجية محورية، حيث أظهر Gallichan et al. (2025) أهمية النهج التعاوني مع فرق الدعم لتحقيق فعالية أكبر في التدخل، كما يُعدّ تحسيس الأسر ومقدمي الرعاية أمراً أساسياً، لأن الحالة النفسية لهؤلاء تؤثر مباشرة على جودة الرعاية المقدّمة لهم (Gallichan et al., 2025).

ومن الاستراتيجيات الفعالة أيضاً تنفيذ التدخلات في البيئات المدرسية أو المجتمعية من أجل تعميم المهارات المكتسبة)، باستخدام الوسائل البصرية، وبنية بسيطة، وتدرّج تدريبي يناسب القدرات الإستيعابية المحدودة لبعض الأفراد (Jacob et al., 2022, p. 7).

وبشكل عام، تعتمد استراتيجيات الرعاية النفسية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية على تكييف العلاجات، وتنمية المهارات الاجتماعية والتكيفية، والتعاون المهني المتعدد، وإشراك المحيط الأسري والاجتماعي، مع تقييم مستمر لجودة التدخلات (Frankish, 2010).

خاتمة:

إنّ الإعاقة الذهنية ليست مجرد قصورٍ في القدرات العقلية، بل هي حالة معقّدة تتداخل فيها العوامل البيولوجية، النفسية، والاجتماعية، مما يستدعي فهماً شاملاً ومقاربات متعددة الأبعاد. فنجاح التكفل بهذه الفئة يعتمد على تكييف البرامج التربوية والعلاجية بما يتلاءم مع احتياجاتهم الفردية. كما أنّ تعزيز دمجهم في المجتمع بروح من القبول والمساندة يعبر عن مستوى الوعي الإنساني والحضاري للمجتمع. ولا يمكن إغفال دور الأسرة والمدرسة ومؤسسات الرعاية في بناء بيئة داعمة ومحفزة للنمو والتكيف. إن الاستثمار في قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية هو استثمار في إنسانيتنا المشتركة، ويسهم في تحقيق تنمية شاملة أكثر عدلاً وتوازناً.

المحاضرة 05: سيكولوجية المعاق بصريا

مقدمة:

تُعد الإعاقة البصرية جزءاً لا يتجزأ من مجموعة الإعاقات المتنوعة التي تستوجب اهتماماً بالغاً على الصعيد الاجتماعي والتربوي والإنساني. ويُطلق هذا المصطلح على أي فرد يعاني من فقدان بصري كامل أو ضعف في الرؤية. في جوهرها، تُمثل الإعاقة البصرية حالة من الضعف البصري (الذي قد يشير إلى التلف أو الضعف الفسيولوجي وفقاً للمصطلحات الأساسية للإعاقة) بحيث تحد من قدرة الفرد على الاستفادة من وظائف حاسة العين بفعالية. إن هذا القصور الذي يجعل الفرد يختلف عن أقرانه الذين لا يعانون منه، لا يقتصر تأثيره على الإدراك الحسي فحسب، بل يمتد ليؤثر سلباً في نمو الفرد وأدائه. ويُعتبر التعرف الدقيق على هذه الحالة وخصائصها خطوة أساسية نحو التكفل الجيد لهذه الفئة من المجتمع.

1- تشريح العين:

تتكون العين من ثلاث طبقات هي: الخارجية والوسطى والداخلية:

أ- الطبقة الخارجية: وتتكون من:

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

ب- الطبقة الوسطى: تتكون من:

- **القزحية:** الجزء الملون من العين تقع بين القرنية والعدسة، وظيفتها ضبط مقدار الضوء الداخل إلى الشبكية عن طريق التحكم في الحدقة (البؤبؤ)، يأتي لون القزحية من كمية ونوع صبغة الميلانين الموجودة فيه، وتتحكم فيه الجينات الوراثية بشكل أساسي. فالكميات الكبيرة من الميلانين تنتج عيوناً داكنة مثل البني والأسود، بينما الكميات المنخفضة تؤدي إلى عيون فاتحة كاللون الأزرق، والذي هو نتيجة لتشتت الضوء بدلاً من وجود صبغة زرقاء.
- **الحدقة:** هي فتحة صغيرة تتوسط القزحية تتحكم في الضوء الداخل إلى الشبكية فتتسع في الظلام وتضيق في النهار.
- **العدسة:** هي جزء شفاف محدب من الجانبين، تستقبل الأشعة الضوئية، وظيفتها تجميع وتركيزها على الشبكة (الظاهر، 2008، ص148).
- **الجسم الهدبي:** يقع بين القزحية والمشيمية تغطيه زوائد هيدبية متكونة من صفين من الخلايا التي تحتوي على مكونات صبغية متعددة، أما وظيفته فهي إفراز السائل المائي وتسهيل تصريفه.
- **المشيمية:** نسيج تسري به الأوعية الدموية التي تنقل الغذاء إلى أجزاء العين المختلفة.

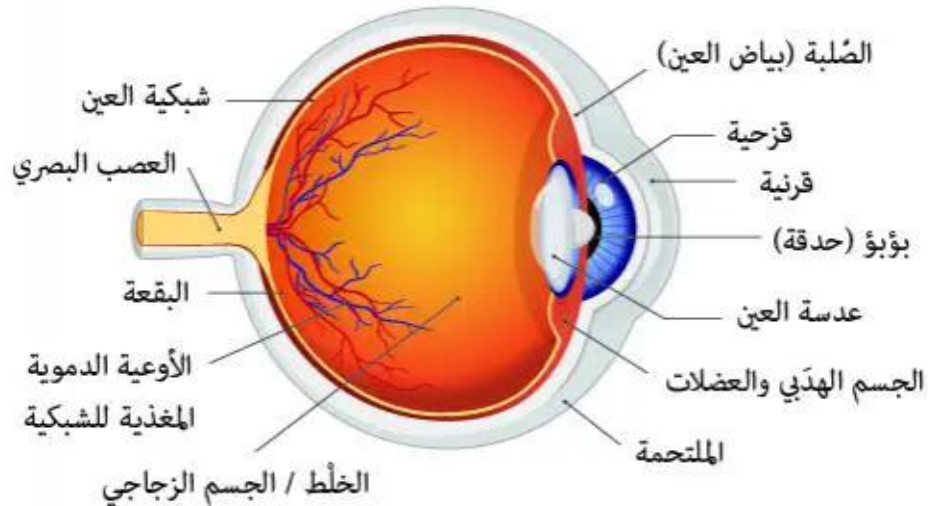
ت- الطبقة الداخلية:

- **الشبكية:** هي الجزء الحساس الذي تنطبع عليه الصورة المرئية، وتتكون من الملايين من الخلايا البصرية، وفيها مستقبلات الضوء وهي **المخاريط** المسؤولة عن الرؤية في النهار (عددها 7 ملايين)، و**العصي** المسؤولة عن الرؤية في الليل (عددها حوالي 130 مليون)، وظيفتها تحويل الأشعة الضوئية إلى نبضات عصبية لتنتقل عن

طريق العصب البصري إلى المراكز المخية المسؤولة عن الرؤية (الظاهر، 2008، ص149).

- **العصب البصري** : يتكون من مجموعة من الألياف التي تخرج من الجزء الخلفي للعين، والأعصاب البصرية للعينين تسير في اتجاهين متعاكسين؛ العصب البصري للعين اليمين يتجه نحو الدماغ الأيسر، والعصب البصري للعين اليسرى نحو نص الدماغ الأيمن.

إن أي خلل في أجزاء الجهاز البصري يؤدي إلى الإعاقة البصرية التي قد تكون جزئية أو كلية (الشريف، 2011، ص318).



الشكل 01: مكونات العين، من صفحة www.q8castle.com

2-فيزيولوجية الإبصار:

يقع على العين الإشعاع المنبعث من جسم ما، أول من يستلمها هي القرنية التي تعمل على انكساره، فيمر بالحدقة (البؤبؤ) الذي يتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين، ثم يمر بالعدسة التي تتغير درجة تحدبها ويعمل على تجميعه وتركيزه على الشبكية عبر السائل

الزجاجي، تتكون الصورة في الشبكية (تكون مختلفة في كل عين) ثم تنتقل عن طريق الألياف العصبية إلى العصب البصري الذي ينقلها إلى المراكز العصبية بالدماغ (الفص القفوي) الذي يعطيها دلالتها ورموزها، ليكون في الأخير صورة واضحة من خلال دمج الصورتين لكلا العينين (القمش والمعايطة، 2007، ص112).

3- الإعاقة البصرية:

يطلق مصطلح **العوق البصري** على كل شخص لديه فقدان بصر كلي أو ضعف في الرؤية يقلل من قدرته على الاستفادة من وظائف العين (الشريف، 2011، ص319). وتعرف الإعاقة البصرية بأنها "حالة من الضعف البصري بحيث تحد من قدرة الفرد على استخدام هذه الحاسة بفعالية الأمر الذي يؤثر سلبا في نموه وأدائه" (العزة، 2002، ص94).

- **التعريف القانوني-الطبي :** يركز على حدة البصر، فالكفيف هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 20/200 قدم، أي أنه يحتاج أن يقرب الشيء الذي يراه الشخص العادي من مسافة 200 قدم إلى 20 قدم حتى يراه الشخص الكفيف.
- **التعريف التربوي :** الكفيف هو الذي فقد بصره بالكامل ولا يستطيع تعلم القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل (الكوافحة وعبد العزيز، 2010، ص83)
- **تعريف منظمة الصحة العالمية :** ينص على :

1. إعاقة بصرية شديدة يؤدي فيها الفرد وظائفه بشكل محدود.
2. إعاقة بصرية شديدة جدا يجد صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية.
3. شبه العمى: حالة اضطراب بصر.
4. العمى: فقدان القدرات البصرية (اللالا وآخرون، 2011، ص238).

4- أسباب الإعاقة البصرية:

يمكن إرجاع الإصابة بالإعاقة البصرية إلى عدة عوامل أهمها:

- **عوامل وراثية:** ترجع إلى عامل الجينات فقد تنتقل الإعاقة البصرية من الوالدين إلى الأبناء وهي نادرة جداً، أو تظهر بعد عدة شهور وسنوات من الولادة.
- **عوامل بيئية (مكتسبة):** قد تحدث خلال فترة الحمل أو أثناءها، أو بعدها نتيجة تعرض الأم للأمراض الخطيرة، أو أشعة إكس، أو تناول العقاقير والأدوية والكحول والمخدرات، مما يؤثر على الجنين سلباً، أو نقص الأكسجين أثناء الولادة المتعسرة والإختناق، وبعد الولادة (مكتسبة) مثل التعرض للحوادث، إصابة العين بالأمراض المعدية، زيادة أو نقص إفراز الدموع، الأورام، الإصابة بالأمراض المزمنة، التقدم في السن، التعرض لإصطدام في الجهة القفوية من الرأس (الشريف، 2011، ص221).

5- تصنيف الإعاقة البصرية:

يمكن تصنيف الإعاقة البصرية إلى مجموعتين:

- **المكفوفون:** الذين ينطبق عليهم التعريف القانوني-الطبي والتربوي تساوي أو أقل من 20/200 في حدة إبصار في أحسن العينين.
- **المبصرون جزئياً:** المعاقون بصرياً إعاقة جزئية، وهم الأفراد الذين يمكنهم القراءة بحروف مكبرة باستعمال النظارة أو غيرها، وتتراوح حدة الإبصار لديهم ما بين 20/70 إلى 200/200 قدم في أحسن العينين (العزة، 2002، ص97).

6- الأمراض المسببة للإعاقة البصرية:

هناك عدة أمراض التي تتسبب في الإعاقة البصرية ونذكر منها:

- اضطرابات شبكية العين:

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

- التجمعات المائية داخل العين:

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

- حالات خلقية:

- اتساع حدقة العين: خلل وظيفي ولادي في قزحية العين يبقيا مفتوحة باستمرار مما يؤدي إلى تسرب زائد في الحاجة للضوء يسبب حساسية كبيرة، فتضعف البصر.
- القرنية المخروطية: عدم إنتظام شكل القرنية تسبب عدم وضوح الرؤية.
- البهق: حالة ولادية نتيجة نقص المادة الصبغية في الشبكية أو إنعدامها، وتتوافق معها أعراض مختلفة كإصفرار لون البشرة، وزرقة العينين، وشحوب في القزحية التي

لا تتمكن من أداء وظيفتها بالشكل المطلوب، أي التحكم في حركة دخول الضوء، فيصاب الشخص بحساسية مفرطة للضوء.

- العيوب الوظيفية:

- **الخلل النسيجي:** عبارة عن شق في حدقة العين بسبب خلل وراثي مما يؤدي إلى ضعف البصر، والماء الأبيض، وارتعاش الجفنين، الخ...
- **الحول:** إختلال في حركة كرتي العين وهو ما يسبب ازدواج في الرؤية، ويعالج بالنظارات.
- **ضمور العصب البصري:** المسؤول عن نقل المرئيات إلى الدماغ مما يسبب الإعاقة البصرية الجزئية وقد تتطور إلى العمى.
- **صعوبة تركيز البصر:** نتيجة لعدم إنتظام سطح القرنية، أو القرحية، أو العدسة مما يؤدي إلى خلل في إنتشار الضوء فتظهر الصورة مشوشة.

-أخطاء انكسار الضوء:

- **طول النظر:** عدم قدرة الفرد على رؤية الأشياء القريبة في حين يرى البعيدة بسهولة.
- **قصر النظر:** صعوبة رؤية الأشياء البعيدة في حين ترى الأشياء القريبة بوضوح والتي تعالج بعدسات مقعرة (الشريف، 2011، ص ص322-325).

7-خصائص الأطفال المعاقين بصرياً:

للأطفال المعاقين بصرياً عدة خصائص، نذكر منها: العقلية، لغوية، الإجتماعية والإنفعالية، الحركية والجسمية، والأكاديمية.

7-1- الخصائص العقلية:

- صعوبة الوصول إلى الأشياء بالإضافة إلى صعوبة تكوين مفهوم اللون، والعلاقات المكانية والوقت والمسافة.
- توجد صعوبة في تحديد الذكاء نظراً لعدم توفر الأدوات والاختبارات المناسبة لهذه الفئة، لكن بعض الدراسات التي إستخدمت الجانب اللفظي من الإختبارات المتوفرة أظهرت عدم وجود إختلاف كبير بين ذكاء المعاقين بصرياً والمبصرين.
- مشكلات في إدراك المفاهيم والتصنيف.
- تفوق في الإنتباه السمعي والذاكرة السمعية.
- تأخر في تعلم المفاهيم مقارنة بالمبصرين، وقلة القدرة على التخيل (القمش والمعايطة، 2007، ص122).

7-2- خصائص لغوية:

- الإعاقة البصرية لا تؤثر بشكل كبير على تعلم اللغة، إلا أن هناك بعض الخصائص المرتبطة بها، كحرمانهم من ملاحظة شفاه المتحدث من شيوخ مشكلات النطق، وصعوبة في تعلم النطق السليم.
- القصور في إستخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.
- الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى (القمش والمعايطة، 2007، ص123).

7-3- الخصائص الإجتماعية والإنفعالية:

- أكثر عرضة للقلق، الإكتئاب، العدوانية، العزلة، الإنغلاق على الذات، ضعف الثقة بالنفس، العجز (العزة، 2002، ص100).
- شعور بالنقص والدونية، ومشاعر الإحباط والفشل وعدم الرضا وعدم تحقيق الذات.

- قلة الضبط الإجتماعي بسبب قلة تفاعلهم الاجتماعي.
- تُنتابهم المخاوف وعدم الشعور بالأمن، ونقص في الإثارة البيئية.

7-4- الخصائص الحركية والجسمية:

- لا توجد فروق من ناحية النمو الجسمي في الطول والوزن، بينما تؤثر الإعاقة على تنمية المهارات الحركية.
- محدودية الحركة والتنقل، عدم إتساق الحركات، الإعتماد على الآخرين.
- إستخدام جميع الحواس عند التنقل ما عدا البصر.
- الحركات النمطية اللاإرادية كمسك الصور في عملية النمذجة والتقليد كفرك العين أو الأنف، هز الجسم (الظاهر، 2008، ص167).

7-5- الخصائص الأكاديمية:

- الأطفال الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية يحتاجون إلى مواد تعليمية ذات حروف مكبرة وواضحة أو إلى بعض المعينات البصرية.
- المكفوفون يحتاجون إلى إستخدام طريقة برايل للحصول على المعرفة.
- على العموم فهم يتمتعون بتحصيل أكاديمي منخفض مقارنة بالمبصرين (الكوافحة وعبد العزيز، 2010، ص90).

7-6- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

التشخيص خطوة أساسية ومهمة لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، فالتشخيص المبكر السليم يساهم بشكل كبير في التحسين من حالة الفرد وعدم تفاقم المشكلة.

• إكتشاف مؤشرات الأولية للإعاقة من خلال الأسرة: عملية الكشف تبدأ من الوسط العائلي (الأسرة)، حيث عليهم الإنتباه إلى بعض المؤشرات التي تنبئ بوجود خلل على مستوى البصر ومنها: إحمرار العينين بإستمرار، إنتفاخ العيون، الرمش المتكرر، الحول، كثرة سيالان الدموع، الشكوى من الحرقعة والحكة، وجود إفرازات على الرموش والجفون، صعوبة رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة، غلق وفتح البصر بشكل مستمر.

• إكتشاف المؤشرات الثانوية من خلال المعلمين: يمكن للمعلمين الكشف عن الصعوبات البصرية من خلال :

- كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة.
- تقريب العينين من الكتب.
- الميل بالرأس إلى أحد الجانبين عند القراءة.
- السقوط والإصطدام.
- صعوبة التمييز بين الألوان.
- ضعف التحصيل الأكاديمي.
- الصداع عند القراءة.
- الشكوى من الأضواء الشديدة.

8-أدوات التشخيص:

8-1-لوحة سنلن (snellen chart) تحتوي على 8 أسطر من الحرفين E-C ، تبدأ من الحرف الكبير ثم إلى الأصغر، والتي تتناسب في حجمها مع المسافات 6-12-18-24-31-36، حيث يطلب من المفحوص التعرف على إتجاه فتحة الحرفين (الظاهر، 2008، ص ص156-158). تحتوي هذه اللوحة أحيانًا على الرموز أو الأشكال للأطفال بحجوم

متناقصة من الأعلى إلى الأسفل. تُستخدم من قبل أطباء العيون واختصاصيي البصريات لقياس مدى وضوح رؤية الشخص.

-عمل لوحة سنلن:

- يُطلب من الشخص الوقوف على مسافة 6 أمتار (أو 20 قدمًا) من اللوحة.

- ثم يُطلب منه قراءة الصفوف من الأعلى إلى الأسفل.

- كل صف يكون مرتبطاً بمستوى معين من حدة البصر.

- يتم التقييم عادة باستخدام صيغة مثل:

6/6 أو 20/20 معناها رؤية طبيعية

- 6/3 معناها أن الشخص يرى على بعد 3 أمتار ما يراه الشخص الطبيعي على بعد 6 أمتار.

8-2-الإختبارات المقننة :

○ إختبار الذكاء اللمسي للمكفوفين الراشدين (صورة معدلة لمسية من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين).

○ مقياس فروستج للإدراك البصري (للأطفال 3-8 سنوات)

○ مقياس بندر البصري الإدراكي الكلي (الكوافحة وعبد العزيز، 2010، ص87).

9-البرامج التربوية للمعاقين بصريا:

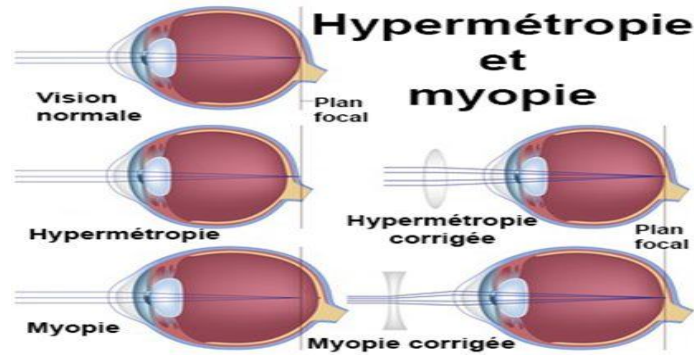
لابد من أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصرياً على عدد من المهارات أهمها:

- **التدريب على التعرف والتنقل:** تكوين مفاهيم عن البيئة، إستخدام وسائط الإتصال كالعصا، الإعتماد على اللمس لمعرفة الإتجاهات.
- **التدريب على مهارة القراءة والكتابة** بطريقة برايل.
- **تقوية وتدريب الحواس الأخرى:** التمييز السمعي واللمسي.
- **التدريب على مهارات الحياة اليومية:** الأكل، العناية بالذات، الاستحمام، مشط الشعر، المرحاض، ارتداء الملابس، استخدام النقود (الكوافحة وعبد العزيز، 2010، ص ص 90-94).

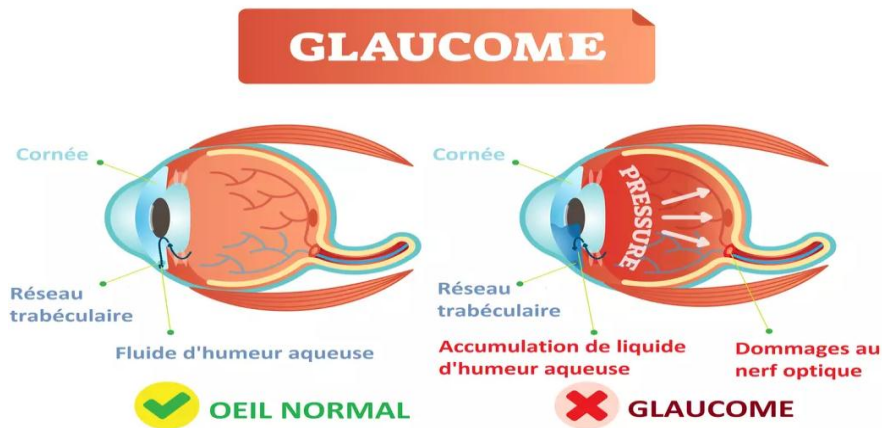
10- التكفل النفسي بالمعاقين بصريا:

يُعدّ فقدان البصر تجربة مؤلمة نفسياً يمكن أن تُحدث صدمة انفعالية تشبه مراحل الحداد النفسي؛ فحسب Boagey et al (2022) يمرّ الأفراد غالباً بمراحل «الإنكار» ثم القلق، وصولاً إلى «القبول». يهدف الدعم النفسي في المقام الأول إلى تسهيل هذه المرحلة من القبول، ومساعدة الشخص على استعادة هويته الحياتية رغم القيود البصرية (Boagey et al, 2022)، كما أظهرت الدراسات وجود علاقة وثيقة بين ضعف البصر والاكتئاب؛ حيث وجد Philipus P. Raharjo et al. (2023) أن فقدان البصر يرتبط بدرجة كبيرة بزيادة خطر الإصابة باضطرابات المزاج. كذلك يلعب الدعم الاجتماعي دوراً وقائياً مهماً؛ فقد بين Khalifa Ahmed Al-qassabi & Muna Hammad Al-bimani (2021) أن الدعم غير الرسمي القوي يعزز الصمود النفسي لدى الطلبة ضعاف البصر. إضافةً إلى ذلك، بدأت العلاجات النفسية مثل العلاج المعرفي القائم على علاج المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة (Thérapie des schémas) تظهر فعالية في تقليل العزلة الاجتماعية وتحسين تقدير الذات لدى ذوي الإعاقة البصرية - Muna Hammad Al-bimani, 2021)، فينبغي أن يكون الدعم النفسي متكاملاً ومتعدد التخصصات، يجمع

بين الأخصائي النفسي والمعالج الوظيفي ومراكز ضعف البصر، لأن الصعوبات النفسية غالبًا ما ترتبط بعوامل عملية وهوية (Boagey et al., 2022).



الشكل 02: قصر النظر la myopie، من صفحة www.q8castle.com



الشكل 03: الجلوكوم le glaucome، من صفحة www.q8castle.com



الشكل 04: الماء الأبيض la cataracte، من صفحة www.q8castle.com



الشكل 05: الحول le strabisme، من صفحة www.q8castle.com

خاتمة :

تندرج الإعاقة البصرية تحت مظلة الإعاقات المتنوعة في طبيعتها وأثرها، وتتطلب التعامل معها بمنظور شمولي يراعي الفروق والاحتياجات الفردية. إن الفرد الذي يعاني من فقدان بصري أو ضعف في إحدى الحواس لا تقل قيمته على الإطلاق عن غيره، ولكنه يحتاج إلى أساليب دعم وتأهيل مناسبة تُمكنه من التفاعل والإبداع في بيئته. ويُعد الوعي المجتمعي، إلى جانب تدريب المعلمين والمتخصصين وتوفير التيسيرات البيئية والوسائل المساعدة، عناصر حاسمة لضمان الدمج الفعلي لهؤلاء الأفراد. وبالتالي، فإن فهم الإعاقة البصرية وتعريفاتها ليس هدفاً في حد ذاته، بل هو وسيلة لتقديم خدمة إنسانية وتربوية عادلة تضمن الكرامة والفرص المتساوية للجميع.

