



جامعة ابن خلدون تيارت



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا

تخصص علم النفس العيادي

السداسي الأول

سنة أولى ماستر

المطبوعة البيداغوجية لمقياس:

سيكولوجية الأشخاص في وضعية إعاقة

موجهة لطلبة سنة أولى ماستر - تخصص علم النفس العيادي

من إعداد: د. بوكصاصة نوال

أستاذة محاضرة قسم "ب"

العام الدراسي: 2023/2022

## معلومات حول المادة

جامعة ابن خلدون تيارت	الجامعة
العلوم الإنسانية والاجتماعية	الكلية
علم النفس والفلسفة والأرطوفونيا	القسم
طلبة السنة أولى ماستر علم النفس العيادي	الفئة المستهدفة
الأول	السداسي
سيكولوجية الأشخاص في وضعية إعاقة	المقياس
د. بوكصاصة نوال (أستاذة محاضرة ب)	الأستاذ المحاضر
psychonawel@gmail.com	البريد الإلكتروني
أكثر من ثلاث سنوات متتابعة	خبرة سنوات تدريس المادة

## فهرس المحتويات

صفحة	المحتوى
01	الهدف من المقياس
	المحاضرة الأولى: مدخل إلى مفهوم الإعاقة
02	- تمهيد:
03	1- تعريف مفهوم الإعاقة:
04	2- مفهوم وضعية الإعاقة
05	3- نماذج نظرية لمعالجة موضوع الإعاقة
05	1-3- التصنيف العالمي الأول للإعاقة
07	2-3- التصنيف العالمي الثاني للإعاقة
	المحاضرة الثانية: مختلف أشكال الإعاقة
09	- تمهيد:
09	1- أشكال الإعاقة:
09	1-1- الإعاقة الفيزيولوجية
09	2-1- الإعاقة الحسية:
09	3-1- الإعاقة الذهنية
09	4-1- الإعاقة المعرفية:
09	5-1- الإعاقة المكتسبة
11	6-1- الإعاقة الغير المرئية
11	7-1- الإعاقة النفسية
12	8-1- الإعاقات المتعددة
	المحاضرة الثالثة: الإعلان عن تشخيص الإعاقة
15	- تمهيد:
15	1- تشخيص الإعاقة
16	2- الإعلان عن الإعاقة
16	1-2- تأثير إعلان الإعاقة على الوالدين

17	2-2-مراحل نفسية لإعلان الإعاقة للوالدين
22	3-2- إعلان الفريق الطبي للتشخيص
24	4-2- تأثير إعلان الإعاقة على سلالة العائلة
	المحاضرة الرابعة: الإعاقات الحسية
26	- تمهيد:
26	1- الإعاقات الحسية
26	2- مظاهر الإعاقات الحسية
27	1-2- الاضطرابات الحسية اللمسية
27	2-2- الاضطرابات الحسية الشمية
27	3-2- الاضطرابات الحسية التذوقية
27	4-2- الإعاقة البصرية
28	1-4-2- تعريف الإعاقة البصرية
28	2-4-2- أسباب الإعاقة البصرية
30	3-4-2- مظاهر النمو لدى أطفال ذوي الإعاقة البصرية
38	5-4-2- الخدمات التربوية لذوي الإعاقات البصرية
39	6-4-2- التكنولوجيا المساعدة
	المحاضرة الخامسة: الإعاقة السمعية
41	- تمهيد
41	1- تعريف الإعاقة السمعية
41	2- مظاهر الإعاقة السمعية
42	3- الاضطرابات المصاحبة للإعاقة السمعية
43	4- خصائص النمو لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية
47	5- أساليب التواصل لتعليم المعاقين سمعياً
48	6- التدخل المبكر للإعاقة السمعية
	المحاضرة السادسة: الإعاقة الذهنية
50	1- تعريف الإعاقة الذهنية

50	2- أسباب الإعاقة الذهنية
51	3- تشخيص وتصنيف الإعاقة الذهنية:
52	4- مظاهر النمو لدى أطفال ذوي الإعاقة الذهنية
54	5 - أوجه العلاج المقدمة للمعاقين عقليا
55	6- البرامج التعليمية للمعاقين عقليا
	المحاضرة السابعة: الإعاقة الحركية
59	- تمهيد:
59	1- تعريف الإعاقة الحركية
59	2- أشكال الإعاقة الحركية
70	3- الخدمات التربوية للمعاقين حركيا
	المحاضرة الثامنة: سيكولوجية الطفل في وضعية إعاقة
72	- تمهيد:
72	1- مظاهر سيكولوجية الطفل:
76	2- هوية المراهق في وضعية إعاقة
	المحاضرة التاسعة تأثير الإعاقة على الإخوة
79	- تمهيد
79	- سيكولوجية الإخوة لطفل في وضعية إعاقة
83	- قائمة المراجع

## - الهدف من المقياس:

تهدف المحاضرات في هذا المقياس إلى منح قاعدة هامة من المعلومات حول الإشكالات الأساسية المتعلقة بالإعاقة، وتلك الإشكالات المتعلقة أيضا بالمعاش النفسي للفرد في وضعية إعاقة، والمعاش النفسي للأسرة أيضا. ومن المواضيع الرئيسية:

- التعريفات المقدمة للإعاقة وتطور العلاقات بين الأشخاص في وضعية إعاقة عبر السنين والوضعية العامة الحالية.

- معرفة مختلف أشكال الإعاقات.

- الإعاقات الحسية: الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية.

- الإعاقات الحركية خاصة الشلل الدماغي، الإعاقة الحركية الدماغية، والإعاقات أثناء الولادة والأمراض المتطورة للطفل والإعاقات الحركية لدى البالغ.

- الإعاقات المتعددة.

- الإعاقات المكتسبة.

- المعاش الفردي والعائلي للشخص في وضعية إعاقة في سن الرشد.

- العلاقات بين الأشخاص في وضعية إعاقة في الوسط المدرسي، المهني، العائلي الطبي. مع الأخذ بعين الاعتبار المشاكل النفسية المرتبطة بالإعاقة.

## المحاضرة الأولى: مدخل إلى مفهوم الإعاقة

- تمهيد:

يعتبر موضوع الإعاقة من المواضيع متعددة الأبعاد، نظرا لتعدد الشخصية وأبعاد المجتمع الذي ينتهي إليه الفرد في وضعية إعاقة مهما كان شكلها نوعها وشدتها، لها تأثير مزدوج على الشخص وعلى الأفراد المحيطين به، فيختل نظام التوقعات ونظام الأدوار، في الواقع هناك العديد من التعاريف التي تناولت موضوع الإعاقة من التعريف الطبي القانوني التربوي وحتى الأنثروبولوجي أيضا، إذا تم التدقيق في الكلمة، فإن مصطلح معاق ليس مرتبط بمن لديهم نقائص، ولكن بالذي لديه أداءات تتجاوز الآخرين، وممن هم خارج المعايير النمائية المتعارف عليها. ثم بعد ذلك، أصبح مصطلح الإعاقة مرتبط بمفهوم تساوي الحظوظ والحقوق. وبالتدرج أستبدل بمفاهيم أخرى مثل العجز، غير الكفاء، مشلول، أبله، غبي... لكنها مسميات تعجيزية، والتي تركز على بعد الحرمان. اليوم، مصطلح الإعاقة يستخدم بشكل واسع وفي كل الميادين، من أجل الإشارة إلى ضرر اقتصادي، اجتماعي، فيزيولوجي... إلخ.

وجود تعريف إعاقة يرضي الجميع أمر مستحيل. ثم إن في حالة الإعاقة التي يصاب بها الشخص، يجب التحدث عن شخص في وضعية إعاقة، وليس وضعية إعاقة، بمعنى أنه لا يمكن التحدث عن إعاقة إلا في وضعية معينة، لكن لا يوجد وضعية من دون فرد يعيشها. إلا أن التعريف الذي نعتقد بأنه الأكثر تعريفا لمفهوم الإعاقة المسافة الموجودة بين ما يمتلكه الفرد المعاق وبين ما يتوقعه منه المجتمع، هاته المسافة التي تزداد قوتها كلما كانت الإعاقة شديدة.

الإعاقة هي نتيجة عدم القدرة (انخفاض القدرة على انجاز النشاط)، تحدث تبعا لحالة عجز (مظهر الإصابة) يجعل من الصعب انجاز الأدوار المتوقعة من طرف الشخص والمجتمع. وضعية الإعاقة هي تنافر بين أداء الفرد وتوقعات الشخص والوسط.

بعض هاته الإعاقات بسيط نسبيا أما البعض منها فهو متوسط أو شديد قد يؤدي إلى انعدام عدد كبير من القدرات ومضاعفات صحية نفسية واجتماعية مختلفة ، وتؤثر هذه الإصابة أو الإعاقة على نفسية الفرد وحالته الاجتماعية والأسرية أكثر من حجم الإصابة نفسها خاصة إذا حدثت الإعاقة في فترة متأخرة من العمر. كما أن الآثار السلبية للإعاقة تتفاوت بين المصابين حسب نوع الإعاقة وجنس المعاق ومهنته ومكانته الاجتماعية بصفة عامة. فحياة الأفراد المعاقين تختلف من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر حسب نظرة المجتمع وإذا قلنا المجتمع يمكن القول السلطات الوصية والقوانين التي تنظم هذا

المجتمع والتي يجب أن تمنحه الحق في العيش الكريم والحصول على حقوقهم بكل سهولة، زيادة على وجوب احتواء هاته الفئة وعدم النظر إليها نظرة الغريب. (شريف مسعود، ص01)

فيما يلي سيتم التطرق لعدد من النقاط الرئيسية بدءا من تعريف الإعاقة وصولا إلى أهم تصنيفات الإعاقة، وأهم المفاهيم التي ارتكزت عليها هاته التصنيفات، وعدد من العناصر الأخرى المرتبطة بمفهوم الإعاقة.

### 1- تعريف مفهوم الإعاقة:

اقترحت منظمة الصحة العالمية سنة 1980 تعريف للإعاقة: "الفرد المعاق هو 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 استقلالته، وموقفه من الذهاب إلى المدرسة أو شغل منصب.."

### - تعريف الإعاقة حسب قانون 11 فيفري 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."

( Aurore Chanrion,2006,p01)

يكشف مفهوم الإعاقة عن وجود عجز، محدودية، ولكن خاصة انعكاساتها على الحياة الاجتماعية للأفراد. ويدمج هذا التعريف، الإعاقات الذهنية، الحركية، الأدوات instrumentaux ، والإعاقات المتعددة والاضطرابات النفسية انطلاقا من محدودية النشاطات والمشاركات الاجتماعية.

( Jean Yves Chagnon,2014,p10)

ما يمكن استنتاجه، هو اعتبار الإعاقة كنقص أو حرمان بالمقارنة مع البروفيل المعياري المحدد من طرف المجتمع المادي، أو الاجتماعي. وبالتالي تعرف الإعاقة أو تشبه بنقص التلاؤم بين الإمكانيات الشخصية للفرد مع متطلبات التي يفرضها المجتمع، كما يمكن القول أيضا بأنه تظهر الإعاقة من خلال الهوة أو الفراغ الكبير الموجود بين إمكانيات الفرد في وضعية إعاقة وما يتوقعه المجتمع من هذا الفرد لذلك كانت المهمة الحقيقية والأسى للمختص النفسي هي تقليص حجم هاته الهوة الموجودة بين إمكانيات الفرد وتوقعات المجتمع، وذلك من خلال تطوير ما تبقى لدى هذا الفرد من إمكانيات وقدرات لا



يعيها لا هو ولا المجتمع خاصة المحيط الأسري ومحاولة إدماجه مجددا في المحيط الأسري والمهني والاجتماعي.

2- مفهوم وضعية الإعاقة **Situation de Handicaps**: الشخص الذي يعاني من الإعاقة، معناه ميزة تحد من وظائفه الخاصة، فطبيعة المحيط المادي والبشري واحدة من العوامل الخارجية لوجود أو عدم وجود وضعية إعاقة، لكن في داخل الشخص يمكن أن يؤدي إلى وضعية إعاقة بسبب الخصائص النفسية التي يمكن أن تكون حاجز واقعي في الحياة العادية. بمعنى آخر، تستخدم جملة الشخص في وضعية إعاقة لفصلها عن حالة الشخص وتركز بشكل أساسي على المواقف والبيئات التي يمكن أن تحدث ظروف معيقة. وهناك مصطلح آخر للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة وهو مستوحى من الترجمات الأنجلوساكسونية. (Nathalie Nader,2020, p05)

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 الشيخوخة.

- سبب الإعاقة: حادث مكتسب، مرض، شيخوخة.

- المحيط الذي ينتمي إليه: المستوى الثقافي، السكن، الموارد المالية، ...

هذه الآثار يمكن أن تكون السبب في:

- الصعوبات الاجتماعية: من خلال تشوه الرابط الاجتماعي، فالإعاقة تخلق مسافة علائقية مع الآخر، ويصعب أيضا تحمل نظرة الآخرين أيضا. زد على ذلك التمييز والانعزال عن الآخرين أو عزله عنهم نظرا لشعور العائلة بالذنب.

- الصعوبات النفسية: تظهر من خلال تشوه الهوية النفسية، في أن يكون معروف في نظرة الآخر كفرد وليس من خلال وضعية الإعاقة التي يعيشها، خاصة الهوية الجنسية عندما نظرة الآخر تبعث على صورة الاختلاف.

- الصعوبات الجسدية: نظرا للحدود التي تفرضها الإعاقة. احترام محدودة امكانياته، تقبل مساعدة الآخر هي نقاط مهمة. فالفرد في وضعية إعاقة موجود بين الرغبة في أن يكون واستحالة أن يكون. ( Nathalie Nader-Grosbois, 2020, p452)

هاته المقاربة للإعاقة، لا تهتم بأسباب المؤدية للإعاقة، ولكن تهتم أيضا بالانعكاسات أيضا فيما يتعلق بالميزات الفردية لكن في إطار المنتج الاجتماعي، الناتجة عن النماذج النسقية الذي يدرس وظيفة الفرد داخل نظام الذي يعيش فيه ( العائلة، المجتمع، الثقافة...إلخ).

حاليا نتحدث عن وضعية إعاقة، وعن الدور المهم للمحيط في خلق الإعاقة، حيث تكون النشاطات محدودة. في الأخير يمكن القول أن الشخص معاق بسبب عدم قدرته للقيام بأي شيء، الأمر الذي يكشف عن أسلوب عمله داخل المجتمع. لذا سيكون من المهم معرفة كيفية التصرف للتواصل معه، مثلا مع الطفل معاق سمعيا، ومعرفة ما هي المواقف التي تكون سهلة بالنسبة إليه، ومعرفة سبب الإعاقة... لا يجب الاهتمام بالسؤال "لماذا" ولكن من المفروض التساؤل عن "كيف". تركز هاته المقاربة على المفاهيم التالية: التعويض والمواقف، وتدعو للاهتمام بالمجهودات أكثر من انعدام القدرات. حيث ترى أن الطفل العاجز يمكن أن يظهر إعاقة أقل في بعض المواقف. (Aurore Chanrion, 2006, p03)

ليس من الضروري فقط معرفة الطبيعة الطبية والتقنية للإعاقة، بل ما هو مهم المرافقة لهؤلاء الأشخاص. الهدف من المرافقة هو جعل الطفل يمتلك القدرة والدافعية في تغيير مفهومه للمواضيع وممارسة تأثيره على الأشخاص، التحكم والتصرف بجسده. فالطفل في وضعية إعاقة، لديه نقص التجربة يمثل بالنسبة إليه صعوبة قصوى، فلمجرد أنه لا يملك مجموعة من التجارب الاعتيادية للأطفال في مثل سنه، تتسبب في تباطؤ نمو الرغبة في الاستقلالية الفيزيولوجية والنفسية.

### 3- نماذج نظرية لمعالجة موضوع الإعاقة:

#### 3-1- التصنيف العالمي الأول للإعاقة:

نشر فيليب وود Phillipe Wood في سنة (1980)، التصنيف العالمي للإعاقات والصحة العقلية، والذي اشتمل على ثلاث محاور لتعريف الإعاقة في ميدان الصحة: العجز أو النقص، عدم القدرة

والضرر الاجتماعي. هذا الأخير يسمح بتمييز آثارها الخاصة على حياة الفرد وذلك بتحديد سيورورات عدم تناسبها بالمقارنة مع المعايير المحيطية والاجتماعية.

- العجز: يترجم بفقدان بنية أو وظيفة نفسية، فيزيولوجية أو تشريحية، وهذا مرتبط بكل اضطراب خلقي أو مكتسب، دائم أو مؤقت في وظائف جسد الفرد. وتؤثر بصفة مستمرة في النمو، وتطور وظائف الفرد. يمكن أن يكون العجز خلقي تكويني أو مكتسب، على سبيل المثال:

- إذا ولد الطفل من دون ذراعين، سيكون لديه عجز على مستوى الأطراف العليا.

- إذا أصيب الطفل بمتلازمة داون، يظهر لديه عجز ذهني، وتشوهات جمالية وفيزيولوجية....

- إذا تعرض إلى صدمة دماغية، سيظهر لديه عجز في اللغة والكلمة مثلا.

- مختلف أشكال العجز: منها الذهنية، النفسية، ما يخص اللغة والكلمة، السمعية، البصرية، والأعضاء الداخلية الأخرى، الهيكل العظمي وجهاز الدعم، الجمالية، الوظائف العامة والحسية.

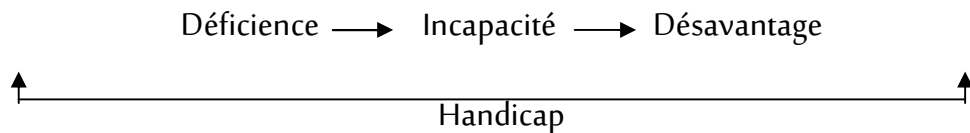
- عدم القدرة: تنتج عن العجز وهي مرتبطة بانخفاض جزئي أو كلي في القدرة على إتمام نشاط بطريقة أو ضمن حدود تعتبر طبيعية للكائن البشري. وترجم بمحدودية النشاطات أو الحركات المفيدة في الحياة اليومية والتي تتعلق بالتفاعل مع المحيط. يمكن أن تكون عدم القدرة دائمة أو مؤقتة.

- مختلف أشكال عدم القدرة: السلوك، الاتصال، الرعاية الجسدية، التنقل، استخدام الجسد في بعض المهام، البلاهة، وكل ما يتعلق بالمواقف في الحياة الشخصية والانشغالات.

- الضرر الاجتماعي: الناتج عن العجز أو عدم القدرة التي تحد أو تمنع إنجاز الدور الاجتماعي بالمقارنة مع السن، الجنس، العوامل الاجتماعية والثقافية داخل المجتمع. ويتموقع الضرر على مستوى محدودية الأدوار الاجتماعية، الإدماج في المجتمع، والحقوق الاجتماعية، والمردودة والتنافسية.

( Nathalie Nader,2020, p04)

- مختلف أشكال الضرر الاجتماعي:التوجه، الاستقلالية الجسدية، التنقل، العمل، الإدماج الاجتماعي، الاستقلالية المالية.



في هذا المخطط، مفهوم الإعاقة يجمع بين العجز، انعدام القدرة والأضرار، إلا في كندا فإن مفهوم الإعاقة يغطي فقط الأضرار الاجتماعية.

إنه فقط على مستوى الضرر الاجتماعي ، باعتبار الشخص ذات اجتماعية، تظهر الإعاقة. فالإعاقة، هي استحالة تولي الأدوار الاجتماعية التي يمارسها طيلة حياته ، مما يتسبب الأمر في معاناة نفسية كبيرة، خاصة بالنسبة الأطفال. **Handicap = Désavantage social**.

تُخلق الإعاقة من طرف المحيط، من طرفنا نحن، حتى وأن كانت ناتجة عن عجز عضوي. فالإعاقة مرتبطة باستجابة المحيط، بفعل أن المحيط يتكيف أو لا يتكيف مع انعدام قدرات الشخص، تسهل أو لا تسهل داخل الحياة في المجتمع. وعلى الصعيد الاجتماعي، أن يكون الفرد معاق، معناه شخص مختلف، وأن يكون غير طبيعي.. ونُسب إليه سمة خاصة. نظرا لانحراف هذا الفرد عن المعيار، حسب المعنى الإحصائي، الذي يعكس متوسط قدرات الأفراد في مجتمعنا. لكن السواء في المعنى المشترك، هو أن يكون الفرد بصحة جيدة، لهذا نميل دوما لاعتبار الفرد في وضعية إعاقة كائن غير طبيعي، وبصحة متدهورة. (Aurore Chanrion,2006 , p02)

### 2-3-التصنيف العالمي الثاني للإعاقة:

ما يقارب 20 سنة من العمل المتواصل تحت إشراف منظمة الصحة العالمية، حاول فريق عمل متخصص العمل تدوين، تعريف وتصنيف الإعاقات. وكان الهدف من هذا العمل بناء لغة عالمية مشتركة لدى جميع ممثني الصحة. التصنيف العالمي للإعاقة الأول CIH-1 المعلن عنه سنة (1980): التصنيف العالمي للإعاقات: العجز، انعدام القدرة والأضرار الاجتماعية يعود إلى الأستاذ وود في جامعة مانشستر الذي طرح موضوع النقائص الموجودة في التصنيف. المعروف حاليا هو التصنيف الثاني CIH-2 الذي يبحث خاصة فيما يلي:

- التدقيق في المفاهيم التالية: Déficience, incapacités, désavantages et Handicap

- تحديد العلاقات بين هاته المفاهيم.

- أهمية العوامل الاجتماعية والبيئية التي تؤدي إلى désavantages.

و في عام (2001)، اقترحت منظمة الصحة العالمية تصنيف عالمي للعمل، الإعاقة والصحة. هذا الأخير ينظر لعدم الصلاحية كنتيجة لتفاعل بين إمكانيات الفرد واختلاف العوامل المحيطة. تسمح بتحليل مواقف الإعاقة في أربعة عناصر متفاعلة فيما بينها:

- الوظائف العضوية الفيزيولوجية والنفسية، أو البنيات التشريحية الأعضاء أو الأطراف التي تشترط العمل الجسدي والتنظيم الفيزيولوجي.

- النشاطات والمشاركة الواقعية للشخص من خلال طريقة عمله.
  - العوامل المحيطية الفيزيولوجية، الاجتماعية والاتجاهات و العوامل الخارجية المعوقة والمسهلة.
  - العوامل الشخصية أو الفردية. (Nathalie Nader,2020, p06)
- حيث تغيرت المفاهيم، فاستبدل مفهوم عدم القدرة ب محدودية النشاطات، في حين أن مفهوم الأضرار الاجتماعية أستبدل ب محدودية المشاركة.

- النشاطات **Activités**: تتمثل في كل الأفعال التي لها علاقة بالحياة اليومية،، تكون إما معقدة أما بسيطة. تكون هاته النشاطات ذاتية، تتطلب مساعدة أو يمكن انجازها باستقلالية.. الصعوبات التي تظهر على مستوى النشاطات تشكل تشوهات كمية وكيفية. تتمثل هاته النشاطات في الاتصال، الحركات، المكتسبات التعليمية، التنقلات، السمع والبصر، الحياة اليومية، الرعاية اليومية والنشاطات المألوفة، العلاقة الشخصية، والتكيف مع المواقف المختلفة.

- المشاركة **Participation** : تنتج عن التجارب المعاشة من طرف الشخص يعاني من عجز، أو من محدودة محتملة في النشاطات. المفتاح الرئيسي في المشاركة هو تعادل الحظوظ. المشاركة تكون في ميادين التالية:

- استخدام المنتجات، الوسائل والأغذية.

- المحيط الطبيعي.

- البنيات الاجتماعية، الثقافية، الأدوار والمعايير.

- المؤسسات الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية.

- المساعدات التقنية.

من بين الجديد الذي أتى به هذا التصنيف العالمي الثاني فيما يتعلق ب العوامل الاجتماعية التي تضع الإعاقة في المحيط الاجتماعي والبيئي. بمعنى عالم الفيزيقي والاجتماعي الذي يؤثر على حالة الشخص و يعمل على تحيين نقاط قوته وضعفه، التي تسهل التكيف أو تلك التي تمنعه من ذلك. فالشخص يخضع إلى تأثير العوامل الشخصية و العوامل المحيطية. (Serge Dalla,2001, p35)

## المحاضرة الثانية: مختلف أشكال الإعاقة

- تمهيد:

تتشترك مختلف الإعاقات المصنفة عالميا في أنها ناتجة عن عجز عضوي أو فيزيولوجي، تؤدي إلى عدم قدرة الفرد المصاب على أداء مهامه اليومية من نشاطات اجتماعية، وتتعدد أشكال الإعاقة بتعدد الأسباب والعوامل المؤدية إليها فطرية أو مكتسبة، منها ما هو وراثي تكويني، منها ما هو نمائي عصبي، ومنها ما هو نفسي اجتماعي، لذلك نجد تعدد المصطلحات أو المسميات التي أطلقت عليها. فيما يلي ذكر لأهم أشكال الإعاقات التي تم التطرق إلى في أدبيات البحث:

### 1- أشكال الإعاقة:

1-1- الإعاقة الفيزيولوجية: تمس عضو واحد أو مجموع الجسد. وعمليا، الإعاقات الحركية تتسبب في عدم القدرة على التنقل، إمساك الأشياء وأحيانا الكلام. وتختلف حسب سبب الإصابة: إصابات عصبية، إصابات عصبية عضلية أو إصابات حركية أخرى.

2-1- الإعاقة الحسية: والتي تمس الحواس. تشتمل على الإعاقة البصرية والسمعية، يمكن أن تكون إعاقة كلية أو جزئية.

3-1- الإعاقة الذهنية: تسبب اضطرابات في نمو الوظائف المعرفية مثل الإدراك، الانتباه، الذاكرة والتفكير. الإعاقة الذهنية هي نتيجة اجتماعية لعجز ذهني.

4-1- الإعاقة المعرفية: تكون نتيجة عجز في الوظائف الدماغية العليا مثل الانتباه، الذاكرة، الوظائف التنفيذية والإدراكية، المنطق، الحكم واللغة. من بين الاضطرابات: عسر القراءة، عدم القدرة على اكتساب التناسق الحركي، عسر الحساب... وكما هو شائع تسمى باضطرابات اللغة والتعلم.

إلى جانب هاته الأشكال من الإعاقات المعروفة والتي تمس الجوانب الحسية والحركية والمعرفية، والتي لها انعكاسات على حياة الفرد وعلاقاته بالمحيط، نجد الشق الثاني وهو نوع من الإعاقات المكتسبة:

5-1- الإعاقة المكتسبة: إذا كانت الإعاقة ناتجة عن حادث أو مرض سواء لدى المراهق أو البالغ، يتمثل العمل النفسي في الصدمة النفسية والحداد، فهما عنصرين يجب أن يؤخذا بعين الاعتبار. من جهة نقاط القوة والضعف للشخص المصاب، خاصة عندما يتوجب عليه مواجهة الواقع الصادم. أين هو مشروع حياته من كل ذلك؟ كيف سيعيش؟ ما هو المهم بالنسبة إليه؟، فكل حالة مختلفة عن الأخرى

ولكل واحدة تاريخها الفردي . ومن جهة أخرى، أمام كل ما حدث له سيمر الفرد بمراحل مختلفة والتي تعتبر دفاعات نفسية.

- لا يمكن أن يكون الأمر حقيقيا. فالمريض لن يمثي مجددا، ولن يشعر بأعضاءه الجسدية المهمة في جسده ولا يمكنه تصديق ذلك. في الواقع. الرفض هو أول تقنية يستخدمها كل المرض والأفراد في وضعية إعاقة، فالرفض يمتص الصدمات الجديدة العنيفة. ثم، مع الزمن سوف يستخدم المريض آليات دفاعية أخرى، لكنها تعتبر كدفاع مؤقت مع وجود تقبل مؤقت أيضا. لكن على المعالجين عدم معارضة هذا الرفض فوجودهم بقرب المريض سيساعده ويساعد عائلته أيضا على تجاوز هاته المرحلة الأولى والمهمة.

- سؤال متكرر لماذا أنا؟ سوف يسقط المريض جل قلقه وتوتره على من حوله وفي كل الاتجاهات وعلى المعالجين أيضا، ويظهر ذلك صدفة في هاته المرحلة والتي تتميز بشعور المريض بانعدام العدالة في العالم. وعندما نحترم المريض ونتفهمه ونراعيه نساعد في التخفيف من متطلباته العدوانية.

وبعد أسلوب المقايضة مع القدر: "إذا قرر الله تعالى أن يبتليني بهذا الحادث ولم يستجيب لدعائي الملح فلا بد أن أطلب ذلك منه بروية ولطف". في الواقع هي محاولة من المريض لتأخير الأحداث وهي فترة انتظار الوعود من خالقه. لكن الوقت يمر ولم يتغير شيء، فيشعر المريض بأنه فقد شيء مهم. فيدخل المريض على إثر ذلك في حالة اكتئاب. فالفقدان الذي يشعر به المريض متعدد الأشكال: خسارة فيزيولوجية، خسارة مشروع الحياة ( مشاكل مالية ضرورية لتسيير أموره الحياتية، محدودية الرعاية) وفقدان نرجسي في صورة والحب الموجه للذات. هناك العديد من الأسباب الحقيقية للاكتئاب والحزن أيضا. يعتبر الاكتئاب كوسيلة للتحضير للانفصال. هاته المرحلة التي يمكن أن تتكرر لمدة طويلة بعد الحادث أو المرض، وكل ما كان المريض في المستشفى أو في مرحلة التأهيل يبقى غالبا في المراحل الأولى. ثلاث سنوات لاحقا يواجه المريض اكتئاب عميق لأنهم أقل تعبير عن تعاستهم وحزنهم، فالتعبير عن ذلك سيساعدهم على الإعداد للمرحلة الأخيرة من التقبل.

إلا أن المريض يبقى كامل في قدراته على الحب وبناء العلاقات أو أن يدخل في علاقة. إعادة ترتيب الأمور، والاستثمارات الجديدة تكون محتملة في هاته الفترة. تكمن أهمية هاته الفترة الطويلة من الحداد بسماع للفرد بالتخلي المؤلم للغاية دون أن يضاف ذلك إلى العجز في قدراته على العلاقة والتي هي مشوهة إنسانيا.. هنا يتدخل المعنى الذي يعطيه المريض للحالة التي وصل إليها فيجب أن تأخذ الحادثة أو المريض أن يأخذ معنى في تاريخ المريض ويجب أن يعيد ترتيب وتنظيم طاقته النفسية. هناك بعض

المريض ممن يتلقون العلاجات الوظيفية التأهيلية يشعرون بالذنب لخطأ ما خيالي اقترفوه اتجاه الوالدين مثلا. في هاته الحالة يسمى الحادث كعقاب . نأخذ مثال عن مريض ذراعه الأيمن يتحرك لكن نفسيا مشلول لمجرد شعوره بالذنب نتيجة خطأ ارتكبه مما يشكل خطورة على المريض.

(Christophe champonois, p03)

#### 6-1- الإعاقة الغير المرئية Handicaps invisibles :

تؤدي الإصابات الدماغية إلى اضطرابات معرفية، سلوكية، ونفسية وجدانية مما يؤدي إلى انخفاض قدرة الشخص على القيام ببعض النشاطات في الحياة اليومية. يبدو غير مرئي للوهلة الأولى لأنه لا يدرك من طرف الآخر: ليس ملموس ومرئي كما هو الحال بالنسبة للإعاقة الحركية. وغير مرئية بالنسبة للشخص نفسه، وعلى العكس من المضاعفات الحركية فإنه لا يمكن رؤية المضاعفات المعرفية، السلوكية أو النفسية الوجدانية... كل ذلك يجعل من الوعي بالإعاقة أمر صعب في نظر المحيط وفي نظر الشخص ذاته.

#### - الصدمات الدماغية:

هي إصابة ثانوية في الاتصال العنيف بين المادة الدماغية والجمجمة. هاته الإصابة تفسد الخلايا العصبية (العصبونات) وامتداداتها، وحسب موقعها ستؤدي إلى عواقب عديدة: حركية، حسية، لكن خاصة الغير مرئية منها المعرفية، السلوكية، النفسية الوجدانية تؤثر سلبا على الحياة اليومية والاجتماعية. الإعاقة الغير مرئية مرتبطة غالبا بصدمات الجمجمة التي لها نفس الصعوبات الناتجة عنها الموجودة في الإصابة الوعائية الدماغية، نقص الأكسجين الدماغي....

7-1 - الإعاقة النفسية: هي المحدودية في مشاركة الشخص في الحياة الاجتماعية خاصة في المحيط المهني، وذلك بسبب اضطرابات نفسية خطيرة تؤدي إلى خلل في حياته اليومية. الاضطراب النفسي لا يمس فقط جزء معين من الذات وإنما يمس كل أبعاد الشخصية. من بين أسباب الإصابة بالإعاقة النفسية: الاضطرابات الاكتئابية الخطيرة، الحالات الذهانية والعصابية، الحالات البينية، خلل دهني مرتبط بالسن، حالات التسمم، أو إصابات عصبية. أما عن منظمة الصحة العالمية عرفت الإعاقة النفسية انطلاقا من اضطرابات السلوك، اضطرابات المزاج والوعي.

ما يميز الإعاقة النفسية هو خلل في الشخصية يتميز باضطرابات خطيرة، مزمنة ومستمرة في السلوك والتكيف الاجتماعي. تظهر الإعاقة بسبب اضطرابات نفسية في اللحظة التي يصبح فيها في حالة تبعية ناتجة عن الحاجات الخاصة المرتبطة بالمرض، وعدم قدرته على التكيف إضافة إلى عدم التوافق مع



المحيط. ونجد الباحثة المختصة Valérie Boucherat-Hue (2012) تتحدث عن ما أسمته بـ الإعاقة النفسية الجسدية. سميت كذلك على حد تعبيرها لأن الجسد يعتبر المحور الأساسي فيها. تلعب الإعاقة النفسية الجسدية كإعانة نفسية جسدية للتخفيف من آثار الإثارة النفسية الجسدية المتبقية والتي لم يتمكن الجهاز النفسي من يتعافى بشكل كافي من إشكالية العصابية خلال فترات النمو المبكرة. تقحم الإعاقة النفسية الجسدية التعلم المدرسي والتكيف الاجتماعي في إطار الكف النفسي الجسدي.

8-1- الإعاقات المتعددة **polyhandicaps**: " تعرف على أنها إعاقة خطيرة، لها عدة أشكال مصحوبة بإعاقة حركية وإعاقة ذهنية خفيفة أو عميقة، تؤدي بدورها إلى الحد المفرط من الاستقلالية وقدراته على الإدراك، والقدرة على التعبير والعلاقات الاجتماعية." (vincet pagés, 2017, p225) يغطي هذا التعريف مختلف المواقف التي ليس من السهل تحديد حدود الإعاقة المتعددة مثلا الإعاقة الحركية الدماغية، والذهانات.

الأوصاف العيادية للإعاقات المتعددة Poly- handicaps: يشتمل على الاضطرابات الحركية، العصبية (الصرع)، الاضطرابات الحسية (السمع والرؤية)، الاضطرابات الجسدية (عدم القدرة على التنفس، الحساسية الجلدية،...)، مع إعاقة ذهنية في الغالب خطيرة، مع غياب اللغة أو لغة بدائية غير متطورة. تجعل Poly- handicaps الطفل في حالة تبعية كبيرة في حياته اليومية، ويضيق من حقل تجاربه الضرورية لنموه. كما يعاني الطفل المصاب بـ Poly- handicaps من إعاقة ذهنية خطيرة، عامل ذكاءه أقل من 50 ويؤدي إلى صعوبات على مستوى مفهوم الزمان والمكان، حساسية اتجاه المكتسبات الذاكرة، ضعف إمكانية التفكير المنطقي، غياب اللغة أو لغة نكوصية. في حين أنه يمكنه التفاعل بالإشارات الغير لفظية: الإيماءات، الابتسامة، النظرات، البحث عن الاتصال الجسدي.

تظهر لدى الطفل اضطرابات سلوك: الإيقاعية، العدوانية موجهة نحو الذات، الانطواء الذهاني يؤدي إلى التوحد يضع الطفل في موقف يصعب التعايش معه.

- تقييم الطفل المصاب بـ Poly- handicaps: يعتبر التقييم أمر ضروري في التكفل التربوي وتقييم هذا التكفل أيضا. التقييم ليس وسيلة تشخيصية، وليس وسيلة قياس معايير النمو الشاذة وإنما هي مقارنة تقييم إمكانيات التعلم والقدرات البارزة في مختلف الميادين، لأن الهدف هو مشروع تربوي ، فرداني وذلك من أجل تطوير الإمكانيات الموضوعية ولو جزئيا. تتطلب هاته العملية من التقييم زمن طويل نوعا ما:

- زمن التعارف.

- زمن بناء المواقف.

- زمن رد الفعل والتقبل من الطفل.

الهدف الذي يرمي إليه المختص النفسي هو تحليل مجموع قدرات الطفل، والتفكير كيف يمكن استغلالها، ومحاولة أيضا فهم لماذا الطفل محدود في التعبير عن قدراته، هل السبب يعود إلى الإعاقات الحسية أو بسبب عجز معرفي واضح؟ .

عادة ما تتضمن الإعاقة المتعددة Polyhandicap مجموعة من الإعاقات من أربعة أنواع وجود أول اثنين منها أمر ضروري للتشخيص، يرتبط الاثنان التاليان مع السابقة في أكثر من ثلاثة أرباع الحالات. من بين مظاهر العجز نذكر:

- عجز حشري حركي شديد.

- إعاقة نمائية نفسية شديدة؛

- نقص في الأداء الكهربائي للدماغ؛

- قصور في الوظائف الأساسية، الغذائية والجهاز التنفسي على وجه الخصوص.

يمكن السبب راء هذه الإعاقات إلى إصابة تشريحية و/أو وظيفية مبكرة وشديدة في الدماغ، بحيث تكون الإصابة مستقرة وغير متطورة. وأي إصابة حسية أو إصابات حسية و/أو بعض الاضطرابات من الشعلة التوحيدة – الذهانية، تثقل غالبا الجداول العيادية للإعاقة المتعددة.

(Georges Saulus , 2009, p27)

من بين أهم أشكال الإعاقات المتعددة نجد الإعاقة البصرية والسمعية، تعرف على أنها تعد بمثابة إعاقة حسية مزدوجة، تجمع بين الإعاقتين البصرية والسمعية لدى نفس الشخص في نفس الوقت، مما يؤثر بشكل سلبي على التعلم حيث أم مثل هاته الإعاقة حتى وإن كانت في المستوى البسيط كأن يكون الفرد ثقل السمع من ناحية وضعيف البصر من ناحية أخرى، أي أنه ليس أصما أو أعى يكون لها أثرسيء للغاية. تكون الإعاقة المزدوجة مصحوبة باضطرابات أو إعاقات أخرى: إعاقات جسدية مثلا، وإعاقات عقلية معرفية بالإضافة إلى أن البعض من الأفراد المصابين يعانون من مشكلات صحية.

(عادل عبد الله، 2004، ص39)

- خصائص الأفراد المصابين بالإعاقات المتعددة:

يظهر الأفراد متعددي الإعاقة مدى واسع من الخصائص، يعتمد الأمر على نوعية الإعاقات الموجود لدى الفرد وشدتها وسن الإصابة وتلقي العلاج، إلا أنهم يشتركون في مجموعة من الخصائص وهي كالاتي:

- الخصائص الجسدية: يحتاج الطفل متعدد الإعاقة إلى مساعدة في الحركات الأساسية في التنقل الجسدي كما أنه يعاني من مشكلات طبية كالشلل الدماغى والأمراض الناتجة عن الإعاقة، كما يعاني

من محدودية في مهارات العناية بالذات ويعتمد بشكل كبير على المحيطين به في مهارات الحياة اليومية، وهو بحاجة أيضا إلى الدعم في معظم الأنشطة الحياتية الرئيسية كالعلاقات الداخلية مع العائلة وقضاء أوقات الفراغ، واستخدام الخدمات المتوفرة في المجتمع وكذلك المساعدة في المهارات المهنية.

- الخصائص المعرفية: تعتمد الخصائص المعرفية في حالة الإعاقة المتعددة على نوع الإصابة والإعاقة، فمثلا تكون بعض الإعاقات الجسدية مصحوبة بالإعاقة العقلية، فنجد أن الأطفال المعاقين جسديا وهم متخلفين عقليا يتلقون خدمات التربية الخاصة كالتالي يتلقاها المتخلف عقليا وبالطريقة نفسها، وعادة يتم تصنيف هؤلاء الأفراد بناءا على الخدمات والبرامج المتوفرة لديهم. ونجد أحيانا بعض الإعاقات لا تؤثر على القدرة المعرفية لدى الطالب كإعاقات الشلل الدماغى، وفي العادة فإن هؤلاء يكتسبون المهارات بشكل أبطأ من غيرهم، ويميلون إلى نسيان المهارات التي لا يمارسونها، ويجدون صعوبة في تركيب المهارات التي تعلموها بشكل مستقل.

- الخصائص الأكاديمية: يتعرض الأطفال متعددي الإعاقة بشكل كبير لل صعوبات الأكاديمية من أقرانهم الذين لا يعانون من أية إعاقة، والمشكلة ليست دائما في توظيف المهارات الأكاديمية، بل في الفرص التعليمية المحددة التي تؤدي إلى إنجاز أكاديمي محدود بسبب الغياب عن المدرسة أو انقطاع اليوم الدراسي بسبب العلاجات أو الإحساس بالتعب والإجهاد، مما يؤثر على درجاتهم وتحصيلهم بسبب عدم القدرة على متابعة المنهاج الأكاديمي. (مصطفى نوري، 2010، ص28)

إن تزامن عدد من الإعاقات لدى الفرد الواحد يقلل حظوظ اندماجه في المجتمع بالمقارنة مع أنواع الإعاقات الأحادية، بحيث يتطلب تعدد الخدمات المقدمة إليها، وتعدد أوجه الرعاية أيضا لما لها من إنعكاسات سلبية على الصعيد الجسدي و النفسي المعرفي والأكاديمي.

## المحاضرة الثالثة: الإعلان عن تشخيص الإعاقة

- تمهيد:

يعتبر موضوع الإعلان عن تشخيص الإعاقة وليس الإعاقة في حد ذاتها موضوع ذو أهمية كبيرة يتطلب تقبله من طرف الوالدين البيولوجيين قدرات نفسية وعاطفية ومعرفية أيضا لتحمل تداعيات هذا الإعلان، بين التقبل والإنكار، الهروب أو عمل الحداد، يتأرجح الوالدين بين نزوات الموت والحياة، تتغير فيه الصور الهوامية المرغوب فيها، لتحل محلها صورة الطفل الحقيقي في وضعية إعاقة. تتغير أيضا صورة الوالدين في السلالة العائلية ويتشوه الرابط الاجتماعي. تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن الاستجابة النفسية والعاطفية لإعلان الإعاقة مهما كان شكلها يعود إلى الطبيعة النفسية الداخلي للأم وللأب والمجتمع بصفة عامة، فهناك العديد من الأمهات من تقبلن إعاقة أطفالهن في حين الأزواج تخلوا عنهم إما بطلب الطلاق، أو هجران بيت الزوجية، فالتاريخ الفردي لكل الطرفين يؤثر في عملية تقبل الإعلان عن تشخيص الإعاقة، وعلى إثر ذلك تختلف الآليات النفسية المجنّدة لمواجهة الواقع الجديد.

### 1- تشخيص الإعاقة:

تشتد الرغبة في الطفل انتظار طفل خيالي بصحة جيدة في تصورات الزوجين اللذين يرغبان في أن يكونا أبوين. والخوف من ميلاد طفل مشوه أو يعاني من إعاقة منتشر لدى العديد من الأزواج، حتى وإن تختلف شدته من حالة لأخرى، وذلك حسب تاريخهم الفردي ومخاطر محتملة ذات أصل عائلي. وعمل الحداد على الطفل المثالي في حالة ميلاد طفل في وضعية إعاقة يحطم الرغبة الأولية للطفل.

(Nathalie Nader, 2020)

حيث شهدت السنوات الأخيرة تطور مستمر في المعارف حول الجينات المتسببة في الشذوذ والمناهج المستخدمة في علم الخلايا والصبغيات، وفي البيوكيميائية الوراثية، وفي التشخيص ما قبل الولادة. وأكبر من ذلك وعملية الوقاية الأولية قبل الولادة وخلال فترة الحمل عرفت تطورا هي الأخرى. لهذا السبب، كان لزاما إجراء ما يسمى الإستشارة الوراثية في حالة ما إذا كان هناك مشروع حمل، وخاصة إذا كان هناك فرد من العائلة يعاني من شذوذ جيني أو عجز.

- تعريف الإستشارة الوراثية: هي سيرورة إتصال تهدف إلى التخفيف من المعاناة البشرية المرتبطة حدوث مفاجئ، أو احتمال حدوث خطر مفاجئ لشذوذ جيني في العائلة.

-نقل معلومات طبية وجينية، عن طبيعة الشذوذ، وعن احتمال عودة الشذوذ أو العجز بمقدوره إصابة سلالة المفحوصين.

-البحث عن احتمالات الإنجاب.

-تقديم المساعدة للمفحوصين وذلك لاتخاذ القرار المناسب.