المحاضرة 06: سيكولوجية المعاق سمعيا

مقدمة:

تُعد حاسة السمع من أهم النعم، وهي همزة الوصل بين الإنسان والعالم المحيط به، ويرتبط فقدان حاسة السمع عند الطفل بفقدان اللغة، مما ينتج عنه العديد من المشكلات النفسية والإنفعالية. إن الإعاقة السمعية تحجب الأطفال عن المشاركة الإيجابية والفعالة مع من حولهم، كما تحتاج هذه الفئة إلى تنمية قدراتهم على الاتصال بالآخرين والإحتفاظ بالأشياء المادية في بيئتهم، ويعد تعليمهم مهماً لأنه الوسيلة الرئيسية لزيادة ثقافتهم وتكيفهم مع العالم.

1- تعريف الإعاقة السمعية:

تعددت تعريفات المعاقين سمعياً، ومنها:

- يعرف عبدالعزيز الشخصي (1985) المعاق سمعياً بأنه من حُرم حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام لدرجة تجعله غير قادر على سماع الكلام المنطوق ومضطرباً لاستخدام الإشارة للتواصل مع الآخرين، حتى مع استعمال المعينات السمعية (زيان شحاتة، 2008، ص13)

-التعريف الطبي للصم: يرى أن الطفل الأصم هو الذي يعاني من فقدان سمعي مقداره 90 ديسيبل أو أكثر، أما ضعيف السمع فهو الذي يقل فقدان عنده عن 90 ديسيبل(قرشم، 2004، ص24).

-التعريف التربوي للمعاق سمعياً(الأصم): هو الطفل الذي تمنعه إعاقته السمعية من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع (باستخدام السماعات الطبية أو بدونها) (قرشم، 2004، ص24).

-تعريف الصمم: حالة لا تكون فيها حاسة السمع هي الوسيلة الأساسية التي يتم بها تعلم الكلام واللغة (فتوح، 1998، ص42).

2-تصنيف الإعاقة السمعية:

تُصنف الإعاقة السمعية بناءً على الدرجة والوقت:

2-1-تصنيف الإعاقة السمعية (حسب درجة السمع) تبعا لمنظمة الصحة العالمية (OMS): وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2008)، يتم تصنيف الإعاقة السمعية حسب شدة فقدان السمع في الأذن الأفضل كما يلي:

- شخص طبيعي أقل او يساوي 25 ديسيبل: لا توجد صعوبة ملحوظة في السمع، قادر على سماع الهمس ومتابعة المحادثات العادية

-درجة 01 - إعاقة سمعية خفيفة من 26 إلى 40 ديسيبل: يمكن سماع الكلمات المنطوقة بصوت عادي على مسافة متر واحد. يجد صعوبة في البيئة الصاخبة.

-درجة 02 - إعاقة سمعية متوسطة 41-60 ديسيبل: يسمع الكلمات عند رفع الصوت، صعوبة في التواصل ضمن المجموعات.

-درجة 03 - إعاقة سمعية بين متوسطة وشديدة 61-70 ديسيبل: يسمع بعض الكلمات عند الصراخ بالقرب من الأذن، قد يحتاج إلى أجهزة مساعدة للسمع.

-درجة 04 - إعاقة سمعية شديدة 71-90 ديسيبل: صعوبة كبيرة في فهم الكلام حتى عند رفع الصوت، يعتمد بشكل كبير على أجهزة السمع أو قراءة الشفاه.

درجة 05 - إعاقة سمعية عميقة / صمم: أكثر من 91 ديسيبل: لا يسمع الكلام، يعتمد على لغة الإشارة أو وسائل التواصل البصرية (Olusanya et al., 2019)

2-2-التصنيف حسب الوقت الذي حدث فيه فقدان السمع :

-صمم ما قبل اللغة: فقد القدرة السمعية قبل اكتسابه اللغة أي قبل سن الثالثة.

-صمم ما بعد اللغة: يصيب الفرد بعد بلوغه سن الخامسة أي بعد اكتساب الكلام واللغة (عبد الحميد وسليمان، 2004، ص311)

3-العوامل المسببة للإعاقة السمعية:

تنقسم العوامل المسببة للإعاقة السمعية إلى:

- عوامل وراثية: حوالي 50 ٪ من حالات الصمم تعزى لأسباب وراثية، وتكثر في زواج الأقارب، إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية في الشهور الثلاثة الأولى التي قد تؤدي إلى التشوهات الخلقية للطفل، تناول الأم العقاقير الضارة بالسمع، إصابة الأطفال المبتسرين (الخدج) les nouveau-nés prématurés أو الأطفال المولودين باليرقان les nouveau-nés avec jaunisse
- عوامل غير وراثية: مثل استخدام العقاقير والمواد الكيميائية للطفل في سن مبكرة، أو الإصابة بالفيروسات، أو إصابة الأذن الداخلية والوسطى لديه، وكذا الإلتهاب السحائي للطفل (محمد علي، 2004، ص57).

4-خصائص المعاقين سمعياً:

- الخصائص اللغوية: يعانون من تأخر واضح في النمو اللفظي، ويزداد هذا التأخر بزيادة شدة الإعاقة السمعية.
- الخصائص العقلية: متوسط التأخر الدراسي للطفل المعاق سمعياً يتراوح من ثلاثة إلى أربعة سنوات على الأقل، لكنه لا يختلف درجة ذكائه عن الطفل العادي في اختبارات الذكاء.

• **الخصائص الإجتماعية:** يقل النضج الإجتماعي لديهم عن الطفل العادي. يوصفون بأنهم يصعب قيادتهم، ويميلون إلى العزلة الاجتماعية والإنفعالية والانسحاب. شعور الوالدين بالقلق واليأس وتخطبهم في معالجة الحالة.

1. **الخصائص النفسية:** تظهر عليهم مشكلات عدم التوافق مع المجتمع العادي، يميلون إلى الإنطواء والعزلة والتجنب، والعدوانية نتيجة لعدم القدرة على المتابعة والتفاعل، والشعور بالشك والقلق، والإحباط، حرمانه من الحب والحنان، وعدم القدرة على التعبير الرمزي، والعيش في عالم من السكون التام، كما يظهرون قدرًا ملموسًا من عدم تحمل المسؤولية والخوف من المستقبل (السواح، 2009، ص73).

إضافة إلى ذلك تظهر لديهم بعض المشكلات منها:

-**المشكلات الإقتصادية:** الإحتياج إلى التأهيل والعلاج الطبي وشراء الأجهزة والمعينات السمعية، مما يرهق كاهل الأسرة.

-**مشكلات التدريب والتأهيل المهني:** صعوبة وجود فرص التوجيه المهني المناسب والتدريب على مهنة تناسب ظروف إعاقته السمعية.

-**المشكلات الترفيهية:** عدم القدرة على الإتصال بسبب مشاكل اللغة والكلام تحد من قدرتهم على الاستمتاع بالحياة وممارسة الأنشطة الجماعية.

-**مشكلات المعين السمعي:** قد يواجه استخدامه مشكلات مثل عدم مناسبه للمهام، أو صعوبة استخدامه، أو إصدار أصوات مزعجة مفاجئة (عبد الحى، 2001، ص59).

6-سمات المعاقين سمعيًا:

تتمثل سمات المعاقين سمعيًا في الجوانب السلوكية والإجتماعية التالية:

- يميل المعاق سمعيًا إلى الانسحاب من المجتمع.
- يتكون لديه العديد من المشكلات السلوكية مثل العدوان والسرقة والكذب.

- الصم يميلون غالبًا إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم؛ أي أن مطالبهم يجب أن تشبع بسرعة.
- أثبتت إختبارات النضج الإجتماعي أنهم غير كاملين من ناحية النضج الاجتماعي بسبب عجزهم عن التفاعل مع المجتمع.
- تظهر البنات المعاقات الخوف من المستقبل أكثر من الذكور (عبد الحميد وسليمان، 2004، ص311)

4-التكفل النفسي بالمعاقين سمعيًا:

- لضمان توفير الرعاية اللازمة لهم وشعورهم بإنسانيتهم وقيمتهم الذاتية، ينبغي أن يشمل التكفل النفسي إحتياجاتهم وهي كالتالي:
- الحاجة إلى الأمن والحب.
 - الحاجة إلى الشعور بالنجاح والتقدم (مع الأخذ في الاعتبار ألا يُطلب منه مستوى طموح أعلى من قدرته).
 - حاجة المعاق سمعيًا إلى مزاوله مهنة ملائمة لمواهبه ليقاوم شعوره بالنقص نتيجة لعاهته.
 - حاجته إلى خدمات اجتماعية مكيفة ليُشعر بتقبل المجتمع له دون تفرقة بينه وبين الأشخاص العاديين.
 - إن لغة التفاهم هي أهم الوائق أمام الطفل المعوق سمعيًا على حين أن التعليم هو منقذه، لكن وسائل التعليم العامة لا تستطيع النفاذ من خلال جدران السكون والصمت التي لديه، فأقسام التربية الخاصة تقي بالغرض.
 - دراسة وتقويم قدرات وإمكانيات الطفل المعاق سمعيًا والعمل على تنمية هذه القدرات بحيث يحقق أكبر نفع ممكن له في الجوانب الشخصية والإجتماعية والبدنية.(عبد ه وحلاوة، 2001، ص ص141-143)

خاتمة:

من خلال دراسة الإعاقة السمعية يتبين أن فقدان حاسة السمع لا يؤثر فقط في قدرة الفرد على التواصل، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والعقلية، مما يجعل التكفل الشامل به ضرورة إنسانية وتربوية. فالمعاق سمعياً يحتاج إلى بيئة داعمة تُقَدِّر إمكاناته وتساعد على تجاوز الحواجز اللغوية والانفعالية التي يفرضها الصمم. كما أن توعية الأسرة والمجتمع بطبيعة هذه الإعاقة تمثل حجر الأساس في دمج هؤلاء الأفراد وتمكينهم من التفاعل الإيجابي. إن التعليم المتخصص والتأهيل النفسي والمهني يسهم في تطوير قدراتهم وتعزيز ثقتهم بأنفسهم. وبذلك يصبح الاهتمام بهذه الفئة واجباً تربوياً واجتماعياً يسعى إلى تحقيق العدالة والاندماج الإنساني الكامل في المجتمع.

المحاضرة 07: سيكولوجية المصاب باضطرابات الصوت والكلام

مقدمة:

يُعدّ الصوت البشري وسيلة أساسية للتواصل الإنساني، ويتّسم بدرجة عالية من التعقيد والغنى، إذ يتخطى الحدود اللغوية والثقافية ليعبّر عن طيف واسع من المشاعر والأفكار والمعاني. ولا يقتصر دوره على نقل المعلومات فحسب، بل يُجسّد أيضاً هوية الإنسان ويعكس حالته الصحية والنفسية. ومع ذلك، يعاني كثير من الأشخاص حول العالم من اضطرابات صوتية تُضعف قدرتهم على التعبير والتفاعل بفعالية. ورغم أن هذه الاضطرابات قد تُعتبر بسيطة أحياناً، فإنها تؤثر بعمق في جودة حياة المصابين بها.

1-تعريف إضطراب الصوت والنطق:

1-1-تعريف إضطراب الصوت:

هناك عدة تعريفات تفسر إضطراب الصوت، ومنها:

أ-تعريف أرونسون (1990) : Aronson

"يُعدّ اضطراب الصوت قائماً عندما تختلف جودة الصوت أو طباقته أو شدّته أو مرونته عن أصوات أشخاص آخرين من نفس العمر والجنس ومن نفس الإنتماء الثقافي" (Aronson, 1990) هذا التعريف كلاسيكي يركّز على الانحراف الملحوظ في المعايير الصوتية مقارنةً بالمعايير الإجتماعية والثقافية المعتادة، دون افتراضٍ مسبقٍ لسببٍ محدد (عضوي أو وظيفي).

ب-تعريف بون، ماكفارلين وفون بيرغ (2014) Boone, McFarlane, & Von Berg:

"يحدث اضطراب الصوت عندما تكون طبقة الصوت أو شدّته أو جودته غير طبيعية أو غير ملائمة لعمر الفرد أو جنسه، أو عندما يتداخل هذا الاضطراب مع عملية التواصل" (Boone, McFarlane, & Von Berg, 2014)، هذا التعريف يُبرز البُعد الوظيفي للإضطراب، إذ يصبح التغيّر الصوتي اضطرابًا فعليًا عندما يعيق التواصل.

ج-تعريف بيلاو وزامبون (2013) Behlau & Zambon:

"يُعدّ اضطراب الصوت أي انحرافٍ في جودة الصوت أو طباقته أو شدّته أو الجهد الصوتي، من شأنه أن يشكّل الانتباه أو يتداخل مع التواصل الفعّال، أو يسبب عواقب اجتماعية سلبية" (Behlau & Zambon, 2013)

هذا التعريف يوسّع نطاق المفهوم، حيث يرى أن الإضطراب الصوتي ليس مجرد خللٍ صوتيٍّ أو سمعيٍّ، بل هو أيضًا ظاهرة اجتماعية وعاطفية، تُقرّ بتأثير الصوت على هوية الفرد وتفاعلاته الاجتماعية.

1-2-تعريف إضطرابات النطق:

تختلف تعريفات إضطراب النطق لكنها تصب في نفس السياق، ومنها:

أ-تعريف كليري فرانسواز (2024) Clairet Françoise: تعرف إضطراب النطق بأنه عدم القدرة على نطق صوت واحد أو أكثر، مصحوبًا بتبديلات أو حذفات قد تؤدي إلى تشويه النطق، مع بقاء المفردات والتركيب اللغوي سليمة.

ب-تعريف الجمعية الأمريكية لأمراض النطق واللغة والسمع (ASHA) (1993):

اضطراب النطق هو الإنتاج غير الطبيعي للأصوات الكلامية، ويتميز بالتبديلات أو الحذوفات أو الإضافات أو التحريفات التي قد تؤثر على وضوح الكلام وفهمه. (ASHA, 1993)

ج-تعريف الخطيب (2013): اضطرابات النطق هي "مشكلات تواجه الطفل عند إخراج الأصوات النطقية بشكل خاطئ، تتضمن تبديل الصوت، حذفه، أو تشويبه، وهي شائعة بين اضطرابات التواصل" (الخطيب وآخرون، 2013، ص123).

2-نظام إنتاج الصوت والكلام:

نظام إنتاج الصوت والكلام هو النظام الذي يتيح للبشر التعبير عن الأفكار والمشاعر من خلال الأصوات المنظمة. يعتمد هذا النظام على تفاعل معقد بين أعضاء الجهاز التنفسي العلوي والسفلي. الرئتان تمثلان المصدر الأساسي للهواء، حيث توفران الضغط الهوائي الضروري لإحداث اهتزاز الحبال الصوتية في الحنجرة والحبال الصوتية، الموجودة في الحنجرة، تهتز بترددات مختلفة لنتج صوتاً أولياً أساسياً (Titze, 2000)، هذا الصوت الأولي لا يكون مفهوماً قبل أن يتم تعديله عبر أعضاء النطق مثل الفم، الشفتين، الأسنان، واللسان (Ladefoged, 2001). التجاويف الرنانة مثل الفم والأنف تضيف خصائص صوتية مميزة لكل لغة، وتحدد ما إذا كان الصوت متحركاً أو ساكناً. يعتبر اللسان أهم عضو في تشكيل الأصوات الدقيقة، حيث يمكنه تغيير موضعه لخلق حروف مختلفة (Kent & Read, 2002).

-تلعب الشفتان دوراً في إنتاج بعض الحروف مثل /p/ و /b/، بينما الأسنان والفك يساهمان في التحكم في تدفق الهواء وإصدار الأصوات الصحيحة، فالتحكم العصبي في هذه

العملية بالغ التعقيد، حيث يقوم المخ بإرسال إشارات دقيقة لتنسيق حركة جميع الأعضاء خلال النطق (Guenther, 2016).

-التغذية الراجعة السمعية تساعد الإنسان على تعديل نبرة الصوت وسرعة الكلام، فدراسة موجات الصوت أو التحليل الطيفي أظهرت أن التغيرات الطفيفة في اهتزاز الحبال الصوتية أو في شكل الفم تؤثر مباشرة على وضوح الكلام وفهمه. إذن معرفة هذا النظام لها أهمية كبيرة في علاج اضطرابات النطق واللغة، وتصميم تقنيات التعرف على الصوت، وتطوير المساعدات الصوتية للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التواصل، كما أن البحث المستمر في علم الصوتيات العصبية يساهم في فهم أفضل لكيفية تعلم اللغة وتطوير المهارات الصوتية. بالتالي، فإن دراسة نظام إنتاج الصوت والكلام ينبغي أن يجمع بين علم التشريح، علم الصوتيات، وعلم الأعصاب لتقديم فهم شامل لكيفية تحدث الإنسان وتواصله (Ladefoged, 2001).

3-الأعضاء التشريحية للصوت والكلام:

-الرئتان (Poumons):

الرئتان تعتبران المصدر الأساسي للطاقة الهوائية اللازمة لإنتاج الصوت. خلال الزفير، يتم دفع الهواء إلى الحنجرة، ما يسمح باهتزاز الأحبال الصوتية. كمية الهواء المتدفقة وسرعتها تؤثر على شدة الصوت وطوله.

-الحجاب الحاجز (Diaphragme):

هو العضلة الأساسية المسؤولة عن التنفس، ويعمل كمنظم لتدفق الهواء أثناء النطق. عند التحدث، يتحرك الحجاب الحاجز بشكل متزامن مع عضلات البطن لضبط ضغط الهواء الخارج والتحكم في جودة الصوت، ويؤثر على قوة وثبات النبرة.

-الرغامى (Trachée) والقصبات الهوائية (Bronches):

تقوم بنقل الهواء من الرئتين إلى الحنجرة، مع الحفاظ على ضغط مناسب لتسهيل اهتزاز الأحبال الصوتية.

-الحنجرة (Larynx): الحنجرة هي العضو الرئيسي لإنتاج الصوت، تحتوي على الأحبال الصوتية وعضلات دقيقة تتحكم في شدّها وطولها. موقعها على مسار الهواء يجعلها بمثابة صمام يضبط الصوت ويسمح بإنتاج الأصوات المختلفة.

-الأحبال الصوتية (Cordes vocales):

هي أزواج من الطيات الغشائية القابلة للاهتزاز، تهتز بفعل تدفق الهواء الصادر من الرئتين. تردد اهتزاز الأحبال يحدد طبقة الصوت (جهازة الصوت أو نغمته). شد الأحبال وطولها يغيران درجة الصوت من منخفضة إلى عالية.

-فتحة المزمار (Glotte):

هي الفتحة بين الأحبال الصوتية، وظيفتها التحكم في مرور الهواء وتشكيل الصوت. فتحة المزمار تغلق جزئياً لإنتاج أصوات مفخمة أو أصوات صامتة، وتفتح عند التنفس. (Le Huche & Allali, 2010).

-تجاويف الرنين (Cavités de résonance):

تشمل التجاويف الفموية، البلعومية، والأنفية. هذه التجاويف تعمل كمكثفات للصوت، تضخم موجاته وتؤثر على لونه وطابعه. حجم وشكل التجاويف يحدد جودة الصوت، مثل الفرق بين صوت شخص وآخر (Segui & Ferrand, 2000).

-أعضاء النطق المتحركة (Langue, lèvres, mâchoire, palais, dents):

تعمل على تشكيل الأصوات المختلفة (مثل الحروف الساكنة والمتحركة). الحركة الدقيقة للسان والشفيتين والفك العلوي تغير شكل قناة الصوت، مما يسمح بإنتاج جميع أصوات الكلام البشري (Lagier, 2019).

4-التكفل النفسي بإضطرابات الصوت والكلام:

تُعزى اضطرابات الصوت والكلام ذات المنشأ النفسي إلى صراعات انفعالية داخلية أو ضغوط نفسية حادة تؤدي إلى تثبيط مؤقت أو دائم للوظيفة الصوتية دون وجود إصابة عضوية في الأحبال الصوتية. لذلك، فإن الهدف من العلاج النفسي هو التعامل مع الأسباب الانفعالية العميقة، وإعادة التوازن بين الحالة النفسية والأداء الصوتي.

- العلاج المعرفي-السلوكي:

يساعد العلاج المعرفي-السلوكي على تعديل أنماط التفكير والسلوك التي تُبقي التوتر العضلي الحنجري قائماً. إن هذا العلاج ، من خلال تركيزه على الإستجابات العاطفية وإدارة التوتر، يُسهم في استرخاء العضلات واستعادة الصوت (Spengler, Becker & Schade, 2017)

يُدرّب هذا النوع من العلاج المريض على التعرف إلى العلاقة بين مشاعره وصوته، وتعلم تقنيات الاسترخاء والتنفس العميق لتقليل فرط التوتر في عضلات الحنجرة.

في بعض الحالات، وخصوصاً تلك المرتبطة بصدمة نفسية أو اكتئاب، تكون الحاجة ملحة إلى علاج نفسي أعمق يسمح بفهم الصراع الداخلي الذي يُترجم جسدياً إلى فقدان الصوت. إن التدخل النفسي ضروري لأن هذه الاضطرابات تعكس غالباً صراعاً عاطفياً لا واعياً أو

تحويلاً جسدياً للمعاناة النفسية فمن خلال المقابلات النفسية والعلاج التحليلي، يُعاد بناء العلاقة بين العاطفة والتعبير الصوتي (Sudhir et al., 2009).

- تقنيات الاسترخاء وإدارة التوتر:

تُعدّ تقنيات مثل الاسترخاء العضلي التدريجي، والتنفس الحجابي. وإدارة التوتر مكوناً أساسياً في علاج عُسر الصوت النفسي، حيث تظهر استعادة الصوت غالباً خلال الجلسات الأولى عندما يستعيد المريض ثقته بنفسه ويخفّف التوتر العضلي المفرط (Martins et al., 2014).

5-إعادة التأهيل الأرطوفوني للمصاب بإضطرابات الصوت والكلام:

يُعتبر العلاج النطقي أو الصوتي الركيزة الأساسية في استعادة الوظيفة الصوتية. ويهدف إلى إعادة تأهيل الجهاز الصوتي وتعليم المريض استخدام صوته بطريقة سليمة وآمنة، مع إعادة الثقة في قدرته على التعبير الصوتي.

يبدأ العلاج عادة بتدريب المريض على التحكم في التنفس واستعادة توازن تدفق الهواء أثناء النطق من خلال التحكم في الزفير الصوتي فيُدْرَب المختص الأرطوفوني المريض على:

-استخدام التنفس الحجابي بشكل طبيعي.

-تقليل التوتر في عضلات الرقبة والحنجرة.

-إصدار أصوات خفيفة دون ضغط على الأحبال الصوتية.

-تمارين استرجاع الصوت التي تُبنى تدريجياً من الزفير الصامت إلى إصدار أصوات بسيطة ثم النطق بالكلمات والجمل.

قد يكون العلاج الصوتي فعالاً على المدى القصير، لكنه يحتاج إلى دعم نفسي لتجنب الانتكاسات (Tezcaner et al., 2019)

خاتمة:

في ضوء ما تمّ عرضه من تعريفات علمية دقيقة لاضطرابات الصوت والنطق، وما تمّ بيانه من أهمية نظام إنتاج الصوت والكلام في تحقيق التواصل الإنساني الفعّال، يتّضح أنّ هذه الاضطرابات تُحدث تأثيراً بالغاً في جودة حياة الفرد وقدرته على التفاعل الاجتماعي بصورة سليمة. إذ يُعدّ الجهاز الصوتي، بما يتضمنه من تنسيق دقيق بين المكونات العصبية والعضلية، المسؤول الرئيس عن وضوح النطق وسلامة الأداء الصوتي.

كما تُظهر الدراسات الحديثة أنّ العوامل النفسية والانفعالية تسهم بدرجة معتبرة في نشوء العديد من اضطرابات الصوت والكلام، سواء من خلال زيادة التوتر العضلي الحنجري أو من خلال تثبيط الأداء الصوتي نتيجة الصدمات النفسية. ومن ثمّ، تبرز الحاجة إلى نهج علاجي شامل ومتكامل يجمع بين التأهيل الصوتي من جهة، والدعم النفسي من جهة أخرى، لضمان استعادة الوظائف الصوتية والنطقية على نحو فعّال ومستدام، وعليه، فإنّ فهم هذه الاضطرابات وتشخيصها وإدارتها يتطلب اعتماد مقاربة متعددة التخصصات تُدمج فيها المعارف الطبية والنفسية واللغوية. ويبقى البحث العلمي المستمر والتطوير في مجالات العلاج الأروطوفوني والنفسي شرطاً أساسياً لتقديم استراتيجيات علاجية أكثر فاعلية، تسهم في تحسين جودة حياة الأفراد المتأثرين بهذه الاضطرابات وتعزيز اندماجهم الاجتماعي والتواصل.