- دور المختص النفسي في الاستشارة الوراثية: يضمن المختص دليل للمفحوصين ويسهر على خلق جو مناسب للاتصال والثقة في الفريق، هذا الجو الذي يساعد على التعبير عن مخاوفهم، وعواطفهم ويعمل على المرافقة في اتخاذ القرار الصائب. كما يعمل المختص النفسي على ضمان تناوب الخدمات اللاحقة للطفل ودعم الوالدين، بما في ذلك خدمات المساعدة المبكرة ومراكز مرجعية حول الأمراض. يعمل المختص النفسي بالتعاون مع أفراد مركز الاستشارة الوراثية وخاصة المساعد الاجتماعي وذلك لتقديم المساندة النفسية الاجتماعية للمفحوصين.

## 2- الإعلان عن الإعاقة:

تأتي الإعاقة في المحيط الأسري لتُفعل من عدم استمرارية التصورات الوالدية، القطيعة بين الطفل المنتظر والطفل الواقعي. يتلخص عمل الوالدين، في إبراز الكائن البشري الصغير وإضفاء الطابع الإنساني على الطفل.. يتمثل الأمر بالنسبة إليهم في تبني هذا الطفل.

### 1-2- تأثير إعلان الإعاقة على الوالدين:

تم التحدث في الأدبيات، عن إعلان إعاقة طفل سيولد أو تم تشخيص ذلك قبل الولادة أو بعدها، أو عن احتمال حدوث ذلك في سن مبكر بعد تشخيص متأخر. العديد من الأبحاث التي كتب فيها المؤلفين والممارسين عن هذا الموضوع خاصة الأهمية الحاسمة للإعلان وانعكاساته النفسية وعلى العلاقات المستقبلية للطفل. وبالإعلان عن الإعاقة، الرغبة في الطفل، التصورات الإيجابية عن الطفل المثالي (الجميل، الذكي وبصحة جيدة) تتحول إلى كابوس يقظ. وتنشط الصور ذات دلالات سلبية للإعاقة. كما كشفت هاته الأبحاث عن وجود علامات لممارسات جيدة أو سيئة أثناء الإعلان.

يتم الإعلان عن الإعاقة في فترات مختلفة تبعا لطبيعة العجز، قبل الحمل أثناء الاستشارة الجينية، أثناء الحمل للقيام بالفحوصات الوقائية، عند ميلاد الطفل. وحسب السياق والحالات، المهنيين هم الذين يعلنون عن التشخيص من بينهم: المختصين في علم الوراثة، طبيب نساء، طبيب أطفال، طبيب أطفال مختص في علم الوراثة، طبيب أطفال مختص في الأعصاب أو طبيب العائلة.

ويكون من الأفضل الإعلان عن الإعاقة للأبوين في نفس الوقت، في حضور الطفل المولود حديثاً. في هذه السيرة الاتصالية والعلائقية للكشف عن التشخيص، هذا الحدث الدقيق ملون بالأفعال، النظرات، كلمات الفاحص وكلمات الوالدين. يتبعه الإعلان للمحيط، والعائلة الأجداد والإخوة، الأصدقاء، ولاحقاً يتم الإعلان للطفل المصاب. عدم الإعلان أو سر العائلة حول الإعاقة يمكن أن يكون له انعكاسات نفسية على الإخوة والأخوات فهم أيضاً لديهم حاجات خاصة بهم تؤخذ بعين الاعتبار. فعلى الأخصائي النفسي أن يرافق الوالدين لردة فعلهم لأنهم هم أيضاً يكونون في حالة نفسية خاصة. ويجب معرفة ما هي الخصوصية العائلية، الثقافية، الاجتماعية الاقتصادية، العقائدية للوالدين فهاته المعلومات تساعد المعلن في التكيف مع الإعلان ومتابعته.

## 2-2- مراحل نفسية لإعلان الإعاقة للوالدين:

حسب ما ذكر في الأدبيات فقد وصفت العديد من المراحل النفسية يمر بها الوالدين مباشرة بعد الإعلان عن إعاقة طفلها، والتي يمكن أن تأخذ مع الزمن، شكل الموائمة الأسرية وسيرة التكيف العائلي. لكنه أمر يتطلب إنتظارات مختلفة من المهنيين والمحيط من دعم، متابعة ومرافقة.

- أولاً، نتحدث عن وجود صدمة، وأزمة مبدئية. المشاعر والعواطف تترجم إلى حالة من الذهول، والاضطراب.

- الصدمة النفسية: التي تجعل العديد من الآباء لا يعبرون عن مشاعرهم على الفور، والتي أحياناً يتم الخلط بينها وبين اللامبالاة. تعرف الصدمة النفسية على أنها معايشة الفرد لخبرة الحدث أو مشاهدته أو مواجهته، يتضمن هذا الحدث موتاً أو أذى حقيقياً أو تهديداً للفرد أو الأشخاص الآخرين، مع حدوث رد فعل فوري من الشعور بالخوف الشديد أو الرعب أو العجز. (سامية رحال، 2022، 570)

- هذه الصدمة المبدئية يمكن أن تتحول إلى إنكار، رفض الإعاقة، وعدم تقبل. خلال هاته المرحلتين، الوالدين بحاجة لمن يشاركهم عواطفهم، مشاعرهم فيما بينهم ومن المختصين من أطباء ومختص نفسي. ثم، مرحلة الخلل الانفعالي التي تترجم بمشاعر انعدام العدالة، المسؤولية، الشعور بالذنب في تسيير الوضع الجديد وبالإضافة إلى الشعور بالعار لأنهم لا يمتلكون طفل سليم، فتتأثر نرجسيتهم. أن يكون الشخص أباً يستلزم الأمر إعادة إحياء تصوراته الخاصة عن طفولته وعن والديه الخياليين. الرهانات النرجسية للأبوية تأخذ شكل التحولات المتتالية للإستثمار في الوضعيات الأبوية منذ الميلاد وخلال حياة الطفل. ميلاد طفل في وضعية إعاقة يمثل حدث غير متوقع، وحرَج وحساس يمس الوالدين بشكل عميق، ويمس إرثهم النرجسي ومشروع حياتهم. خلال هاته المرحلة، لا يتفهم الوالدين سبب حدوث إعاقة طفلها لهما بالذات، فيشعران بالضعف، والغضب اتجاه أنفسهم، واتجاه الطفل، أو اتجاه

الأطباء الذين لم يتمكنوا من تفادي حدوث الإعاقة، أو هناك خطأ طبي. علاوة على ذلك، كثرة التساؤلات، التردد، المخاوف من ردود فعل الطرف الآخر، من الإخوة، من العائلة. في هاته المرحلة، الوالدين بحاجة ماسة إلى الإصغاء النشط، إلى الدعم النفسي الفردي أو الجماعي وللعائلة أيضا من طرف المختصين وهم بحاجة إلى إجابات عن تساؤلاتهم ومعلومات مكملة.

### - عملية الحداد:

شيئا فشيئا ينتقل الأبوين إلى مرحلة متطورة من التوافق وتقبل الطفل في وضعية إعاقة، ويتمكنان من عمل الحداد على الطفل المثالي و الانفتاح على الواقع المختلف. في هاته المرحلة على الفريق الطبي منح الوالدين المعلومات الطبية، والاجتماعية والقانونية. كما يجب عليهم أن يقترحوا مساعدات وبرامج التدخل المبكر والتربوي للطفل ومرافقتهم في دورهم الأبوي. لكن لا بأس بالحديث عن عملية الحداد الذي تحدث عنها المختصون وهناك البعض منهم من ذهب إلى القول ب: الحداد المستحيل؟؟؟

إن الفجوة الموجودة بين الطفل الخيالي والطفل الواقعي كبيرة جدا خاصة عندما تكون هناك وضعية إعاقة تجعل الوالدين يدخلان في مرحلة حداد. هناك عدة تعريفات قدمت لعملية الحداد:

- الشعور بالألم، البلاء الذي يحدث بعد وفاه أحد ما،
- عادات وطقوس تصاحب فقدان الشخص، الوقوف على الأطلال مثلا.
- عملية نفسية يقوم بها الفرد، من خلال الانفصال عن الموضوع المثالي، وهو أمر ينطبق بكثرة في حال وجود إعاقة، فحالة الحداد لا تشير بالضرورة إلى الموت، ولكن يمكن أن ترتبط أيضا بفقدان شيء مهم.
- تمر عملية الحداد التي يقوم بها الأبوين لطفل في وضعية إعاقة كالاتي:
- مرحلة الصدمة المذهلة: هذه الحالة تهزم القدرة على التفكير. تحدثت ميشيل فيات كورمونت عن "الصمم النفسي" بحيث يصبح الأبوين غير قادرين على سماع المعلومات وإدراك الفروق الدقيقة فيها، فأفكارهم مشلولة، وقدرتهم على التفصيل محطمة. هناك نوع من التخدير الدائم بشكل أو بآخر ومكثف بدرجة أو بأخرى. بالإضافة إلى ذلك، تتصادم الأسئلة المتعددة مع بعضها البعض بطرق عشوائية.

- مرحلة الاكتئاب: بعد فترة الذهول، غالبا ما يعاني الوالدان من ردود فعل اكتئابية. هذه المرحلة تعتبر مركزية. يتم تعريفه من خلال انعزال الوالدين التي وصفها Régine Scelles بأنها "مميتة" وكذلك بفقدان احترام الذات، إنهم يشعرون بالفناء واليأس والعجز. وفقا لشارلز غاردو، فإن العلامات الواضحة لهذه

المرحلة الاكتئابية هي: حالة الكف النفسي الحركي ، الحزن ، إذلال ذاتي للأنا ، انخفاض الاهتمام بالعالم الخارجي .....

- مرحلة إعادة تنظيم الأمور: هذه الفترة من الألم النفسي الشديد تليها فترة إعادة تنظيم الأمور من جديد، إنه بمثابة تنويع لعمل الحداد. يمكن للوالدين حقًا اللجوء إلى طفلهم: عملية استدخال للنقص الذي يعانيه طفلهم. على عكس المراحل السلبية المذكورة أعلاه ، يدخل الآباء هنا في سلوكيات نشطة بالرغم من سيكون عمل طويل لإعادة التنظيم. يؤكد Charl Gardeau أن "الألم لا يتلاشى ، بل يتم ترويضه وتهديته ونضجه". لكن تجدر الإشارة إلى أن عملية الحداد لن تنتهي أبدًا، لأنه سيتم إعادة تنشيطه في كل مرحلة جديدة من حياة الطفل، فهي عملية شفاء لا نهاية لها.

(Mallaurie Capdevielle,2015, p49)

في كافة الأحوال، ستؤدي عملية الحداد ، إلى تكامل حقيقة أن الحياة قد تغيرت بشكل جذري ، ولكن هذا الشخص سيكون قادرًا على "البقاء". بالنسبة للوالدين هي مرحلة من الألم والدموع يبدأ معها الوعي. سيجعلهم قادرين على رؤية طفلهم وقبوله كما هو ، وحتى يشعروا بالبهجة أو الفخر لوجوده أو تقدمه الصغير ، مهما كان ضئيلاً.

(Elisabeth Zinschitz,2007)

شيئًا فشيئًا ينتقلون إلى مرحلة متطورة من التوافق وتقبل الطفل في وضعية إعاقة، ويتمكنان من الانفتاح على الواقع المختلف. في هاته المرحلة على الفريق الطبي منح الوالدين المعلومات الطبية، والاجتماعية والقانونية. كما يجب عليهم أن يقترحوا مساعدات وبرامج التدخل المبكر والتربوي للطفل ومرافقتهم في دورهم الأبوي.

- في النهاية، في المرحلة الأخيرة، يعبر الوالدين عن مطالب للاستجابة للمشاكل اليومية والمساعدة التربوية، وعلى المختصين تلبية مطالبهم ومنحهم المعلومات والمساعدات النفسية البيداغوجية وتطوير الشراكة مع الوالدين.

- الجرح النرجسي: تعيش الأم لطفل في وضعية إعاقة جرح نرجسي لأسباب واقعية وحقيقية، نتيجة القطيعة الموجودة بين استهجمات الطفل الخيالي والطفل الواقعي في وضعية إعاقة. وولادة طفل غير طبيعي يمثل فشل الحفاظ على سلالة الأنوثة المتوارثة عبر أجيال. تتجلى مظاهر الجرح النرجسي في ما يلي:

- فشل الوظيفة البيولوجية، بحيث يمس هذا الفشل الرغبة في إعادة الإنتاج البيولوجي وشعور الأم بالكمال والنزاهة البيولوجية. كما يمس أيضا الوظيفة الرمزية لصورة الأم.



- فشل تقمص الأم لوالدها. الأمر الذي يعبر عن انكسار في استمرارية جماعة الانتماء وتفصح عن عدم قدرة الأم على إشباع رغبة عائلتها وعائلة زوجها أيضا. فيتحول الطفل المولود من موضوع ليبيدي إلى موضوع رعاية.

- الشعور بالتناقض الوجداني اتجاه الطفل في وضعية إعاقة، ينتج هذا التناقض عن الصراع النفسي الذي تعيشه الأم بين تقبل طفلها أو رفضه، بالإضافة إلى حالة الانشطار بين تصورات الطفل الواقعي والطفل الخيالي، مما ينعكس سلبا على طريقة تعاملها معه، فتجدها تتأرجح بين نزوات الحياة والحفاظ على الطفل ونزوات الموت أهمها السادية فتجدها أحيانا تتعامل بقسوة مع الطفل.

- الآليات الدفاعية المستخدمة: سوف يستخدم الوالدين الآليات الدفاعية، البعض منها فوري والآخر تدريجي. أما على المستوى الفردي، نجد ما يلي:

- الإنكار: آلية دفاعية لاشعورية يستخدمها الوالدين كدليل عن رفض تشخيص الإعاقة. غالبًا ما يكون رد الفعل الأول هو عدم التصديق: التنظيم النفسي الداخلي للوالدين يرفض دمج مثل هذه المعلومات المؤلمة. "سينجح. كان الأطباء على خطأ. الطفل مريض لكنه سيتعافى." هي عبارات يرددتها الوالدين. من المحتمل أن يكون الإنكار مرتبطاً بالشعور بالخزي من إنجاب طفل في وضعية إعاقة. مما يؤدي إلى هروب داخلي (يخدع المرء نفسه أنه لم يحدث شيء) ، إلى هروب حقيقي: (الأب ، في معظم الحالات ، يترك الأسرة) أو هروب اجتماعي (لا يظهر المرء نفسه في الأماكن العامة مع الطفل ، وإعاقة الطفل لا تناقش مع أشخاص آخرين ، خارج الأسرة أو حتى داخل الأسرة). لذلك سيكون من الضروري محاولة مساعدة الوالدين على السيطرة النشطة على الموقف ، لاعتبارهم مؤهلين لاتخاذ القرارات لصالح طفلهم. لهذا، كطبيب أو أخصائي نفسي، من الضروري خلق مناخ وعلاقة تعاون: فهم شركاء مكملون في الرعاية المقدمة للطفل في وضعية إعاقة.

تجدر الإشارة إلى أنه يمكن أن تظهر لدى الأبوين ردة فعل بمرور الوقت ، بعد الإعلان عن الإعاقة ، مثل الغضب على الأطباء ، أو الزوج ، أو الطفل ، أو العالم ، أو القدر والاكْتئاب. وهو في الواقع الغضب على النفس والشعور بالعجز. ففي حالة الغضب ، هناك آباء يهددون باتخاذ إجراءات قانونية ضد الأطباء في الوقت الذي يكون من الصعب جدًا على الطاقم الطبي فهم هذا الغضب دون الشعور بالتهديد. على العكس من ذلك، إذا تمكنا من فهمه على أنه جهد للاستيعاب على المستوى النفسي وقبول الشخص بغضبه، إذا أعطيناه الوقت والاهتمام ، فسوف يهدأ. يمكن أن يكون قبول الغضب الخطوة الأولى نحو المصالحة.

- الرفض: ويتمثل الأمر في رفض رؤية الطفل، وانتظار الموت الهادئ البطيء للطفل المعاق، وأحيانا رفض بنمو الطفل ونمو بعض القدرات لديه والتي لم تتأثر كليا بالإعاقة.

- الحماية المفرطة: من طرف واحد من الوالدين، أو أحد الإخوة. ويعتبر الوالدان أن طفلهما الذي يواجه صعوبة هو أكثر هشاشة وضعفا، لذلك فهو بحاجة لمنحه المزيد من الرعاية والحب. يشعرون بأنهم مضطرين للسيطرة على وجود طفلهم بالكامل. لدرجة أن Patrick Ben Soussan يذهب إلى حد تسمية هؤلاء الأطفال "أشياء خزفية".. في ظل هذه الحماية الزائدة ، يمكن أن تنتهي آلية الدفاع هذه بخنق الطفل. وكما تقول Simone Korff Sausse ، فإن الوالدين في "تفاني نموذجي ، والذي يجد نظيره في التبعية القسرية للطفل ، الذي لا يمكنه المطالبة بأي استقلالية أو تطوير قدراته وإمكاناته المكبحة وبالتالي لا يتمكن من خلق الثقة في الذات. (Mallaurie Capdevielle,2015, p49)

- الإنطواء العائلي والانعزال: تشكل الإعاقة لدى بعض الأسر وصمة. تعرف الوصمة على أنها ذلك التأثير السلبي يمكن أن ينسبه المجتمع غالبا إلى حالات الإعاقة، ويمكن أن يعيق ويمنع المشاركة الإيجابية في النشاطات والحياة الاجتماعية، يمكن اعتباره وصمة عار ذاتية، أو وصمة عار ثقافية عامة. ويمكن القول أن الوالدين يعيشان حالة من وصمة العار الذاتية والتي تعرف على أنها الأثر السلبي وانخفاض الكفاءة الذاتية للوالدين، أو الاستخفاف بالنفس. كما تعرف أيضا على أنها الأفكار التقييمية والخوف الناجم من نظرة الآخرين للطفل في وضعية إعاقة، ومقارنتها بالآخرين. (أحمد غزو، 2020، 337)

أما على الصعيد الاجتماعي، فيحاول الوالدين إدماجه في مؤسسة اجتماعية كمحاولة للتعويض بشكل نشط ومشاركة المعاناة مع الآخرين، والتمسك بالدين لإعطاء معنى لهذا الاختبار.

كان هناك عدد من الدراسات الكيفية التي أجريت في العديد من بلدان العالم من بينها فرنسا وحسب ما ذكرته الباحثة أسماء عشاشرة (2015)، والتي حاولت وصف التجربة المعاشة من طرف أولياء الأطفال ممن هم في وضعية إعاقة. توصلت هاته الدراسات إلى النتائج التالية:

- الصعوبة الأولى التي يواجهها الوالدين هي البحث عن التشخيص الدقيق، الذي يمكن أن يأخذ وقت طويل. لكن مع الوقت، يكتشف كل من الوالدين والمختصين حالة تأخر في النمو، حيث أن النمو الحركي والقدرة على التنقل بعيدة نوعا ما عن معايير النمو السوية، فيرافق الوالدين طفلهما من فحص لآخر. هاته الفحوصات تؤكد في الأخير التشخيص، أو على الأقل تفصح هاته الفحوصات عن تقييم خطورة وشدة العجز. إنها لحظة إعلان وضعية إعاقة التي درست بشكل واسع في علم النفس.. في الواقع يتمثل الأمر في الحداد: " كل الإسقاطات التي كونوها عن حياتهم العائلية، حياتهم الجديدة مع هذا الطفل،

يجب أن تصحح ويعاد النظر فيها . " فعوض التفكير في قدرات طفلهما المستقبلية، يفكرون فقط في التجهيزات، الآلات المساعدة، الدعم الاجتماعي، النفسي أو العلاجي الذي يحتاجه الطفل.

يتمثل الحداد في: "عدم سماع كلمة ماما، حداد عدم الذهاب للمدرسة، لن يمشي أبدا، لن يتكلم أبدا، لن يتزوج أبدا، ولن يكون له أطفال." وتبعاً لهاته المشاعر المتحركة، بعض الآباء يسقطون ضحية الاضطرابات النفسية من بينها الاكتئاب، والشعور بالذنب، والإنكار وردود فعل التي تؤثر على راحتها وصحتها النفسية.

ومهما كانت الإستجابة النفسية للوالدين عن إعلان الإعاقة فهم يتحملون ضغوطات المساعدة اليومية التي يحتاجها الطفل، حسب درجة استقلاليته، فالطفل في وضعية إعاقة بحاجة إلى مساعدة في تغطية حاجاته اليومية من اللبس، التنقل، النهوض، الغذاء، واتخاذ القرارات أيضا، كما أنه في حاجة للمساعدة في عملية الاتصال والتعلم. فالطفل الصغير في حاجة إلى مرافقة يومية، لكن الطفل الذي يعاني من عجز، الاستقلالية التي يسمح الوالدين باكسابها لطفلهما لا تساعده كثيرا الدخول في سن البلوغ تبقى محدودة بخطورة العجز وانسجام المحيط مع هاته الإعاقة.

وانطلاقا من الرعاية الخاصة، بعض الأولياء يُسَخِّرون وقت إضافي من أجل أن يحقق بمفرده بعض المهمات في الحياة اليومية بهدف تشجيع الاستقلالية. وعلى الوالدين أخذ بعين الاعتبار البطء في التعلم و إنجاز المهام لدى طفلهما نظرا للإعاقة التي يعاني منها الطفل زد على ذلك الاضطرابات المصاحبة لها .

- يهتز توازن العائلة، العلاقات ما بين الزوجين أو في مجموع العائلة يمكن له أن يتغير أيضا. بالنسبة لبعض الزوجين، صعوبة الموقف يمكن أن يقوي الروابط الزوجية، ويمكن بالنسبة للآخرين أن يخلق توترات كانت كامنة ثم طفت إلى السطح بسبب تشخيص الإعاقة. يكون التأثير بنفس الطريقة على مجموع العلاقات العائلية، فبعض العائلات يتقوى انسجامهم، يتقاسمون المهام اليومية. في حين عائلات أخرى يشعرون بالمعاناة لعدم كفاية الوقت للعناية بالآخرين.

### 2-3- إعلان الفريق الطبي للتشخيص:

إن اكتشاف الوالدين لإعاقة الطفل، والأطباء هي دوما تشكل موقف مؤلم. إعلان الأطباء للإعاقة لديه دوما أثر صدمي، فلا يمكن تفادي المعاناة. يجب أن يرتكز هذا الإعلان على تأكيد تشخيصي لا يترك مجال للشك ويكون تحت رعاية مسؤول طبي. فيما يتعلق بالإعلان الخاص بكل طبيب، والذي يصمم شكل مشروع الذي يسمح بـ:

- الحفاظ على الاتصال بين الآباء والفريق الطبي، بين الطفل و الفريق الطبي، وبين الآباء والطفل ( يأخذ وقت طويل)، وفي الأخير بين الوالدين والمحيط.

- استدلال الفرق بين حدود إمكانات الطفل، والجرح النرجسي لدى الوالدين. و مشاعر الضعف لدى الأطباء.

نظرا لمشاعر الحزن والألم اللذان يشعر بهما الوالدين وخيبة أملهما في طفلهما يلقيان اللوم على الفريق الطبي فهم يقفون عاجزين أمام حالة الطفل، نظرا للانعكاسات السلبية على الإعاقة، التي لا يمكن للأطباء فعل أي شيء حيالها الأمر الذي يصعب على الوالدين تقبله. لذلك كان لزاما مرافقة الوالدين، مع احترام جميع أساليبهم الدفاعية: - مواجهة المعاناة وليس تفاديها، - معرفة الرغبة التي يحملها الوالدين لطفلهما. والأهم من ذلك مساندة الطفل ودعمه، من خلال إعطاءه الوسائل للاستكشاف ككائن بشري، وتنشيط رغباته في النمو، وتشجيعه أيضا، وتسمية حدود إمكاناته الحالية مع الأخذ بالحيطه والحذر على قدر الإمكان.. وإعطاءه أيضا الدعائم الضرورية لإيجاد هويته الخاصة.

( Serge lebovici, p807)

تجدر الإشارة في هذا السياق، بأن على الوالدين أن لا يضغطا على الطفل وأن يراعي حدود إمكاناته ومراعاة قدراته الذهنية والعقلية الاجتماعية، خاصة فيما يتعلق بعاداته الغذائية والصحية، وبتفاعل الطفل مع المحيط الخارجي، وبأن الإعاقة تحد من تنقلات الطفل ومن قدرته على التواصل بشكل مناسب مثل الأطفال أقرانه.

تساءل في هذا الإطار H. Ellenberger إذا ما كانت أساليب ردود فعل العائلية على علاقة بالسوابق الثقافية للعائلة. فالمرض يمكن أن يعيد تفعيل المواقف السابقة خاصة تلك التي تتعلق بالعلاقة أم/طفل. على سبيل المثال يمكن أن يتقمص الوالدين أو يتوحد مع طفله المريض أو يعيد معايشة المرض الذي كان يعانيه في طفولته، ويمكن أيضا لأحد الوالدين أن يشبه ابنه بأخيه الذي كان مريضا في السابق وبالتالي تكون لديه نفس ردة الفعل السابقة اتجاه مرض أخيه.

يجب الأخذ بعين الاعتبار ردود فعل الوالدين اتجاه مرض ابنهما: فعندما تكون الروابط العائلية قوية مبدئيا مدعومة بالتجربة المؤلمة في حد ذاتها، وعندما تكون الروابط ضعيفة، تضعف أكثر مع وجود الإعاقة والطفل في بعض الحالات يمكن أن يكون طفل مرفوض فيخلق روابط عائلية جديدة. لكن

عندما تكون الروابط قوية يدمج الكفل المريض داخل العائلة. لكن في بعض الحالات فإن تضيق الروابط بين الزوجين من شأنه أن يؤدي إلى إقصاء الطفل تماما. (Ajuriaguerra,1980,p944)

يكون من المهم أيضا أخذ سن الطفل بعين الاعتبار، والموقف الأكثر صعوبة هي الإعاقة المرئية في قاعة العمل، اللحظة التي لم تكتمل فيها بعد العلاقة الثنائية أم/طفل التي تسمح بميلاد الروابط الأولية بينهما. تتدخل خطورة المرض كعنصر يضاعف من الألم الأبوي. فيكون من الأجدد الحذر في مثل هاته الحالات. فالكثير من الآباء عندما يخبرهم الطبيب بأن ابنهم سوف يتوفى، يعتقدون مباشرة بأنه سوف يموت بعد لحظات. في حين أنه يمكن أن يعيش معهم لسنوات طويلة. هذا النوع من الآباء في حاجة إلى عمل مكثف من الإنعاش النفسي لكي يدفعوا ابنهم للعيش معهم.

4-2- تأثير إعلان الإعاقة على سلالة العائلة: العائلة هي مجموعة من الأفراد المنتظمين ملمومة الشمل في مجموع اجتماعي وثقافي، بواسطة روابط التحالف والتعاهد ( روابط الزواج والمصاهرة)، و رابط البنوة بين مختلف الأجيال. عادة الأشخاص في العائلة يعرفون من خلال الطفل: "إنه يشبه والده، لديه شعر خالته، وابتسامة جده...". فميلاد الطفل ووصوله لهاته الجماعة من شأنه أن يسمح بتخليد وتأييد النسل العائلي على مستويين:

1- تأييد الجينات.

2- تأييد التاريخ العائلي.

إن القطيعة الموجودة بين الصورة المثالية والصورة الواقعية للطفل المعاق، ضخامة الفرق بين الآباء والطفل المولود بإعاقة، يجعل العائلة تسبح في حالة من الدهشة التي من الممكن الوصول بها إلى حالة من الهلاك، ويصبح الزمن معلق في العائلة. فالإعاقة تتحدى روابط الأنساب، ويمكن أن تؤدي إلى القطيعة في البنوة، كما تحطم أيضا الاعتراف الوالدين بطفلهم، وبصورته البعيدة جدا عن النسل، يخلق الشعور بالغرابة، وفقدان ما كان يرغبان به مما يؤدي إلى الشعور بالفراغ العميق، والشعور بكارثة داخلية. مما يتولد لدى الوالدين الشعور بالذنب المدمر فهم لم يكونوا في قمة تخليد النسل العائلي. يعتبر الوالدين جسد الطفل كموضوع بحاجة لرعاية شديدة في بداية حياته، ومكان للمعانة أين يكون خطر الموت موجود، خاصة مع وجود الطوارئ الطبية تجعل من الوالدين غير قادرين على الاستثمار في طفلهم نفسيا. فالاستشفاء والانفصال عن الطفل يؤدي إلى القطيعة بينه وبين والديه، وتؤدي بدورها إلى زيادة مشاعر الضعف، وانعدام الفاعلية وتقلل من حظوظ إصلاح العلاقة الثنائية الآباء/الطفل.

أحيانا ما تثقل المصاريف المادية كاهل الوالدين (خاصة في حالة وجود امرأة مطلقة أو أرملة)، وصعوبة التنقل يوميا لمراكز إعادة التأهيل عائقا أمام رعاية الطفل والتكفل به طبييا، مما تضطر بعض الأسر التوقف عن العلاج، وإبقاء الطفل داخل المنزل، حيث تحاول الأم قدر الإمكان التكفل به. لكن من خلال التجربة أثبتت أن بعض الأسر من تضطر لإهمال هؤلاء الأطفال، والاستسلام لأمر الواقع. ويزداد الأمر صعوبة كل ما كبر الطفل في السن، كبرت أيضا حاجاته ورغباته.

## المحاضرة الرابعة: الإعاقات الحسية:

- تمهيد:

تعتبر الحواس بكافة أشكالها عنصراً مهماً وضرورياً حياة الأفراد، بفضل تتم عملية التعلم، فهي تعتبر علاقة وسيطية بين الجهاز العصبي المركزي خاصة والعالم الخارجي، يدمج من خلالها الفرد منذ صغره المعلومات الحسية التي تساعده على اكتشاف ذاته، واكتشاف العالم الخارجي. كما تساعد الحواس أيضاً على عملية الإدراك لاحقاً. إلا أنه ولعوامل متعددة يتأثر عمل هذه الحواس وتصبح عاجزة عن أداء وظيفتها الطبيعية، مما تسبب أضرار اجتماعية للفرد يفقد فيها العديد من الامتيازات. فيما يلي تقدير لمفهوم الإعاقة الحسية والبعض من أشكال الإعاقات الحسية، لكن تبقى الإعاقة السمعية والبصرية من أهم أشكال الإعاقات الحسية تأثيراً على حياة الفرد نظراً لأهمية حاسة السمع والبصر:

1- الإعاقات الحسية: هي عدم القدرة على استقبال المعلومات والرسائل الحسية من البيئة المحيطة وتفسيرها بشكل خاطئ في الجهاز العصبي بسبب وجود خلل أو قصور في المستقبلات الحسية الموجودة في أي عضو من أعضاء الحواس المسؤولة عن توصيل المنبهات الحسية إلى الدماغ. مما يؤدي إلى خلق ردود فعل غير مناسبة من قبل الفرد وبالتالي عدم تمكنه من التكيف في بيئته.

كما ويمكن تعريفها أيضاً على أنها قصور واضح في قدرة الفرد على استخدام حاسة معينة، أو أكثر من حاسة واحدة. وهذا يعني أن مثل ذلك القصور يمكن أن يرتبط بحاسة الإبصار، أو حاسة السمع، أو كلاهما معاً. قد تكون الإعاقة ذات حدة معينة أو درجات مختلفة فتتراوح مثلاً الإعاقة البصرية بين الإعاقة البسيطة التي تتمثل في ضعف الإبصار إلى فقدان الكلي للقدرة على استخدام حاسة البصر، وهو نفس ما ينطبق على حاسة السمع. وبالتالي فإن هناك من الأفراد من تكون لديهم إما بقايا سمعية أو بصرية تتطلب استغلالها بشكل مناسب في تدريبهم، وتأهيلهم. (عادل عبد الله، 2004، ص20)

## 2- مظاهر الإعاقات الحسية:

تختلف مظاهر الإعاقات الحسية، بتعدد الحواس التي يملكها الإنسان، الشمية، الذوقية، اللمسية، وتبقى حاستي السمع والبصر من الحواس المهمة جداً بالمقارنة مع الحواس الأخرى نظراً لأهمية في التعلم:

## 1-2- الاضطرابات الحسية اللمسية: تشتمل على:

- الحساسية اللمسية المرتفعة: الأشخاص الذين يعانون من الحساسية المفرطة قد ينفرون من اللمسة الرقيقة، نلاحظ أن البعض منهم يزعج من مجرد اللمسات الخفيفة مثل التريبت على الكتفين ، أو عدم تأقلمهم مع بعض الملابس ذات الملمس الخشن جدا / الناعم جدا. مما قد يؤدي إلى ردود فعل قوية جدا أو غير مناسبة في الغالب. بالتالي قد يشعر الذين يعانون من الحساسية اللمسية المرتفعة بالارتباك الشديد والقلق.

- الحساسية اللمسية المنخفضة: إن المعلومات الضرورية التي يتلقاها العقل من البيئة لا تسجل أو قد يركز الطفل على معلومات غير مهمة يتلقاها من البيئة المحيطة لهذا نجدهم لا يشعرون بالبرد القارس بنفس الشدة المعتادة أو بألم شديد إذا ما وقعوا على الأرض أثناء اللعب أو الجري، ويقومون بضرب أنفسهم أو لطم وجوههم أو تحريك أجسادهم للأمام والخلف لحصول على معلومات من تلك اللمسات الضعيفة.

2-2- الاضطرابات الحسية الشمية: يتصف المصابين بسوء معالجة المعلومات الشمية بسبب وجود خلل في كيفية الحصول على المعلومات الشمية أو طريقة توصيل المعلومات إلى الدماغ وطريقة تفسيرها أيضا والتي تكون خاطئة.

3-2- الاضطرابات الحسية التذوقية: تتميز بوجود خلل في تنظيم وتفسير المعلومات التذوقية في الدماغ .

## 4-2- الإعاقة البصرية:

تؤثر الإعاقة البصرية بطريقة واضحة على دورة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، ففي حالة الإعاقة البصرية الخلقية تؤثر الإعاقة على الطريقة التي يحصل فيها الطلاب المكفوفون على المعلومات من البيئة المحيطة بهم، وتحد من فرصهم في التعلم، بينما تسبب الإعاقة البصرية المكتسبة بظهور احتياجات خاصة تتعلق بمدى الاستقلالية في مرحلة المراهقة وهذا يعني أن هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى تعلم مهارات خاصة ، أكاديمية ووظيفية من خلال معلمين مدربين مؤهلين وأكفاء. ولقد ازداد الاهتمام في الآونة الأخيرة بإعداد معلم التربية الخاصة بشكل ملحوظ، وإكسابه المهارات الأساسية اللازمة لتعليم الطلاب ذوي الإعاقة بشكل عام، مما يتطلب إعداد برامج خاصة تكسب المعلم مهارات ومعرفة متخصصة في كافة المجالات. (فيصل خليف، 2016، ص323)



## 2-4-1- تعريف الإعاقة البصرية:

- من المنظور الطبي: تعرف على أنها حالة من فقدان البصر وهي حالة صحية لا يمكن فيها تصحيح الإبصار بالعين إلى الدرجة التي تعتبر طبيعية، مما يؤدي إلى صعوبة إكمال المهمات اليومية بدون تعديلات. تنتج الإعاقة البصرية عن فقدان في حدة الإبصار أي أن العين غير قادرة على رؤية الأجسام والأشياء بشكل واضح كما هو معتاد. (ابراهيم عبد الله، 2009، ص99)

- التعريف القانوني: أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدته البصرية عن 20/200 قدم في أحسن العينين أو حتى استعمال النظرات الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدم حتى يراه الشخص الكفيف حسب هذا التعريف. (حملاوي العلال، 2019، ص03)

- من منظور التربوي: وتشمل الإعاقة في هذا المجال الكف الكلي ومن لديه بقية من الإبصار، يعتبر صاحب الإعاقة في عداد المكفوفين عمليا وله الحق في الالتحاق بمعاهد المكفوفين والحصول على المساعدات نادية وأدبية:

- الشخص الذي يكون بصره ما بين صفر، 6 على 10، 1 على 25.

- الشخص الذي لا يستطيع قراءة الكتابة العادية للمبصرين بسبب فقدان القدرة على الابصار ويجد صعوبة في الاندماج سلوكيا مع المبصرين.

- الشخص الذي لا يستطيع متابعة الدراسة في المدرسة العادية أو في مدراس ضعاف البصر بنجاح.

(أوشين بوزيد، 2011، ص315)

## 2-4-2- أسباب الإعاقة البصرية: من بين أهم الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالإعاقة البصرية نذكر ما يلي:

- الجلوكوما: أو ما يعرف بالمياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين، مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي حدوث حالة العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرا . أما لدى الكبار فغالبا ما تعالج بتناول العقاقير. وتدهور القدرة البصرية في هذه الحالة بالتدرج، ولا تتأثر حدة البصر في البداية، حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر ، وذلك أن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيا إلى مركز الشبكية مؤديا إلى العمى. ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج هو تخفيف الضغط وتوقيف أي تدهورات مزمنة.

- الماء الأبيض: هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا مل  
تعالج الحالة. يحدث هذا المرض عادة لدى الكبار ولكنه قد يحدث مبكرا أيضا بسبب عوامل مثلا  
الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين. وتسمى الإصابات لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي حيث  
تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة. ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء  
أو من عدم القدرة على الرؤية جيدا في ظل ظروف الإضاءة القوية جدا أو في الليل.

- انفصال الشبكية: ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية، مما يسمح  
للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها. ويسعى العلاج إلى إغلاق  
الثقوب وإعادة توصيل الشبكية بالجدار، ويمكن معالجة أكثر من 90 بالمئة من هذه الحالات بنجاح.  
ومن أهم أعراض انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية والالام الشديدة والضوء الومضي الخاطف.  
هذا ويعود السبب في انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر التنكسي  
والسكري.

- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري: هو مرض يؤثر على الأوعية الشبكية، وقد يؤدي النزيف في تلك  
الأوعية إلى العمى. إذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه. ولا  
يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية. وإن كان العلاج حاليا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام  
أشعة الليزر.

- تنكس الحفيرة: اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة ويواجه  
الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والقريبة. ويصيب هذا المرض كبار السن ويصيب الإناث أكثر  
من الذكور. وكما هو معروف، فإن النقطة المركزية مسؤولة عن البصر المركزي، ولهذا الاضطراب يؤدي  
إلى فقدان البصر المركزي ولا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال القريبة م العين مثل الكتابة  
والقراءة والأعمال اليدوية.

- ورم الخلايا الشبكية: ورم خبيث في الشبكية إذا لم يعالج ينتشر إلى العصب البصري في الدماغ. في  
بعض الأحيان يكون علاج هذا الورم بإزالة العين كاملة، أما إذا كان الورم محدودا فالعلاج يكون  
بالأشعة.

- ضمور العصب البصري: يحدث هذا الاضطراب لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث  
والإلتهابات والأورام ونقص الأكسجين. وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعا لدى الشباب.

وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيا. وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف، فقد لا يبقى لديه بصر وقد يبقى لديه بصر جزئي.

- التلف الخلف عدسي: ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة. وتتأثر الأوعية الدموية أيضا وتلف الشبكية، ولهذا يصبح لدى الفرد المصاب ما يسمى برؤية النقاط. وبشكل عام، قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.

- الحول: تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة. ومن المهم أن تحرك العينان معا لدمج الخيالات البصرية وإعطاء انطباع دماغي واحد لها، وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معا، ودا ترك الوضع من دون علاج فقد يستخدم الطفل عينا واحدة وأما العين الأخرى فيصحبها الكسل. وإذا استمر الوضع على هذا الحال تضعف العين بشكل دائم. ويعتبر الحول إلى الداخل أكثر أنواع الحول شيوعا بين الأطفال. وفي العادة يكون الحول في عين واحدة. وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف وفي حالات أخرى يكون الحول نحو الخارج. حالات قليلة تحتاج إلى النظارات وحالات أخرى في حاجة إلى الجراحة. (مى حديدي، 2014، ص 35)

#### 3-4-2- مظاهر النمو لدى أطفال ذوي الإعاقة البصرية :

تختلف انعكاسات على القدرات النفسية الحركية حسب العجز البصري، والنمو العصبي والدماعي والعوامل البيئية. إذا كان الطفل مصاب بالإعاقة منذ ميلاده، فإن العصبونات والمناطق الدماغية العصبية لم تنبه مبكرا بالأشياء و أو صور المحيط: تسمح له المرونة الدماغية باستخدام الوظيفة اللمسية، وحشد الخلايا العصبية "الحرّة" التي يمكن أن تكون مفيد عند تعلم قراءة برايل لاحقا.

تشير الأبحاث التي أجريت في هذا السياق، إلى التأخيرات أو الاضطرابات الحركية أو حتى الآثار الإيجابية. توجد لدى الأطفال الصغار ضعاف البصر والمكفوفين، تأخر في النمو تختلف من مجال المهارات الحركية إلى مجال آخر وهذه المجالات لا تنمو بنفس الوتيرة. وبالفعل في المتابعة الطولية التي قام بها (Brambing, 2006) على الأطفال المكفوفين، لاحظ وجود تأخيرات متغيرة في النمو بين الميادين الستة: التوازن الوقوفي، التوازن الدينامي، اكتساب المشي، صقل الحركة، بالإضافة إلى ما توصل إليه أيضا (Levtzion-Korach et al. (2000) وجود نمو حركي بطيء بالمقارنة مع الأطفال العاديين، في الوقوف بمفرده وبمساعدة، صعود الدرج بمساعدة والوقوف على رجل واحدة.

- مشاكل في النشاط العضلي المحوري: التدفقات الحسية البصرية لها تأثير على الكائن الحي وبشكل أكثر تحديداً الوظيفة البصرية لها تأثير تنظيم حالة الحظرية. الطفل الكفيف المحروم مصدر المعلومات المرئية ، يظهر "انهيار في الحالة الحظرية" وذلك حوالي 3-4 أشهر (Bullinger, 1998) ، مما يؤدي إلى انخفاض في التوتر العضلي في الرأس والجذع والأطراف. ومع ذلك ، نلاحظ المزيد من تقبل استقبال الجزء العلوي من الجسم - الرأس و وجه الطفل الكفيف - للاستجابة للمنبهات الصوتية والمداعبات والتفاعلات.

- مشكل الوضعية الجسدية: يفضل الطفل الكفيف وضعية النوم على ظهره التي تسمح له باستخدام أطرافه بسهولة فلا يستند تلقائياً على ذراعيه ويديه من أجل رفع رأسه وصدره، قبل الشهر الرابع. هناك تغييرات مبدئية في الوضعية ما بين الشهر الرابع والشهر التاسع. نلاحظ تأخر في الحفاظ على وضعية الرأس واكتساب الوضعيات الجسدية منها الجلوس والوقوف. غياب المعلومة البصرية التي تسمح للطفل بتعديل وضعياته لدى الطفل الكفيف، يبطئ من اكتساب الوضعيات الجسدية.

- مشكلات التنقل والمشي: لا يتحرك الطفل الكفيف بشكل تلقائي، لديه فقر في التحرك التلقائي، حركاته غير مقصودة وليست موجهة بهدف. فنقص المنبهات البصرية الذي يعلم بوجود الأشياء من حوله، والمظاهر المهمة في المحيط التي تمنحه الرغبة في الوصول إلى هاته الأشياء واكتشاف هذا المحيط. لا يتجاوز بسهولة مسافة القبض للذهاب إلى الأشياء البعيدة عنه. حتى وإن كان يمشي على أربع ما بين الشهر الثامن والعام، لا يمكنه المشي بشكل عفوي. نمو القدرة على المشي بطيئة جداً بل ومن الصعب جداً. يكتسب المشي المستقل ما بين الشهر الخامس عشر والثلاث سنوات. نقص المعلومات البصرية يشوه الاستدلال على المكان، يعاني الطفل صعوبة في التوقع، وتسيير وتوجيه خطواته.

(Nathalie Nader-Grosbois, 2020, p511)

- النمو النفسي الحركي الإدراكي لدى الأطفال المكفوفين:

مند الميلاد، يبني الأطفال المبصرين جيداً رابط مع العالم من خلال النظر. فإنه من خلال النظرات المتبادلة مع الأم، الابتسامة والاستجابة لها، تقليد الإيماءات الوجهية، والمتابعة البصرية للأشياء، ويتكون اجتماعياً ووجدانياً ويكتسب الثقة في نفسه وفي الآخرين. يقول Guy Genevois في هذا الصدد: عندما نلاحظ الرضيع نجده يلتف برأسه، يحاول أن يثبت نظره على شيء ما، وإن كان بأسلوب أخرج نوعاً ما في البداية، ثم بشكل منظم. سرعان ما يمد يده من المهد، محاولة أخذه ما هو موجود في حقله البصري ، ثم فهم الأشياء التي هي أكثر وأكثر تباعداً. في نفس الوقت تتطور مهاراته الحركية ، وسرعان ما يلقي بنفسه نحو ذراعي البالغ، عيونه ثابتة عليه. ونظرًا لأنه يمشي الآن، سيكون قادرًا على الاستكشاف

والاستمتاع بالابتعاد عن والدته: فهو ينطلق في مغامرة، ولكن لديه الحكمة في إلقاء نظرات منتظمة مما يحافظ على الارتباط عن بعد. « هي تجارب يمر بها الطفل المبصر لما حوله، لكن لدى الطفل الذي يكون في وضعية إعاقة بصرية تشوه كل هاته التجارب المبكرة.