المحاضرة 08: سيكولوجية المضطرب بطيف التوحد

مقدمة:

يُعد اضطراب طيف التوحد أحد أهم الاضطرابات النمائية الشاملة التي استدعت اهتمام الباحثين منذ اكتشافه في أربعينيات القرن الماضي، نظراً لتعقيد مظاهره وغموض أسبابه، وقد ساهمت الجهود العلمية المتتابعة في توضيح خصائصه وأعراضه وتصنيفه ضمن الأدلة التشخيصية العالمية كاضطراب يؤثر بعمق في التواصل والسلوك والنمو الاجتماعي. وتكمن أهمية دراسة هذا الاضطراب في تنوع مظاهره السلوكية والمعرفية واختلاف شدته من طفل لآخر، مما يستلزم فهماً دقيقاً لطبيعته، كما أن التقدم الحاصل في ميدان العلوم العصبية والتربوية أسهم في تطوير أساليب تشخيصية وعلاجية متعددة تساعد على تحسين نوعية حياة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

1- تاريخ اضطراب التوحد :

بدأ التعرف على اضطراب التوحد على يد الطبيب الأمريكي ليو كانر Leo Kanner سنة 1943، فقبل هذا التاريخ كان يعتبر التوحد من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم والبكم أو غيرها، فقد اكتشف كانر من بين مجموعة من أطفال التخلف العقلي الذين يتعامل معهم أحد عشر طفلاً تميزوا بأعراض تختلف عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي آنذاك، وقد تميزوا كذلك بأعراض مختلفة عن الأعراض المميزة للفصام، ولذا اعتبر أن هذه الفئة من الأطفال تمثل إعاقة مختلفة أطلق عليها مصطلح الذاتوية Autism وفي عام 1944 اكتشف الطبيب النمساوي أسبرجر Asperger مجموعة من الأطفال النمساويين تتشابه خصائصهم إلى حد ما مع أطفال كانر، ومع هذا الاكتشاف المبكر لم تظهر حالات التوحد وحالات الأسبرجر إلا في أواخر الثمانينات في الدليل التشخيصي

والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الثالثة المعدلة (DSM-3R)، كما ظهرت في طبعته الرابعة (DSM-4) عام 1994 وكان ظهور الإعاقيتين في هذا الدليل ضمن مجموعة أطلق عليها اسم مجموعة اضطرابات النمو الإرتقائي الشاملة PDD التي تضم خمسة اضطرابات هي:

أ- إضطراب التوحد Atutistic Disorder

ب- متلازمة الأسبرجر Asperger Syndrome

ج-متلازمة الريت Rett Syndrome

د- اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder

هـ- اضطرابات النمو غير المحددة Pervasive Developmental (PDD – NOS)
Disorder not otherwise Specified (PDD – NOS)

وتطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة اصطلاح طيف التوحد Autistic Spectrum (عثمان فراج ، 2002، ص ص39-51).

وتذكر راببة حكيم (2003) أن هناك بعض الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحياناً لمرض التوحد (وليس دائماً) وهي:

-متلازمة x الهش **Fragile x Syndrome** وسببه عيب في تركيب الكروموسوم Fragile x وله صفات معينة في الطفل مثل بروز الأذن، وكبر مقاس محيط الرأس ومرونة شديدة في المفاصل وأيضاً تخلف عقلي.

-مرض فينيل كيتونوريا **Phenyl Ketonuria** وهو مرض وراثي سببه أن الحمض الأميني المسمى فينيل آلانين Phenylalanine لا يتم تمثيل له في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط أنزيم معين في الكبد فيؤدي ذلك إلى تراكم هذا الحمض في الدم والمخ.

-مرض التصلب الحدبي **Tuberous Sclerosis** وهو أيضاً مرض وراثي يوصف بوجود مشاكل في الجلد ويقع لونها داكن أو فاتح عن لون الجلد إلى جانب تخلف عقلي (إبراهيم محمود، 2004، ص26).

2-تعريف اضطراب طيف التوحد:

2-1- تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5): يُعرّف اضطراب التوحد بأنه اضطراب نمائي عصبي يتميز بوجود نوعين من الأعراض، وهما: المشاكل في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وظهور أنماط السلوك أو الأنشطة المتكررة. ويظهر هذا الاضطراب انخفاضاً في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي المتبادل، وظهور الأنماط السلوكية المتكررة والإهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية النمطية (الرفاعي وأبو الحسن، 2019، ص225). كما يشير الدليل التشخيصي إلى أن المشكلات طويلة المدى التي قد تترتب على الاضطراب تشمل صعوبة في إنشاء العلاقات والحفاظ عليها، وصعوبة في البقاء على وظيفة، وتنفيذ المهام اليومية (Allen et al., 2013).

2-2- تعريف اضطراب طيف التوحد حسب (ICD-11):

في الإصدار الحادي عشر للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11 / CIM-11) التابعة لمنظمة الصحة العالمية يعرف اضطراب طيف التوحد بأنها اضطرابات تتميز بوجود عجز مستمر في القدرة على بدء التفاعل الاجتماعي التبادلي والحفاظ عليه، إضافةً إلى نمط من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة يكون مقيداً ومتكرراً وغير مرن. يظهر الاضطراب في

فترة النمو المبكر، ويؤدي إلى صعوبات ملحوظة في مجالات الأداء المختلفة. ولا يمكن تفسير هذه الخصائص بشكل أفضل باضطراب نمائي آخر (WHO, 2019).

2-3- تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America): التوحد

هو نوع من الاضطرابات النمائية التي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتكون نتيجة اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تضعف من التواصل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي ويلاحظ أن هؤلاء الأطفال:

- يميلون دائماً إلى الإستجابة للأشياء أكثر من الإستجابة للآخرين.
 - يضطربون من أي تغيير يحدث في بيئتهم.
 - يكررون دائماً حركات جسمانية، أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.
- (Autism Society of America, 1999)

2-4- تعريف قائم على الجانب الزمني والنمائي: يُعد اضطراب التوحد اضطراباً معقداً

وعصبيًا نمائيًا يتعرض الطفل له قبل 03 سنوات، ويُلزمه مدى حياته، ويؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل. ويظهر هذا الاضطراب على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع الطفل إلى التوقع حول ذاته (عادل عبد الله، 2014، ص19).

ويعتبر التوحد من أقدم الإضطرابات التي تصيب الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات، حيث يمثل خلاً وقصوراً في الإدراك الحسي واللغوي التي تعيق النمو التلقائي والاستجابة للمثيرات البيئية، مما يؤدي إلى خلل واضح في التواصل مع الآخرين (عثمان لبيب، 2002، ص5).

- وبحسب التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD- 10 الصادر من منظمة الصحة العالمية (1992) فإن اضطراب التوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders أي أن هذا الاضطراب يؤثر سلبياً

على عدة مجالات لعمليات التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره. كما يتسم أيضاً بوجود نوع من الأداء غير السوى في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري. ويحدث هذا الاضطراب بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث. وإضافة إلى ذلك تتسم الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة التي تتميز بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب. وكثيراً ما تكون هناك اهتمامات بعرض الـ أنماط حركة أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها أو ملمسها، إضافة إلى مقاومة أى تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة (عادل عبد الله ، 2002، ص32).

وتعرفه الجمعية القومية للأطفال التوحديين National Society for autistic children (1978)(NSAC) بأنه عبارة عن متلازمة تعرف سلوكياً، وأن المظاهر المرضية المتضمنة يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، ويتضمن ذلك اضطراب في سرعة أو تتابع النمو، واضطراب في الإستجابة الحسية للمثيرات، واضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية، واضطرابات في التعلق أو الإلتناء للناس أو الأحداث والموضوعات (عادل عبد الله، 2002، ص185).

ويعرفه هاولين (1995) Hawlin بأنه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتسم بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية إنطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح الطفل وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل؛ كما لو كانت قد توقفت أحاسيسه، ويصبح يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص، وفيما عدا إندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأى تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص (عثمان لبيب، 2002، ص52).

ويعرفه روث سوليفان (1998) Ruth Sullivan أول رئيس للجمعية الأمريكية لإعاقة التوحد A.S.A بأنه اضطراب شديد في التواصل والسلوك، وأنه نوع من العجز يستمر طول الحياة، ويظهر بصورة أساسية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل (عبد الرحمن سليمان، 2001، ص20).

ويعرفه أحمد عكاشة (1992) بأنه نوع من الاضطراب الارتقائي (النمائي) الذي يعزى إلى اضطرابات ارتقائية عامة في الطفولة حيث يتسم بما يلي : وجود نمو غير طبيعي يتضح قبل سن الخامسة، وقصور في التفاعل الاجتماعي وعملية التواصل، بالإضافة إلى السلوك المحدود المتكرر، والرهاب، واضطراب النمو والأكل، ونوبات هياج والعدوان الموجه نحو الذات (عكاشة، 1992، ص642).

ويعرفه ولاس وآخرون (1997) Wallace et al بأنه اضطراب ارتقائي يتسم بقصور واضح في التفاعل الاجتماعي والتواصل، ومدى محدود من الأنشطة والإهتمامات، وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثين من العمر (رشاد موسى، 2002، ص396).

ولقد لخص كابوت وآخرون (2003) Kabot, S. et al السمات الأساسية لاضطراب التوحد فقالوا إنه اضطراب يمكن تعريفه من خلال ثلاث مستويات مختلفة ومعتمدة على بعضها البعض في آن واحد وهي أنه اضطراب عصبي يرتبط بنمو المخ، وبإعتباره اضطراب نفسى يشمل النمو المعرفي والإنفعالي والسلوكي، وبإعتباره اضطراب في العلاقة يفصح عن فشل في التطبيع الاجتماعي الطبيعي (Kabot, S. et al. , 2003).

ويلخص عبد الرحمن سليمان (2001) أهم السمات المميزة للاضطراب على النحو التالي (عبد الرحمن سليمان، 2001، ص28):

أ- أنه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة

ب - أنه يتسم بنمو وإرتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.

ج - أنه يتسم بخلل في الإستجابة للمثيرات الحسية.

د - أنه يتسم بقصور في الكلام واللغة.

هـ - أنه يتسم بشخصية منغلقة، وإلتفات إلى داخل الذات، والإنشغال الكامل بالحاجات والرغبات الخاصة والتي تجد الإشباع التام لها على مستوى الخيال.

و - أنه يتسم بأنماط سلوكية مقولبة Stereotypical behavioral patterns

ز - أنه يتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.

هذه السمات المميزة السابقة يمكن أن تشكل إطاراً شاملاً لتعريف اضطراب التوحد من حيث هو أحد الاضطرابات المعوقة للنمو على نحو يشمل كثير من الجوانب، وتتضح معالم الاضطراب بصورة أساسية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتتكشف جوانب الخلل والقصور في نمو الإدراك الحسي واللغة والإستجابة لمثيرات البيئة وفي نمو الجانب المعرفي والانفعالي مما يؤدي إلى خلل واضح في التواصل مع الآخرين والتفاعل الاجتماعي واللعب الرمزي أو التخيلي، والقيام بأنماط متكررة من السلوكيات المحدودة، وقلة الإهتمامات والأنشطة، مع ميل للعزلة والإنغلاق النفسي (إبراهيم محمود، 2004، ص24).

3- أعراض اضطراب طيف التوحد:

يصف محمود حمودة (1998) الأعراض المصاحبة لاضطراب التوحد على النحو التالي:

- شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون إعتبار لمستوى الذكاء العام، وفي معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلي غالباً متوسط الدرجة.

- شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية، رفرفة الذراعين، والقفز، وحركات الوجه التعبيرية، والمشي على أطراف أصابع القدمين، والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي.

- الإستجابات الغريبة للإثارات الحسية، مثل تجاهل بعض الإحساسات مثل الألم أو الحرارة أو البرودة، بينما يظهر الطفل التوحدي حساسية مفرطة لإحساسات معينة مثل غلق الأذنين تجنباً لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحد، وأحياناً يظهر إنبهاراً ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح.

- شذوذ في الأكل والشرب والنوم، مثل تفضيل أنواع قليلة من الطعام أو شرب السوائل بكثرة، والإستيقاظ المتكرر ليلاً المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضبط الرأس.

- شذوذ الوجدان، مثل النقلب الوجداني أى الضحك أو البكاء دون سبب واضح، والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية، والعكس، الخوف المفرط كإستجابة لموضوعات أو أحداث غير مؤذية والقلق والتوتر.

- سلوك إيذاء النفس، مثل خبط الرأس أو شد الشعر أو عض الأصابع أو اليد وإيذائها دون أن يتألم.

- يتسم الطفل التوحدي عندما يترك وحيداً بالانمطية وتغيير ملامح الوجه.

- يقاوم الطفل التوحدي التغيير في المكان أو العادات اليومية، وقد يحدث عند التغيير هلع أو ثورات مزاجية.

- يستمتع كثير من الأطفال المصابين بالتوحد بالغناء، وبعضهم يستمتع بتنبيه الإتران مثل الأرجحة أو الهز لأعلى وأسفل.

- يعد فرط الحركة مشكلة شائعة لدى الطفل التوحدي.
- يلاحظ على الطفل التوحدي سلوكيات العدوان والثورات المزاجية دون سبب واضح.
- قصر مدى الانتباه.
- لديه أعراض التبول الوظيفي والتغوط ومشكلات الأكل والأرق.
- يوجد لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة بدرجة غير عادية مثل الذاكرة غير العادية لبعض الألحان الموسيقية أو القدرة الحسابية الفائقة، وأحياناً يتفوقون في الطلاقة اللغوية في القراءة بالرغم أنهم لا يفهمون ما يقرأون (رشاد موسى، 2002، ص400).
- وتتحدث راببة حكيم (2003) عن أعراض الأوتيزم من خلال وصف تصرفات الطفل التوحدي على النحو التالي (إبراهيم محمود، 2004، ص28):
- كأنه لا يسمع.
- لا يهتم بمن حوله.
- لا يحب أن يحتضنه أحد.
- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- لا يخاف من الخطر.
- يكرر كلام الآخرين.

- يكون إما ذا نشاط زائد أو خمول مبالغ فيه.
- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- يضحك ويشعر بإستثارة في أوقات غير مناسبة.
- يبكي ويصاب بنوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
- يقاوم التغيير في الروتين.
- لا ينظر في عين من يكلمه.
- يستمتع بلف الأشياء.
- لا يستطيع التعبير عن الألم.
- ينمى تعلقاً غير طبيعي بالأشياء.
- يعاني من فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.
- يملك حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم، والرفرفة باليدين.
- يعاني من قصور أو غياب القدرة على الإتصال والتواصل، ففي مرحلة الرضاعة لا يحب الحضان أو الحمل ولا يتجاوب مع إبتسامة الأم أو مداعبتها. كما يصيغ عثمان فراج أعراض التوحد في قصورات نمائية ثمانية هي (عثمان، 1994، ص5):
- **القصور الحسي:** ويتضح في عدم قدرة الطفل التوحدي على الاستجابة للمثيرات الخارجية.

- **العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي:** فمن النادر أن يبدي الطفل التوحدي عاطفة نحو الآخرين حتى الأم وأفراد أسرته، ويعزوه في الكلام النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

- **الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر:** فكثيراً ما يقوم الطفل التوحدي بأداء حركات معينة، يستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة كهززة رجليه أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو محدقاً بالساعات أو نحو مصدر للضوء، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل تلقائي.

- **نوبات الغضب أو إيذاء الذات:** فأحياناً ما يثور الطفل التوحدي في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو تدمير أدوات (أثاث)، وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعص نفسه.

- **القصور اللغوي والعجز عن التواصل:** ويتضح في عدم استجابته للأصوات نتيجة لعدم قدرته على فهم الرموز اللغوية وما تدل إليه من معان، وبالتالي لا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتاً ليست ذات معنى أو همهمة غير مفهومة، وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم نجده نادراً ما يفهم ما يقوله وإذا قال شيئاً فإنه يكون إعادة أو صدى Echolalia لما يوجه إليه من كلام. وغالباً ما يفشل في تركيب جمل ذات معنى أو استخدام الكلمة في المكان المناسب، كما يعاني من عجز في الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة، ويرتبط هذا القصور اللغوي بعدم عجز عن التواصل مع الأشخاص المحيطين به.

- **التفكير التوحدي المنكب على الذات:** فكل ما يشد انتباهه هو الانشغال المفرط برغباته وأفكاره وتخيلاته دون أي مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله، فهو يعيش فقط في عالمه الخاص في توحده وعجزه عن الاتصال بالآخرين أو النجاح في إقامة علاقة معهم.

-قصور في السلوك التوافقي: بالإضافة إلى معاناة الطفل التوحدي من السلوكيات النمطية المتكررة سالفه الذكر فإنه يعجز عن القيام بالأفعال العادية من السلوك التي يستطيع أدائها الأطفال العاديين ممن هم في سنه ومستواه الاجتماعي الاقتصادي . ففي سن الخمس والعشر سنوات من عمره، قد لا يستطيع الطفل الإجتزاز أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل من العاديين . وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو إرتداء ملابسه . وقد يهمله عند إعطائه لعبة أن يلعب بها، بل يسارع بوضعها في فمه، وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي قد يتعرض لها.

-الأفعال القسرية والطقوس النمطية: غالباً ما يغضب أو يثور الطفل عند إحداث أى تغيير في سلوكه الروتيني اليومي، أو في المحيط الذي يعيش فيه . فمجرد تغيير انبوب الذى اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث قد يدفعه إلى البكاء أو إندلاع ثورة الغضب، وقد يعانى نتيجة أى تغيير في أنماط حياته من وسواس عنيف أو قلق مزعج. وكثيراً ما يندمج الطفل في سلوك نمطى كما لو كان طقوساً مفروضة عليه كأن يحرك ذراعه بشكل معين يستمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسه، أو يدور حول نفسه أو حول طاولة أو مائدة في الغرفة، أو يجلس محملاً في مروحة هواء تدور . ويظل دقائق أو ربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا يحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها.

ويتضح مما سبق تشابه الأعراض التي ساقها كل باحث كأعراض مميزة للطفل ذو الطيف التوحدي، وإن اختلفت صياغة هذه الأعراض من باحث لآخر.

4-أسباب إضطراب طيف التوحد:

إن تحديد الأسباب الدقيقة والمباشرة لاضطراب طيف التوحد لا يزال أمرًا صعبًا وغير محسوم بشكل كامل حتى الآن لدى الباحثين والعلماء، ومع ذلك، تتفق العديد من الدراسات على وجود مجموعة من العوامل المتشابهة التي يُرجح أنها تساهم في حدوث هذا الاضطراب، ومنها (إبراهيم محمود، 2004، ص33):

4-1- العوامل الوراثية والجينية: يشير كثير من الباحثين إلى أن الأسباب قد تكون وراثية جينية، حيث تشير الدراسات إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة باضطراب التوحد، وتتضمن الأدلة الداعمة لهذا المحور، انتشار التوحد بين التوائم المتماثلة بمعدل 36%، مما يدل على أن الوراثة تلعب دورًا.

4-2- العوامل العضوية والعصبية والحيوية: أكدت الدراسات والتحليل الطبية أن أطفال التوحد يعانون من قصور عضوي عصبي أو حيوي، وتشمل هذه العوامل:

- تأثير تعقيدات التي عانت منها الأم أثناء الحمل وقبل الولادة كسبب لإعاقة التوحد، خاصة التعقيدات التي حدثت خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.
- إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية.
- الولادة المبكرة أو عسر الولادة.
- نقص الأكسجين أثناء الولادة.
- تعرض الأم لأشعة إكس (X) أثناء الحمل.
- وجود خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.
- يُصاب ما يتراوح بين 33% و 44 % من حالات التوحد بنوبات صرع.
- تشير العوامل العصبية إلى وجود زيادة في حجم الفص القفوي والجداري.

4-3- العوامل الكيميائية الحيوية:

- زيادة في السيروتونين (Serotonin) في دم حوالي 40% من الأطفال التوحديين.
- زيادة تركيز حمض الهوموفانيليك (Homovanillic acid) في السائل النخاعي (المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي)، وهو الناتج الرئيسي لتمثيل مادة الدوبامين.
- اضطراب في إفرازات الناقلات العصبية عن طريق النقص أو الزيادة.

4-4- العوامل البيئية والغذائية والدوائية:

- **التلوث البيئي** : أثبتت الأبحاث الحديثة وجود علاقة بين الإصابة بالتوحد والتلوث البيئي وخاصة التلوث الكيميائي الذي يؤثر على الجوانب الوراثية للجنين. وقد ثبت أن النفايات السائلة والغازية المحتوية على مواد كيميائية مثل الرصاص والزنبق هي من العوامل المسببة للإعاقات الذهنية.
- **العقاقير والخمور**: تناول الأم لبعض العقاقير والمخدرات أو الخمور (مثل الإيثانول) أثناء فترة الحمل.
- **التدخين** : يرتبط تدخين الأم أثناء الحمل إرتباطا كبيرا بإصابة الطفل بالتوحد.

5- البنية التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5):

يتكوّن اضطراب طيف التوحد من مجالين رئيسيين يشتملان على خمسة معايير عامة (من A إلى E)، وتضم بعض هذه المعايير معايير فرعية.

-المجال الأول: التواصل والتفاعلات الاجتماعية (المعيار A):

المعيار A: عجز مستمر في التواصل والتفاعلات الاجتماعية في سياقات مختلفة، يظهر حالياً أو يُستدل عليه من خلال السجلّ النمائي، ويتجلى فيما يلي:

يجب أن تتوفر جميع المعايير الفرعية الثلاثة التالية للمعيار A:

-عجز في التبادلية الإجتماعية - العاطفية (مثال: أسلوب تفاعل اجتماعي غير طبيعي، صعوبة في بدء أو متابعة محادثة، ضعف في مشاركة الاهتمامات أو المشاعر).

-عجز في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي (مثال: اضطراب في التواصل البصري أو لغة الجسد، ضعف في فهم أو استخدام الإيماءات، غياب التعبيرات الوجهية أو التواصل غير اللفظي).

-عجز في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها (مثال: صعوبة في تكييف السلوك مع السياقات الاجتماعية المختلفة، صعوبة في تكوين صداقات، أو غياب الاهتمام بالآخرين).

-المجال الثاني: السلوكيات والاهتمامات أو الأنشطة المحدودة والمتكررة (المعيار B)

المعيار B: وجود سلوكيات أو اهتمامات أو أنشطة محدودة ومتكررة، تظهر حالياً أو تُستدل عليها من التاريخ النمائي، ويتطلب التشخيص وجود اثنين على الأقل من العناصر التالية:

-المعايير الفرعية الأربعة للمعيار B:

- حركات أو استخدام للأشياء أو كلام نمطي ومتكرر (مثل الحركات النمطية، تكرار الكلام (الإيكولاليا)، ترتيب الأشياء، أو استخدام عبارات خاصة متكررة).

- الإصرار على الرتبة، والالتزام الجامد بالروتين أو الطقوس اللفظية/غير اللفظية.

- اهتمامات محدودة وثابتة، تكون غير طبيعية من حيث شدتها أو تركيزها.

- فرط أو نقص الإستجابة للمحفّزات الحسية أو اهتمام غير معتاد بالجوانب الحسية للبيئة (مثل عدم الإكتراث للألم أو الحرارة، الإنجذاب للأضواء أو الأشياء الدوّارة).

معايير أخرى مرتبطة بالتشخيص:

- المعيار C:

يجب أن تكون الأعراض موجودة منذ المراحل الأولى من النمو، لكنها قد لا تصبح واضحة تمامًا إلا عندما تتجاوز المتطلبات الاجتماعية القدرات المحدودة لدى الفرد.

- المعيار D:

تُسبب الأعراض تدهورًا عيادياً ملحوظاً في الأداء الاجتماعي أو الدراسي أو المهني، أو في مجالات مهمة أخرى من الأداء الحالي.

- المعيار E:

لا يمكن تفسير هذه الاضطرابات تفسيراً أفضل بوجود إعاقة ذهنية أو تأخر نمائي

شامل (DSM-5, 2015).

6- التكفل بالمضطرب بطيف التوحد:

6-1- العلاج الدوائي: لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج اضطراب طيف التوحد، ولكن هناك عقاقير تستخدم لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط النشاط الحركي، الانسحاب، سرعة الإثارة، تقلب الوجدان (إبراهيم محمود، 2004، ص72).

6-2- العلاج السلوكي الحديث: هو وجه جديد لعلاج قديم يقوم على تحليل السلوك المضطرب، ثم القيام بإجراء عملي لتعديل هذا السلوك في اتجاه زيادة النمو أو كف معوقات النمو مثل:

• تحليل السلوك التطبيقي A.B.A الذي يقوم على أساس تسجيل دقيق للدافع والاستجابات المرتبطة بسلوك ما، ثم عمل تغذية راجعة مباشرة، وجدول مكثف

للتعزيز، وتجميع البيانات، ثم إجراء محاولات منظمة لبناء السلوك المرغوب وصولاً إلى صيغة عالية البناء التنظيمي تتلاءم مع الاحتياجات الفردية للأطفال التوحديين.

• **برنامج لوفاس LOVAAS** برنامج التحليل السلوكي، يقوم على فكرة التدخل السلوكي من خلال منهج تحليل السلوك التطبيقي ABA، وهو يركز على السلوك الحالي والوضع الراهن للطفل، ولا يهتم بتاريخ الحالة أو أسبابها.

• **برنامج تيتش TEACCH** يهدف إلى علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، وهي طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة، أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل، مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد من 5 إلى 7 أطفال.

6-3-العلاج بالفن: يقوم على أساس إستغلال الفن الذي يجذب إنتباه الطفل، ويحفزهم على المشاركة في تنمية المهارات الأساسية، واستخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف واضح للأطفال التوحديين مع أقرانهم وأفراد أسرهم.

6-4-العلاج بالموسيقى: حيث تعتبر الموسيقى أداة تفاعلية تسهل بدء التفاعل الاجتماعي بين الطفل التوحيدي والآخرين.

6-5-العلاج اللغوي: تعليم الطفل طرق استخدام اللغة الصحيحة للتعبير عن معنى معين.

6-6-العلاج باللعب: بإعتباره نشاط مميزاً يمكن أن يكون مفيداً في الدخول إلى عالم الطفل التوحيدي (بطرس، 2011، ص321).

خاتمة:

إن اضطراب طيف التوحد حالة نمائية معقدة تتداخل فيها العوامل البيولوجية والوراثية والبيئية، مما يجعل فهمها وتشخيصها تحدياً متعدد الأبعاد. وقد ساهمت الدراسات الحديثة في إثراء المعرفة العلمية حول خصائص هذا الاضطراب وطرق التعامل معه، مما أتاح

فرصًا أكبر للتشخيص المبكر والتدخل الفعّال. كما أن تنوع الأساليب العلاجية، السلوكية منها والتعليمية والفنية، يؤكد الحاجة إلى خطط فردية تراعي الفروق بين الأطفال. ويظل الوعي الأسري والمجتمعي عنصرًا أساسيًا في دعم الأطفال ذوي التوحد وتمكينهم من الاندماج. وبذلك تبقى مواصلة البحث العلمي والتطوير التربوي ضرورة للارتقاء برعاية هذه الفئة وتحسين جودة حياتها.

المحاضرة 09: سيكلوجية المصاب بفرط الحركة وتشتت الانتباه

مقدمة:

يعد اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة أحد الاضطرابات العصبية النمائية الأكثر انتشارًا في مرحلة الطفولة، وقد يمتد تأثيره إلى مرحلة المراهقة والبلوغ، يظهر هذا الاضطراب من خلال نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط النشاط والاندفاعية، مما يؤثر على الأداء الأكاديمي والسلوكي والاجتماعي. يشكل هذا الإضطراب تحديًا كبيرًا للآباء والمعلمين، ويستلزم فهمًا شاملاً لمسبباته وآثاره وطرق التدخل الفعالة.

تشير الدراسات إلى أن اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة، ليس مجرد سلوكيات مفردة أو صعوبات في التركيز، بل هو اضطراب متعدد العوامل يرتبط بالتفاعلات بين العوامل الوراثية، البيئية، العصبية، والاجتماعية، ما يجعل تظافر الجهود بين المختصين أمرًا حتميًا.

1- تعريف اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط الحركة (TDAH):

يُعرّف اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط الحركة (TDAH) رسميًا في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) على أنه اضطراب عصبي نمائي يتميز بنمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة والاندفاعية، مما يعيق الأداء أو النمو، يجب أن تكون الأعراض موجودة لمدة لا تقل عن 6 أشهر في عدة سياقات مثل المدرسة والمنزل، وأن يبدأ ظهورها قبل سن 12 سنة، وألا تكون مفسّرة باضطراب نفسي آخر (APA, 2013).

2- أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة:

يشتمل هذا الإضطراب على عرضين أساسيين، وهما:

2-1- عرض اضطراب الإنتباه (عدم الانتباه أو تشتته) : و الذي يتميز بـ:

- صعوبات في الانتباه للتفاصيل.
- صعوبة في المحافظة على التركيز في المهام.
- صعوبة الإستماع و تنظيم الأنشطة.
- تجنب المهام التي تتطلب جهداً ذهنياً مستمراً.
- فقدان الأغراض، التشتت بسهولة، نسيان الأنشطة اليومية.

2-2- عرض فرط الحركة والاندفاعية : حيث تتميز بـ:

- فرط في الحركة.
- عدم القدرة على البقاء جالساً.
- الشعور وكأنه "مدفوع بقوة داخلية".
- الكلام المفرط، صعوبة انتظار الدور، مقاطعة الآخرين (APA, 2013)
- وتشير بعض الدراسات مثل دراسة باركلي Barkley 2016 إلى أن هذا الاضطراب يمكن أن تختلف شدة الأعراض فيه وبالتالي يتجسد في 03 أنواع وهي:
- أ-الأعراض المشتركة: يتضمن كل من الأعراض المتعلقة بعدم الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية بشكل ملحوظ.
- ب-العرض الغالب عليه عدم الانتباه : تظهر صعوبات التركيز بشكل أساسي، مع نشاط حركي منخفض نسبياً.
- ج-العرض الغالب عليه فرط الحركة والاندفاعية : يسيطر عليه النشاط الحركي المفرط والسلوك الإندفاعي، مع نسب منخفضة من مشاكل الانتباه.
- توضح هذه الأنواع أن اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة ليس اضطراباً أحادي الشكل، بل يتنوع في ظهور الأعراض وشدتها بحسب كل فرد، مما يستلزم تقييمًا شخصيًا دقيقًا لكل حالة (Barkley, 2016).

3-أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

-الأطفال الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون بالاضطراب يكونون أكثر عرضة للإصابة بنسبة 60 إلى 70% ويرتبط هذا بشكل أساسي بالجينات التي تنظم نقل الدوبامين في الدماغ، مما يؤثر على الانتباه والتحكم في السلوك.

-خلل في عمل الناقلات العصبية مثل الدوبامين والنورأدرينالين في الدماغ.

-التعرض لمادة الرصاص، حتى بمستويات منخفضة، يؤثر على السلوك والانتباه (Braun et al., 2006).

-بعض المضافات الغذائية المستعملة في الصناعات الغذائية لها ارتباط بالسلوك المفرط للأطفال ونقص الانتباه.

كما أظهرت بعض الدراسات أن المشاكل الأسرية، مثل الخلافات الزوجية أو ضعف التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل، تؤثر على الأعراض، بحيث تقاوم من شدتها، كما كذا الإفراط في استخدام الهواتف الذكية لدى الأطفال الصغار قد يزيد من ظهور مشاكل سلوكية تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (Radesky et al., 2016).

4-التأثير النفسي والاجتماعي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

لهذا الإضطراب عدة تأثيرات نفسية واجتماعية على المصاب به نلخصها فيما يلي:

-الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يواجهون صعوبات في تكوين صداقات والحفاظ عليها، وغالباً ما يكونون معرضين للرفض الاجتماعي أو التمر.

-لديهم تقدير ذاتي منخفض بسبب الفشل الأكاديمي والاجتماعي.

-في بعض الحالات يترافق اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة مع القلق والاكتئاب، مما يزيد من تعقيد التشخيص لديهم.

-لديهم صعوبات في التحصيل الدراسي في المدرسة، مثل صعوبة متابعة تعليمات المعلم، عدم إتمام الواجبات وتنظيم الوقت، وصعوبة في الإحتفاظ بالمعلومات لفترة قصيرة ناتجة عن اضطرابات في الذاكرة العاملة (Mikami et al., 2010).

5-تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

حسب دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات النفسية (DSM-5) للجمعية الأمريكية للطب النفسي، يؤثر هذا الاضطراب سلباً على الوظائف الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية، فالتشخيص يظل سريريًا بمعظمه حيث لا يوجد حتى الآن اختبار بيولوجي نهائي لتأكيد هذا الاضطراب، لذا يعتمد التشخيص على الملاحظة، التاريخ السلوكي، تقارير الآباء والمدرسة، بحيث يجب أن تظهر الأعراض قبل سن 12 عامًا، وأن تستمر لمدة 6 أشهر على الأقل، وفي موقعين على الأقل من بيئات الحياة (مثل المنزل والمدرسة) لتأكيد تأثيرها عبر السياقات المختلفة.

- من المهم التأكد أن الأعراض ليست بسبب اضطراب آخر مثل اضطراب المزاج أو القلق، أو تعاطي مادة ما، أو اضطراب طيف التوحد.

- التقييم السريري يجب أن يكون متعدد التخصصات (نفساني عيادي، طبيب أطفال، مدرسون) لتكوين صورة دقيقة عن الأعراض والتأثيرات (APA, 2013).

6-التكفل النفسي بالمصاب بنقص الانتباه وفرط الحركة:

إن التكفل النفسي بالطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) يُعد جزءاً أساسياً من برنامج علاجي شامل ومتعدد الأبعاد يهدف إلى تحقيق النضج الاجتماعي

والانفعالي، وتمكين الطفل من عيش حياة مستقلة، فالتدخلات النفسية والسلوكية هي الوسائل الأكثر أهمية وفعالية في علاج المشكلات السلوكية المرتبطة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وخاصة السلوكيات العدوانية. يجب العمل على تعزيز إمكانيات الطفل وعلاج أوجه القصور لديه في مرحلة مبكرة، والتي تتمثل فيما يلي:

6-1- العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي - السلوكي:

يركز العلاج النفسي (السلوكي والمعرفي-السلوكي) على مساعدة الطفل في فهم طبيعة الصعوبة التي يواجهها والعمل على تعديلها، حيث تعتمد على:

6-1-1-العلاج السلوكي: يُعد تعديل السلوك هو أساس التدخلات النفسية، ويركز هذا النوع من العلاج على تعديل البيئة المحيطة لتتناسب مع احتياجات الطفل.

◦ **تقنيات تعديل السلوك:** يشمل ذلك استخدام تقنية الإطفاء، حيث يتم تجاهل السلوكيات غير المرغوبة للطفل لتجنب تعزيزها، مما يؤدي إلى انخفاضها التدريجي.

◦ **التدريب على المهارات:** العمل على تنمية المهارات الاجتماعية للطفل ومساعدته على التكيف مع البيئة التي يتعامل معها.

6-1-2-العلاج المعرفي - السلوكي: تُستخدم هذه الاستراتيجيات لتعديل السلوك وتنمية

قدرة الطفل على الضبط والتنظيم الذاتي، ومنها :

◦ **التدريب على الحديث الذاتي (Self-Talk):** يتحدث الطفل مع نفسه لتنظيم وتسلسل الأفعال والخبرات في نظام متماسك، مما يساعده على تحليل المهمة ومراقبة تنفيذها.

◦ **التدريب على الملاحظة الذاتية (Self-Observation):** مراقبة الطفل

لسلوكه ذاتياً، ويمكن استخدام وسائل بسيطة، مثل عداد، لتسجيل مرات حدوث السلوك، بهدف تزويده بالتغذية الراجعة حول فعالية أدائه.

◦ **التدريب على الضبط الذاتي (Self-Control):** يتضمن وضع أهداف

ومراقبة مدى تحقيقها، وتحديد العواقب المناسبة.

◦ **التدريب على التعزيز الذاتي (Self-Reinforcement):** مكافأة الطفل

لنفسه بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه.

6-2- العلاج باللعب: هذا الأسلوب مناسب للأطفال الأصغر سناً أو غير القادرين على

التعبير اللفظي عن أحاسيسهم، إذ يمكّن الطفل من التعبير عن أحاسيسه بأقل قلق

واكتئاب، فهو يساعد الطفل على تعلم الكبح عندما يكون مندفع أو عدواني، وتطوير

أساليب المواجهة والاستجابات التكيفية لديه، مما يؤدي إلى تطوير علاقات إيجابية

(دافي، 2016، ص1053).

6-3- الإرشاد الأسري:

تُعد مشاركة الأسرة وتدريب الوالدين جزءاً حيوياً من التكفل النفسي للطفل المصاب

باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، فالإرشاد الأسري والوالدي يساعد على توعية الوالدين

بالإمكانيات والقدرات المتبقية للطفل، دون التركيز على جوانب الضعف فقط. فيمكن للوالدين

أن يساهموا في ظهور الأعراض إذا كانت استجاباتهم غير مناسبة، لذا يتم تدريبهم على

تعديل استجاباتهم نحو أطفالهم ليتم تدعيم السلوكيات المقبولة (دافي، 2016، ص1014).

6-4-العلاج الشامل:

يُشار إلى أن اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة يتطلب علاجاً متعدد الجوانب يشمل التدخل التربوي السلوكي (الذي يُعتبر الأكثر فعالية) بالإضافة إلى العلاج الدوائي في بعض الحالات، مثل استخدام ريتالين (Ritalin).

خاتمة:

يتّضح أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يمثل ظاهرة معقّدة متعددة الأبعاد، تتداخل فيها العوامل العصبية والوراثية والبيئية والسلوكية. ويبرز من خلال التحليل أن هذا الاضطراب لا ينعكس فقط على الأداء الأكاديمي، بل يمتد ليؤثر في النمو النفسي والاجتماعي للطفل، مما يستلزم تدخلات دقيقة وشاملة. كما أن التشخيص المبكر، القائم على تقييم متعدد المصادر، يشكّل خطوة أساسية لفهم طبيعة الأعراض وتمييزها عن الاضطرابات المشابهة. وتؤكد الأدلة العلمية أهمية اعتماد تدخلات نفسية وتربوية ممنهجة تسهم في تحسين مهارات الطفل وتعزيز قدرته على التكيف، وعليه فإن التكفل الفعال بأطفال اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يتطلب تعاوناً متكاملًا بين الأسرة والمدرسة والمختصين لضمان تحقيق أفضل النتائج التربوية والسلوكية الممكنة.

المحاضرة 10: سيكولوجية المصاب بصعوبات التعلم الأكاديمية

مقدمة:

تُعد صعوبات التعلّم من القضايا التربوية والنفسية التي حظيت باهتمام واسع في العقود الأخيرة، لما لها من تأثير مباشر على أداء الأطفال الأكاديمي ونموهم الاجتماعي والانفعالي. فهذه الصعوبات لا ترتبط بانخفاض الذكاء أو الحرمان الحسي، بل تعود إلى اضطرابات نمائية أو عصبية تؤثر في قدرة الطفل على اكتساب المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب. وقد أسهمت الدراسات الحديثة في الكشف عن العوامل المرتبطة بظهور هذه الصعوبات، مما وفّر إطاراً علمياً لفهمها وتشخيصها وعلاجها. وتبرز أهمية هذا الموضوع في ضرورة التدخل المبكر وتقديم البرامج التربوية المناسبة لكل طفل وفق احتياجاته الفردية. ومن هنا جاءت الحاجة إلى البحث في خصائص هذه الصعوبات وأساليب التعامل معها لتحقيق أفضل فرص النجاح التعليمي للأطفال.

1-تعريف صعوبات التعلم:

أول من إستخدم مصطلح صعوبات التعلم هو العالم صمويل كيرك kirk سنة 1963 وقد عرّفها على أنها تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، اللغة، القراءة، التهجئة، الكتابة، أو العمليات الحسابية، نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي (kirk and chalfant, 1984).

2- أسباب صعوبات التعلم:

لا تزال أسباب صعوبات التعلم غامضة، وذلك للتداخل بينها وبين الإعاقة العقلية من جهة، وبين صعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية من جهة أخرى، إلا أن الدراسات أجمعت على ارتباط صعوبات التعلم بالعوامل الأربعة التالية وهي (القريطي، 2005، ص ص416-419):

أ- **إصابة المخ المكتسبة:** لقد افترض أن أكثر الأسباب المؤدية لصعوبات التعلم يعود إلى التلف الدماغي أو العجز الوظيفي البسيط والمكتسب قبل وخلال أو بعد الولادة، وتتضمن أسباب ما قبل الولادة إضافة إلى العوامل الجينية، نقص تغذية الأم خلال فترة الحمل، والأمراض التي تصيب الأم الحامل وبالتالي تؤثر على الجنين، فالحصبة الألمانية التي تصيب الأم خلال الأشهر الثلاث الأولى من الحمل قد تسبب أنواع من الشذوذ المختلفة مما يسبب تلف دماغي بسيط، بالإضافة إلى عدم نمو سوى للنظام العصبي للجنين بسبب تناول الأم الحامل للكحول والمخدرات خلال مرحلة الحمل. وتعود الأسباب التي تحدث خلال فترة الولادة إلى تلك الظروف التي تؤثر في الطفل خلال مرحلة الولادة أو قبلها بفترة قصيرة جداً. وتتضمن هذه الأسباب: نقص الأوكسجين، وإصابات الولادة نتيجة لاستخدام الأدوات الطبية الحادة والولادة المبكرة والمتعسرة. أما أسباب ما بعد الولادة فتتضمن: الحوادث التي تؤدي إلى ارتجاج الدماغ منها السقوط من أعلى أو تعرض الطفل لحادث، بالإضافة إلى أمراض الطفولة مثل التهاب الدماغ والتهاب السحايا والحمى القرمزية التي يمكن أن تؤثر في الدماغ وأجزاء أخرى من النظام العصبي.

ب- **العوامل الوراثية:** يبدأ النمو بأن يلحق حيوان منوي بويضة أنثوية وتكوين الخلية الأساسية، حيث يبدأ النمو الجسدي والعقلي، وأشار علماء الوراثة إلى أن الوراثة تتحكم في لون العينين والشعر والجلد ولون البشرة، وكثير من الخصائص الفسيولوجية سواء أكانت

سليمة أم إيجابية، وأهم ما يتحدد بالوراثة هو جنس المولود ذكراً أم أنثى، ولقد ثبت أن هناك بعض الأمراض الوراثية التي تنتقل بالوراثة كالضعف العقلي، وهذا بدوره يؤدي إلى صعوبات تعلم عند الأطفال مستقبلاً، وقد اهتمت عدة دراسات بالتعرف على أثر الوراثة على صعوبات القراءة والكتابة، وأجريت بعض الدراسات على بعض العائلات التي تضم عدداً كبيراً من الأفراد الذين يعانون من مشكلات في القراءة أو اللغة، فقد أجرى هالجرين Hallgren, 1950، دراسة شاملة لعدد من الأسر فقد قام بدراسة (276) فرداً لديهم صعوبات في القراءة (Dyslexia) وكذلك أسرهم في السويد ووجد بأن نسبة شيوع صعوبات القراءة والكتابة والتهتهة عند الأقارب تقدم دليلاً كافياً على أن مثل هذه الحالات تتواجد في الأسر ويظهر بأنها تخضع لقانون الوراثة.

ج-العوامل الكيميائية الحيوية: إن جسم الإنسان يفرز مواداً كيميائية لكي يحدث توازناً داخل الجسم، وهذا ما يطلق عليه بالكيمياء الحيوية، وقد يكون ذلك متمثلاً بإفرازات الغدد الصماء، التي تصب في الدم مباشرة، فالإفرازات الزائدة في الغدة الدرقية تؤدي إلى صعوبات في التعلم.

د-الحرمان البيئي والتغذية: أشارت دراسات عديدة إلى أن نقص التغذية والحرمان الوظيفي لهما علاقة بالخلل الوظيفي البسيط بالمخ، والذي له تأثير كبير على معاناة الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وقد استنتج كل من كولكر وزملاؤه (1984) من خلال مسح دراسات عديدة إلى أن الأطفال الذين عانوا من سوء تغذية شديدة مزمنة في سن مبكرة أثر ذلك على التعلم لديهم.

3-صعوبات التعلم الأكاديمية:

ويقصد بها تلك الصعوبات الناتجة عن الصعوبات النمائية السابقة ، والتي تظهر في مجالات التعلم المدرسي . ومن بين الصعوبات الأكاديمية:

3-1- صعوبات القراءة Dyslexia:

وتشمل صعوبات القراءة مظاهر متعددة من الاضطراب في أداء المهام الأساسية في القراءة؛ كالقراءة، والتهجئة الشفوية، والفهم القرائي، وعسر القراءة النمائي، وصعوبة التعبير اللفظي، كما يرتبط بها أيضاً صعوبة التعبير الكتابي ويستخدم مصطلح عسر القراءة (الديسلكسيا Dyslexia) للإشارة إلى كل الصعوبات التي تتعلق بالتعرف على الرموز المكتوبة ، وفهمها واستيعابها واسترجاعها ، وتعطل المقدرة على القراءة أو على الفهم القرائي الصامت والجهري ، وذلك في استقلال تام عن عيوب الكلام، كما يشير البعض إلى أن الديسلكسيا لا تتضمن الفشل في مهارات الهجاء والتعرف على الحروف والكلمات والجمل وفهمها فقط، وإنما عدم المقدرة على الكتابة، و يضيف إليه آخرون عدم المقدرة على حل المسائل الحسابية.

وترجع صعوبات القراءة إلى عوامل عديدة من بينها عوامل جسمية (اختلالات عصبية وظيفية ، وقصور حسي بصرى وسمعى وقد يعزى إلى عوامل وراثية أو مكتسبة) وعوامل بيئية أسرية ومدرسية ، وعوامل أخرى نفسية (اضطرابات الانتباه ، والذاكرة ، والإدراك البصرى والسمعى ، وانخفاض مستوى الذكاء ، والمقدرة اللغوية ، ونقص الدافعية ، والتعلق بالاعتمادية ، والقلق).

وتظهر صعوبات القراءة لدى نسبة كبيرة من الأطفال، ونظراً لما للقراءة من أهمية شديدة في عمليات التعلم المدرسى فإنه يترتب على صعوباتها عدم تقدم الطفل فى بقية المقررات الدراسية بمعدل طبيعى أو عادى، إضافة إلى الآثار السلبية الأخرى بالغة السوء على نمو الطفل الذى يعانى من تلك الصعوبات وشخصيته.

ويراعى عند تشخيص هذه الصعوبات أن يكون مستوى أداء الطفل في مهارة قرائية أو أكثر دون مستوى أقرانه ممن هم في مثل عمره الزمنى والعقلي وصفه الدراسى ، وأن إخفاقه في

المهام القرائية أو أدائه المنخفض يحدث رغم تمتعه بمقدرات حاسوبية بصرية وسمعية عادية ، ومستوى ذكاء عادى ، وكذلك رغم كفاة فرص وخبرات اجتماعية وثقافية وتعليمية معتادة أو كافية للنمو في بيئته المنزلية ومدرسته.

3-1-1- أعراض عسر القراءة:

- البطء في القراءة، وصعوبة التركيز .
- الاندفاعية ، والقراءة السريعة غير الواضحة.
- أخطاء القراءة الجهرية وتتضمن حذف وإضافات في بعض الكلمات، أو تشويهها نتيجة العيوب الصوتية، وتكرار بعض الكلمات، وقراءة بعض الكلمات بطريقة معكوسة، والخلط بين المفردات ذات الأشكال أو الألفاظ المتشابهة.
- صعوبة التحكم الصوتي أثناء القراءة.
- صعوبة المتابعة البصرية للكلمات وتحريك العين غير الطبيعي أثناء القراءة.
- أخطاء التهجئة حيث يلاحظ أن الطفل يقوم بتهجئة الكلمات معتمداً على أصوات الحروف والكلمات وبالصورة التي تنطق بها.
- الاستبدال في حروف الكلمات أو كلمات الجمل ، وقلب الحروف والكلمات.
- صعوبة الفهم القرائي وتتمثل في عجز الطفل عن استخلاص بعض المعاني والاستنتاجات من المادة المقروءة.
- إخفاق الطفل في استرجاع المادة والمعلومات المقروءة.

ومن بين المظاهر الأخرى المرتبطة بعسر القراءة اضطراب الإدراك البصري كما يبدو في الخلل الإدراكي للعلاقات المكانية ، وعدم التمييز البصري لأشكال الحروف والكلمات، وسوء التنسيق أو التآزر البصري - الحركي (بين العين واليد) والارتباك والخلط في تحديد اتجاه الحروف، وصعوبة تذكر المثيرات البصرية، وكذلك اضطراب الإدراك السمعي كما يتمثل في صعوبة الدمج بين الأصوات والكلمات، والعجز عن التمييز والتتابع والربط السمعي بين الأصوات والكلمات وصعوبة تذكر المثيرات البصرية. ومن هذه المظاهر أيضاً تشتت الانتباه، وضعف الإغلاق البصري.

3-1-2- علاج صعوبات القراءة:

صنف محمد رياض أحمد (1997) الاتجاهات العلاجية التعليمية في مجال صعوبات القراءة إلى فئتين هما:

أ- **العلاج القائم على التدريس المباشر:** ويقوم على التدريس المباشر للمهارات الضعيفة في القراءة والتدريب عليها بعد تحديدها، فإذا كانت المشكلة في الفهم القرائي فإن البرنامج العلاجي يتم في صورة تدريب مباشر على مهارة فهم محددة أو عدة مهارات فرعية. ويؤخذ على هذا الإتجاه أن مجرد التدريب على مهارات فرعية قد لا يضمن انتقال أثر التدريب إلى مواقف تعليمية أخرى، كفهم قطعة قراءة جديدة غير تلك التي انصب عليها التدريب. ومن زاوية أخرى فإن هذا الاتجاه يتجاهل حقيقة أن صعوبة القراءة ترجع إلى قصور في بعض العمليات المعرفية، ومن ثم لا يأخذ في اعتباره تلك العمليات الكامنة وراء اكتساب مهارة قرائية معينة أى أنه يتجاهل أسباب الصعوبة.

ب- **العلاج القائم على معالجة المعلومات:** ويركز على كيفية اكتساب المعلومات وتخزينها ومعالجتها واستدعائها عند الحاجة كضرورة لحدوث التعلم بصورته المعتادة، كما يهتم بالاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الفرد في عمليات التفكير والتعلم، وعلى أن علاج

صعوبات القراءة يستلزم تحديد العمليات المعرفية الكامنة وراء تعلم القراءة، وتحديد الخلل في تلك العمليات والذي يرجح أن يكون قد أدى إلى ظهور صعوبة تعلم القراءة بصفة خاصة. بمعنى أنه يركز على علاج أصل الصعوبة أو أسبابها وهو العملية المعرفية وليس ظاهرها.