بالنسبة للطفل حديثي الولادة الكفيف، لا يمكنه الوصول إلى معظم العالم من حوله. يمكن فقط تجربة التحفيز السمعي (الصوت والضوضاء)، والتحفيز الفوري عن طريق اللمس، وتحفيز حاسة الشم والتذوق. يمكن للطفل الصغير المبصر أن يرى ذبابة، طائرًا، طقطقة النار في الموقد، السماء، القمر، المناظر الطبيعية، المنازل... الطفل الكفيف لن يكون قادرًا على رؤية أو لمس كل هذا. بالنسبة للمكفوفين، لا يمكن الوصول إلى الأشياء الكبيرة جدًا والأشياء الخطرة والأشياء المتحركة والمشاهد والمناظر الطبيعية والرسومات. هذا النقص في الوصول إلى المعلومات المرئية يمكن أن يؤدي إلى عجز أكثر أو أقل خطورة في وظيفة التمثيل وإلى تأخير في النمو المعرفي للطفل.

(Nathalie Nader-Grosbois, 2020, p513)

- النمو الحركي: يتفاعل الطفل الكفيف مع بيئته بفضل حواسه السمعية والحركية اللمسية والتذوق والشم. على العكس من ذلك، فإن أفعاله الحركية تثرى ذخيرته الحسية تدريجيًا. كيف ينمي الطفل الكفيف منذ الولادة مهاراته الحركية؟ هل لها أي خصوصيات؟

إذا قارنا التطور الحركي للطفل المكفوف خلقيًا بنمو الطفل المبصر، نجد في معظم الحالات تأخيرًا في النمو الحركي. ومع ذلك، فإن السكان المكفوفين خلقيًا غير متجانسين للغاية، وفي بعض الاستثناءات النادرة، يقدم الطفل تطورًا مشابهًا تمامًا لتطور الطفل المبصر. وبالتالي، بدلاً من البدء من المقارنة، مما يعني أن تطورًا ما معيَّبًا مقارنةً بآخر، سيكون من الأنسب الاقتراب من نمو الطفل الكفيف على أنه مختلف. في الواقع، يتم الحصول على المعلومات بطريقة أكثر تسلسلاً، ومن الطبيعي أن تكون وتيرة تطورها أبطأ. سنحاول معالجة نمو الطفل الكفيف بهذا المعنى، ولكن من الضروري في بعض الأحيان تقديم مقارنات لفهم تأثير الإعاقة البصرية على عمليات الاستحواذ المختلفة.

بشكل عام، لا يظهر الطفل الكفيف أي سمات خاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من حياته. من عمر 3 أشهر، عندما تصبح الرؤية هي المحرك الرئيسي للوضعية والمهارات الحركية، يصبح الطفل الكفيف منخفض التوتر، مما يجعل من الصعب تقويم الرأس، وبناء محور الجسم، وتجريب أوضاع الجسم المختلفة. النشاط الحركي ضعيف، ويبقى الطفل ساكنًا لفترة طويلة. يحدث اكتساب المشي متأخرًا: يأخذ

الطفل الكفيف خطواته الأولى في المتوسط حوالي 16-17 شهرًا (12-13 شهرًا للمبصرين) ، ويكتسب المشي المستقل في عمر 20-22 شهرًا (12-13 شهرًا بين الأشخاص المبصرين).

فيما يتعلق بالوضع عند الأطفال في سن المدرسة، غالبًا ما يميل الرأس إلى الأمام، مما يؤدي إلى تشوهات في الوضع في الجذع: على سبيل المثال ، قد يكون الطفل شديد الانحناء أو الانحناء إلى جانب واحد، مما يسبب الألم والتعب الشديد. في وضعية الوقوف ، غالبًا ما يكون للطفل مضلع دعم كبير من أجل الحفاظ على توازن جيد. يعاني الطفل أحيانًا من مشية "البط" ، فضلاً عن تصلب معين في الجذع وتبدل بسيط في الذراعين أثناء الحركة.

في غياب الرؤية، يعتمد الإدراك الحسي للطفل على طرق الأخرى: اللمس، والحركية، والسمعية، والشمية، والذوق. أظهرت الدراسات أن المنطقة البصرية الدماغية للمكفوفين خلقياً تتغير وظيفتها ويتم تنشيطها بواسطة الطرائق الحسية الأخرى، لذلك هناك إعادة تنظيم دماغي لدى الطفل الكفيف، يكون التكرار الحسي محدودًا، مما يؤدي غالبًا إلى تأخر النمو الحركي. ومع ذلك، فقد أظهرت دراسات مختلفة أن بعض الأطفال المكفوفين خلقياً لديهم تطور مماثل لتطور الطفل المبصر، خاصة في مجال التمثيل المكاني. وهذا يدل على أن الأساليب الحسية بخلاف الرؤية يمكنها، إذا استخدمت بشكل جيد، أن تزود الطفل بجميع المعلومات اللازمة لنموه:

- اللمس: حاسة اللمس هي الأولى التي يتم من خلالها تلقي المعلومات الخارجية ونقلها إلى الدماغ من الحياة الجنينية. والطفل لديه قدرات فطرية على مستوى اللمس. ومع ذلك ، في غياب التحفيز البصري ، يظل الطفل الكفيف خلقياً سلبياً للغاية ، ويقال أحياناً أنه يعاني من "أيدي عمياء". في الواقع ، بسبب قلة التحفيز البصري الذي يثير الفضول والرغبة في المعرفة ، لا يطور الطفل نشاطه الاستكشافي تلقائياً. فاللمس هو الحاسة التي يمكن أن تكمل الرؤية بشكل أفضل. ومع ذلك ، فإنه يتطلب وقت استكشاف أطول ، ويجب أن تكون الأشياء موجودة في مجال قبضة الطفل.

على عكس الرؤية أو السمع، فإن حاسة اللمس هي إدراك للتواصل. لذلك يتم الحصول على المعلومات على التوالي من خلال عدد معين من الحركات الاستكشافية، وإعادة التكوين العقلي ضرورية. يتم تنفيذ كل نوع من الحركة على حدة: الاحتكاك الجانبي للقوام ، والضغط من أجل الصلابة ، والتلامس الساكن لدرجة الحرارة ، ورفع الوزن ، واللف من أجل الحجم ، واتباع الكفاف للشكل. تتطور حساسية اللمس تدريجياً يتطلب التعلم. لنأخذ مثال طريقة برايل: إذا كان صحيحاً أن الأطفال المكفوفين يظهرون تمييزاً ملموساً دقيقاً للغاية ، فإن هذا يرجع إلى تدريب محدد وليس إلى درجة حساسية أعلى.

- حاسة الشم: يوفر الجهاز الدهليزي، من خلال الخلايا المستقبلية للأذن الداخلية، معلومات عن موضع الرأس وحركته. لذلك يساهم هذا في جزء كبير من التوازن.

يستخدم الطفل حسن البصر الرؤية بشكل أساسي لضمان توازنه ؛ فيه ، يؤدي الجهاز الدهليزي وظيفته تكميلية للموازنة من خلال توفير المعلومات التي تتم معالجتها بشكل عام بطريقة غير واعية.

يستخدم الطفل الكفيف الجهاز الدهليزي في معظم المواقف التي تتطلب الحفاظ على التوازن أو تفاعلات الموازنة ؛ للمشي والجلوس ورمي الكرة وما إلى ذلك. لا يتم استكمال المعلومات الدهليزية بالرؤية ، وبالتالي يجب أخذها في الاعتبار ومعالجتها بوعي. سيحتاج الطفل إلى تعلم محدد للتعرف على وضعية رأسه والحركات المختلفة لجسده ، وذلك لضمان توازن عام جيد.

- حاسة السمع: مثل الرؤية ، السمع هو إدراك عن بعد يتيح الوصول إلى مساحة أكبر من حاسة اللمس. ومع ذلك ، فهو في معظم الأحيان تدفق متقطع لا يسمح بالوصول الدائم إلى صورة ثابتة للبيئة. وهكذا فإن الطفل الكفيف يدرك شظايا من الفضاء والأشياء وتجارب الأحداث المتعاقبة وغير المترابطة. على سبيل المثال ، عندما يرى صاحب النظر بصرياً فصلاً دراسياً ، فإن المكفوفين يدركون أحياناً أصوات الكراسي أو فتح الباب أو أصوات الطلاب ؛ لذلك فإن هذا المعنى يتطلب جهداً في التمثيل العقلي ، وإعادة التكوين بمرور الوقت. الحس السمعي هو أسلوب معرفي ذو أهمية كبيرة للطفل الكفيف. كما يسمح بتطوير اللغة والمعالجة المكانية.

من الفترة الجنينية، الطفل ، سواء أكان مكفوف أم لا ، لديه بالفعل قدرات جيدة للتمييز السمعي. كما هو الحال مع اللمس ، ليست الحساسية هي الأعلى لدى الطفل المكفوف خلقياً ولكن عمليات توجيه الانتباه التي يتم تطويرها بشكل خاص من خلال التجربة والتعلم. توفر الاهتزازات الصوتية التي تصل إلى المستقبلات السمعية معلومات عن خصائص وطبيعة الشيء بالإضافة إلى موقعه المكاني. على سبيل المثال ، يرى الطفل صوتاً معدنياً ، ويحدده كضوضاء قدر ويحدد مصدر الصوت بالنسبة له. يتيح السمع أيضاً تقييم حجم المساحة (مثل حجم الغرفة) بفضل تأثير الرنين. ومع ذلك ، فإن التوطين السمعي أقل دقة من التوطين البصري.

بقدر ما يتعلق الأمر بطبيعة الكائن ، فإن الحس السمعي وحده لا يكفي ؛ على سبيل المثال ، فإن الطفل الذي يسمع صوت الخشخشة سيكتسب فقط معرفة حقيقية بهذا الشيء عندما يتلاعب به عن طريق اللمس. كما يعتبر الإحساس بالجماهير امتداداً للسمع ، وهو موجود في كل شخص. ومع ذلك ، فهو أكثر

تطورًا عند المكفوفين ، وخاصة في المكفوفين الخلقى. عندما يكون الشخص بالقرب من سطح عمودي ، فإن اهتزازاته الجسدية ستتردد على هذا السطح وتلتقطها المستقبلات السمعية. ومن ثم فإن هذا المعنى يجعل من الممكن تحديد وجود عائق مثل الجدار ، وكذلك عدم وجود سطح ، مثل الباب المفتوح ، بشرط أن تكون هذه الأدلة قريبة بما يكفي من الجسم.

- **الطعم والرائحة:** تعمل طريقة التذوق بالفعل في الرحم، وهي أسلوب معرفي يستخدمه الرضيع الكفيف على نطاق واسع ، خاصة عند استكشاف الأشياء على مستوى الفم. في مرحلة النمو ، يطور الطفل براعة إدراكية كبيرة وغالبًا ما يُظهر جاذبية خاصة للنكهات والطعام. الشم هي طريقة مميزة في علاقة الطفل بوالده. منذ الأيام الأولى من الحياة يتعرف الطفل على أمه بالرائحة. لذلك فإن حاسة الشم هي التي ستحل محل الرؤية إلى حد كبير من حيث التعرف على الأشخاص المألوفين. يستخدم الطفل الكفيف حاسة الشم على نطاق واسع ، لا سيما للتمييز بين الغرف والمباني والتعرف على الشيء والشخص.

- **إدماج متعدد الوسائط:** منذ الولادة ، يوجه الأطفال المبصرون أعينهم نحو مصدر الصوت. إنه يستخدم طريقة حسية - السمع - لتعبئة أخرى - الرؤية - وبالتالي الحصول على معرفة أفضل بالشيء. وهذا ما يسمى بالنقل متعدد الوسائط. ماذا عن التحويل متعدد الوسائط عند الأطفال المكفوفين؟

في وقت مبكر جدًا ، ينشئ الطفل الكفيف روابط بين المجالات الحسية المختلفة ؛ وهكذا ، أظهرت الدراسات أنه قادر على التعرف عن طريق اللمس على ما يسمعه بشرط أن يكون قد سبق له استكشاف الشيء على مستوى اللمس. من خلال التجارب الحسية المختلفة ، يقيم الطفل الكفيف تدريجياً روابط بين جميع حواسه ، ويتعلم الجمع بينها للوصول إلى الطريقة المثلى للتعرف على العالم من حوله. وهكذا ، يمكنه أن يستكشف بلباقة ما يراه سمعياً أو يتنفس ما يلمسه. تدريجياً ، يصبح تحليل بيئته موحداً ؛ إنه يفهم ، على سبيل المثال ، أن الصوت المسموع والجسم الذي تم التلاعب به يتوافقان في الواقع مع نفس الواقع

- **التنسيق بين السمع والقبض:** من 4 إلى 5 أشهر، يسمح تنسيق الرؤية والإحساس المسبق في الشخص المبصر بالوصول يدويًا إلى كائن مرئي. من ناحية أخرى، يستخدم المكفوفين إشارات صوتية لإنشاء حركة للوصول والإمساك اليدوي، وهذا ما يسمى تنسيق ما قبل السمع. أظهرت الدراسات أنه يتأخر، حوالي 12 شهرًا. هذا التنسيق هو الذي يجعل من الممكن الحصول على استمرارية الكائن، أي حقيقة إدراك أن الكائن موجود حتى عندما يتوقف عن إنتاج الصوت. وفقًا لـ Fraiberg، لا يتمكن الطفل من المشي



المستقل حتى يتم الحصول على تنسيق ما قبل السمع. في الواقع ، " طالما لم يقم الطفل ببناء مساحة خارجية مستقلة عن نفسه وتحتوي على أشياء ثابتة لها موقع محدد ، فلن يكون لديه دافع للذهاب نحو مصادر الصوت ، لأن هذه الأشياء لا وجود لها بالنسبة لها إن لم يدركها عن طريق اللمس.

- النمو اللغوي: تعتبر اللغة بالنسبة للطفل الكفيف وسيلة للتواصل ووسيلة للتعلم. ومع ذلك، فإن اكتسابها مضطرب بسبب عدم وجود التحفيز البصري. حيث كان استكشاف البيئة في البداية فقيرًا نوعًا ما ، يتم تأخير تسمية الأشياء ، مما يؤدي إلى تأخير الحصول على المخزون المعجمي.

غالبًا ما تظهر الألفاظ لدى المكفوفين خلقياً: يسيء الطفل استخدام المفردات لأنه لا يعرف معناها الكامل. في الواقع ، يقلد الطفل المحيط التي تستخدم مفردات بصرية في الأساس. لذا فإن ما يكرره لا ينبع دائماً من تجربة معاشة.

للحد من هذه اللفظية، من المهم أن يتمكن الطفل من تجربة الحد الأقصى من التجارب الحسية الحركية في بيئته. بهذه الطريقة فقط سيكون قادراً على ملاءمة معنى ما يُسمى من حوله: "عندما لا تكون الرؤية متاحة ، فإن الطائرة التي تُسمع من مسافة (= vroom) ، والطائرة التي يستقر فيها المرء (= كرسي بذراعين) ، والطائرة النموذجية التي تم استكشافها عن طريق اللمس ، هي ثلاثة أشياء مختلفة للمعرفة ، مستقلة عن بعضها البعض ، يمكن ربطها فقط بكلمة "طائرة" ، إذا وفقط إذا تمت مصادفة كلمة "طائرة" في وقت كل من هذه التجارب الثلاثة المختلفة [...] ولأنك وضعت كل هذه التجارب المختلفة في كلمات ، فإنه في النهاية يدرك طفلك أنها نفس الحقيقة. ومع ذلك ، يتم اكتشاف هذا التأخير لاحقاً ، عندما يتم استيفاء الشروط المواتية (تجارب متنوعة ، تحليل منهجي ، بيئة محفزة ، دافع شخصي).

- النمو المعرفي: يتبع التطور المعرفي للطفل الكفيف نفس المراحل التي يمر بها الطفل العادي ، ولكنه أبطأ ، لأن أسلوب اكتساب المعرفة يستغرق وقتاً أطول في الإعداد. بينما يوفر البصر وحده صورة فورية لمكان أو كائن أو شخص ، يستخدم الطفل الكفيف مزيجاً من العديد من الأساليب الإدراكية للوصول إلى هذا التمثيل. ومع ذلك ، كما قلنا أعلاه ، فإن الإدراك باللمس ، وأحياناً السمع (عندما يكون التدفق متقطعاً) يتطلب مجهوداً إضافياً لإعادة التكوين العقلي في المكان والزمان. لذلك ، يقوم المكفوفون خلقياً بتكوين صور ذهنية بناءً على معلوماتهم الحسية. ومن هنا تأتي أهمية تقديم خبرات متعددة للطفل وإعطائه تفسيرات عن كل ما يراه.

يحدد بياجيه مفهوميين. الاستيعاب، الذي يسمح للطفل ببناء خطط عمل من خلال العمل على البيئة ودمج إمكانيات عملها وتأثيراتها على البيئة. والمطابقة، والتي تسمح بتعديل هذه المخططات وفقاً لخصائص الكائن والوضع. لدى الطفل الكفيف ، سوف يتباطأ الاستيعاب بسبب غياب الرؤية ومحدودية مجال ما قبل الإجهاد والتحرك، قد يتم أيضاً تغيير المطابقة الناتجة إذا تم تقليل احتمالات التجريب. أظهرت الدراسات أن النمو المعرفي للطفل المكفوف خلقياً يتباطأ ، لا سيما في المراحل التي وصفها جون بياجيه: الحفظ، والتسلسل، والتصنيف.

- النمو الاجتماعي: يمكن أن يحدث اضطراب في التفاعلات المبكرة للطفل الكفيف، "أمهات الأطفال المكفوفين يرتبون بسبب عدم قدرتهم على التواصل بالعين معه ، وحقيقة أن الطفل لا يدير رأسه تجاهها عندما تتحدث إليه ، وقلة التعبير في وجه الطفل." على الرغم من أن الابتسامة تظهر منذ شهرين استجابةً لصوت الأم ، إلا أنها تظل أحياناً غير معبرة جداً ومع ذلك ، فقد لوحظ أن التعبير الجسدي لدى الطفل الكفيف يمكن أن يكون ثرياً مثل الطفل المبصر ، حتى في غياب القناة البصرية التي تسمح لهذا الأخير بفك رموز المظاهر الجسدية.

في بداية الفترة اللغوية ، غالباً ما يكون الطفل الكفيف مرتاحاً جداً على المستوى اللفظي ؛ يدخل بسهولة في علاقة ويحب الحوار مع حاشيته. ومع ذلك ، فهو لا يرى كل علامات التواصل غير اللفظي (الابتسامات ، النظرات ، المسافات بين الأشخاص ، تعابير الوجه ، إلخ) ، وبالتالي يجب عليه بذل المزيد من الجهد والاهتمام لفهم الرسائل التي يتم إرسالها إليه. كما أن لديه تقليداً وإيماءات ضعيفة ، مما يجعل حديثه غير معبر جداً للأشخاص المبصرين. بالإضافة إلى ذلك ، عندما يصاب بالعمى ، يميل الطفل إلى حبس نفسه وسحب انتباهه عن العالم الخارجي. هذا له عواقب سلبية على علاقاته الاجتماعية ، لكنه يتناقص بشكل عام مع تقدم العمر. أخيراً ، يلعب اللعب دوراً أساسياً في التنمية الاجتماعية والمعرفية للأطفال الصغار. ومع ذلك ، في الطفل الكفيف نلاحظ بعض الخصائص في طريقته في الاستيلاء على اللعبة. " يبدو أن الأطفال المكفوفين يظهرون اهتماماً أقل باللعب ويظهرون قدرًا أقل من الإبداع والخيال. في الواقع ، يقضي الأطفال الذين يعانون من إعاقات بصرية وقتاً أطول في التعامل مع الألعاب بطريقة نمطية وبالتالي وقتاً أقل في ممارسة الألعاب الوظيفية." ولذلك فإن تنمية المهارات الاجتماعية للشباب المكفوفين تتطلب تحفيزاً كبيراً واستدراجاً مستمرًا. التلمذة الصناعية ضرورية ، خاصة لتعابير الوجه وتعابير الوجه وموقف الجسم. (Anne Capet, 2012, p10)

#### 5-4-2- الخدمات التربوية لذوي الإعاقات البصرية:

- على مستوى المنزل: تفرض الإعاقة البصرية نوع معاملة خاص للطفل في وضعية إعاقة بصرية، لذلك هناك بعض الاعتبارات التربوية التي يجب مراعاتها في التعامل مع الطفل الكفيف:
- التعامل معه بطريقة عادية طبيعية حسنة، والعمل على عدم إشعاره بالنقص الذي يعاني منه.
- عدم استكمال الكلمات التي يعتمد فهمها على البصر عند التحدث معه فمثلا نقول له انظر أو كما ترى فإن مثل هاته العبارات تجرح مشاعره.
- عدم وضع الطفل في موقف المجيب عن أسئلة محرجة كأن تسأله هل تعرفني ولكن نحاول تنبيهه عند الدخول عليه أو عند مغادرة المكان الذي يجلس فيه، بدلا من ذلك نحاول أن نعرفه بأنفسنا بلا من سؤاله مثلا.
- تحدث معه بصوت عادي ولا داعي لرفع الصوت ظنا منا بأنه لا يسمع، فالكفيف يمتلك حاسة سمع قوية قد تفوق العاديين.
- ضرورة تدريبه على التنقل وعدم الإمساك بيديه.
- ضرورة زرع الثقة في نفسه عن طريق التعزيز المستمر والتشجيع المتواصل لكل ما يحققه من إنجازات، أو بالتعزيز المادي.
- التعود على استخدام الوسائل المعينة في التنقل مثل العصا العادية أو عصا الليزر إن كانت متوفرة.
- على مستوى المدرسة:
- تقديم الطفل ضعيف البصر إلى الصف الأول في القسم.
- تهيئة حجرة الدراسة من حيث الإضاءة الجيدة الغير مباشرة، وفي حالة الطفل الكفيف يتم تدريبه على الحواس الأخرى تساعده على السمع واللمس، كما يجب تعليمه القراءة والكتابة بطريقة برايل أو بإحدى الوسائل الأخرى. على سبيل المثال هناك جهاز الفرسا برايل وهو عبارة عن جهاز يستخدم للقراءات البسيطة بعد تخزين البيانات والمعلومات بطريقة برايل على شريط أو أقراص بعد تبويبها وتنظيمها.
- تعريف الطفل الكفيف بطرقات المدرسة وملاعها وتعيده على السير فيها.