ومن أهم البرامج الحديثة ضمن هذا الاتجاه برنامج داس DAS المبني على نظرية المعالجة المعرفية المتتابعة والمتزامنة، وهو يستمد أصوله من مصادر متعددة كنموذج إتكسون وشيفرن في الذاكرة قصيرة وطويلة المدى، وبحوث هب في الحرمان الحسي، ومفاهيم فيجوتسكي عن العمليات التي تصف النشاط العقلي للفرد، كالاستدلال، والتوسط الاجتماعي الثقافي، وحدود النمو الأقرب. ويتضمن هذا البرنامج العلاجي عشرة مهام مزدوجة، لكل منها ثلاث مراحل أدائية تتحدد بناء على استجابة الطفل، وتكفل هذه المهام التدريب على استخدام العديد من الاستراتيجيات المعرفية وتطويرها بما يتلاءم مع متطلبات كل مهمة من مثل التكرار والتصنيف وضبط الأداء، والتنبؤ وتصحيح التنبؤ، والتفكير بصوت عال، والمسح البصري للأمام والخلف، والتمييز والربط والتصنيف وذلك بالنسبة للحروف والكلمات والأشكال (محمد رياض أحمد ، 1997، ص ص 57-86).

3-2- صعوبات الكتابة Dysgraphia:

ويستخدم العلماء مصطلح Dysorthography للإشارة إلى صعوبات التهجئة، ومصطلح Dysgraphia للإشارة إلى عسر الكتابة.

وقد لخص فتحى الزيات (1998) بعضاً من نتائج الدراسات والبحوث التي تناولت ذوي صعوبات الكتابة كما يلي:

-كتاباتهم تحتوي على العديد من الأخطاء في التهجي، والإملاء، والقواعد، والتراكيب، وفي استخدام علامات الترقيم كالنقط والفواصل، وكذا تشابك الحروف وأنماط أخطاء الكتابة اليدوية.

-كتاباتهم غير منضبطة، وتفتقر إلى التنظيم والضبط، وغالبا ما يحذفون بعض حروف الكلمات مثل حروف البداية أو النهاية أو الوسط، وقد يضيفون بعض الحروف التي لا ترتبط بالكلمة المقصودة.

-تشير كتاباتهم إلى صعوبات في النشاط التنفيذي لمعظم العمليات المعرفية التي تقوم عليها الكتابة الفعالة والتي تشمل توجيه الكتابة وإنتاج النص، والتخطيط للكتابة، ومراجعتها.

-يكتبون ما يرد على أذهانهم سواء أكان مرتبطاً بموضوع الكتابة أم لا.

وغالبا ما تكون الجمل التي يستخدمونها قصيرة ومفككة، وتفتقر إلى المعنى أو المضمون.

-مراجعاتهم وتصحيحاتهم لأخطائهم تتسم بالآلية وبأقل قدر من الوعي، وهم أقل فهما لتلك الأخطاء وأقل من حيث الاستفادة اللاحقة منها.

-يميلون إلى تقدير كتاباتهم وإدراكها على نحو أفضل من تقديرات المدرسين والأقران والآباء لها.

كما أشار فيصل الزراد (2001) إلى المظاهر التالية لصعوبات الكتابة لدى بعض التلاميذ:

-الخلط في الكتابة بين الأحرف المتشابهة أثناء الإملاء أو النسخ.

-صعوبة في وضع الهمزة في أماكنها الصحيحة أثناء الإملاء.

-صعوبة لدى البعض في كتابة الكلمات التي بها مد أثناء الإملاء.

-صعوبة في كتابة الكلمات التي بها تتوين والخلط بين التتوين وحرف النون أثناء الإملاء.

-صعوبة في كتابة الفعل المضارع المعتل الآخر بالواو والخلط بينه وبين واو الجماعة.

-صعوبة في كتابة حرف الألف الملحق بياء الجر في الكلمات المعرفة بـ ال في الإملاء

-الصعوبة في الكتابة بحروف منفصلة أو بحروف متصلة.

-الصعوبة في مسك أدوات الكتابة، وفي وضع الورقة بشكل صحيح.

-الصعوبة في إنتاج الحروف الكبيرة أو الحروف الصغيرة.

-صعوبة التحكم بالسرعة المناسبة للكتابة.

-الصعوبة في ترك فراغات وتنظيمات مناسبة في ورقة الكتابة.

-الصعوبة في رسم الأشكال مباشرة.

-الصعوبة في نسخ الأعداد الحسابية.

-تصغير الحروف أو تك، إليك المحتوى النصي.

-تصغير الحروف أو تكبيرها عن اللازم (الزرد ، 2001 ، ص28).

3-2-1-العوامل المسببة لصعوبات تعلم الكتابة:

تسهم عوامل عديدة في صعوبات تعلم الكتابة من بينها:

أ-عوامل عقلية معرفية: كاضطرابات الانتباه ، والإدراك والتذكر البصري والتمييز البصري بين الحروف والكلمات والأعداد والأشكال ، واضطرابات إدراك العلاقات المكانية البصرية،

وإدراك المسافات والعلاقات بين الحروف والكلمات والأعداد ، وضعف المقدرة على تكوين الصور البصرية Visual Image للحروف والكلمات في الأجزاء المؤخرية بالقشرة المخية.

ب-عوامل نفسية عصبية: كالخلل الوظيفي المخي البسيط في مراكز الكتابة بالقشرة المخية مما لا يمكن للطفل من تذكر وتنظيم وإنتاج المنظومة الحركية المتتابة اللازمة لنسخ الحروف والكلمات.

ج-عوامل جسمية: كاضطرابات التناسق البصري - الحركي، وقصور الضبط الحركي (وضع الجسم، والتحكم في حركات الرأس والذراعين واليدين والأصابع، والتحكم في العضلات الدقيقة).

د-عوامل انفعالية دافعية: ومنها نقص الدافعية لدى الطفل وعدم المثابرة على تعلم الكتابة، والتوتر والقلق والإحباط، والإنذافية والتشتت، وفرط النشاط الحركي.

هـ-عوامل مدرسية: ومنها قصور في التدريس، وعدم كفاية تدريب الطفل على المهارات الأولية اللازمة للكتابة؛ كالجلسة الصحيحة أثناء الكتابة، وطريقة الإمساك بالقلم، والتمييز الدقيق بين أشكال الحروف، وبين أشكال الحروف الصحيحة والخاطئة، وتقدير المسافات بين حروف الكلمة، وبين كلمات داخل الجملة الواحدة، وتتبع رسم الحروف والأعداد والأشكال، وتنظيم الخط، بالإضافة إلى عدم تزويد الطفل ولا سيما عند بداية تعلمه الكتابة بتغذية فورية راجعة لتصحيح أخطاء الكتابة ليثبت عليها.

3-2-2-تقييم وتشخيص صعوبات الكتابة:

يستلزم تشخيص صعوبات الكتابة لدى الطفل عدداً من الفحوص المتكاملة تشمل جوانبه النفسية والجسمية والاجتماعية فضلاً عن التعرف على المهارات الأساسية التالية للكتابة:

-وضع الجسم واليد والرأس والذراعين أثناء التهيئ للكتابة.

-كيفية الإمساك بالقلم.

-الخطوط الناتجة عن الكتابة : عمودية (فوق - تحت) أفقية (يمين - يسار) منحنية (إلى اليمين أو اليسار) وميل الحروف (يمين - يسار).

-تشكيل الحروف : الشكل (صحيح أم لا) الحجم (مناسب أم لا).

-استقامة مسار الكتابة (الخط) أو تعرجه.

-الفراغات بين الحروف (مناسبة - متسعة - ضيقة).

-نوعية الخط من حيث الضغط بالقلم على الورقة (قليل - خفيف)، واستقامة الخط (مستقيم- متموج غير متناسق).

-تنسيق الكتابة (الهوامش والفقرات) لإبراز معانيها وبيان تسلسل الأفكار

-اكتمال الحروف أو عدم اكتمالها

- التقاطع في كتابة الحروف والأشكال.

إضافة إلى ذلك فقد أشار عبد الوهاب كامل (1993) إلى أنه يمكن تشخيص العسر الكتابي من خلال رصد أخطاء الكتابة كما يلي:

أ-اضطرابات الهجاء: عدد الحروف التي أهملها الطفل، وعدد الحروف التي أبدلها الطفل، وعدد الحروف الزائدة التي كتبها الطفل.

ب- اضطرابات استعمال الفواصل والنقط لتوضيح المعنى:

- عدد الفواصل والنقط التى أهملها الطفل.
- عدد الفواصل والنقط التى أبدلها الطفل.
- عدد النقط التى وضعها الطفل فى المكان غير المناسب.

ج- اضطرابات شكل الحروف المكتوبة:

- الحروف غير المنتظمة.
- الإغلاق غير الكامل للحروف.
- الاتصال غير التام للحروف.

ويتم تقديم ذلك كله بالنسبة لكل من الكتابة أثناء النقل، والإملاء، والتعبير الكتابي (عبد الوهاب، 1993، ص36)

3-2-3- علاج صعوبات الكتابة:

يشمل علاج صعوبات الكتابة ما يلى:

أ- علاج اضطرابات الضبط الحركي، وتدريب الطفل على المهارات الأولية اللازمة للكتابة والتي سبق ذكرها.

ب- تحسين مهارات الإدراك والتمييز البصرى للأشكال والحروف والكلمات والأعداد.

ج- تحسين الذاكرة البصرية للحروف والكلمات والأشكال والأعداد ومن الإجراءات المتبعة فى ذلك أسلوب إعادة التصور بأن يعرض على الطفل شكلاً أو حرفاً أو كلمة ما، ثم يغلق عينيه محاولاً إعادة تصوره، ثم يفتح عينيه للتثبت من إمامه به، وعرض سلسلة من الحروف على بطاقات ثم يطلب إلى الطفل إعادة كتابتها من الذاكرة، وجعل الطفل ينظر وينطق اسم

الحرف أو الكلمة، والتدريب على التتبع الحس-حركي للحروف أو الكلمات أو الأعداد حتى يلم بها، ثم إعادة كتابتها آلياً من الذاكرة.

د- علاج صعوبات مهارات تشكيل الأحرف: يشمل ذلك عدة إجراءات تتمثل فيما يلي:

- النمذجة: أي تقديم نموذج لحرف كي يقلده الطفل بعد ملاحظة رسمه.

- ملاحظة العوامل المشتركة عن طريق المقارنة بين الحروف (ب / ت / ث كمثال).

- المثبرات الجسمية: بتوجيه المدرس لحركة يد الطفل وبصره نحو تتبع اتجاهات شكل حروف وكلمات لكي يكتبها أو يستكملها فيما بعد ويمكن أن يستخدم الأسهم أو النقاط الملونة.

- التتبع: تقديم نماذج ينسخها الطفل بيده (حروف منقطة أ أو ب).

- النسخ: أي نسخ الحروف على قطعة من الورق أو على لوح.

- التعبير اللفظي (الشفهي أو الكلامي): حيث ينطق الطفل أو يلفظ ما يكتبه.

- الكتابة من الذاكرة: أي يكتب الطفل الحروف دون مساعدة أو إرشاد من المدرس.

- التكرار: حيث يطلب من الطفل تكرار كتابة الحروف حتى يتقنها مستخدماً أكثر من حاسة.

- التصحيح الذاتي والتغذية الراجعة: من خلال نموذج يرجع إليه الطفل ويقارن به ما كتبه ليرى خطأه من صوابه ومن أمتلته لوحة الحروف الهجائية.

- التعزيز: بالمدح والتشجيع والتصحيح أو التصويب من جانب المدرس.

كما ينقل نبيل حافظ (2000) الخطوات التالية عن "ليرنر" لتدريب الأطفال على الكتابة الصحيحة وهي كالتالي:

-تدريب الأطفال على معاينة نماذج الدوائر والخطوط والأشكال الهندسية والحروف والأعداد قبل البدء في الكتابة وذلك باستخدام العضلات الكبيرة للذراعين واليدين والعضلات الدقيقة للأصابع.

-دعوة الأطفال إلى الرسم على الصلصال أو الرمل المبث للحواف والأعداد.

-تدريب الطفل على الجلوس السليمة على منضدة الكتابة.

-وضع ورقة الكتابة فوق المنضدة بحيث تكون معتدلة عند كتابة الحروف المتصلة ومائلة إلى اليسار عند كتابة الحروف المنفصلة بمعرفة الطفل الأيمن والعكس صحيح بالنسبة للطفل الأعسر.

-تدريب الطفل على الإمساك الصحيح بالقلم لتعلم الكتابة.

-يوجه الطفل إلى صنع ورقة ستتسل مكتوب عليها الحروف والأعداد والأشكال الهندسية ويضعها فوق ورقة بيضاء ويدعى الطفل للضغط عليها بالقلم الرصاص ثم يرفعها ليرى الكتابة التي انطبعت فوق الورقة البيضاء ويمكن للطفل قص ما كتب ومضاهاته على النموذج.

-صنع قائمة من الحروف والأعداد والخطوط والأشكال الهندسية ووضعها تحت ورقة شفافة ويطلب من الطفل كتابة مثلها.

-تدريب الطفل على الكتابة المزدوجة للحرف.

-تقديم نماذج منقطة لحروف وأرقام وأشكال ويدعى الطفل إلى تتبعها.

-تقديم أشكال لحروف ناقصة ويدعى الطفل إلى استكمالها.

-تقديم أوراق مطبوع عليها خطوط متوازية ملونة ويدعى الطفل إلى كتابة الحروف الهجائية بينها.

-يمكن استخدام نماذج من الورق المقوى الملون لكتابة الحروف بينها.

-البدء بالحروف السهلة (أ، ب) ثم الأصعب.

-تقديم إرشادات لفظية عند كتابة الطفل للحرف: تحت، فوق، خلف، أمام ... إلخ أثناء إمساك الطفل بالقلم وشرعه في الكتابة.

-التدريب على الكتابة المتصلة: ويتعين عدم تدريب الطفل عليها إلا بعد أن يتقن أولاً كتابة الحروف المنفصلة وهي مهارة يتعين أن تراعى فيها اعتبارات أخذ المسافات والحجم ودرجة الميل والتهميش عند كتابة الكلمات والجمل والفقرات.

3-3- صعوبات الحساب Dyscalculia:

يقصد بصعوبات الحساب أو عسر العمليات الحسابية Dyscalculia اضطرابات تعلم المفاهيم الرياضية، والعجز عن فهم وإجراء العمليات الحسابية الأساسية (الجمع والطرح والضرب والقسمة) وتسجيل الحلول.

3-3-1- أعراض صعوبات الحساب:

من مظاهر تلك الصعوبات لدى الطفل ما يلي:

-الإخفاق في فهم المسائل الرياضية شفويًا.

-الإخفاق في قراءة الرموز الرياضية بشكل صحيح (الأعداد، والعلاقات الحسابية والجبرية) وفهم مدلولاتها، وصعوبة نطقها.

-صعوبة كتابة الأرقام الحسابية والرموز الرياضية بشكل صحيح، والخلط بينها.

-صعوبة فهم الأفكار والعلاقات الرياضية (أكثر من، أقل من، يساوي، فوق، تحت ... إلخ) والمفاهيم الرياضية الأساسية في الحساب (العدد، المسافة، الجذر، التربيع ... إلخ).

-الخلط وصعوبة التمييز بين الأرقام المتشابهة (مثل 6 و 9).

-صعوبة فهم وإجراء العمليات الحسابية الأساسية والخلط بينها، كأن يجمع الطفل بدلاً من أن يطرح، والقيام بإجراء أكثر من عملية كالجمع والطرح في مسألة واحدة بدلاً من أن يجمع فقط.

-الصعوبة في التمييز البصري المكاني للأرقام.

-الصعوبة في إنتاج الأشكال الهندسية.

-صعوبة إتباع خطوات متسلسلة في إجراء العمليات الحسابية.

-صعوبة التمييز بين العلاقات الأساسية المختلفة ($<$ ، $>$ ، $=$ ، $\times$ ، $-$ ، $+$) والرموز الجبرية، والأشكال الهندسية.

-الخلط بين الأرقام في خانات الآحاد والعشرات والمئات ... وهكذا.

-صعوبة التمييز بين الأرقام ذات الاتجاهات المتعاكسة عند الكتابة (يمين ويسار، أعلى وأسفل).

-استغراق وقت طويل في تنظيم الأفكار.

-ضعف القدرة على التجريد.

وترجع هذه الصعوبات عموماً إلى عوامل عديدة منها:

-قصور الانتباه البصري والسمعي، وصعوبات الإدراك والتمييز البصري بين الشكل والأرضية، وبين العلامات والأرقام والأشكال، وقصور الإدراك السمعي (فهم التعليمات اللفظية والأسئلة الشفوية) وضعف التذكر البصري للرموز والأشكال الهندسية والأرقام واستدعائها، وضعف التذكر السمعي للمفاهيم الرياضية والتتابعات العددية في سلاسل، وقصور التمييز البصري - المكاني.

-صعوبات التفكير التجريدي، وتكوين المفاهيم (العدد والوقت والكتلة والشكل والحجم... إلخ) والتفكير الكمي، والتعميم. وهي مفاهيم ذات أهمية فائقة في تعلم الحساب والرياضيات واستنتاج حلول المسائل والمشكلات.

-صعوبات التكامل الحسي-حركي.

-ضعف القدرة على التركيز والانتباه، والاندفاعية والتسرع، وفرط النشاط الحركي غير الهادف.

-الشعور بالإحباط والتوتر والقلق، وانخفاض تقدير الذات، وتوقع الفشل، والاتجاه السلبي نحو دراسة الحساب والرياضيات، وفقدان الثقة بالنفس.

-البيئة المنزلية غير المواتية للاستثارة الكافية، والتدريب والمتابعة.

-البيئة المدرسية، وأساليب التدريس غير الملائمة وغياب التدريس الفردي والعلاجي، والمساعدة العلاجية لذوى الاحتياجات التعليمية الخاصة.

3-2-3- علاج صعوبات الحساب:

من بين الطرق والاستراتيجيات العديدة في علاج صعوبات الحساب:

-تفريد التدريس والتعليم بحسب الإحتياجات التربوية لكل تلميذ، وتنويع أسلوب معالجة محتوى المادة الدراسية وتقديمها، وعدم ثبات زمن التدريس لجميع التلاميذ، والعمل على زيادة دافعيتهم للتعلم والإنجاز.

-العمل على علاج صعوبات العمليات النفسية الأساسية التي يعتقد أن لها أثر مباشر في صعوبات الحساب، كالانتباه والإدراك والتمييز البصري والسمعي، وتكوين المفهوم، ويمكن استخدام الألعاب الرياضية وأنشطة الرسم والتشكيل، والحركات الإيقاعية وغيرها مما يكفل استخدام وتوظيف الحواس المختلفة للطفل في تدريب هذه العمليات، وتعد هذه الطريقة أكثر ملاءمة للأطفال.

-التدريب على المهارات اللازمة للحساب، وتشمل هذه المهارات تحديد السلوك المطلوب تعليمه أو المهمة التعليمية بشكل إجرائي، وتحليل المهمة التعليمية والظروف التي يتم فيها تعلمها، وتجزئة المهمة إلى مهارات فرعية، ثم التعليم المباشر لها، مع التقييم المستمر للوقوف على مدى إتقان التلميذ لتعلمها، ويشيع استخدام هذه الطريقة مع الشباب.

وقد اعتمد مصطفى أبو المجد (1998) على المزج بين أسلوب تحليل المهام التعليمية، والتدريب على العمليات النفسية في بناء وتطبيق برنامج علاجي لصعوبات تعلم العمليات الحسابية الأساسية لدى عينة من تلاميذ الابتدائية من خلال تقديم المادة العلمية بصورة متدرجة من السهل إلى الصعب، مع تدريب التلاميذ على التمييز البصري للمثيرات اللونية المختلفة، وتنمية مدركاتهم الحسية السمعية والبصرية، وزيادة انتباههم إلى المعلم وتشويقهم إلى دراسة الحساب من خلال الأنشطة والتدريبات الحركية والألعاب الرياضية، وكفالة

مشاركة التلاميذ في الأنشطة التعليمية مع تقديم التعزيز الفوري لهم بعد كل نجاح يتم إحرازه، والعمل على زيادة ثقتهم بأنفسهم والتخفيف من حدة التوتر أثناء تقديم البرنامج.

كما أكدت نتائج دراسات عديدة على فعالية أنماط التعزيز Reinforcement اللفظي والمرئي والكتابي المستخدمة في علاج صعوبات تعلم الحساب، نظراً لما تكفله من تنمية مهارات التواصل بين المعلم والتلاميذ من خلال التدريس القائم على الحوار والمناقشة، والعمل على استثارة طاقات التلاميذ واهتماماتهم، ورفع مستوى دافعيتهم ومثابرتهم على التعلم والتحصيل عن طريق الحوافز والمكافآت (الدريد، 1998، ص 260).

4- الخصائص السلوكية لذوي صعوبات التعلم:

إضافة إلى الصعوبات الأكاديمية، تظهر على أطفال صعوبات التعلم مجموعة من الخصائص السلوكية والاجتماعية والإنفعالية (القريطي، 1989، ص 67):

- مشكلات لغوية: ضعف في فهم واستخدام اللغة الشفوية.
- اضطرابات الذاكرة: عدم القدرة على تذكر المعلومات لفترات زمنية كافية.
- مشكلات حركية: قصور في التنسيق الحركي وضعف في المهارات الحركية الدقيقة.
- مشكلات انفعالية واجتماعية: يظهرون أحياناً سلوكيات اندفاعية، أو تدني في مفهوم الذات، وقد يواجهون صعوبات في التكيف الاجتماعي مع أقرانهم.
- تشتت الانتباه وفرط الحركة: وهي خصائص نمائية شائعة تؤثر على قدرتهم على التعلم.

5-تقييم ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية :

عند تقييم الأطفال ذوي صعوبات التعلم، يجب أن يتبع ذلك إجراءات شاملة ومتعددة الأوجه، ويشمل جمع بيانات نوعية وكمية من مصادر متعددة، وضرورة دراسة تاريخ الحالة للطفل، بما في ذلك الخلفية النفسية، الاجتماعية، التعليمية، والصحية والنمائية. وتشمل أدوات التقييم والإجراءات المستخدمة الأساليب التالية (القريطي، 2005، ص450):

- **الملاحظة:** لمتابعة سلوكيات الطفل في المواقف التعليمية.
- **مقاييس الذكاء:** لتقدير القدرة العقلية واستبعاد التخلف العقلي.
- **الاختبارات التحصيلية المقننة:** لتقدير مستوى الأداء في القراءة والكتابة والحساب.
- **اختبارات القدرات النمائية:** لتقييم الإدراك السمعي والبصري والذاكرة.
- **قوائم التقدير الشخصية والسلوكية:** لتقييم المظاهر الانفعالية والاجتماعية المصاحبة.

وتتم عملية التقييم والتشخيص في مراحل متدرجة لضمان دقة النتائج، وتشمل:

-**المسح أو الفرز الأولي:** لتحديد الحالات المعرضة لخطر الإعاقة أو القصور النمائي.

-**التشخيص والتقييم الدقيق:** دراسة وتقييم شامل لحالة الطفل، وتحديد جوانب القصور لديه.

-**تحديد الاحتياجات والأهداف:** تحديد الاحتياجات التربوية للطفل ووضع الأهداف المناسبة.

-**تصنيف الحالة:** توجيه الطفل إلى المكان المناسب لتقديم الخدمات التربوية الخاصة

-التقويم: تقييم مدى تقدم الطفل في البرنامج الفردي.

خاتمة:

يظهر أن فهم صعوبات التعلم يتطلب رؤية شمولية تراعي الجوانب المعرفية والحسية واللغوية والنفسية لدى الطفل. فالاستراتيجيات العلاجية المتعددة، سواء في القراءة أو الكتابة أو الحساب، أثبتت فعاليتها عندما ترتبط بتقييم دقيق ومتابعة مستمرة. كما أن توفير برامج تستند إلى تحليل المهام والمعالجة المعرفية يسهم بشكل فعال في تحسين أداء الأطفال وتنمية قدراتهم. ولأن هذه الصعوبات تؤثر في ثقة الطفل بنفسه وتوافقه الاجتماعي، فإن الدعم النفسي والانفعالي لا يقل أهمية عن الدعم الأكاديمي. ومن هنا تبرز ضرورة تعاون الأسرة والمعلمين والمتخصصين لضمان أفضل النتائج الممكنة. فالاهتمام المبكر والاستجابة المناسبة هما المفتاح الحقيقي لتجاوز تحديات التعلم.

المحاضرة 11: مشكلات الأشخاص في وضعية إعاقة

مقدمة:

لا يواجه الشخص في وضعية إعاقة حدوداً جسمية أو حسية فقط، بل يعيش جملة من الضغوط الداخلية والخارجية التي تؤثر في توافقه النفسي وسلوكه الاجتماعي وتفاعله مع بيئته. وتؤكد الأدبيات الحديثة أنّ الإعاقة، إن لم تُفهم وتُدار بصورة سليمة، قد تولّد لدى صاحبها اضطرابات انفعالية وشعوراً بالنقص وصعوبات في الاندماج مع الآخرين. كما أنّ الأسرة والمجتمع يشكلان بُعدين بالغَي الأهمية في تشكيل التجربة النفسية للمعاق، سواء بالسلب أو الإيجاب. ومن هنا تأتي ضرورة دراسة المشكلات المترتبة عن الإعاقة باعتبارها مدخلاً أساسياً لتصميم برامج تدخل فعّالة. ويهدف هذا الدرس إلى الفهم العلمي لطبيعة ما ينتج عن الإعاقة من مشكلات نفسية، اجتماعية، صحية وتعليمية وإبراز انعكاساتها على الفرد ومحيطه.