(عبد الفتاح الشريف، 2011، ص331)

بالإضافة إلى توفير الفرص التعليمية المناسبة للتلميذ في وضعية إعاقة ، فعلى سبيل المثال ان يقرأ المدرس ما كتبه على السبورة حتى يتمكن التلميذ من سماعه، والتحلي بالصبر ومنح التلميذ المعاق المزيد من الوقت عند الرد أو أداء الواجبات وفي الاختبارات يمكن استخدام الأسئلة الشفوية بلا من التحريرية، استخدام الوسائل التعليمية الصوتية كالمسجلات ومكبرات الصوت، وإذا تعلق الأمر بمهارات بصرية لذا يمكن الكتابة على السبورة بحروف كبيرة.

يسند إلى المعلم دور مهم جدا مكمل لدور الوالدين، فكثيرا ما يتقمص الطفل شخصية معلمه، ويقوم بعملية التحويل لذلك نحن نعتقد من أهم ما يمكن للمعلم تقديمه للكفل هو الدعم والمساندة الاجتماعية، من خلال تعزيز سلوكه داخل القسم وإشراكه أيضا في النشاطات اخل القسم وعدم تجاهله، و بالإضافة أيضا إلى تشجيعه أمام زملائه داخل القسم، من شأنه أن يعزز ثقته بنفسه، ويمكن أيضا أن ينمي لديه قدراته المتبقية والتي في كثير من الأحيان لا يعيها الطفل. وعادة ما نجد الطفل الكفيف ليه صديق معين يرافقه داخل القسم ويساعده أيضا على التعلم والتأقلم مع الحياة الاجتماعي، فالكفل بحاجة إلى أقرانه لاكتساب هوية خاصة بهم.

ومن خلال الخبرة المهنية وتدريب لبعض الطلاب المكفوفين، إلا أنهم أكفاء داخل القسم يشاركون ويتفاعلون، ويكتبون المعلومات بإنصات محكم، دليل على أن هذا الطالب قد عود نفسه منذ الصغر على الاعتماد على نفسه والتركيز داخل القسم.

2-4-6- التكنولوجيا المساعدة: يشتمل هذا المصطلح على كل التكنولوجيا المستخدمة من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل عام لأداء أنشطة الحياة اليومية، والتي من دونها يكون من الصعب أداء تلك الأنشطة أو الوصول غلها يعد أمرا مستحيلا.

تساعد التكنولوجيا المساعدة كثيرا من الأفراد المعاقين على تخفيف أو إزالة الحواجز التي تعيقهم عن ممارسة الحياة العادية وكافة الأنشطة، حيث تساعدهم على تحسين الحالة البدنية والأداء الذهني والتخفيف من الاضطراب، ومنع تفاقم الحالة وتحسين قدرة المعاق على التعلم، كما أنها تساعد هؤلاء الأفراد على زيادة استقلاليتهم وبناء الثقة بالنفس واحترام الذات، وكسر حواجز في التعليم والتوظيف، والتحدي الحقيقي هو الحصول على الوسيلة المناسبة من هذه الأنواع التكنولوجيا التي يحتاجها المعاق وفقا لنوع الإعاقة ودرجتها.

- أنواع التكنولوجيا المساعدة: تأتي على عدة أشكال ومختلفة الأحجام والحزم ولها عدة مستويات فمنها التكنولوجيا المنخفضة مثل العدسات المكبرة، والتكنولوجيا الفائقة مثل أجهزة الحاسوب والبرمجيات الموجهة للأفراد المعاقين:

- العناصر المستخدمة في المعمار لتسهيل الحركة وتيسيرها.

- العناصر الحسية، مثل أدوات وأجهزة تقوية السمع.

- الحاسبات ومكوناتها من أجهزة وبرمجيات، مثل البرمجيات الخاصة بقراءة الشاشة الخاصة بالمعاقين بصريا.

- الضوابط مثل الضوابط البيئية.

- مساعدات العيش بشكل مستقل، مثل أدوات العناية الشخصية.

- الأطراف الصناعية وتقويم العظام.

- أجهزة التنقل بما في ذلك الكراسي المتحركة.

- أجهزة الترويح والرياضة.

- أجهزة وأدوات الخدمات العامة والتدريب. (محمد عبده فاطمة الزهراء، 2018، ص 22)

فيما يلي محاضرة حول الإعاقة السمعية والتي تختلف نوعا ما عن الإعاقة البصرية، من خلال تجربة التعامل مع الأفراد المصابين بالإعاقة البصرية خاصة البالغين منهم لحظنا وجود من الاستقرار النفسي الحركي، ويظهرون هدوءا نسبيا أثناء التواصل، الرهان الأساسي في هاته الحالة يرتكز كثيرا على العلاقة الوثيقة التي تربط الفرد المصاب بالمحيطين به خاصة الوالدين، يساهم بدرجة كبيرة في تقبل الإعاقة ودرجة التكيف مع المواقف الصعبة التي يتعرضون لها. سوف نرى اختلاف واضح بين الأفراد المصابين بالإعاقة البصرية وأقرانهم من المصابين بالإعاقة السمعية حيث يظهرون عدم استقرار نفسي حركي، وعدوانية موجهة خاصة نحو الآخرين.

## المحاضرة الخامسة: الإعاقة السمعية

### - تمهيد:

تعتبر حاسة السمع من الحواس التي تنمو مبكرا في المرحلة الجنينية ابتداء من الشهر الخامس الحمل، حيث يستمع الطفل إلى إيقاعات الأعضاء الداخلية لوالدته فيكتسب على إثر ذلك بوادر مفهوم الزمن، إلى أن يولد ويتطور لديه السمع ويكتسب المعلومات السمعية التي تساعده على التعلم. إلا أنه نظرا لعوامل معينة تتأثر حاسة السمع ولا تؤدي دورها بالشكل الكامل مما تحد من إمكانيات الفرد المصاب من التواصل مع الآخرين، كما تحرمه أيضا من التعلم الطبيعي، وتفرض عليه تعلم لغة الإشارات. فيما يلي سيتم تناول تعريفات خاصة بالإعاقة السمعية، أهم الأسباب المؤدية للإصابة، والأهم من ذلك ماهية مظاهر النمو لدى الطفل المصاب بالإعاقة السمعية.

1- تعريف الإعاقة السمعية: تعرف على أنها فقدان سمعي يمنع الشخص من استقبال الأصوات من خلال الأذن، تتراوح شدة الإصابة ما بين البسيطة إلى الشديدة جدا مما يجعل الشخص يفقد الحساسية للأصوات الصادرة ضمن المدى الطبيعي لتردد الكلام. (الدراجي عروسي، 2018، ص64)

كما يشير مصطلح الإعاقة السمعية إلى المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالضعف السمعي إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم، وبالتالي يعرف الصمم على أنه درجة من فقدان السمع تزيد عن 70 ديسيبل للفرد تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السماع أو بدونها. أما ضعف السمع فهو درجة من فقدان السمع تزيد عن 35 ديسيبل وتقل عن 70 تجعل الفرد يعاني من صعوبات في فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط باستخدام السماع أو بدونها. (مصطفى نوري، 2010، ص113)

2- مظاهر الإعاقة السمعية: يمكن للأشخاص القريبين من الطفل كالأُسرة والمعلمين ملاحظة بعض المؤشرات الصادرة عن الطفل وتدل على وجود مشكلة سمعية لديه، من أهم هذه المؤشرات:

- وجود تشوهات خلقية في الأذن الخارجية.

- شكوى الطفل المتكرر من وجود ألم وطنين في أذنيه.

- نزول إفرازات صديدية من الأذن.

- عدم استجابة الطفل للصوت العادي أو حتى الضوضاء الشديدة.

- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات.
  - يبدو الطفل غافلاً متكاسلاً.
  - البطء الواضح في اكتساب الكلام واللغة، أو فشل الطفل في الكلام في العمر الزمني مقارنة بالأطفال العاديين.
  - عدم قدرة الطفل على التمييز بين الأصوات وقد يتطلب إعادة ما يقال من كلام أو ما يلقي عليه من تعليمات باستمرار.
  - إخفاق الطفل المتكرر في فهم التعليمات وعدم الاستجابة لها.
  - عدم تجاوب الطفل مع الأصوات والمحادثات الجارية حوله، وتفاديه الاندماج مع الآخرين.
  - تأخر الطفل دراسياً بالرغم من قدرته العقلية العادية.
  - قد يتحدث الطفل بصوت أعلى بكثير مما يتطلب الموقف.
  - يقترب الطفل كثيراً من الأجهزة الصوتية كالتلفزيون والراديو برفع درجة الصوت بشكل عادي ومزعج للآخرين.
  - تبدو إيماءات وجه الطفل خالية من التعبير الانفعالي الملائم للكلام الموجه إليه.
  - قد يحاول جاهداً الإصغاء إلى الأصوات بطريقة مميزة وغير عادية، كأن يميل برأسه باستمرار اتجاه مصدر الصوت مع وضع يده على أذنه ملتصقاً بالسمع. (جلاّب مصباح، 2016، ص04)
- 3- الاضطرابات المصاحبة للإعاقة السمعية:**
- تشوه على مستوى العين الخارجية.
  - تشوهات في الهيكل العظمي أو في العضلات: الجمجمة، الوجه.
  - إصابات في الأغشية: الجلد، الشعر، الغدد.
  - اضطرابات بصرية أو فقدان القدرة على الرؤية.
  - أمراض الكلى.
  - إصابات على مستوى الأحشاء، عملية الأيض، على مستوى الغدد الصماء.

- إختلالات عصبية حركية. (Nathalie Nader-Grosbois, 2020, p452)

#### 4 - خصائص النمو لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية:

تؤدي الإعاقة السمعية أو الصمم إلى انعكاسات عظيمة مباشرة وغير مباشرة على النمو اللغوي مما يؤدي إلى صعوبة في الاتصال، وتؤثر أيضا على النمو المعرفي، الوجداني، النفسي الاجتماعي مرتبطة من جهة بالحرمان الحواسي من خلال فقدان المحيط الصوتي ومن جهة أخرى، الحرمان من اللغة اللفظية لدى الطفل. تؤدي الإعاقة السمعية لدى الفرد وضعيات إعاقة في حياته الاجتماعية وفي المجتمع، باعتبار أن اللغة هي قناة اتصال المفضلة بين الكائنات البشرية. أما فيما يتعلق بالانعكاسات الغير مباشرة للإعاقة السمعية فهي تمس مختلف ميادين النمو، وأثر الإعاقة على النمو مختلف حسب جودة المحيط العائلي الذي يعيش فيه الفرد المصاب، وحسب التكفل الذي يتلقاه.

- النمو النفسي: عادة ما ينغلق الطفل المصاب بالإعاقة السمعية عن العالم، ليس فقط بسبب عدم قدرته على التواصل مع الآخرين، بل أيضا لأن غالبية المستمعين لا يعرفون وسائل الاتصال الخاصة بالمعاقين سمعيا، مما يؤثر عليهم سلبا فيشعرون بالحزن والاكتئاب والانسحاب من الحياة الاجتماعية ومن الاتصال بالآخرين. كما يشعر المعاق سمعيا بالنقص بشكل متكرر أن عليه تحمل الكثير بسبب إعاقته، إضافة إلى شعوره بالخزي ووصمة العار بسبب إرتباط الإعاقة عنده بالعجز عن اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية. كما يشيع بينهم الإنكار كحيلة دفاعية حيث أن ضعف السمع لا يعترفون بوجود ضعف سمع لديهم، لأن تقبل ذلك دليل على عجزهم مما يفسر رفض الأطفال لسמاعة الأذن. كما يشيع بينهم أيضا الشك والتبرير فهم يلومون الآخرين من العاديين بأن كلامهم به تهمته وغمغمة متعمدة حتى لا يفهموا كلامهم، يفسرون ضحك الآخرين على أي شيء بأنه سخريه منهم، كما يظهر عليهم بوضوح سلوك العدوان على الأقارب والأطفال والأصدقاء كآلية دفاعية.

كما ويعاني ضعف السمع من اضطرابات انفعالية ونفسية أكثر من العاديين، تميل هذه الاضطرابات إلى أعراض الدهان أكثر من العصاب لدى الذكور، كما ترتفع لدى ضعف السمع درجات الاضطرابات العصبية من القلق والانتواء الاجتماعي والهستيريا والانحراف السيكوباتي والاكتئاب هذا الأخير الذي يعد جزءا مميذا لضعاف السمع. (هلا السعيد، ص174)

من خلال الدراسة التي قامت بها حوراء عباس كرماش (2020) أن التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية يعانون من الخجل بسبب الإعاقة مما يؤدي بهم إلى الانتواء وعدم التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية مع الأقران وبالتالي تتولد لديهم الوحدة النفسية بمستويات مرتفعة.



- النمو النفسي الحركي: فيما يتعلق الحركية الشاملة والحركية الدقيقة للأطفال من ذوي الإعاقة السمعية، فهم لا ينمون وفق إيقاع متكافؤ، قام كل من (Horn, Pisoni et Miyamoto 2006) بدراسة تتبعية أكدوا من خلالها على تباعد بين الحركية الشاملة والحركية الدقيقة لدى الأطفال. وعندما يطلب من الأطفال رسم الرجل الحر، نلاحظ بأن الإعاقة السمعية تؤثر على إدراكهم للتخطيط الجسدي، وتصورهم لجسدهم الخاص وجسد الآخرين. فتجدهم يرسمون رأس بحجم كبير وتفاصيل كثيرة في الوجه لدى غالبية الحالات. كما نلاحظ في رسومات هؤلاء الأطفال أنها تتميز بتفاصيل في الجسد خاصة اليد والوجه لا تتناسب مع الأشخاص والمكان مثلا تجد أن الأشخاص أكبر من المنزل بالإضافة إلى عدم التناسق في النشاطات التي يقوم بها الأشخاص المرسومين. في حين تبقى رسوماتهم غنية بالتفاصيل تدل على ملاحظة جيدة لمحيطهم. (Nathalie Nader-Grosbois, 2020, p457)

- النمو المعرفي والسيرورة المعرفية: انطلاقا من الأصوات، الضجيج، واللغة التي نستخدمها مع الطفل، يكتشف الطفل محيطه الصوتي: فدمج المعلومات، يجرب الأحداث وي طرح مجموعة من الأسئلة، فيتعلم. الحرمان الحواسي السمعي يغير من تعلم العالم، وتجربة الأحداث. فغياب المثيرات السمعية مصحوبة باضطرابات عصبية أخرى يؤدي إلى خلل في الدوائر العصبية وبالتالي يؤثر على النمو المعرفي. وتعتبر اللغة أداة للتفكير، تسمح بتبادل التجارب والمعارف، توقع الأحداث والتعبير. ونتيجة لتأثر اكتساب اللغة لدى الأطفال من ذوي الإعاقة السمعية، يفترض أن نموهم المعرفي يجب تكييفه وتطويره من خلال تعبئة الموارد الفردية والبيئية في خدمته.

أجريت سلسلة من الدراسات (Lauwerier, de Chouly et Bailly 2003) حول خصوصية المعرفية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، توصلت إلى ما يلي:

- خلط في المفاهيم.

- عدم تناسب المهمات المعرفية، خاصة تلك التي تتطلب استخدام اللغة.

- صعوبة في التنسيق بين السيرورات اللغوية والسيرورات المعرفية.

- صعوبة في الاتصال بين الفاحص والأطفال من ذوي الإعاقة السمعية.

(Nathalie Nader-Grosbois, 2020, p459)

إن المعاقين سمعياً يعانون من صعوبة في فهم اللغة الاستقبالية، أما بالنسبة للغة التعبيرية فإنه على الرغم من سلامة الجهاز النطق لدى المعاقين سمعياً إلا أنهم يلفظون أصوات للكلام بطريقة غير صحيحة ، فهم يجدون صعوبة في تكييف حجم أصواتهم ، فيكون الصوت على وتيرة واحدة إيقاعه ضعيف ، ولديه صعوبة في اكتساب بدايات الكلام ونهايتها ، ومشكلات في عدم تشديد الكلمات. (دحدوح ليليا، 2021، ص 193)

- النمو العاطفي والتعلق: من بين الانعكاسات المباشرة للإعاقة السمعية أو البصرية ابتداء من الطفولة المبكرة، على الصعيد الوجداني والعلاقات الوالدين/الطفل المبكرة، يمكن ملاحظة ما يلي:

- مؤشرات اكتئابية، الشعور بالضيق واللامبالاة لدى الطفل الصغير.

- انخفاض احتمالية الشعور بالطمأنينة في المواقف المقلقة أو عند الانفصال عن والديه.

- مواجهة غير متوقعة للأحداث، للمواقف الجديدة الغير مرتقبة.

- صعوبات الفهم المتبادل للرغبات في العلاقة ما بين الوالدين وطفلها ومع المقربين أيضاً.

يجب أخذ بعين الاعتبار خلال الفترة ما بين 6 و 8 أشهر إلى غاية 1-2 سنة، يدخل الطفل الأصم في مرحلة أخرى من التعلق. في مواقف الانفصال تؤدي إلى حالة من القلق، يجب على الطفل أن يقيم اتصال متبادل مع والديه عن طريق الإشارات أو عن طريق نمادج لفظية أو التنسيق بين الاثنين. أجرى كل من (Lederberg et Mobley 1990) دراسة مقارنة بين الأطفال يعانون من الصمم والأطفال العاديين أقل من العامين، أمهاتهم لا يعانون من الإعاقة السمعية تمت ملاحظتهم في مواقف غريبة، توصلوا إلى أن 56 بالمئة من الأطفال ذوي الصمم و 61 من الأطفال العاديين أظهروا التعلق الآمن. في حين أوضح (Koester et MacTurk 1991) أن الأطفال ذوي الصمم يبحثون أكثر عن التقرب، بواسطة النظر، الایماءات واللمس لايجاد أمهاتهم أكثر من الأطفال العاديين، فهم يستعملون إذن أساليب اتصال لبناء روابط التعلق. يتأثر التعلق بعدة عوامل مرتبطة بالنظام السمعي للوالدين، وبجودة التفاعلات وبمستوى الاتصال، وبحساسية الأمومية لإشارات الطفل والوجدانية الأمومية، لذلك فإن الصدمة المرتبطة باعلان التشخيص مرتبطة بخصائص الوالدين.

- التعرف على العواطف: يعيش الأطفال في وضعية إعاقة سمعية شديدة، تجارب مختلفة انطلاقاً من أوجه الأشخاص الذين يحيطون بهم والذين يتفاعلون معهم. في الواقع، لا يملكون فرصة تشارك التعابير الوجهية في وجه هؤلاء الأشخاص والأصوات التي يتلقاها وتلك التي يبعثها. تختلف لديهم المعالجة

الحسية وإدماج مختلف الأساليب الإدراكية السمعية والبصرية والتي سيكون لها أثر كبير على الطريقة التي يتعلم بها الطفل ويميز فيها بين العواطف التي يعبر عنها الآخر بشكل متعدد الأساليب. حددت مجموعة من الدراسات ستة عواطف: السعادة، الغضب، الخوف، النفور والتفاجؤ لدى الأطفال والمراهقين يعانون من الإعاقة السمعية. لم يلاحظ كل من (Altshul et Schorr 2005) أي فرق بين الأطفال في وضعية إعاقة سمعية والأطفال العاديين ما بين 5 و14 سنة في تحديد العواطف وفي تسمية العواطف التي قدمت لهم بصريا فقد نجح حوالي 70 إلى 80 بالمئة منهم.

- التعبير والضبط الانفعالي: كثيرة هي الدراسات التي ركزت حول موضوع ردود الفعل العاطفية في مرحلة مبكرة. والأطفال الذي يعانون من الصمم يستفيدون بشكل متأخر من التواصل البصري، والتغذية الراجعة حول المظاهر السلوكية لعواطفهم. فهؤلاء الأطفال لا يعيشون نفس الاستجابة الانفعالية ولا يطورون بنفس الطريقة عن ضبطهم الانفعالي والسلوكي. هؤلاء الأطفال في السن ما قبل المدرسي يتوهون أوليائهم، ومحيطهم بالغضب الذي يظهرونه والمعارضة التي يعبرون عنها بشكل غير لفظي أو جسدي. فلا يستطيعون التعبير لفظيا عن ما يزعجهم، وعن ما لا يستطيعون فعله ولا يستطيعون سماعه من الأشخاص وأصوات الأشياء، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الأمان يؤدي إلى الغضب والعدوانية. وعند نهاية السن ما قبل مدرسي والسن المدرسي، سيحاول هؤلاء الأطفال تعويض قدراتهم المحدودة في التعبير عنها نحو الأطفال العاديين، ويمكنهم إرسال إشارات عاطفية مبالغ فيها لهؤلاء الأطفال الذين لا يفهمون في لغة الإشارات.

بالنسبة للمرحلة المدرسية في نهاية الابتدائي، هناك بعض الدراسات التي اهتمت بموضوع الوعي وضبط الانفعالات لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية أظهرت النتائج بأن الأطفال من يبلغون حوالي سن الحادية عشر بإمكانهم التعرف على انفعالاتهم الخاصة وقيمتها الايجابية والسلبية، لكنهم يجدون صعوبة في تمييز انفعالاتهم الخاصة عندما تكون سلبية. لهذا السبب اقترح الباحثون تقييم شامل لاستراتيجية الضبط الانفعالي في الوقت الذي يستخدم فيه الأطفال العاديين تفادي الموقف للتخفيف من أثره السلبي، ولأن الأطفال من ذوي الإعاقة السمعية يستخدمون استراتيجية الضبط الانفعالي بأقل فعالية من الأطفال العاديين.

- الخصائص الأكاديمية: إن الأداء الأكاديمي يعتمد كثيرا على التأخر التعلم اللغوي ويظهر تأخرهم الدراسي خاصة في مجال التحصيل القرائي. وتزداد المشكلات الأكاديمية بازدياد شدة الإعاقة السمعية، وتتأثر بمدى أثر القدرات العقلية والشخصية والدعم الذي يقدمه الوالدان، والعمر عند حدوث الإعاقة

السمعية، والوضع السمعي للوالدين والاقتصادي والاجتماعي للأسرة، إضافة إلى عدم ملائمة المناهج الدراسية، فالمعوقين سمعياً يحتاجون إلى جهد أكبر لتكييف البيئة التعليمية بما تضمنه من برامج تربوية، ومناهج تعليمية، وكوادر تدريبية بما يتناسب مع إمكانيات وقدرات ونقاط الضعف والقوة لدى المعاقين سمعياً. (دحدوح ليليا، 2021، ص 193)

لذا تجد معدل تطور الكلمات لدى من الأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية أبطأ مقارنة بمن يتمتعون بسمع عادي. ومن أمثلة ذلك:

- المفردات: تعلم المفردات المادية بالنسبة لهم أسهل شأن: كتاب، باب، سيارة، شجرة، قطة، أسود، في حين يجدون صعوبة بالغة في تعلم المفردات المجردة كفوق وتحت وقبل وبعد وقد يتعذر عليهم فهم المفردات التي تحمل أكثر من معنى واحد. أيضاً يشكل عليهم فهم وظائف بعض الأدوات كأدوات التعريف مثلاً.