1- المشكلات النفسية:

تظهر هذه المشكلات نتيجة للتغير الذي يطرأ على الفرد حيث تُعد التغيرات الجسمية الفجائية شغله الشاغل ومصدر قلق بالنسبة له، فهو يرى نفسه موضع أنظار أقرانه مما يجعل الانفعالات والاضطرابات والعقد النفسية تسيطر على شخصيته. وتُنسب المشكلات النفسية إلى سوء توافق المعوق مع نفسه ومع بيئته بسبب فشله في تحقيق أهدافه وإرضاء حاجاته النفسية والاجتماعية، فالإعاقة بصورة عامة تؤدي إلى تذبذب الثبات الانفعالي، ويصعب على المعاق إعادة توافقه النفسي والاجتماعي بمفرده، لأن الإعاقة تعتبر بمثابة حاجز نفسي بين المعاق وبيئته الاجتماعية، فينكمش على نفسه نتيجة شعوره بالاختلاف عن الآخرين (عبد الغفار، 2003، ص35).

وتزداد حدة المشكلات النفسية عند زيادة حدة الإعاقة الظاهرة. فالإعاقة الشديدة تفرض على صاحبها نمطاً معيناً في الحياة، خاصة لمن يتطلب عمله استغلال أطرافه، فيصبح في هذه الحالة غير راض عن نفسه وتنتابه الهواجس ويساوره القلق المستمر عن حاضره ومستقبله، مما يجعله يعاني آلاماً نفسية شديدة تؤدي إلى ظهور عدد من الخصائص الانفعالية السلبية مثل الغضب وسرعة الاستثارة وتقلب المزاج (القذافي، 1988، ص35).

وقد أشارت البحوث والدراسات الاجتماعية في هذا المجال إلى أن أكثر ما ينجم عن الإعاقة من مشكلات نفسية يمكن أن نوجزها في الآتي:

أ- **الشعور الزائد بالنقص:** إن الظروف المحيطة بالمعاقين تجعلهم عادة يشعرون بالنقص، نظراً لإعاقته وضعفه، ونظراً لاعتماده على الآخرين، ونظراً لحساسيته الزائدة في تعامله مع من حوله، فتجعله الإعاقة يشعر بقلته وعجزه، مقللاً تقديره لذاته، والمعاق الذي يعاني من الشعور الزائد بالنقص نجده ضعيف الثقة في النفس وفي الآخرين، نتيجة لمواقف الآخرين نحوه، ونتيجة لفشله في مواقف متكررة تزيد من شعوره بالنقص، مما يجعله مبتعداً عن الناس، خجولاً شديد الحساسية إلى غير ذلك من مظاهر الشعور بالنقص (عزت راجح، 1973، ص23).

تجعل الإعاقة الفرد عاجزاً عن الاستقلال، والاعتماد على النفس، ويشعر بأنه عالة على غيره، كما يفقد الأمن المادي والنفسي، والاجتماعي، ويصبح قلقاً خائفاً من المجهول، وضعيف الثقة بالنفس، سريع الانفعال، شديد الحساسية، وكثيراً ما يلجأ المعاق إلى التعويض الزائد، عن طريق التفوق على الآخرين بصورة فائقة، حتى يعوض تفوقهم عليه في الجوانب التي تنقصه وهذا التعويض الزائد، والتفوق المبهز، يساعد المعاق ويمكنه من الظهور والسيطرة على الآخرين، ليغطي مشاعر الألم والحسرة، والضيق والقلق، التي تسببها له مشاعر النقص.

ب- عدم الاتزان الانفعالي:

يواجه الشخص المعاق عدم الاتزان الانفعالي، وعدم الثبات الوجداني، وعدم نضج انفعالاته. فعدم الثبات الانفعالي يتميز بالتغير المفاجئ في الحالة المزاجية والسلوك، وهو من الأمور التي كثيراً ما يلاحظها الآخرون قبل أن يلاحظها الشخص نفسه، مثل إظهار الحزن مكان السرور والابتهاج، والثور مكان التقبل والرضا، والتحول إلى الإسراف فجأة مكان الحرص والتعقل، وإبداء التجاهل وعدم الاكتراث في المواقف التي تتطلب الحزم والاهتمام (القذافي، 1998، ص60).

ويظهر عدم اتزان المعاق إنفهااليا في عدم القدرة على التفاعل مع المواقف المختلفة، وعدم القدرة على الاستفادة من الخبرات المتاحة له عند تفاعله مع مواقف الحياة المختلفة، مما يؤدي إلى عدم قدرته على تنمية مهارته وقدراته المتبقية، كما يؤدي إلى كثير من الاتجاهات الاجتماعية السالبة، وما لها من تأثير سلبي على تكيف المعاق مع مجتمعه، ويقلل من فرص تفاعله مع الآخرين، وبالتالي يؤثر سلباً على علاقته مع أسرته والمحيطين به من أفراد المجتمع (الروسان، 1996، ص40).

ج- الاضطرابات النفسية: هي تلك الحالة النفسية التي تتضمن عدم شعور المعاق بالطمأنينة والارتياح، والرضا وعدم قدرته على تكيفه مع نفسه، وعدم رضاه عنها، وكذلك عدم قدرته على التكيف مع الآخرين، وعدم قدرته على تكوين علاقات إيجابية مع أسرته، ومع الآخرين، وعدم مواجهة الأزمات والشدائد والصعوبات، وما يترتب عليها من عدم الاتزان والثبات العاطفي وما يتبعه من انطواء وعزلة، وشعور بالاكنتاب بالإضافة إلى شعوره بعدم راحة البال، وعدم رضاه عن نفسه، وتقبله لها، وما يصاحب ذلك من توتر، وصراع، وألم، ما يؤدي إلى عدم تحقيق التوافق مع نفسه ومع مجتمعه (بركات، 1981، ص63).

د- **فقدان الشعور بالأمن:** فقدان المعاق لمشاعر الأمن يقصد به الحالة النفسية التي يشعر فيها بأنه خائف دائماً، وغير آمن على نفسه، أو على أسرته، ويخيفه المجهول ويرعبه، ويشعر بأنه مهدد في حياته، مهدد في كل شيء يحيط به، أو يتعامل معه، ويخاف من كلام الناس ونقدهم وملاحظاتهم والتعامل معهم، فعجزه، وما يصاحبه من مشاعر النقص يدفعه إلى الخوف من الناس والنفور منهم والانتواء، والانعزال بعيداً عنهم، حتى لا يسيئون ذاته، أو يجرحون كرامته بسخريتهم، أو بشفتقتهم، لأنه عاجز عن منافستهم أو التعايش معهم، بعد أن أفقدته العاهة ثقته بنفسه، وشعور المعاق بالنقص وفقدان الثقة بالنفس يزيدان من مخاوفه، ويفقدانه الشعور بالأمن.

هـ- **الإفراط في الميكانيزمات أو الحيل الدفاعية:** الحيل الدفاعية عبارة عن عمليات نفسية هدفها خفض التوتر والقلق، وهي تعمل بطريقة لا شعورية، لإنكار الواقع أو تزييفه، واستخدام الحيل الدفاعية أمر سوي وعادي إذا استخدمت بصورة سليمة أما إذا استخدمت الحيل الدفاعية بشكل مسرف، فيمكنها أن تؤثر في النمو النفسي لأنها تمنع الفرد من التعامل مع العالم الواقعي بطريقة واقعية (عبد الخالق، 1997، ص247).

والمعاق قد تدفعه الإعاقة إلى اللجوء للحيل الدفاعية عند إخفاقه وفشله في الوصول إلى التوافق النفسي سواء مع ذاته، أو مع بيئته الاجتماعية، ويترتب على هذا الفشل والإخفاق الصراع والقلق، والذي يسعى المعاق إلى تخفيفه بطرق شتى من الحيل الدفاعية، فقد يستخدم مثلاً الكبت، التبرير الإسقاط، النكوص أو يستخدم التعويض، التحويل، وكل ذلك يمنعه من التعامل مع العالم الواقعي بطريقة واقعية (عبد اللطيف، 1990، ص55).

و- **الاضطرابات النفس-جسمية:** مشكلة الاضطرابات النفسجسمية من المشكلات التي يعاني منها بعض المعاقين، وخاصة الذين يعانون من بعض الصراعات النفسية، أو يعرضون أنفسهم للإنفعالات الشديدة ما ينتج عنه اضطرابات نفس-جسمية مثل الشعور

بالصداع والدوخة، والشكوى من أوجاع جسمية متعددة، على الرغم من عدم وجود سبب عضوي لهذه الأعراض (محمود صالح، 1999، ص35). وهذه الاضطرابات تؤدي بدورها إلى انخفاض حدة الشعور بالقلق الذي يعيشها المعاق، ويمكن لهذه الاضطرابات النفس-جسمية أن تتطور وتصل إلى أعراض أكثر شدة مثل قرحة المعدة، وقرحة الاثني عشر، وضغط الدم العالي والإمساك المزمن، وغيرها من الأمراض (القوسي، 1952، ص129)، لذلك لابد من التنفيس عن الانفعالات وتصريفها، والتعبير عن المشاعر السلبية وتخفيفها، والتعبير عن الضغوط البيئية وإزالتها، حتى لا تكون سبباً لمثل هذه الاضطرابات النفس-جسمية، وهناك بعض المشاكل النفسية الأخرى التي يعاني منها المعاقون، والتي تسبب لهم الكثير من الضيق والألم، والخوف والحزن، والقلق مثل الشعور باليأس، والشعور بالرفض، والانطواء والعزلة، والشعور بالتشاؤم وتوجس الشر من الآخرين.

2- المشكلات الاجتماعية: إن المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المعاقون لا تقل أهمية عن المشكلات النفسية، وهي مرتبطة ومتداخلة ومتفاعلة معها، ولا يمكن فصلها، كل منها يؤثر ويتأثر بالآخر. فالمشكلات الاجتماعية تمثل المواقف والظروف التي تضطرب فيها علاقات الفرد مع الآخرين المحيطين به، من الأسرة إلى المجتمع بكامل مؤسساته وبهذا فالمشكلة الاجتماعية هي انحراف السلوك الاجتماعي عن القواعد والمعايير التي حددها المجتمع للسلوك الصحيح، طالما أن هذه المعايير والقواعد مقبولة من طرف الأفراد، ويعتبر الخروج عنها انحرافاً عن القوانين الصحيحة، مما يؤدي إلى حدوث رد فعل واضح من الجماعة، فالمشكلة الاجتماعية موقف يتطلب معالجة إصلاحية ينجم عن ظروف المجتمع أو البيئة الاجتماعية في عدم توفير وتأمين احتياجات ومتطلبات الأفراد، وتظهر هذه المشكلات من خلال ممارسة الفرد لدوره وتفاعله في المجتمع لتحقيق مطالبه الخاصة، وله أيضاً ظروفه المعيشية التي يستوجب على المجتمع تأمينها له حتى يشعر بأنه قادر على ممارسة حياته بكل عزم وثقة. إن الخصائص الاجتماعية لها أهمية خاصة عند المعاقين

بالنظر لإعاقتهم بصفة عامة، فهم يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية، ويعتبر هذا العامل من أهم الأسباب التي تكمن وراء فشل محاولات دمج هذه الفئة، ذلك أن حدة هذه المشكلات تؤدي إلى انسحاب اجتماعي لدى الأفراد على اختلاف درجة ونوع إعاقاتهم. وتبرز المشكلات الاجتماعية بوضوح في الآتي :

أ- **مشكلات أسرية:** وهي كل ما يصدر عن أسرة المعاق (الوالدين والإخوة) من ردود أفعال نحو الإعاقة، فالأسرة من أشد الجوانب تأثراً في تنشئة الفرد في سلوكه الاجتماعي وفي بناء شخصيته، فهي التي تهذب السلوك وتجعله إما مقبولاً أو مرفوضاً من قبل المجتمع، وللروابط والعلاقات الاجتماعية أهمية خاصة بالنسبة للمعاقين، فهي التي تساعد على تدعيم شخصية الشخص المعاق في بيئته الأسرية والمجتمعية، وهي التي تهئ له الجو الهادئ، والشعور بالأمن، الذي يساعده على الشعور بالثقة بالنفس، والثقة في العالم الذي يتفاعل معه، فإذا أضعفت الإعاقة علاقات المعاق بمن يتعاملون معه، فإنها تهز كيانه وتؤثر تأثيراً سلبياً على شخصيته، وخاصة علاقاته بأسرته، فإذا أضعفت الإعاقة هذه العلاقات وانهارت، تهتز ثقته بأسرته، ويفقد أمنه العائلي، ويختفي شعوره بالانتماء، مما يشعره بالحرمان من المحبة والتعاطف، والهدوء والثبات والاستقرار (السنهوري، 1998، ص22).

وإذا تفككت شبكة علاقات المعاق أو تمزقت بينه وبين الذين يتعاملون معه له، أو السخرية منه، أو معايرته بعاهته أو عجزه، فسيكون ذلك دافعاً إلى أن يرد على سلوكهم هذا إما بسلوك عدواني، أو بسلوك تعويضي سلبي مبالغ فيه، وما يترتب على ذلك من أنواع السلوك الانحرافي. إذا انهارت علاقات المعاق مع عالمه الذي يتعامل معه، فستضطرب بيئته الأسرية، وستضطرب حالته النفسية، وسيعجز عن التوافق معهم فيكره الجميع، ويحقد عليهم، وقد يندفع للسلوك المضاد للمجتمع، ويصبح شخصية لا اجتماعية.

ضعف علاقات المعاق مع جماعته الأسرية أو الاجتماعية ينعكس سلبياً على مكانته الاجتماعية ويسبب لها الاهتزاز، أو الإنهيار، وفي ذلك يقول "وليم شوتز William Schutz أن كل إنسان يعيش في جماعة لابد أن يقيم علاقات تتصف بالتوازن بينه وبين بيئته الإنسانية، الذي يدفعه لتحقيق حاجة معينة والتي يجب أن يحققها بدرجة ما، وفي نفس الوقت يتجنب ما من شأنه أن يهدد مكانته في الجماعة (عاطف غيث، 1989، ص127).

وما يزيد من تفاقم هذه المشكلات عدم إلمام الأسرة بماهية الإعاقة ومتطلباتها وكيفية التفاعل معها، فنجد بعض الأسر أن أفرادها يخلطون من وجود معاق بينهم، خاصة إذا كانت الحالة أنثى، وأنه لا يسمح لها حتى بمقابلة الضيوف بالمنزل، ولا يفصح عنها في العديد من المناسبات الاجتماعية، فالقصور في التوعية المجتمعية أدى إلى ظهور مصطلحات وتسميات غير لائقة ينعت بها المعاقون وهو ما يزيد من شدة الوطء النفسي على الفرد والأسرة .

ب- مشكلات الرفاق: لكل فرد جماعة من الرفاق وأصدقاء يركن إليهم، يجالسهم ويحدثهم ويشاركهم ويشاركونه، ولكن عندما تسيطر على المعاق مشاعر النقص وعدم المساواة مع أصدقائه ورفاقه ينسحب من هذه الجماعة وينطوي على نفسه وتسيطر عليه العزلة والانكماش. إن الإحساس بالعجز عن التوافق والاندماج مع الآخرين من رفاق السن، يؤدي إلى نوع من التشاؤم وكرهية الحياة والتخلص من هذا الواقع المسيئ (عبد الحميد عطية، 2001، ص246).

ج- مشكلات العمل: قد تؤدي الإعاقة إلى فقدان الوظيفة أو التقليل من أهميتها، وذلك عند الإصابة مثلاً بالشلل أو فقدان البصر الذي تتطلبها المهنة ويزداد الأمر سوءاً في وظائف القطاع الخاص والشركات التي لا توفر قدراً ضمانياً مناسباً للفرد عن إصابته بإعاقة تمنعه من الاستقرار في عمله، وهذا ما يجعل العملية ضرورية لضمان استمرار حياة الفرد وأسرته،

وحياة كريمة ومستقرة، كذلك تغير وظيفة المعاق من وضع لآخر، أي قبل وبعد الإصابة، يتطلب وقتاً لكي يشعر بأنه قادر على الاستمرار في وظيفته الجديدة، وفق إمكانياته وقدراته المتبقية لديه بعد الإصابة، وقد يترتب على هذا التغير مشكلات مهنية خاصة بين الفرد والموظفين أو العمال الآخرين، كأن ينظروا إليه بأنه عديم الفائدة ولا يستطيع مجاراتهم في العمل مما يحد من طموحات ومواهب الإبداع لديه (محمود صالح، 1998، ص82).

كما يمكن أن تظهر مشكلات أخرى أمام المعاق قد تمنعه من الاستمرار في عمله تسمى بالعوائق البيئية، والمرتبطة بتصميم المباني والمرافق العامة، إذ يجد المعاق صعوبة في ارتيادها، ونلاحظ قصوراً كبيراً في تصميم المباني والمرافق العامة في مجتمعاتنا في توفير أدنى متطلبات هذه الفئة لاستعمال هذه الأماكن، الذي يؤدي بدوره إلى صعوبة في وجود الأعمال المناسبة، وضعف القدرة على متطلبات العمل.

د - مشكلات الزواج: ومنها رغبة البعض في الزواج ومع وجود عوائق في سبيل تحقيق هذه الرغبة وإقلاع البعض وعدم تفكيرهم في الزواج لكونهم معاقين، فالزواج من شريك حياة غير معاق هي فرص نادرة والخوف من تأثير عامل الوراثة على الأولاد ومشكلات تربية الأولاد ومشكلات الأعمال المنزلية، فمشكلات الزواج أكثر حدة في حالات الإناث نسبياً عنها في حالات الذكور (مخلوف، 1991، ص57).

هـ - المشكلات الترويحية : تتمثل في عدم وجود المؤسسات الترويحية التي تسمح للمعاقين بالاستفادة من خدماتها، وقلة الأنشطة والبرامج التي تصمم للترويح عنهم وعدم إستغلال وقت فراغ المعاقين وشغله بصورة إيجابية.

3- المشكلات الصحية أو الطبية: قد يخلف المرض آثاراً جانبية تلحق بالفرد فتفقده أو تعطل أحد أجزاء جسمه الخارجية، مثل الشلل، أو تسبب له مرضاً مزمناً يصعب الشفاء منه، أو تفقده إحدى حواسه مثل كف البصر أو الصم والبكم، فهذه الإصابات تقلل من كفاية

الفرد الجسمية والعقلية وتضعف من قدرته على المثابرة ومواصلة العمل ومواجهة الأزمات، مما يؤدي به إلى فقدان التوافق النفسي والاجتماعي السليم، وتصبح الإعاقة مشكلة صحيحة عندما لا يُرجى منها الشفاء(عامر، 2008، ص55).

4- المشكلات التعليمية: تظهر المشكلات التعليمية بوضوح من خلال نقص أو عدم توفر المدارس المناسبة لتعليم المعاقين الصغار والكبار، وعدم كفاءة الموجود منها، وعدم كفاية الإمكانيات اللازمة لتعليم المعاقين داخل المؤسسة، فعدم توفر المدارس الخاصة بالمعاقين يؤدي قسراً إلى إلحاقهم بمدارس الأسوياء، وبالتالي يترتب على ذلك آثار نفسية سلبية عندما لا يستطيع المعاق مجاراة أقرانه العاديين في المدارس العادية، نتيجة الاستغراب أو السخرية التي تنتج عن بعض التلاميذ عند رؤيتهم له، وهذا التصرف يولد ردود أفعال لديه تجاه هذا المسلك، مثل الانسحاب من المدرسة أو العدوانية، كالاعتداء على الآخرين (سلامة غباري، 2003، ص129)، وبهذا تشكل الإعاقة مشكلة تربوية وتأهيلية، ينتج عنها عدم قدرة الشخص المعاق على الحركة بسهولة، مما يؤدي إلى افتقاره التوافق التربوي والدراسي، فالوسط الدراسي بالنسبة له مصدر قلق واضطراب، خاصة لأصحاب الإعاقة الشديدة.

5- علاج مشكلات المعاقين: إن المشكلات التي يعاني منها المعاقون، تحتاج إلى مواجهة فعالة، بالصورة التي تقدم العون والمساعدة لأكثر عدد منهم، وبذلك ننفذهم من الدمار والضياع، ونعيدهم إلى المجتمع كأفراد عاملين منتجين، بعد أن كانوا عاطلين، وبذلك نعيد إليهم الأمل بعد اليأس، والقوة بعد الضعف، فهم كأفراد في المجتمع لهم إنسانيتهم وكرامتهم وحقوقهم، وخاصة أنهم ليس لهم ذنب فيما وصلوا إليه من إعاقة، بحيث يمكن تنمية القدرات المتبقية لديهم، حيث أثبتت الدراسات التي أجريت في مجال الإعاقة قدرة ذوي القصور الجسدي على العمل والإنتاج إذا وجهت لهم عناية خاصة وجهود يسيرة على أساس الفهم الصحيح لإمكاناتهم وقدراتهم (مخلوف، 1991، ص31)، واستغلال وسائل الإعلام المختلفة في رفع وعي المجتمع بحق المعاق في الاشتراك في الحياة الاجتماعية والسياسية

والاقتصادية، بالإضافة إلى تفعيل دور الأخصائيين الاجتماعيين لإيجاد أساليب عملية صحيحة ومناسبة للتعامل مع المعاقين وأسرههم وذلك عن طريق الزيارات المتكررة لأسر المعاقين، هذا من شأنه أن يدعم السلوك الإيجابي لديهم وإخراجهم من محيطهم الضيق إلى محيط أوسع من خلال برامج ترويجية وتنشيطية معدة بطريقة تتناسب مع قدراتهم وظروفهم الصحية، فهذه المشاركة تضي عليهم لونا من السلوك الاجتماعي المحبوب، الذي يساعدهم على الاستقرار الانفعالي والاجتماعي.

ومن المهم تقديم الخدمات النفسية المتخصصة، وتحسين مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وتصحيح مفهوم الذات وفكرة المعاق عن نفسه واتجاهاته نحو عاهاته وتوافقه معها حتى لا تزداد حالته سوءاً، وتجعل العائق مُضاعفاً. من بين الخدمات النفسية المتخصصة نجد العلاج بالعمل لتنفيس الانفعال، وتشجيع المعاق على الاستقلال والاكتفاء الذاتي بدون الحماية، وتحسيسه بأهمية الأسرة والمدرسة والجماعة حتى يرى أنه ليس عبئاً فينمو لديه اتجاه سليم نحو نفسه ونحو الآخرين، كما أنه من الضروري أن يتجه البحث العلمي إلى دراسة محددات الكفاءة بالنسبة لمؤسسات التأهيل، من حيث الأداء، والكفاءة، وتوفير الأساليب العلمية والتكنولوجية الفعالة لهذه الفئة من المجتمع (مصطفى فرحات، 2014، ص160).

خاتمة:

يتضح أنّ الإعاقة ليست مجرد حالة جسدية أو وظيفية، بل هي بنية متشابكة من العوامل النفسية والاجتماعية والتعليمية والصحية التي تستدعي معالجة متكاملة. فنجاح الفرد في التكيف مع إعاقته يعتمد بدرجة كبيرة على مستوى الدعم الأسري والمجتمعي ونوعية الخدمات المتاحة له. كما أن عدم إدراك الخصوصيات النفسية والاجتماعية للمعاق يؤدي إلى تفاقم المشكلات وخلق أنماط من العزلة والانطواء وضعف التوافق. لذلك تبرز الحاجة إلى تبني استراتيجيات تدخل شاملة تشمل الإرشاد النفسي، وتمكين الأسرة، وتحسين البيئة

الاجتماعية والتربوية لتيسير اندماج هذه الفئة. ومنه، فإن الاستثمار في قدرات ذوي الإعاقة ليس عملاً إنسانياً فحسب، بل ضرورة اجتماعية تنموية تسهم في بناء مجتمع أكثر شمولاً وعدالة.

المحاضرة 12: التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة

مقدمة:

يمثل التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة أحد المؤشرات الجوهرية لمدى تقدّم المجتمعات، إذ يكشف عن مستوى احترامها لحقوق الإنسان وقدرتها على توفير بيئة دامجة تراعي التنوع الإنساني. فالتحوّلات التي شهدتها مفهوم الإعاقة خلال العقود الأخيرة، جعلت من مسألة التكفل قضية حقوقية، صحية، اجتماعية، نفسية وتربوية، فإنّقل الاهتمام من التركيز على القصور الفردي إلى التركيز على الحواجز التي يخلقها المجتمع، وهي رؤية يدعمها ما اصطلح عليه بـ النموذج الاجتماعي للإعاقة، ومن هنا تبرز أهمية المقاربة الشاملة التي تتفاعل فيها الأبعاد الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية ضمن رؤية موحّدة تهدف إلى ضمان حقوق هذه الفئة وتمكينها من العيش الكريم.