- الجمل: في العادة يفهمون ويركبون جملاً قصيرة سهلة البناء، ويصعب عليهم فهم الجمل المركبة والطويلة، كالتى تكون مبنية للمجهول، والجمل التي بها تقديم وتأخير وبدل، الخ. أيضاً قد لا ينطقون أواخر الكلمات بشكل سليم، وهذا ما ينتج عنه سوء فهم كلامهم بسبب عدم وضوحه.

- النطق: يغيب استعمال بعض الحروف الساكنة عند ذوي الإعاقة السمعية وقد يتعذر عليهم سماعها كحرف السين. فمثل حرف السين وغيره من الحروف الساكنة قد لا يظهر في كلامهم. وقد يكون من الصعب فهم ألفاظهم كما يصعب عليهم أيضاً فهم الآخرين، ولأنهم لا يسمعون بوضوح، قد لا يمكنهم التحكم بنبرة صوتهم لدى الكلام، لذا من الممكن أن يتكلموا بصوت خافت و/أو مرتفع ودرجة صوت سريعة أحياناً. (هشام عبد الوافي، 2021، ص 16)

#### 5- أساليب التواصل لتعليم المعاقين سمعياً:

- الطريقة الشفهية: وهذه الطريقة تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة وتتضمن:
  - قراءة الكلام: وتعرف بأنها القدرة على فهم أفكار المتعلم بملاحظة حركات الوجه والجسد.
  - التدريب السمعي: وتعتمد على تدريب بقايا السمع باستخدام المعينات السمعية.
  - الطريقة اليدوية: وتستخدم لتنمية القدرات الإدراكية للطفل الأصم وهي تشمل:
    - لغة الإشارة: وهي بديل للغة المنطوقة للصم وهي عبارة عن نظام يعتمد على الرموز التي ترى ولا تسمع يتم تشكيلها عن طريق تحريك الأذرع والأيدي في أوضاع مختلفة، وتنقسم إلى نوعين:
      - إشارات وصفية: إشارات لها مدلول معين يرتبط بأشياء حسية في ذهن التلميذ الأصم
      - إشارات غير وصفية: إشارات ليس لها مدلول معين يرتبط بشكل مباشر بمعنى الكلمة التي يتم التعبير عنها.

- هجاء الأصابع : حيث يتم تشكيل وضع الأصابع لتمثل الحروف الهجائية ، وهذه الحروف تستخدم للتعبير عن كلمات وجمل وعبارات.

- طريقة الاتصال الكلى: ويقصد به استخدام جميع الأشكال الممكنة للاتصال ، فهو يشتمل على أساليب متعددة ، مثل الحركات التعبيرية للطفل ، ولغة الإشارة ، وقراءة الكلام ، وقراءة الشفاه ، والهجاء الأصبعي . (ماهر اسماعيل، 2009، ص17) فالإتصال الكلي يتيح خيارات كافية تجمع بين طرق الإتصال المناسبة للتحديث مع الطفل الأصم أو قد يجمع بين طريقتين أو أكثر حسب طبيعة الموقف وإمكانات الطفل الذي لديه بقايا سمعية أو يتحدث الكلام اللفظي حينئذ يصبح هذا الأخير الطريقة المناسبة بالإضافة إلى الكتابة والإيماءات وبعض الإشارات البسيطة، ويختلف عندما تكون لغة الإشارة هي اللغة الأولى للطفل الأصم مما يجعل استخدامها ضروريا مع بعض الإيماءات، فالذي يحدد مهارات الإتصال المناسبة عند الطفل هو مهاراته وقدراته على الإتصال وكذلك عند الفرد العادي. (هلا السعيد، 106)

6- التدخل المبكر للإعاقة السمعية: من المعروف أن السنوات الأولى من حياة الطفل تعتبر مهمة جدا في عملية اكتساب اللغة والكلام والتواصل بشكل عام. وللاكتشاف المبكر للإعاقة السمعية أهمية كبيرة جدا حيث أن تزويد الطفل المعاق سمعيا بالمعينات السمعية المناسبة والبدء المبكر والفعال في تدريبه على مهارات الاستماع واكتساب اللغة والكلام ومهارات التواصل مع الآخرين أفضل بكثير من التأخر في ذلك وعلى الوالدين مراقبة الطفل من خلال تطور سلوكيات التالية في الفترة العمرية المقبلة:

- من الميلاد إلى ثلاثة شهور: يبكي الطفل عند سماع أصوات مرتفعة ومفاجئة، يهدأ الطفل ويسكن عند سماع صوت الأم.

- من ثلاثة إلى ستة أشهر: يدير عينه ورأسه بحثا عن مصدر الصوت.

- من ستة إلى عشرة أشهر: يستجيب عند مناداته باسمه، يستجيب بشكل مناسب عندما يقال له كلمات مثل لا، باي،،،،،

- من 10 إلى 15 شهر: يستطيع نطق وتقليد مقاطع بسيطة، يشير إلى الأشياء والأشخاص المألوفين إذا ما طلب منه ذلك.

- من 15 إلى 18 شهر: يستجيب الطفل بالشكل المناسب وصحيح للتعليمات اللفظية البسيطة، حيث يستطيع الطفل نطق بعض الكلمات، عند المناداة عليه من الخلف ينتبه ويحضر.

أما في المرحلة العمرية من سنة ونصف إلى أربع سنوات فإن المظاهر هي التي قد تكون مؤشرا إلى وجود مشكلة في السمع لدى الطفل. (حوراء عباس كرماش، 2020، ص690)

إن المطلع على المظاهر النفسية والمعرفية والأكاديمية لدى الأفراد المصابين بالإعاقة السمعية، يدرك مباشرة أهمية حاسة السمع سواء في الحياة العاطفية العلائقية، والمعرفية. إن الإستماع الآخرين لحديثهم وأفكارهم وتبادل أطراف الحديث يساعد كثيرا في تنمية شخصية الطفل، خاصة سماع كلام والدته وما تقوله من كلمات تساعد على سلامة وقوة النمو النفسي والمعرفي ، إلا أن الإعاقة السمعية تقف حاجزا أمام هاته العلاقة، لكن الأم الكفوءة بما فيه الكفاية هي من تستطيع تفسير رغبات طفلها من ون أن يتحدث وأحيانا قبل أن يتحدث، لذلك نجد بعض الأمهات يلجان إلى تعلم لغة الإشارات لمساعدة طفلها والتخفيف عنه، ومشاركته آلامه الداخلية لأن أكثر ما يرقه بأن لا يوجد أحد يمكنه فهم ما يود قوله، حتى محيط كفوء بما فيه الكفاية يقدم العم والمساندة للطفل لأنه بحاجة كبيرة إليها.

## المحاضرة السادسة الإعاقة الذهنية

### 1- تعريف الإعاقة الذهنية:

حسب تعريف منظمة الصحة العالمية في التصنيف الدولي العاشر للأمراض، عرف التخلف العقلي على أنه حالة ن توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله، ويتميز بشكل خاص باختلال في المهارات، يظهر أثناء دورة النماء، ويؤثر في المستوى الذكاء العام، أي القدرات العقلية المعرفية، واللغوية الحركية، والاجتماعية. وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسدي آخر، ولكن الأفراد المعاقين عقليا قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل أن معدل انتشار الاضطرابات الأخرى بين المعاقين عقليا يبلغ على الأقل ثلاثة إلى أربعة أضعاف بين عموم السكان، ويكون السلوك التكيفي مختلا. (فكري لطيف، 2015، ص21)

هي نقص في الذكاء فطري أو مكتسب في الطفولة الأولى يتميز بأداء ذهني وظيفي عام أقل من المتوسط و يكون مصاحبا بقصور في السلوكيات التكيفية، أو عدم القدرة على التكيف بشكل سليم مع متطلبات المجتمع .

و عرف كمال مرسي(1996) الإعاقة على أنها " حالة بطئ ملحوظة النمو العقلي تظهر قبل سن الثامنة عشر يتوقف فيها العقل عن اكتمال نموه و تحدث أسباب وراثية أو بيئية أو وراثية بيئية معا ، و يستدل عليها من انخفاض مستوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوسط ، و من سوء التوافق النفسي الاجتماعي الذي يصاحبها أو ينتج عنهما ". (بوعنيقة لخضر، 2021، ص156)

### 2- أسباب الإعاقة الذهنية:

عدد لا بأس به من الإعاقات الذهنية يكون سببه وراثي. نميز بين الشذوذ الكروموزومي مثل تريزومي 21، والأمراض الوراثية مثل اكس الهش يمكن اعتباره وراثي. وبغض النظر عن العوامل الوراثية، يمكن أن تكون الإعاقة الذهنية ناتجة عن إصابة في الجهاز العصبي المركزي أو خلل في عميلة التمثيل الغذائي، أو حادث أثناء فترة الحمل، أو أثناء الولادة أو بعدها. وهناك بعض الأمراض المعدية التي يمكن أن يصاب بها الرضيع مما تتسبب في انعكاسات خطيرة. زد على ذلك العوامل النفسية الاجتماعية التي يمكن أن تسبب إعاقة ذهنية، خاصة في حالة الإعاقة الذهنية الخفيفة والمتوسطة. والدراسات البيئية أوضحت بأن الإعاقات تنتشر في ظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية والمحفزات الثقافية التي تكون فيها ضعيفة. (vincet pagés, 2017, p135)

3- تشخيص وتصنيف الإعاقة الذهنية: توجد عدة تصنيفات للإعاقة الذهنية:

3-1- بناء على نسبة الذكاء:

- الإعاقة العقلية البسيطة: وتتراوح نسبة الذكاء ما بين 75/50 ، وتشكل هذه الفئة ما نسبته 85 بالمئة من الأطفال المعاقين عقليا.

- الإعاقة العقلية المتوسطة: وتتراوح نسبة الذكاء ما بين 55/35، وتشكل هذه الفئة ما نسبته 10 بالمئة من الأطفال المعاقين عقليا.

- الإعاقة العقلية الشديدة: وتتراوح نسبة الذكاء ما بين 40/20، وتشكل هذه الفئة ما نسبته 3-4 بالمئة من الأطفال المعاقين عقليا.

- الإعاقة العقلية الشديدة جدا: وتشكل هذه الفئة ما نسبته 1-2 بالمئة من الأطفال المعاقين عقليا، وتقل نسبة ذكائه عن 25/20..

3-2- التصنيف التربوي: يصنف علماء التربية الإعاقة الذهنية وفق مدى استجابة الأطفال المعاقين ذهنيا التربية الخاصة والتدريب المختلفة، أي قدرة هذا الطفل الذي يعاني من الإعاقة الذهنية على التعلم، والتي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد، حيث يعتبر الطفل المعاق ذهنيا غير قادر على التعلم أو التحصيل، ويصاحب هذا انخفاض في أدائه السلوكي في العمليات العقلية، نتيجة انخفاض نسبة الذكاء وقصور في اثنين على الأقل في مهارات السلوك التكيفي. وتصنف الإعاقة الذهنية من هذا المنظور إلى ثلاث فئات:

- القابلون للتعلم: هم ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، حيث تتراوح نسبة ذكائهم بين 50-75.

- القابلون للتدريب: هم ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة، حيث تتراوح نسبة ذكائهم بين 20-49.

- الاعتماديون شديدا والإعاقة: معدل ذكائهم أقل من 20، ويوضعون رهن الإيداع والإيواء في مؤسسات للرعاية. (برحايل وهيبة، 2022، ص772)



#### 4- مظاهر النمو لدى أطفال ذوي الإعاقة الذهنية:

##### - الخصائص الجسمية والحركية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية:

من الجدير بالذكر أنه لا توجد خصائص جسمية معينة تميز الأطفال المعاقين عقليا مقارنة مع الأطفال العاديين، بحيث أنهم يتشابهون إلى حد ما في الوزن والطول والحركة والصحة العامة والبلوغ الجنسي. ذكرت الباحثة زينب شقير بعض من الخصائص المعاقين عقليا وجود تأخر في النمو العام، أجسام معتلة وتجد صعوبة في مقاومة الأمراض. أما فيما يتعلق بالمهارات الحركية فهم يعانون من مشكلات حركية مختلفة قياسا بأقرانهم غير معوقين حيث أنهم يعانون من قصور واضح في مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة، توجد علاقة طردية بين الإعاقة العقلية والمعاناة في المهارات الحركية لدى الأطفال المعاقين عقليا:

- قصور واضح في الوظائف الحركية منها التوافق العضلي العصبي، التأزر البصري الحركي، التحكم والتوجيه الحركي.

- صعوبة استخدام العضلات الدقيقة.

- البطء والتثاقل وعدم الانتظام في الخطوات أثناء المشي.

- الخصائص الانفعالية:

- الانسحاب والعدوانية.

- عدم تقدير الذات.

- سهولة القابلية للإيحاء.

- عدم تحمل القلق والإحباط.

- سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء.

- قد يغلب على سلوكهم التبلد الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم.

- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع.

- قصور في تأجيل إشباع الرغبات. (هبة شعبان، 2017، ص935)

## - الخصائص المعرفية:

- نقص الانتباه والتركيز: حسب ما أشارت إليه الدراسات إلى أن المعاقين عقليا لديهم نقص أو مشاكل في القدرة على الانتباه، تختلف حسب تفاوت درجة الذكاء، ف لديهم مشكلات في صعوبة تركيز الانتباه، يسهل تشتيت انتباههم وفي قدرتهم على الانتباه بالمقارنة مع الأطفال العاديين.

- صعوبة نقل آثار التعلم: يصعب على هؤلاء الأطفال نقل آثار التعلم من موقف لآخر مقارنة مع الأطفال العاديين، وترتبط هذه الصعوبة بصورة أساسية بدرجة الإعاقة وبطبيعة الموقف التعليمي نفسه.

- المشكلات اللغوية: وتعتبر من أبرز مظاهر الإعاقة العقلية، فمستوى النمو اللغوي لديهم أقل بكثير من العاديين، ومعظم مشكلاتهم اللغوية مرتبطة باللغة التعبيرية، وتشكيل الأصوات، والأخطاء النطقية، ومظاهر السرعة في النطق والكلام.

- اضطرابات التواصل: لا يستجيب الطفل في وضعية إعاقة عقلية للمثيرات أو التعليمات اللفظية بسهولة، حيث لا ينتهون جيدا للمثيرات الجديدة. ويكون رد فعلهم للمثيرات غير متناسب مع المنبه أو لا يمكنه تمييزه. يقلل ضعف القدرة اللغوية لديهم القدرة على التعبير عن احتياجاتهم أو تقدير الآخرين أو التفاعل معهم بصورة سوية بكل صور التعامل الرمزية والصوتية. (فكري لطيف، 1015، ص73)

- الطبيعة العدوانية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية: كشفت الأبحاث التي أجريت على الأطفال المعاقين ذهنيا الذين يحولون إلى الفصول الخاصة عن الاختفاء التدريجي لسلوكات الانعزال والانسحاب والعدوان، وذلك بحسب الدرجة التي يسمح بها القسم الخاص، وقد تبين أيضا أن الخلفيات الأسرية والاجتماعية والاقتصادية للأطفال لها أثر كبير في تحسين سلوكهم، فتفاعل المعوق مع الآخرين في الأسرة والمدرسة والجيران: إما أن يدرك النبذ منهم، فيتوجس منهم، ويتردد في الإقبال عليهم، ويشعر بالحرمان والإحباط يؤدي إلى العدوان، يبدو أنها تنطبق على الأشخاص المعاقين ذهنيا كما تنطبق على الأشخاص العاديين.

يظهر أغلب الأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم المساء معاملتهم سلوكا عدوانيا، ثم يليه سلوك غير اجتماعي، ثم سلوك انسحابي، وتفسير ذلك أن الإساءة البدنية من أهم الأبعاد تأثيرا على هؤلاء الأطفال، وذلك اعتقادا من آبائهم أن مثل هذه الطرق للتربية، فبالتالي يظهر هؤلاء الأطفال الذين يعاقبون بشدة سلوكا عدوانا بأشكاله المختلفة اتجاه نفسه واتجاه من حوله، فهؤلاء الأطفال بصفة عامة لا يولدون عدوانيين، لكن الآباء هم السبب الرئيسي في ظهور هذه المشكلات عندهم. (بسكير مريم، 2020، ص597)

كما تبين من خلال الدراسة التي قام بها كل من بسكير مريم و سناني عبد الناصر (2020) أن السلوك العدواني الموجه نحو الآخرين من أهم مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم من وجهة نظر المربين، يليه (السلوك العدواني الموجه نحو الذات)، في المرتبة الثانية، أم المرتبة الأخيرة فقد جاءت من نصيب البعد الثالث والمتمثل في السلوك العدواني الموجه نحو الممتلكات والأشياء. فمن خلال تصريح بعض الأمهات لذوي الإعاقة الذهنية القابلة للتعلم، أن يتعرضن للسلوك العدواني من طرف أطفالهم، في حين أنها هادئة مع الطاقم العلاجي وتستجيب لكل التعليمات الموجهة إليهما. حوالي 50 بالمئة من المقربين من المرضى في وضعية إعاقة إصابة دماغية يشعرون بضيق نفسي عميق. وترجم معاناة المقربين من المريض إلى حالة الحصر، الاكتئاب والضغط النفسي المزمن، الشعور بالاحترق النفسي، الوحدة، وأحيانا الغضب والإنكار. بالإضافة إلى وجود خلل في جودة الحياة. وحسب الدراسة التي قام بها Destailats، تقدر نسبة الاكتئاب بـ 25 إلى 39 بالمئة، وينتشر الشعور بالغضب والتعب لدى الرجال أكثر. يرتبط الغضب بعدم فهم الاضطرابات المعرفية والسلوكية وأحيانا حالة من الرفض لهذه الاضطرابات. والمقربون من المريض على وعي كبير بهذه الاضطرابات أكثر من المريض في حد ذاته وهذا التباعد في الفهم بين الطرفين يزيد من معاناة العائلة التي تستمر مع الوقت بالإضافة إلى الانعزال الاجتماعي. تتدخل مجموعة من العوامل السيكودينامية من بينها: ضعف فعالية السيرورات النفسية للتوافق مع الموقف استراتيجيات المواجهة، عدم اكتمال مراحل الحداد، انقطاع في استمرارية تاريخ الفرد. عشر سنوات إلى 15 سنة بعد الصدمة، يكون من الصعب تحمل الاضطرابات المعرفية: وفي المواقف الأكثر خطورة بحيث تسخر العائلة معظم وقتها للمريض على حساب حياتهم الشخصية.

(F. Beuret-Blanquart , 2011, p10)

#### 5- أوجه العلاج المقدمة للمعاقين عقليا:

- العلاج الطبي: تعتبر الإعاقة العقلية مشكلا طبيا نظرا لتعدد العوامل العضوية البيوكيميائية المسببة له ويهدف العلاج الطبي للقضاء على أسباب التخلف العقلي العضوية والوقاية منها مثل أخطاء التمثيل الغذائي، ووجود الأحماض في بول ودم المريض وأخطاء تركيب الدم وسحب السائل النخاعي في حالة الاستسقاء الدماغى. كما يهدف العلاج أيضا إلى خلايا وأنسجة الدماغ والجهاز العصبي لتقوية أداء وظائفه، وتحمل تعويض الخلايا والأنسجة التالفة.

- العلاج بالعقاقير: من أشهر العقاقير المستخدمة عقاقير الجلوتامين، والتي تساعد على زيادة نسبة الدكاء، وتحسين اضطرابات التعلم.

العلاج النفسي: يصنف التخلف العقلي إلى تخلف عقلي مستقر، وآخر غير مستقر، يعاني هذا الصنف الأخير من اضطرابات وجدانية، وضعف في الشخصية، وضعف القدرة على تكوين علاقات شخصية واجتماعية، مثل هاته الحالات تكون في حاجة للعلاج النفسي لمساعدتهم على العيش بسلام مع أنفسهم، ومع الآخرين كما يساعدهم أيضا على التغلب على معوقات التكيف لديهم.

يقوم العلاج النفسي مع حالات التخلف العقلي على أساس تكوين علاقة طبية مع العميل، وإعادة الرابط بينه وبين المجتمع، ومنحه العطف والحنان، وإزالة المخاوف التي اكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها، وبالتالي مساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة والمجتمع. لذلك كان من أهم أهداف العلاج النفسي تدريب العميل على حل مشكلاته وبناء ثقته بنفسه، وإدراكه لإمكاناته المحدودة، وتبصيره بها حتى يتمكن من الاستفادة منها.

- العلاج الاجتماعي: تعاني حالات التخلف العقلي من تأخر في النضج الاجتماعي، وفشل في التكيف واكتساب العادات الضرورية في الحياة، والتصرفات الغير طبيعية تعترض حياتهم، وجمود العلاقات الاجتماعية، وتكرار الوقوع في الخطأ .... إلخ لذلك لا يقل العلاج الاجتماعي أهمية عن العلاجات الأخرى فهو يعتبر مهمة شاقة، فهو لا يقتصر على الفرد المتخلف عقليا بل يشتمل أيضا على علاج البيئة الاجتماعية وعلاج الأسرة التي ينتهي إليها. (فكري لطيف، 2015، ص135)

#### 6- البرامج التعليمية للمعاقين عقليا:

تقدم المدارس والمؤسسات القائمة على تربية وتعليم الأطفال المعاقين عقليا، برامج تربوية مختلفة في مستواها وفي طبيعتها من مرحلة دراسية أخرى، وذلك حسب عمر الطفل ودرجة نموه الأكاديمي. توجد خمسة مستويات رئيسية من البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين عقليا:

6-1- برامج ما قبل المدرسة: تتراوح أعمار الأطفال في برامج ما قبل المدرسة فيما بين 3 إلى ستة سنوات زمنية. وتعتبر البرامج الخاصة بالأطفال القابلين للتعلم في هذه المرحلة قليلة جدا، إذا ما قورنت ببرامج الأطفال العاديين، وذلك بسبب الصعوبة في التعرف على الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة في مرحلة مبكرة من العمر. تركز هذه البرامج على تنمية مهارات الاستعداد اللازمة للمدرسة الابتدائية، ففصول الروضة للأطفال العاديين تركز أيضا على هذه المهارات ويحتاج التدريب عليها سنة واحدة في حين يحتاج الأطفال القابلين للتعلم إلى فترة سنتين أو ثلاث سنوات لتعلم هذه المهارة. يشتمل التدريب في هذه المرحلة على ما يلي:

- الجلوس بهدوء والانتباه للمعلم إتباع التعليمات.

- تمييز المثبرات السمعية والبصرية.

- التناسق في الحركات الدقيقة والشاملة

- تنمية اللغة والتفاعل مع الآخرين ضمن مجموعات..

- تنمية مهارات العناية بالذات.