1- الإطار المفاهيمي للإعاقة:

عرف مفهوم الإعاقة تطوراً كبيراً في الفكر الاجتماعي والصحي. ففي حين كان النموذج الطبي ينظر إليها باعتبارها خللاً عضوياً أو قصوراً وظيفياً، فإن المقاربات المعاصرة أصبحت ترى الإعاقة نتيجة تفاعل معقّد بين الحالة الصحية للفرد والعوامل البيئية والاجتماعية، وتؤكد المنظمة العالمية للصحة أن الأشخاص ليسوا معاقين بأجسادهم، بل بالقيود التي يفرضها المجتمع، ووفق هذا التصور، يُصبح واجب المجتمع إزالة الحواجز المادية، والمؤسسية (غياب الخدمات)، والثقافية (التمييز والصور النمطية)، بما يسمح بمشاركة فعّالة للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع مناحي الحياة (WHO, 2001). أما حسب نموذج حقوق الإنسان فتعد الإعاقة تنوعاً بشرياً يجب حمايته، ويعتبر الحرمان من التعليم أو العمل أو المشاركة انتهاكاً مباشراً لحقوق أساسية (UN, 2006).

2- أبعاد التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة:

2-1- التكفل الصحي بالأشخاص في وضعية إعاقة:

يمثل التكفل الصحي أحد المرتكزات الأساسية، إذ يشمل التشخيص الطبي، العلاج الطبيعي، التدخلات الجراحية، الوقاية، والتأهيل الوظيفي. وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن "التدخل المبكر يرفع بشكل كبير من فرص الإدماج والاستقلالية، غير أنّ نقص الأجهزة التعويضية، وغياب بعض الاختصاصيين في بعض الإعاقات، مثل غياب إختصاصي النطق والعلاج الوظيفي ما يزال من أبرز التحديات في العديد من البلدان العربية (WHO, 2022).

2-2- التكفل النفسي بالأشخاص في وضعية إعاقة:

تُعَدُّ فئة الأشخاص في وضعية إعاقة جسدية، حركية، ذهنية أو حسية من الفئات المجتمعية التي تستدعي رعاية نفسية متميزة. إن مجرد الإعاقة الجسدية أو الحسية لا يعني بالضرورة غياب قدرة الشخص على العطاء أو العيش بكرامة، لكن نقص الدعم النفسي، الاجتماعي، أو التربية الخاصة غالباً ما يزيد من المخاطر النفسية: كالإكتئاب، القلق، الإحساس بالنبذ أو العزلة، انخفاض تقدير الذات، وانخفاض جودة الحياة. عند الحديث عن التكفل النفسي بهذه الفئة، لا نقصد فقط تقديم العلاجات أو التأهيل الجسدي، بل أيضاً تأمين بيئة نفسية داخل الأسرة أو المجتمع أو عبر مؤسسات مختصة تدعم التكامل، الاندماج، والتمكين. حيث تبرز بعض الدراسات إلى أن الأشخاص في وضعية إعاقة يمثلون شريحة مهمة من المجتمع الجزائري تقارب 10 ٪ أي نحو أربعة ملايين شخص، مما يفرض على الدولة والأسرة تكفلاً نفسياً وتربوياً واجتماعياً لضمان اندماجهم وتكيفهم (عمران وعمران، 2023، ص373).

2-2-1- أهمية التكفل النفسي بذوي الإعاقة:

يدعم التكفل النفسي الأشخاص ذوي الإعاقة أن يتكيفوا بشكل أفضل مع محيطهم ويشاركوا في الحياة الاجتماعية والتعليمية من خلال التركيز على عنصرين مهمين وهما:

- تعزيز الرفاه النفسي وتقليل الضغوط النفسية: من خلال تطبيق تقنيات التكفل النفسي، خاصة على ذوي الإعاقة الحركية والذي أسفر (في العديد من الدراسات) عن انخفاض ملحوظ في مستويات القلق (بنصورة ومكي، 2021، ص1182).

- دعم الصمود النفسي (Resilience): فمن وجهة نظر علم النفس الإيجابي، يعتمد دعم الإعاقة ليس فقط على التأهيل البدني أو التعليمي، بل على بناء الصمود النفسي، أي قدرة الشخص على التكيف والتجاوز رغم الإعاقة التي لديه (بن عزوز، 2019، ص163).

- استراتيجيات التكفل النفسي بالأشخاص في وضعية إعاقة:

إن بناء برامج فعّالة للتكفل النفسي يتطلب اعتماد استراتيجيات مدمجة وشاملة، والتي تعتمد على:

- الدعم الاجتماعي والأسري: توفير بيئة أسرية داعمة، توعية الأهل، وتعزيز الدعم الاجتماعي يساعد كثيراً في التخفيف من الضغوط النفسية: على سبيل المثال، توفير إرشاد للأسرة يساعد في التعامل مع الصعوبات اليومية وحالات القلق أو الإحباط.

- برامج نفسية، تربوية، اجتماعية متعددة التخصصات: التعامل مع الإعاقة، خاصّة العقلية، يقتضي تكاملاً بين تخصصات: نفسية، بيداغوجية، اجتماعية. هذا يساهم في تأهيل الشخص وتمكينه من مهارات الحياة والتكيف.

- استخدام تقنيات التكفل النفسي المتخصصة: برامج علاج نفسي، جلسات استشارية، تدخلات لتخفيف القلق، تنمية التفكير الإيجابي، بناء الصمود الذاتي لدى المعاق.

- التمكين النفسي (Psychological empowerment): محاولة بناء صورة ذاتية إيجابية، شعور بالقدرة، الاستقلالية، اتخاذ القرار، والترشح للمشاركة في المجتمع. هذا التمكين يساهم في تحسين جودة الحياة والنظرة الذاتية لمن هم ذوي إعاقة.

-مكافحة الوصمة والتوعية المجتمعي: من المهم أن تترافق الجهود النفسية مع حملات توعية لتغيير النظرة المجتمعية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة، دعم إدماجهم، وحماية حقوقهم. كما أوصت دراسات دولية بضرورة تدخلات نفسية موجهة لتقليل الضيق النفسي عبر تقوية الدعم الاجتماعي وتقليل الوصمة (Endalamaw, 2024, 6)

2-3- التكفل الاجتماعي بالأشخاص في وضعية إعاقة:

يُقصد بالتكفل الاجتماعي بذوي الإعاقة إدماج الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة الاجتماعية الملائمة لطبيعة إعاقتهم، بما يضمن تنمية قدراتهم وتعزيز تقبلهم الإيجابي داخل المجتمع. ولم يعد الاهتمام بهذه الفئة مسألة اجتماعية أو قانونية فحسب، بل أصبح ضرورة تفرضها الظروف الراهنة، إذ تُعد رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة أحد مقومات تطوّر الأمم (زويتى وعثمان، 2018، ص2). وتمثّل هذه الفئة نسبة معتبرة من المجتمع الجزائري تُقدّر بحوالي 10%، أي ما يقارب أربعة ملايين نسمة، مما يجعل مسؤولية التكفل بهم مشتركة بين الدولة والأسرة، كما أن التكفل الاجتماعي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتكفل النفسي، إذ يهدف كلاهما إلى تحقيق الاندماج والتكيف، ويتطلّب ذلك توفير الرعاية والدعم النفسي والتربوي والاجتماعي اللازم لهذه الفئة (عمران وعمران، 2023، ص373).

2-3-1- جوانب التكفل الاجتماعي وأهدافه:

يجب أن يحقق التكفل الاجتماعي لذوي الإعاقة ثلاثة أنواع من الكفاءات، وهي (نخلة، 2013، ص134):

-تحقيق الكفاءة الشخصية (الاستقلالية): تتمثل في حاجة الأشخاص المعاقين إلى حياة الاستقلالية والاكتفاء الذاتي والاعتماد على النفس، وتصريف شؤونهم الشخصية والعناية الذاتية بدرجة تتناسب مع ظروفهم الخاصة، وتنمية إمكانياتهم العقلية والجسمية والوجدانية.

-تحقيق الكفاءة الاجتماعية (التفاعل): وتعني غرس وتنمية الخصائص السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية، مما يمنحهم شعوراً بالاحترام والتقدير الاجتماعي وإشباع احتياجاتهم للأمن والحب والتفهم والثقة بالنفس

-تحقيق الكفاءة المهنية (التأهيل): تتعلق باكتساب المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة لطبيعة إعاقتهم واستعداداتهم، والتي تمكنهم من ممارسة الحرف والمهن التي لا تحتاج إلى مهارات ذهنية عالية، مثل الزخرفة، التطريز، النسيج، والسجاد.

2-4- التكفل التربوي بالأشخاص في وضعية إعاقة:

التعليم الدامج واحد من أهم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتؤكد اليونسكو أنّ المدرسة الدامجة ليست مدرسة خاصة للمعاقين، بل مدرسة تتكيف مع جميع المتعلمين، وتشير نفس المنظمة أنّ نقص التأهيل البيداغوجي يمثل أحد أهم معوّقات الإدماج المدرسي. (UNESCO,2015) ويقتضي هذا توفير الأساليب التالية:

- مناهج مكيفة وبيداغوجيا فارقية.
- وسائل تعليمية مثل برايل أو لغة الإشارة.
- تكوين الأساتذة في التربية الخاصة.
- خطط دعم فردية حسب إعاقة الشخص.

2-5- التكفل المهني بالأشخاص في وضعية إعاقة:

يمثل الإدماج المهني البوابة الأساسية للعيش المستقل. وتقدر منظمة العمل الدولية أن نسبة البطالة بين الأشخاص ذوي الإعاقة أعلى بثلاث مرّات من باقي السكان ويهدف التكفل المهني بذوي الإعاقة النقاط الأساسية التالية (I.L.O, 2017):

- التدريب والتكوين المهني المتخصص حسب الإعاقة.
- تكييف أماكن العمل لمختلف الإعاقات.
- دعم المشاريع الصغيرة.

- التحفيز الجبائي لأرباب العمل.

- توفير مناصب محمية.

3- مقترحات لتحسين التكفل:

من أجل تطوير التكفل الصحيح، تقترح منظمة الأمم المتحدة عدة تدابير، وهي كالآتي:

- تبني سياسات دامجة قائمة على حقوق الإنسان.

- تطوير البنية التحتية لتسهيل الولوج.

- تعزيز التكوين المتخصص للمهنيين.

- اعتماد التكنولوجيات المساعدة.

- إدراج ثقافة الإعاقة في المناهج الدراسية.

- دعم مراكز التأهيل.

- تعزيز الإدماج المهني من خلال آليات تشجيعية للمؤسسات الإقتصادية.

- إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في صنع القرار (U.N, 2006).

خاتمة:

إن التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة ليس عملاً خيراً أو تضامنياً فحسب، بل هو مسؤولية مجتمعية وحق قانوني يفرض بناء منظومة شاملة. فالإعاقة ليست خاصية فردية، بل علاقة بين الفرد والبيئة، وكلما هيأنا محيطاً مهيباً، وأزلنا الحواجز، وقدمنا دعماً صحياً وتربوياً واجتماعياً، ازداد اندماج الأشخاص ذوي الإعاقة وقدرتهم على المساهمة في التنمية. إن بناء مجتمع دامج يتطلب إرادة سياسية، ووعياً مجتمعياً، ورؤية تربوية متقدمة، وتنسيقاً فعالاً بين مختلف المتدخلين، حتى تتحقق العدالة الاجتماعية التي تضمن الكرامة للجميع دون استثناء.

المحاضرة 13: الفحص النفسي للأشخاص في وضعية إعاقة

مقدمة:

يعتبر الفحص النفسي من أهم التقنيات التطبيقية التي يستخدمها المختص النفسي لفهم شخصية وسلوك وعواطف الفرد ذو إعاقة، يشمل هذا الفحص استخدام الملاحظات والمقابلات العيادية، واختبارات نفسية التي تساعد على جمع معلومات دقيقة عن هذا الفرد. يساهم الفحص النفسي في التعرف على القدرات النفسية، تقييم مدى التوافق النفسي والعاطفي للشخص مع محيطه، واكتشاف الاضطرابات النفسية لديه، من أجل تقديم تشخيص دقيق وتوصيات مناسبة لعلاج أو توجيهه. باختصار، الفحص النفسي هو أداة مهمة لفهم الإنسان بطريقة علمية وشاملة.

1-تعريف الفحص النفسي:

للفحص النفسي عدة تعريفات وهي متقاربة مضمونا، حيث تعرفه الباحثان أناستازي وأوربينا (Anastasi & Urbina (1997 بأنه عملية جمع وتقييم المعلومات الخاصة بالفرد باستخدام الاختبارات النفسية، والمقابلات، والملاحظات، وغيرها من التقنيات بغرض اتخاذ قرارات أو تقديم توصيات، فالاختبارات ليست سوى أدوات؛ أما عملية الفحص فتتضمن تفسير جميع المعطيات ذات الصلة بالفرد (Anastasi & Urbina, 1997, p. 5) والفحص النفسي حسب كوهين وسويردليك (Cohen & Swerdlik (2018 هو عملية جمع ودمج البيانات المرتبطة بالفرد بهدف إجراء تقييم نفسي، وذلك باستخدام أدوات مثل الاختبارات، والمقابلات، ودراسة الحالة، والملاحظات السلوكية، وأجهزة معدة خصيصاً لهذا الغرض (Cohen & Swerdlik, 2018).

وحسب غريغوري (2014) Gregory الفحص النفسي هو التقييم المنهجي للسلوك والسمات والقدرات، باستخدام الاختبارات النفسية بالإضافة إلى الأساليب السريرية مثل المقابلات والملاحظات (Gregory, 2014).

ويعرفه فير وباتشرش (2013) Furr, R. M., & Bacharach بأنه مسار تشخيصي تكاملي ومنهجي يهدف إلى جمع وتنظيم وتفسير المعلومات حول الوظائف العقلية للفرد باستخدام مجموعة متنوعة من الأدوات (مثل المقابلات، والاختبارات المعيارية، والملاحظات السريرية، وجمع المعلومات من مصادر مختلفة)، وذلك من أجل وصف، أو تفسير، أو التنبؤ بالخصائص النفسية للفرد وفق أهداف محددة، مثل التشخيص، أو التوجيه، أو التخطيط للتكفل النفسي والمتابعة.

إذن الفحص النفسي هو عملية منهجية ومنظمة ومسار تقييمي تكاملي يهدف إلى جمع المعلومات عن الفرد وتصنيفها وتفسيرها، وفهم آليات عمل الحياة النفسية للفرد، من خلال تحليل المعطيات المستمدة من الأدوات السيكمترية، والمقابلات، والملاحظات، وذلك بغرض دعم عملية التشخيص، والتكفل العلاجي.

2- أساسيات الفحص النفسي:

يمثل الفحص النفسي مجموع الخطوات التقنية التي تؤدي إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الاضطراب الطارئ عليها، وتساعد عملية الفحص النفسي على تحديد خمسة متغيرات رئيسية (الناقلي، 1991، ص376):

- التعرف على متغيرات الشخصية في حال وجودها.
- تحديد الاضطرابات النفسية، وتصنيفها.
- تحديد منشأ الاضطرابات النفسية.
- تحديد مستوى النضج الانفعالي.

◦ مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

3- أدوات الفحص النفسي:

يمتلك الأخصائي النفسي مجموعة متنوعة من الأدوات، لكل منها أهداف محددة وظروف استخدام خاصة. تتيح هذه الأدوات جمع معلومات موحدة وقابلة للمقارنة، ودعم اتخاذ القرار السريري، والتوجيه المدرسي أو المهني، وصياغة توصيات مناسبة لحاجات الفرد (Cohen & Swerdlik, 2018)، وتشمل أدوات الفحص النفسي مايلي:

3-1- المقابلات السريرية (العيادية):

تُعد المقابلة السريرية أداة أساسية لفحص النفسي، حيث تتيح جمع معلومات نوعية حول تاريخ حياة الفرد، وتجارب حياته، وموارده، وصعوباته.

3-1-1- **المقابلة المنظمة:** تتبع بروتوكولاً محدداً من الأسئلة، ما يسمح بمقارنة الإجابات بين الأفراد وضمان موثوقية المعلومات (Cohen & Swerdlik, 2018).

3-1-2- **المقابلة شبه المنظمة أو الحرة:** تمنح الأخصائي النفسي مرونة لاستكشاف موضوعات معينة بعمق حسب حاجة الفرد، وهي مفيدة في الحالات السريرية المعقدة (Gregory, 2014, p. 60).

3-2- الملاحظة العيادية:

تنقسم الملاحظة العيادية إلى نوعين: الملاحظة المباشرة والملاحظة المشاركة.

3-2-1- **الملاحظة المباشرة:** تتمثل الملاحظة المباشرة في تحليل سلوك الفرد في سياقات مختلفة (في العيادة النفسية، فصل دراسي، منزل، أو بيئة عمل). يمكن أن تكون ملاحظة منظمة باستخدام جداول دقيقة، أو غير منظمة حيث يدوّن الأخصائي السلوكيات المهمة

بحرية. تساعد الملاحظة على كشف السلوكيات غير الاعتيادية، وصعوبات التواصل، والتفاعلات الانفعالية، واستراتيجيات التكيف، والتي قد لا تظهر في الاختبارات المعيارية.

3-2-2-الملاحظة المشاركة: هي أسلوب نوعي يستخدمه الأخصائي النفسي لملاحظة سلوك الفرد ضمن سياقه الطبيعي، مع مشاركة المختص النفسي في الأنشطة اليومية للأفراد المدروسين. تهدف هذه الطريقة إلى جمع معلومات دقيقة عن الأنماط السلوكية، التفاعلات الاجتماعية، الاستجابات الانفعالية، والعمليات النفسية غير الظاهرة في الاختبارات التقليدية أو المقابلات الرسمية (Thompson, Barnett, & Dais, 2018).

إن تكامل بيانات المقابلات، والملاحظة، والاختبارات يزيد من مصداقية التقييم النفسي.

3-3-الاختبارات السيكمترية المعيارية:

تشكل الاختبارات السيكمترية الأداة المركزية في التقييم النفسي. فهي مصممة لقياس الخصائص النفسية بشكل موضوعي، مثل الذكاء، والشخصية، والذاكرة، والانتباه، والقدرات الخاصة.

3-3-1-اختبارات الذكاء: تقيس معدل الذكاء العام أو القدرات المحددة. يُعدّ مقياس ويكسلر للذكاء للبالغين (WAIS-IV) مثالاً كلاسيكياً، معتمداً دولياً ويستخدم لتقييم القدرة المعرفية العامة والوظائف اللفظية وغير اللفظية وكذلك الوظائف التنفيذية (Wechsler, 2008).

3-3-2-اختبارات الشخصية: تسمح باستكشاف السمات الثابتة والتوجهات السلوكية. من أبرزها اختبار مينيسوتا متعدد المراحل للشخصية (MMPI-2) ومؤشر السمات الخمسة

الكبرى (Big Five Inventory)، ويستخدمان للتشخيص السريري أو البحوث النفسية الاجتماعية (Butcher et al, 1989).

3-3-3- اختبارات القدرات الخاصة: تقيس مهارات محددة مثل الذاكرة العاملة، وسرعة المعالجة، والإبداع، والمهارات المدرسية، وغالبًا ما تُستخدم في التقييمات المدرسية والمهنية أو التقييمات العصبية النفسية (Gregory, 2014).

يتطلب استخدام الاختبارات النفسية المعيارية تدريباً خاصاً، والالتزام بالمعايير، ومراعاة العوامل الثقافية واللغوية والحسية التي قد تؤثر على النتائج (Anastasi & Urbina, 1997).

3-4- الاختبارات الإسقاطية:

تم تصميم الاختبارات الإسقاطية لاستكشاف الجوانب اللاواعية للشخصية والصراعات النفسية الداخلية للفرد، مثل اختبار بقع الحبر (Rorschach)، أو اختبار تفهم الموضوع (TAT)، أو اختبار الرسومات (ورقة وقلم)، تسمح هذه الاختبارات للمختص النفسي بالكشف عن الدوافع والرغبات أو الصراعات الداخلية للفرد (Gregory, 2014). تتطلب هذه الاختبارات من المختص النفسي تدريباً وخبرة سريرية متقدمة.

3-5- الاستبيانات والمقاييس:

تستخدم الاستبيانات الذاتية أو المقاييس التي يملأها الوالدان أو المعلمون لجمع معلومات عن الأداء الانفعالي والاجتماعي والسلوكي للفرد، وذلك لتقييم اضطرابات القلق، الاكتئاب، أو السلوكيات غير الملائمة مثل استبيان بيك للإكتئاب (Beck Depression Inventory) ومقاييس الشخصية، مثل مقياس تقييم السمات الخمسة الكبرى للشخصية (Costa & McCrae, 1992).

إن تكامل بيانات المقابلات، والملاحظة، والاختبارات يزيد من مصداقية التقييم النفسي في السياقات المدرسية والسريرية.

4- الخطوات اللاحقة للفحص النفسي:

4-1- التشخيص: يأتي التشخيص بعد الفحص النفسي مباشرة، ويعني في علم النفس الإكلينيكي تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته، وسماته، وأعراضه المرضية التي يعاني منها (الدي، 2006، ص377). يهدف التشخيص إلى الوقوف على حقيقة المشكلة ومنشئها مباشرة، والتعرف على الأسباب الكامنة وراءها، لتحديد درجة حاجة المريض للخضوع لبرنامج علاجي. ويشمل التشخيص فحص الأعراض المرضية واستقصاءها، ثم تجميع الملاحظات والمعلومات بصورة متكاملة، لتحديد نوع الإضطراب بدقة (عمران وعمران، 2023، ص377).

4-2- العلاج النفسي: يتمثل الهدف من العلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، ويقوم المختص النفسي العيادي في هذه المرحلة بوضع خطة علاجية، بعد إجراء الفحص النفسي والتشخيص، توضع هذه الخطة موضع التنفيذ بالإتفاق بين المختص النفسي والمريض (زهران، 1997، ص377).

4-3- المآل (Le Pronostic): إذا كان الفحص يتناول حاضر المريض، فإن المآل يتناول مستقبله ويهدف إلى تحديد مستقبل المريض في ضوء التطورات الحالية، وتعتبر عملية تحديد المآل مهمة لتوجيه وتحسين عملية العلاج وتحديد أنسب الطرق له، وذلك لتحقيق أكبر قدر من النجاح (زهران، 1997، ص377).

خاتمة:

يُعد الفحص النفسي أداة أساسية لفهم الفرد ذو إعاقة من جميع جوانبه النفسية والسلوكية، فهو يوفر معلومات دقيقة تساعد المختص النفسي على تشخيص الحالات، وتقديم التوجيهات والعلاج المناسب. كما يساهم في التعرف على نقاط القوة والضعف لدى الفرد ذو إعاقة، مما يسهل دعم نموه النفسي والاجتماعي. وبفضل هذا الفحص، يمكن اتخاذ قرارات أكثر دقة وفاعلية في المجالات العلاجية والتربوية والمهنية. لذلك، يظل الفحص النفسي خطوة مهمة لأي تدخل يهدف إلى تحسين الصحة النفسية للأشخاص في وضعية إعاقة.

المحاضرة 14: استراتيجيات الإدماج والتكيف للأشخاص في وضعية إعاقة

مقدمة:

يشكل الإدماج والتكيف للأشخاص في وضعية إعاقة قضية مركزية في الدراسات النفسية والاجتماعية الحديثة، نظراً لأهميتها في تحقيق المساواة وتعزيز مشاركة الأفراد في الحياة الاجتماعية والتعليمية والمهنية، تهدف استراتيجيات الإدماج إلى إزالة الحواجز البيئية والاجتماعية والنفسية التي تمنع هؤلاء الأفراد من التفاعل الكامل مع المجتمع، بينما تركز استراتيجيات التكيف على تعديل البيئة وتوفير الدعم الفردي لتسهيل المشاركة. وقد أظهرت الدراسات أن نجاح الإدماج والتكيف يعتمد على دمج السياسات العامة، البرامج التعليمية، والممارسات المجتمعية بطريقة متكاملة لضمان مشاركة فعّالة ومستدامة.

1-التعريفات والمفاهيم الأساسية:

1-1-الإدماج:

يشير الإدماج إلى توفير فرص متكافئة وبيئات تعليمية ومهنية واجتماعية متاحة للجميع بغض النظر عن نوع الإعاقة. يوضح تقرير اليونسكو للتعليم العالمي (UNESCO,2020) أن الإدماج يتجاوز مجرد دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في الأنظمة العامة، بل يشمل إعادة تصميم السياسات والمناهج وأساليب التدريس لتكون قادرة على استيعاب التنوع البشري. يؤكد المفهوم أيضاً على إزالة الحواجز الاجتماعية والثقافية وبناء ممارسات تؤمن بالحق في المشاركة الكاملة. وتبرز الأدبيات أن الإدماج يساهم في تحسين المساواة وزيادة الاستقلالية.

1-2- التكيف:

التكيف يشمل مجموعة من الاستراتيجيات والأدوات والإجراءات التي تهدف إلى تمكين الأفراد ذوي الإعاقة من أداء مهامهم بشكل فعال، فالتكيف لا يعتمد فقط على الأدوات التقنية المستخدمة، بل على مدى ملاءمتها لحاجات الفرد وعوامل القبول والدعم الاجتماعي. ويشمل التكيف تعديل المناهج، استخدام التكنولوجيا المساعدة، وتوفير أدوات بديلة للتعلم والعمل، وله دور كبير في تحسين جودة الحياة وتعزيز الاستقلالية (Scherer et al., 2005).

2- استراتيجيات الإدماج والتكيف:

2-1- الاستراتيجيات التربوية:

2-1-1- التكيف التربوي:

يشمل التكيف التربوي تعديل المناهج وطرق التدريس والوسائل التعليمية بحيث تكون مناسبة لاحتياجات الطلاب ذوي الإعاقة. إن فعالية التكيف التربوي تعتمد على دمج التكنولوجيا المساعدة، مثل البرمجيات الناطقة، الكتب الرقمية، والأجهزة الداعمة، بالإضافة إلى تدريب المعلمين على أساليب التعليم الشامل، كما أن التكيف التربوي يشمل توفير وقت إضافي للامتحانات، تبسيط المواد، وتقديم بدائل تقييمية مختلفة، وتبرز الدراسات أن الدمج التربوي الناجح يتطلب سياسات واضحة تدعم الممارسات الصفية (Adewumi et al, 2017).

2-1-2- التعليم التعاوني:

التعليم التعاوني يعزز التفاعل الإيجابي بين الطلبة ذوي الإعاقة وأقرانهم، مما يقوّي المهارات الاجتماعية ويزيد الشعور بالانتماء. أشارت دراسة يحيوي وزيادة (2025) إلى أن استخدام التعلم الجماعي المنظم ساهم في تحسين مهارات الاتصال والاندماج الاجتماعي للطلاب ذوي الإعاقات الذهنية في الأقسام المدمجة، ويعتمد نجاح هذا النوع من التعليم على ضبط

الأدوار داخل المجموعات، وإتاحة بيئة صفية داعمة، وتوفير توجيه مستمر من طرف المعلم، كما يساعد هذا النموذج على تقليل الوصم (Yahiaoui & Ziada, 2025)

2-2-الاستراتيجيات الاجتماعية:

2-2-1-تغيير الثقافة المجتمعية:

يعد تغيير المواقف الاجتماعية تجاه الإعاقة محورياً لنجاح الإدماج. يشير بارنس (2012) Barnes أن الصور النمطية والتمييز لا يزال من أبرز العقبات التي تمنع المشاركة الفعالة، وتشير إلى ضرورة وجود برامج توعية شاملة تعتمد على الإعلام، المؤسسات التعليمية، ومنظمات المجتمع المدني، هذه الاستراتيجيات تعمل على تعزيز القبول الاجتماعي، وإعادة تشكيل التصورات السائدة حول الإعاقة، وكذلك على رفع الوعي بالحقوق القانونية والإنسانية (Barnes, 2012).

2-2-2-تهيئة البيئة المادية:

تهيئة البنية التحتية تعتبر أساساً لتمكين المشاركة. يوضح تقرير اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (UNESCWA 2024) ضرورة اعتماد معايير التصميم الشامل لتوفير الوصول إلى المباني العامة، وسائل النقل، المدارس، وأماكن العمل، تشمل الإجراءات توفير المنحدرات، المصاعد، اللوحات المكتوبة بطريقة برايل، وتصميم المساحات بشكل يسهل الحركة، وتبين البيانات الإقليمية أن العديد من الدول تحتاج استثمارات كبيرة لتعديل البنية التحتية القائمة، وأن التهيئة المكانية تُعد من أكثر الاستراتيجيات تأثيراً في تحسين جودة الحياة (UNESCWA, 2024).

2-3-الاستراتيجيات المهنية:

2-3-1-تسهيل فرص العمل:

يعد التدريب المهني والتوظيف المدعوم من أفضل الطرق لتعزيز مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل. وفق المنظمة العالمية للصحة، فإن تقديم تكوين مهني متخصص، تكييف المهام الوظيفية، وتوفير أدوات تقنية مناسبة يساعد على تحسين فرص التوظيف، وتشدد الدراسات على أهمية التعاون بين المؤسسات الحكومية وأصحاب العمل لتطوير بيئات عمل شاملة (WHO, 2011).

2-3-2-توفير دعم وظيفي فردي:

المرشد المهني يقدم متابعة فردية تساعد الموظف على التأقلم مع بيئة العمل، هذا الدعم يساهم في تحسين الأداء الوظيفي، رفع الثقة بالنفس، وتقليل التوتر، وتلعب هذه العملية دوراً هاماً في التواصل بين الموظف والإدارة، وتعديل المهام عند الضرورة، كما أن هذا النهج يساعد في تعزيز الاحتفاظ بالوظيفة على المدى الطويل (Shama, 2017).

2-4-الاستراتيجيات الصحية والنفسية:

2-4-1-الدعم النفسي:

يتضمن الدعم النفسي تقديم جلسات علاجية واستشارية تساعد الأفراد على مواجهة الضغوط المرتبطة بالإعاقة، تشير الدراسات النفسية إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، كما يؤدي الدعم الأسري والمجتمعي إلى زيادة الثقة بالنفس وتحسين التفاعل الاجتماعي، وتوصي المنظمات الصحية بدمج الخدمات النفسية داخل برامج التأهيل والتعليم.

2-4-2- التدخل العلاجي المبكر:

يشمل برامج إعادة التأهيل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات التطورية، مما يساعد على تطوير قدراتهم البدنية واللغوية والاجتماعية. يوضح أن التدخل المبكر يساهم في تحسين فرص الأطفال في الاندماج المدرسي والمهني مستقبلاً. وتشمل هذه البرامج العلاج الفيزيائي، علاج النطق، والتدريب السلوكي. كما تشير الدراسات إلى أن بدء التدخل في سن مبكرة يقلل من التكاليف المستقبلية للرعاية (WHO, 2011).

3-التحديات والمعوقات:

3-1-العقبات البيئية:

تشير تقارير الاسكوا (UNESCWA 2024) إلى أن العديد من المرافق العامة في الدول العربية تفتقر إلى التهيئة المناسبة، مما يشكل عقبة كبيرة أمام المشاركة اليومية، وتشمل هذه العقبات غياب المصاعد المناسبة، ضيق الممرات، وغياب مرافق صحية مهيأة، وتبرز الدراسات الحاجة إلى إعادة تأهيل البنية التحتية وتعزيز القوانين لصالح فئة المعاقين.

3-2-العقبات الثقافية والاجتماعية:

يؤكد بارنس (Barnes 2012) على أن التمييز والوصم الاجتماعي لا يزالان يؤثران بقوة في الإدماج، وأن تغيير هذه الممارسات يتطلب برامج تعليمية ومبادرات توعية طويلة المدى، حيث يعد الإعلام والتعليم أساسيين في تغيير المواقف (Barnes, 2012)

3-3-نقص التدريب والتأهيل:

ضعف تكوين الأخصائيين والمعلمين يؤدي إلى تنفيذ غير فعال للاستراتيجيات، وتوصي اليونسكو (UNESCO 2020) بتعزيز برامج التطوير المهني وتعليم مهارات التعليم الشامل، كما تشير الدراسات إلى ضرورة وجود خطط تدريبية معتمدة.

3-4- القيود المالية:



تشكل التكلفة العالية للتجهيزات والتكيفات إحدى أكبر التحديات، تشير تقارير المنظمات الدولية إلى ضرورة تخصيص ميزانيات واضحة لدعم برامج الإدماج، وتبرز أهمية الشراكات بين القطاعين العام والخاص (UNESCWA, 2024).

خاتمة:

تظهر الدراسات أن استراتيجيات الإدماج والتكيف للأشخاص ذوي الإعاقة تتطلب تخطيطاً منهجياً وتكامل الجهود على المستويات التربوية، الاجتماعية، والمهنية. على الرغم من التحديات والمعوقات، فإن تطبيق استراتيجيات مدروسة ومدعومة بالسياسات الصحيحة يمكن أن يحقق مشاركة فعّالة ومستدامة التي تتيح للفرد حياة كريمة، وتعزز استقلاليتهم، وتساهم في بناء مجتمع أكثر عدلاً وشمولاً.



خاتمة عامة:

في ختام هذه السلسلة المعمقة من المحاضرات، نخلص إلى رؤية تركيبية شاملة تتجاوز الوصف السطحي للإعاقة لتضعها في سياقها النفسي والعملية المعاصر. لقد استعرضنا كيف تحول الفهم الأكاديمي من حصر الإعاقة في "العجز العضوي" إلى اعتبارها "وضعية" ناتجة عن التفاعل غير المتكافئ بين قدرات الفرد والحوازر البيئية والمجتمعية. إن هذا الانتقال الجوهرية يفرض علينا تبني مقاربة بين-التخصصات تتكامل فيها العلوم الطبية مع السيكولوجيا العيادية والتربية الخاصة لتحقيق التكيف الشامل. وقد أبرزت المحاضرات أن لكل فئة من ذوي الإعاقة (حركية، ذهنية، حسية) خصوصية سيكولوجية فريدة تتطلب أدوات تشخيصية دقيقة، بدءاً من الفحص النفسي المنهجي والملاحظة العيادية وصولاً إلى الاختبارات السيكمترية، كما توقفنا عند التعقيد النمائي لاضطرابات طيف التوحد وفرط الحركة وصعوبات التعلم، مؤكداً أن التدخل المبكر ليس مجرد خيار علاجي، بل هو حجر الزاوية لضمان نمو المسارات العصبية والوظيفية بشكل أمثل.

إن التكفل الفعال، كما تبين، لا يقتصر على التأهيل الطبي، بل يمتد ليشمل "التمكين النفسي" الذي يعيد صياغة مفهوم الذات لدى الفرد ويحرره من مشاعر الدونية والانسحاب، وهذا يتطلب بالضرورة إشراك الأسرة كشريك استراتيجي في العملية العلاجية، وتوعية المجتمع لتفكيك قوالب "الوصمة" التي تعيق الدمج الواقعي، وفيما يخص الجانب الأكاديمي والمهني، ننوه على ضرورة توفير الوسائط التقنية المساعدة (كبرايل ولغة الإشارة) وتهيئة البيئة المادية لتصبح "دامجة" للجميع، إن بناء مجتمع يحترم التنوع البشري يستوجب تفعيل التشريعات القانونية وتحويلها إلى ممارسات يومية تضمن الكرامة والعدالة الاجتماعية. وفي النهاية، تظل هذه المحاضرات مورد علمي بيداغوجي لطلبة السنة أولى ماستر تخصص علم النفس العيادي، كما أنها بمثابة دعوة مفتوحة للباحثين والمختصين لمواصلة تطوير الاستراتيجيات العلاجية والتربوية، معتبرين أن نجاح إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة هو

المقياس الحقيقي لتقدمنا الحضاري وإنسانيتنا المشتركة، فكل استثمار في قدرات هؤلاء الأفراد هو استثمار في بناء مجتمع أكثر توازناً وصموداً أمام التحديات. وبذلك، نختم هذا المسار العلمي بالتأكيد على أن الإعاقة ليست نهاية القدرة، بل هي محفز لإعادة تصميم العالم ليكون مكاناً يتسع للجميع باختلافاتهم وإبداعاتهم.





قائمة المراجع:

- 1- أحلام عبد الغفار (2003) ، الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفجر، القاهرة.
- 2- أحمد عزت راجح (1973) ، أصول علم النفس، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 3- أحمد عفت قرشم (2004) ، مهارات التدريس لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة - النظرية والتطبيق، مركز الكتاب، القاهرة.
- 4- أحمد عكاشة (1992) ، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 5- أحمد محمد عبد الخالق (1997) ، أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 6- إبراهيم، سليمان عبد الواحد (2007) ، المخ وصعوبات التعلم، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 7- الخطيب، جمال محمد والحديدي، منى صبحي (2008) ، المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، عمان.
- 8- الظاهر، قحطان أحمد (2008) ، مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر، عمان.
- 9- العزة، سعيد حسني (2002) ، مدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الدار العلمية والدولية للنشر، عمان.
- 10- القريطي، عبد المطلب أمين (2005) ، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 11- القمش، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن (2007) ، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة، عمان.
- 12- اللالا، زياد كامل وآخرون (2011) ، أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة، عمان.



- 13- بوكصاصة نوال (2022)، سيكولوجية الاشخاص في وضعية إعاقة، مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة أولى ماستر تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ابن خلدون تيارت.
- 14- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة (2001) ، رعاية المعاقين سمعياً، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 15- بدير، كريم (2011) ، الأسس النفسية لنمو الطفل، دار المسيرة، عمان.
- 16- بطرس بطرس حافظ (2007) ، إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، دار المسيرة، عمان.
- 17- بن عزوز إبراهيم (2019) ، الصمود النفسي لدى المعاق، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية.
- 18- تشابيل، م (2013) ، النظرة الاجتماعية للمعاقين ذهنياً، المجلة الطبية السويسرية.
- 19- رشاد عبد العزيز موسى (2002) ، علم نفس الإعاقة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 20- رمضان القذافي (1998) ، الصحة النفسية والتوافق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 21- زهران، حامد عبد السلام (1997) ، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- 22- سليمان، صبحي (2006) ، تربية الطفل المعاق، دار الفاروق، الجيزة.
- 23- عبد الرحمن سيد سليمان (2001) ، إعاقة التوحد، زهراء الشرق، القاهرة.
- 24- عبد الرزاق عبد العزيز القوسي (1952) ، أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.



- 25- عبد العزيز القوصي (1952) ، أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 26- عبدالحى محمود صالح (1998) ، الممارسات المهنية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 27- عبدالفتاح دويدار (1994) ، علم النفس الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت.
- 28- عثمان لبيب فراج (1994) ، إعاقة التوحد أو الاجترار Autism ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة، القاهرة.
- 29- عمران، ماجدة وعمران، حدة (2023) ، التكفل النفسي والتربوي بذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، مجلة دراسات وأبحاث.
- 30- فاروق الروسان (1996) ، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر، عمان.
- 31- فوزي محمد أبوجليل (2000) ، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- 32- لطفي بركات (1981) ، تربية المعاقين في البلاد العربية، المريخ، الرياض.
- 33- محمد رياض أحمد عبد الحليم (1998) ، أثر برنامج تدريبي لتنمية المعالجة المعرفية، جامعة أسيوط.
- 34- محمد سلامة غباري (2003) ، رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 35- مدحت عبداللطيف (1990) ، الصحة النفسية والتفوق الدراسي، دار النهضة العربية، بيروت.



<https://ajod.org/index.php/ajod/article/view/377/0>

37-Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 720.

38-Al-qassabi, K. A., & Al-bimani, M. H. (2021). Social support and its relationship to psychological resilience for students with visual impairment. *Journal of Educational and Psychological Sciences*, 5(2), 135-116.

39-American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
<https://autismeaspergerquebec.com>

40-American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., trad. fr.). Paris : Éditions Masson, pp. 51–52 .

41-American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (1993). *Definitions of Communication Disorders and Variations*. Available from www.asha.org/policy.

42-Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

43-Aronson, A. E. (1990). *Clinical Voice Disorders* (3^e éd.). New York, NY : Thieme Medical Publishers.P3

44-Autism Society of American. (1999). *Autism an Introduction*, available in: www.autism-society.org.

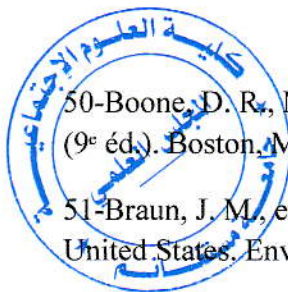
45-Azéma, B. (2001). *La Classification Internationale Des Handicaps Et La Recherche En Santé Mentale*.CTNERHI, Paris. p19

46-Barkley, R. A. (2016). *Attention-deficit hyper activity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York:GuilfordPress.

47-Barnes, C. (2012). *Understanding the social model of disability: Past, present and future*. In R. L. Moll (Ed.), *Disability and Society*. Routledge.

48-Behlau, M., & Zambon, F. (2013). *Voice Disorders*. In M. Behlau (Ed.), *Vocal Health and Voice Disorders*. San Diego, CA : Plural Publishing. P559

49-Boagey, H., Jolly, J. K., & Ferrey, A. E. (2022). Psychological Impact of Vision Loss. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 6(3), 25-31.



50-Boone, D. R., McFarlane, S. C., & Von Berg, S. L. (2014). *The Voice and Voice Therapy* (9^e éd.). Boston, MA : Pearson.P2

51-Braun, J. M., et al. (2006). Lead exposure and behavior among urban children in the United States. *Environment al Health Perspectives*, 114(12), 1899-1905.

52-Brown, M., Duff, H., Karatzias, T. & Horsburgh, D. (2011). A review of the literature relating to psychological interventions and people with intellectual disabilities: Issues for research, policy, education and clinical practice. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(1), 31-45.

53-Butcher, J et al. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

54-Chapelle, M.(2013).le regard social sur les personnes mentalement handicapées. *La revue Médicale Suisse*, 13(575), 1175 – 1180.

55-Chapireau, F. (2002). La nouvelle classification de l'OMS : CIF et handicap. *Revue Sciences Sociales & Santé*, (20), 50-58.

56-Clairet, Françoise. "Comprendre les troubles du langage oral." Enseignants Hachette Éducation, 2024, pp. 15-17.

57-Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2018). *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

58-Cooper, S.-A. (2020). Definitions, Classification, and Epidemiology of Intellectual Disability. In S. Bhaumik & R. Alexander (Eds.), *Oxford Textbook of the Psychiatry of Intellectual Disability* (pp. 1–6). Oxford University Press.

59-Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

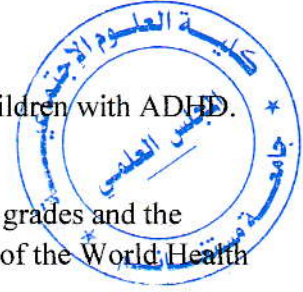
60-Endalamaw salelew et al (2024), Psychosocial determinants of psychological distress among people with disabilities in Ethiopia: a cross-sectional study, *BMJ Open*. 2025 Oct 5;15(10):e092928. doi: 10.1136/bmjopen-2024-092928. PMID: 41047270; PMCID: PMC12506121.

61-Frankish, P. (2010). *Mental health services for adults with intellectual disability: Strategies and solutions*. Psychology Press.

62-Furr, R. M., & Bacharach, V. R. (2013). *Psychological testing and assessment: A practical introduction to tests and measurement* (2nd ed.). Sage Publications.

63-Gail Tripp, Jeffery R. Wickens.(2009) *Human Developmental Neurobiology Unit*, Okinawa Institute of Science and Technology, Suzaki 12-22

- 
- 64-Gallichan, D. J., Fletcher, H. K., Crabtree, J. & Theodore, K. (2025). Working with support teams for people with intellectual disabilities: Collaborative approaches to psychological interventions. Pavilion Publishing.
- 65-Gardner, W.I (1977), Learning and behaviour characteristics of exceptional children and youth, a humanistic approach. Newyork: Allyn and Bacon, P41.
- 66-Gregory, R. J. (2014). Psychological Testing: History, Principles, and Applications (7th ed.). Boston: Pearson.
- 67-Guenther, F. H. (2016). Neural Control of Speech. Cambridge, MA: MIT Press.P102
- 68-Hartley, S. L. & MacLean, W. E. Jr. (2008). Coping strategies of adults with mild intellectual disability for stressful social interactions. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 1(2), 109-127.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_23-fr.pdf
- 69-International Labour Organization (ILO). (2024). Disability and Work. Geneva.
<https://www.ilo.org/topics-and-sectors/disability-and-work>.
- 70-Jacob, U. S., Edozie, I. S. & Pillay, J. (2022). Strategies for enhancing social skills of individuals with intellectual disability: A systematic review. Frontiers in Rehabilitation Sciences, 3, 968314.
- 71-Kabot, S. et al. (2003). Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders, Professional Psychological Research and Practice, 2003 Feb., Vol 343 n° 1, pp: 26 –33. US: American Psychological Assn.
- 72-Kent, R., & Read, C. (2002). The Acoustic Analysis of Speech. 2nd ed.United States : Singular/Thomson Learning, P68.
- 73-Kirk, S. & Chalfant, J. (1984). Academic and Learning Disabilities. London : Denver. Love Publishing Company ISBN 13: 9780891081241
- 74-Kirk, S. A., & Gallagher, J. J. (2006). Educating Exceptional Children (11th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- 75-Ladefoged, P. (2001). A Course in Phonetics.4th ed. Boston: Heinle & Heinle. P100
- 76-Lagier, A. (2019). Toute l'anatomie pour l'orthophonie: Voix, parole, langage. De Boeck Supérieur.
- 77-Le Huche, F., & Allali, A. (2010). La voix, Tome 1: Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole (4^e éd.). Elsevier Masson.
- 78-Martins, R. H. G., Tavares, E. L. M., Ranalli, P. F., Branco, A., & Pessin, A. B. (2014). Psychogenic dysphonia: Diversity of clinical and vocal manifestations in a case series.Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 80 (6), 497–502.



- 79-Mikami, A. Y., et al. (2010). Peer relationships and social skills in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 (4). pp 432-437
- 80-Olusanya, B. O., Davis, A. C., & Hoffman, H. J. (2019). Hearing loss grades and the International classification of functioning, disability and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(10), 725-728.
- 81-Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève : OMS.
- 82-Patel, D. R., Cabral, M. D., Ho, A., & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl 1), S23–S35. <https://doi.org/10.21037/tp.2020.02.02>
- 83-Radesky, J. D., et al. (2016). Parent reported smartphone addiction and behavior al problems in preschool-aged children. *Journal of Pediatrics*, 175, 205-210.
- 84-Raharjo, P. P., Poli, A. T., Syawal, P., & Syamsuddin, S. (2023). The relationship between visual impairment and depression in low vision patients: A systematic review. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*.
- 85-Ravaud, J-F., Mormiche, P. (2000). Handicaps et incapacités. In D. Fassin, Grandjean, H. et Kaminski, M. *Les inégalités sociales de la santé. : La découverte*, Paris.
- 86-Scherer, M. J. (2005). *Living in the state of stuck: How assistive technology impacts the lives of people with disabilities*. Brookline Books.
- 87-Segui, J., & Ferrand, L. (2000). *Leçons de parole*. Odile Jacob.
- 88-Sharma, U. (2017). *Inclusion and disability: Policies and practice*. Routledge.
- 89-Spengler, F. B., Becker, B., & Schade, G. (2017). Emotional Dysregulation in Psychogenic Voice Loss. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86 (2), 121–123.
- 90-Sudhir, P. M., Chandra, P. S., Shivashankar, N., & Yamini, B. K. (2009). Comprehensive management of psychogenic dysphonia: A case illustration. *Journal of Communication Disorders*, 42 (5), 305–312.
- 91-Sulkes, S. B. (2024). Intellectual Disability. In *MSD Manual Professional Edition*. MSD Manuals. Disponible sur <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/learning-and-developmental-disorders/intellectual-disabilitymsdmanuals>
- 92-Tapp, K., Vereenoghe, L., Hewitt, O., Scripps, E., Gray, K. M. & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 122, 152372.

93-Tezcaner, Z. Ç., Gökmen, M. F., Yıldırım, S., & Dursun, G. (2019). Clinical Features of Psychogenic Voice Disorder and the Efficiency of Voice Therapy and Psychological Evaluation. *Journal of Voice*, 33 (2), 250–254.

94-Thompson, T. L., Barnett, D., & Dais, E. (2018). Assessment Accommodations for Individuals with Disabilities. *Frontiers in Psychology*, 9:200.

95-Titze, I. R. (2000). *Principles of Voice Production*. 2nd ed. Iowa City: National Center for Voice and Speech. P47

96-UNESCO. (2020). Inclusive education for students with disabilities
<https://unesdoc.unesco.org>.

97-UNESCWA. (2024). Arab digital inclusion strategies for people with disabilities.
[<https://einclusion.unescwa.org/ar/book/1972>](<https://e-inclusion.unescwa.org/ar/book/1972>).

98-United Nations (UN). (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot>.

99-United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO.) (2015). *Learning for All: guidelines on the inclusion of learners with disabilities in open and distance learning*. Paris. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00002443554>

100-Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV: Administration and Scoring Manual* (4th ed.). San Antonio, TX: Pearson.

101-WHO. (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.

102-WHO. (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*, 6A02 Autism Spectrum Disorder. <https://www.who.int>

103-World Health Organization (WHO) (2022). *Le meilleur état de santé que les personnes handicapées sont capables d'atteindre*.

104-World Health Organization (WHO). *World report on disability*. Geneva.
<https://www.who.int/>

105-Yahiaoui, A., & Ziada, A. (2025). The impact of cooperative learning strategies on enhancing interaction among intellectually disabled students. *Journal of Community Education*.





كلية العلوم الاجتماعية

المجلس العلمي

الرقم 143/م.ع.ك.ع.ا/ 2026

06 جويلية 2026

مستغانم في:

مستخرج من محضر المجلس العلمي

اجتمع المجلس العلمي لكلية العلوم الاجتماعية بجامعة عبد الحميد بن باديس -
مستغانم في دورته العادية يوم الاثنين 22 جوان 2026، وكان من بين النقاط المدرجة ضمن
جدول أعماله طلبات المصادقة على المطبوعات البيداغوجية المرفقة بتقارير الخبرة.
وبناءً على التقارير الخبرة الإيجابية وافق أعضاء المجلس العلمي بالإجماع على قبول المطبوعة
البيداغوجية التالية:

الأستاذ / الشعبة	عنوان المطبوعة البيداغوجية/ السنة والتخصص	الخبراء	تاريخ التقييم/ طبيعته	الرأي
بن درف سماعيل أرطوفونيا	سيكولوجيا الأشخاص في وضعية إعاقة س1 ماستر علم النفس العيادي 2026-2025/2025-2024	بن أحمد قويدر بلعباس نادية	2026/04/27 إيجابي 2026/04/19 إيجابي	موافق

رئيس المجلس العلمي