كما تجدر الإشارة إلى ضرورة إشراك الوالدين في تربية أطفالهم، كما يمكن للأمهات أن يكن مدرسات ناجحات لأطفالهن خاصة الذين يعانون من إعاقة أو صعوبات معينة.

6-2- برامج المرحلة الابتدائية: تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة الابتدائية فيما بين 6 إلى 10 سنوات، ويلتحق معظم الأطفال القابلين للتعلم في الصف الأول الابتدائي في سن السادسة، إلا أنهم يفشلون في تعلم متطلبات هذا الصف، وذلك بسبب انخفاض قدراتهم العقلية في هذه المرحلة فيما بين 4 إلى ستة سنوات، وعلى الرغم من أنهم يستطيعون الوصول إلى المستوى الذي يمكنهم من دراسة المناهج في مستوى المرحلة الابتدائية، إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس، وتطوير عدد من المفردات والعادات الصحية السليمة، ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء أداء العمل أو اللعب، كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة في مستوى أطفال مرحلة الروضة من العاديين.

(مصطفى نوري، 2007، ص 67)

6-3- برامج المرحلة المتوسطة: تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة المتوسطة فيما بين 10 إلى 13 سنة، في حين تتراوح أعمارهم العقلية ما بين 6 إلى 8 سنوات، يصل هؤلاء الأطفال إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع بسبب نظام النقل التلقائي، إلا أنهم يفشلون بعد ذلك في النجاح الأكاديمي والانتقال من الصفوف العليا، مما يتطلب الأمر وضعهم في مدارس خاصة. كما تركز البرامج في هذه المرحلة على النشاطات والجوانب الأكاديمية، مثل مهارات القراءة والكتابة والحساب، وتنمية العمليات العقلية كالتمييز والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير المفاهيمي. من جهة أخرى تنمية مهارات التكيف مع:

- البيئة المادية: عن طريق التعرف على طرق المواصلات وجغرافية المنطقة المحيطة به، ومراكز الخدمات المختلفة التي يحتاجها كالمحلات التجارية، وأقسام الشرطة، المصانع، والحدائق العامة، ويتم التوصل إلى ذلك عن طريق الرحلات أو الزيارات الميدانية.

- البيئة الاجتماعية: وذلك بتنمية قدرته على المشاركة والتعاون وتحمل المسؤولية واتباع العادات والتقاليد الاجتماعية.

- التكيف مع البيئة الشخصية: وذلك بتنمية العادات الصحية السليمة والمحافظة على النظافة وتجنب مصادر الخطر سواء في التنقل أو في العمل. بالإضافة إلى تنمية الشعور بالنجاح والأهمية واحترام الذات وتقديرها والشعور بالأمن والاطمئنان، وهي في مجملها مظاهر للصحة النفسية.

4-6- برامج المرحلة الثانوية: في المرحلة الثانوية يتراوح سن المعاق عقليا ما بين 13 و20 سنة، ن حيث تمثل هذه المرحلة نهاية التعليم المدرسي الرسمي، تهدف إلى استكمال إعداد الفرد المعاق ليكون عضوا فعالا في مجتمعه، بإمكانه تحقيق درجة ملائمة من الاستقلالية والتكيف، ولتحقيق ذلك فإن البرنامج التعليمي يركز بشكل خاص على تدريب الفرد على المهارات المهنية. ويتم تعزيز برنامج التدريب المهني من خلال التدريب على:

- المهارات المهنية:

- إتقان مهنة محددة تتوافق مع ميول وقدرات المعاق ذهنيا.

- مهارات البحث عن وظيفة.

- التقدم بطلبات التوظيف والسلوك أثناء المقابلة.

- السلوك المهني المرغوب فيه ومهارات الحفاظ على الوظيفة.

- مهارات الاستقلالية: التدريب على:

- العناية بالذات والصحة العامة وتنظيف المنزل.

- اختيار الملابس المناسبة والمحافظة على جمال المظهر.

- إعداد وجبات الطعام الخفيفة.

- مهارات التسوق وضبط الميزانية الشخصية والادخار.

- استثمار وقت الفراغ والنشاطات الترفيهية.

- المهارات الاجتماعية:

- مهارات التفاعل اللفظي.

- إقامة العلاقات والصدقات الاجتماعية.

- أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة للفرد في مثل هذا السن.

- تعزيز مفهوم الهوية.

5-6- برامج ما بعد المدرسة: يتم القيام بهاته البرامج من المفروض في ورشات محمية، تحت إشراف إدارة التأهيل المهني التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية، ويقدم خلالها برنامج التأهيل المهني، حيث يتدرب الطالب على مهمة أو حرفة تتناسب مع قدراته وميولهن وبعد إتمام فترة التدريب يتم إدماجه في العمل في مصنع أو مؤسسة، ثم تقوم الجهات المعنية بمتابعته للتعرف على الصعوبات أو المشاكل التي قد يواجهها، ومحاولة مساعدته في التغلب عليها، كما يتم دراسة مدى إجادته للمهارات التي تتطلبها المهنة، ومدى تكيفه مع ظروف العمل ومع الزملاء والرؤساء. (مصطفى نوري، 2007، ص70)

## المحاضرة السابعة الإعاقة الحركية

- تمهيد:

قبل التطرق لموضوع الإعاقات الحركية وتعدد أشكالها، لابد من التطرق إلى المفهوم الحركة، فالحركات وظيفية بيولوجية وهي التنقل، ووظيفة مهمة أيضا هي وظيفة تعبيرية، حسب روني سبيتز Renie Spitz الحركة هي تعبير عن الحياة العاطفية الداخلية للأفراد، وبالتالي تعتبر الحركة أيضا جسر تواصل مع الآخرين، إلا أنه لأسباب معينة منها فطرية تكوينية، أو ناتجة عن حادث مكتسب تؤثر على قدرة الفرد على التنقل وأداء نشاطاته اليومية. فيما يلي عرض لأهم العناصر التي تتناول الإعاقة الحركية وأشكالها، وغيرها من العناصر المهمة:

1- تعريف الإعاقة الحركية: مجموعة من الاضطرابات ناتجة عن إصابات دماغية مفاجئة على مستوى دماغ غير مكتمل خلال فترة ما بعد الولادة. تؤثر هاته الإصابات على تنفيذ الحركات الإرادية واللاإرادية بالإضافة إلى أنها تؤثر على الحفاظ على وضعية الجسد. هاته الإصابات مستقرة بمعنى غير متطورة، وكل طفل مصاب نجد لديه مجموعة اضطرابات منفردة أو مختلفة عن الآخر وذلك حسب تموقع وشدة الإصابة الدماغية: الخلل الحسي، المعرفي واضطرابات على مستوى السلوك أيضا على غرار الاضطرابات الحركية. يعاني هؤلاء الأطفال من اضطرابات النفسية وجدانية مما يتطلب مرافقة علاجية للعائلة والطفل. (Séraphin Nguéfack, 2015, p04)

2- أشكال الإعاقة الحركية: قبل أن يتم التطرق إلى كل من الشلل الدماغي والإعاقة الحركية الدماغية، سيتم الإشارة فقط إلى بعض من الإعاقات الحركية الأخرى:

1-2- الإعاقات الحركية من دون إصابة دماغية: يصعب تعداد هذا نوع من الإعاقات بسبب تنوع سبب الإصابة، وتحد بشكل متنوع استقلالية الطفل، وتكون في الغالب مصحوبة باضطرابات أخرى، فهناك الإعاقات المؤقتة، الدائمة والمتطورة.

2-2- الإعاقات الحركية المؤقتة الناتجة عن حادث: إن الوقاية من هذا النوع من الإعاقات تتطلب مراقبة كبيرة للطفل الصغير وذلك بتفادي مثلا حالات السقوط، وتهيئة مناسبة لمحيط آمن للطفل قدر الإمكان.

3-2- اضطرابات العمود الفقري: تعتبر من الاضطرابات المتميزة والظاهرة في حالة الإعاقة الحركية، يعود السبب إلى كونها تتصل بشكل مباشر بالإعاقة الحركية لأن أي خلل في العمود الفقري له تأثير



واضح على حركة الفرد. ويقصد باضطرابات العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من أسفل الرأس وحتى نهاية العمود الفقري من أسفل الرأس إلى نهاية العمود الفقري، تتجلى مظاهره في ما يلي:

- تباعد فقرات العمود الفقري.

- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي لا يحتوي على أنسجة عصبية وهو ما يعرف بـ سبينا بيفيدا Spina Bifida.

- بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي يحتوي على أنسجة عصبية وهو ما يعرف بـ سبينا بيفيدا Spina Bifida ..

وترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري في كثير من الأحيان بحالات الإعاقة العقلية، وذلك لارتباطها بحالات التهاب الدماغ أو التهابات العمود الفقري بنفسه. (تيسير مفلح، 2010، ص 196)

4-2- الإعاقات الخاصة بالورك: إنه أولاً وقبل كل شيء التهاب العظم و الغضروف في الورك ، إنه تشوه عابر لرأس الفخذ الذي لم يتم توضيح آليته بالكامل. ينتج عن هذا الضرر أحادي الجانب لنواة معظم رأس عظم الفخذ بالقيود في حركة الورك وبالألم أحياناً في الركبة مما قد يؤدي إلى التشخيص الخاطئ. هو لذلك من المهم إجراء تشخيص مبكر حتى يتم التكفل بحالة الطفل وإلا فإنه معرض لخطر عرج دائم.

5-2- الإعاقات الحركية المتعلقة بالرجل: يتعلق الأمر بتشوه خلقي في القدم سواء القدم متجه نحو الداخل أو نحو الخارج. يمكن تصحيح الاعوجاج عن طريق العلاج الطبيعي، حيث يتم تحفيز الجانب المقابل للتشوه عن طريق اللمس بهذه الطريقة تدور القدم في الاتجاه الصحيح، يمكن أيضاً ارتداء الطفل المصاب بجبائر تصحيحية صغيرة.

6-2- الإعاقات النهائية:

- بتر الأطراف: يجب التمييز بين بتر الأطراف الخلقية وبتر الأطراف مكتسب. يتمثل الأمر في عدم وجود طرف واحد أو أكثر يسمى phocomelia التي تميز هؤلاء الأطفال بسبب امتصاص الأم خلال الأسابيع الأولى من الحمل من الثاليدومايد وهو نوع من أنواع المهدئات. تحدث عمليات البتر المكتسبة نتيجة لإصابات مختلفة أو الأورام. في هذه الحالات ، يتم قبول الطرف الاصطناعي بشكل أفضل بسبب يتعلق الأمر باستعادة التوازن المكتسب سابقاً.

- الشلل النصفي: يتمثل الأمر في شلل كلا من الساقين نتيجة إصابة نخاعية وليس دماغية وراثية أو مكتسبة، بحيث الإصابة الخلقية هي الأكثر انتشارا ومن أكثر الإصابات هي استسقاء النخاع الشوكي Bifida Spina. كما يمكن أن يحدث نتيجة الضغط على الحبل الشوكي أو التعرض للصددمات أو تمزق الأوعية الدموية.

## 7-2- الإعاقات الحركية المتطورة:

- تعريف ضمور العضلات: يعرف الضمور العضلي على أنه مرض متطور يؤدي إلى ضعف في عضلات الطفل حتى تفقد القدرة على أداء وظيفتها بصورة سليمة، وهو مرض يصيب الأطفال الذكور أكثر من الإناث. ويعرف M. Arthuis الضمور العضلي على أنه تدهور سريع في العضلات تظهر من خلال تحليل الألياف العضلية وتكون بداية المرض أثناء أو بعد الولادة. (سي بشير كريمة، 2017، ص 100)

يعرف الضمور العضلي على أنه مرض متطور، ناتج عن وجود خلل في الجين × المسؤول عن التغذية العصبية للعضلات والحفاظ على شكلها. يؤثر هذا الجين على قدرة الطفل على اكتساب المكتسبات الحركية مثل الجلوس والوقوف، وبالتدرج يؤثر على الوظائف الحيوية الأخرى مثل التنفس بسبب ضمور في عضلات الرئة، وكمرحلة أكثر تطورا، توقف عضلات القلب مما يسبب في الموت المفاجئ.

- تشخيص ضمور العضلات: رغم اختلاف السن الذي يمكن تشخيص المرض عنده إلا أنه ينحصر فيما بين الثانية ونصف من عمر الطفل وسبع السنوات. ومن مؤشرات الأولى ضعف العضلات وعدم رشاقة الجسم، السقوط المتكرر والشعور بالتعب، وفي المراحل المتأخرة يبدأ السير على مشط القدمين، كما يبدأ في الانحناء كي يعوض القدرة على المشي/ وقد تبدو عضلات الساق كبيرة، إلا أنها تبدو علامات مزيفة، حيث لا تعبر عن قوة العضلات وإنما تشير إلى تزايد الأنسجة الدهنية للساقين فقط. وغالبا ما يصبح الطفل معتمدا على الكرسي ذي العجلات في تحركه في مرحلة المراهقة. وفي بعض الحالات قد تصاب عضلات القلب أو الجهاز التنفسي مما قد يسبب وفاة الطفل خلال مرحلة المراهقة أو قبله.

- الأعراض المصاحبة لضمور العضلات: تظهر الأعراض المبكرة حوالي السنة الثالثة من عمر الطفل عندما يلاحظ الوالدان حدوث تغيرات هامة في حركة طفلهم عندما يمشي أو يقف، أو يجري، فإنه يستخدم مشط القدم أو رؤوس الأصابع بدلا من استخدام جميع أجزاء القدم، وتؤدي هذه الحركات في الغالب إلى تعثر الطفل وسقوطه. وقد لا تعني مثل هذه المشكلات شيئا بالنسبة للآباء، وحتى الأطباء

فإنهم في كثير من الأحيان لا يستطيعون تشخيص الحالة في البداية، ويعتقدون أنها إصابة طارئة أو بسيطة تستدعي فقط إجراءات علاجية سريعة كوصف الأحذية الطبية مثلا.

أما عن أعراض الإصابة المتأخرة فتظهر بوضوح، إذ أن الطفل عندما يحاول الوقوف فإنه لا يقوى على ذلك دون الارتكاز على يديه وقدميه معا، ونلاحظ أيضا تضخم وانتفاخ عضلات الكتف والوجه وضعفها، وضعف عضلات الوجه السفلية، وأخيرا تشوهات في جميع عضلات الرقبة، والهيكل العظمي، وقد تصل هذه المشكلات إلى حد عدم القدرة على الحركة مما يلزم الطفل باستخدام الكرسي المتحرك الذي يستطيع في بداية الأمر استخدامه وتحريكه بمفرده، لكن الإصابة تتطور وتساء مما يجعل المصاب في النهاية غير قادر على تحريك الكرسي أو التنقل بمفرده، مما يجعله طريح الفراش بعد سن العاشرة تقريبا، إلى أن يفارق الحياة بسبب ضعف وتلف عضلات القلب والرئتين، وكذلك جميع عضلات الجسم بشكل تدريجي. (سي بشير كريمة، 2017، ص 102)

#### - أشكال الضمور العضلي:

- مرض الضمور العضلي الدوشيني: مرض وراثي يصيب جميع أنواع العضلات في الجسم، ويتميز بضعف العضلات الذي يبدأ في عضلات الحوض، ثم يتطور بسرعة ليصيب جميع عضلات الجسم مما يؤدي إلى إعاقة حركية مبكرة ومن ثم الوفاة في منتصف العمر، ويبلغ معدل الإصابة واحد لكل 3500 ولادة من الذكور تقريبا ونادرا ما يصيب الإناث. يعود السبب في الإصابة في وجود جين غير طبيعي لمادة تسمى ديستروفين وهي مادة بروتينية في العضلات، وينتقل هذا الموروث عن طريق كروموزومات ما يعني بأنه من النادر أن تصاب به الإناث لوجود زوج من الكروموزومات أحدهما طبيعي، ولكن الأم الحاملة للمرض لديها احتمال نقل الجين المعطوب لنصف أطفالها الذكور. (عباس حسين، ص130)

- ضمور العضلات الشوكية: مرض وراثي ناتج عن تحلل وتلف الخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع مما يؤدي إلى الوفاة المبكرة أو الإصابة المزمنة. ويمكن أن تحدث الإصابة لدى الأطفال بحيث تؤدي غالبا إلى الوفاة المبكرة أو أنها تصيب الأفراد في مراحل متأخرة من العمر. يمكن حصر أعراض ضمور عضلات النخاع الشوكي فيما يلي:

- تأخر مستمر في نمو العضلات المركزية والطرفية بحيث تشبه في أعراضها الإصابة بضمور وانحلال العضلات.

- ضعف عضلات الفخذ وما ينتج عنه من صعوبات في الجلوس والوقوف والمشي مما يؤدي إلى الوقوف المستمر وعدم التوازن وصعوبات في صعود الدرج أو نزوله.

- ضعف في عضلات الظهر والكتف التي تسبب صعوبات في القيام ببعض مثل تمشيط الشعر وغسل الوجه وانحناء الظهر والالتفاف يمينا أو يسارا.

- صعوبات في الأعصاب القحفية أو الجمجمية وبالتالي صعوبات في البلع والتنفس والنطق.

(مصطفى نوري، 2010، ص99)

- ضمور متزايد للعضلات (نقص الحجم)

- قد تنتج عن ضمور العضلات تشوهات ثانوية في بعض المفاصل

- تأثر عضلات التنفس، وتأثر عضلات الوجه والبلع.

- عدم وجود أعراض لإصابات الدماغ: النوبات التشنجية، فقدان التوازن، العجز الحسي.

- نقص ردود أفعال الوتر العميقة.

- وجود التحزم وهي حركات ارتعاشية صغيرة للعضلات

- الذكاء يكون طبيعي. <https://ar.wikipedia.org/wiki>

- أسبابه: ينتج مرض ضمور العضلات الشوكي عن خلل (طفرة)، في جين يسمى اختصاراً إس إم أن، و المعلومات المتوفرة في هذا الوقت هو أن هذا الجين ينتج بروتين له دور مهم في الخلايا الأمامية للحبل الشوكي. و التي تتحكم بحركة العضلات الموجودة في أجزاء الجسم المختلفة عن طريق ألياف عصبية طويلة. فعند رغبة الإنسان مثلا في تحريك عضلة معينة فإن الخلية الأمامية ترسل إشارة كهربائية عبر ألياف عصبية لتحرك العضلة. وعند ضمور الخلايا الأمامية فإن العضلات لا تستطيع الحركة ومع الوقت تضمحل تلقائيا بسبب المرض. وبغض النظر عن الدور الحقيقي للبروتين المنتج من جين إس إم إن فإن هذا البروتين مهم في استمرار الخلية الأمامية في أداء دورها. ومع أن ضمور الخلايا الأمامية متواصل فالمصابين بالمرض فإن العبء عليها أيضا يزداد مع نمو الجسم وزيادة العضلات وحاجة الجسم للحركة. ولذلك فإن الأمر يزداد تعقيدا فمع عدم الحركة وضمور العضلات فإن الهشاشة في العظم تزداد ويبدأ العمود الفقري بالانحناء نتيجة لعدم أداء العضلات لدورها المتوقع والذي هو الحركة والحفاظ على توتر (شد) العضلات .

- النمو الوجداني العاطفي: العديد من الخصائص نجدها لدى الطفل المصاب بالضمور العضلي مثل العدوانية تترجم قلق الموت، صعوبة التكيف مع المواقف الجديدة، حالة الحصر التي يعبر عنها من خلال الخوف من القيام بشيء سيء. كما نلاحظ أيضا حالة من الانطواء في الحياة الاستهامية وفي الخيال. خلل في نمو الاهتمامات والعلاقات الفردية لحظة وعي الطفل بقدراته وحدود إمكاناته المرتبطة بتطور إعاقته. على العموم من الطفولة إلى غاية المراهقة يتميز هؤلاء بالانطوائية، قلبي الاهتمام بالآخر. (Catherine Tourette,2018,p80)

## 8-2- الإعاقات العصبية الحركية:

- تمهيد:

يعد الشلل الدماغي مشكلة صحية عامة، ليس فقط بسبب انعكاساته على التطور العصبي ومستقبل الأطفال المصابين، ولكن أيضًا من خلال التداعيات الاجتماعية للإعاقة التي يسببها. تظل أسبابه في سياقنا أساسًا في الفترة المحيطة بالولادة مع الاختناق الوليدي في المقام الأول. على المستوى التشخيصي، كانت الأشكال التشنجية هي الأكثر شيوعًا والتصوير الدماغي (التصوير المقطعي المحوسب) عند إجرائها، وأظهرت شذوذًا في أكثر من 9 حالات من أصل 10 حالات. يمكن أن يسمح التدريب المحسن والمعلومات الأفضل للمهنيين الصحيين المشاركين في مراقبة نمو الطفل والأسر والمجتمع بشكل عام بالكشف المبكر عن الحالات الجديدة من أجل تنظيم رعايتهم في أقرب وقت ممكن وبشكل مناسب وبطريقة متعددة التخصصات. كما أن الجهود المبذولة لمراقبة الحمل ومكافحة عدوى الأم والجنين والتدبير المبكر لها هي أيضًا جزء من هذا الكفاح. (Séraphin Nguéfac, 2015, p04)

1-8-2 الشلل الدماغي: يشير الشلل الدماغي إلى نوع من العجز الحركي ناتج عن إصابة في الدماغ بنوع من التلف، وتوجد أنواع أخرى من الشلل لا تعود إلى إصابة في الدماغ، من بينها الشلل الذي يصيب العمود الفقري الناتج عن التهاب في العمود الفقري السنجابي أو الشلل الذي يصيب الأطراف من النوع الذي نلاحظه في التلف العضلي، وأن تلف المخ الذي ينتج عنه العجز الحركي الذي يطلق عليه الشلل الدماغي يمكن أن يترتب عنه اضطرابات في النطق، أو في الكتابة وغيرها من الاضطرابات التي تصيب المخ يمكن أن ينتج عنها اضطرابات نفسية، دون أن يؤثر على القدرة الحركية للفرد. ( عصام حمدي الصفدي، ص31)

## - أسباب حدوث الشلل الدماغي:

إن التفسير القائل بحدوث الشلل الدماغي ينجم عن إصابة دماغية مستقرة لا يقدم أي معلومات عن السبب، وفي الأصل كان يعزى السبب إلى الاختناق أثناء الولادة (نقص الأكسجين عند الولادة)، ولكنه تبين أن عوامل ما قبل الولادة وإلى مدى أقل عوامل أثناء وما بعد الولادة يمكن أن تؤدي إلى شلل دماغي، وتتضمن بعض أسباب ما قبل الولادة لحدوث الشلل الدماغي: تشوه الدماغ، والمتلازمات الجينية، والالتهابات الخلقية، وتتضمن الأسباب أثناء الولادة: الاختناق والسكتة الدماغية، وأمراض معدية محددة تم الإصابة بها أثناء الولادة، وقد تم تحديد العديد من الأسباب ما بعد الولادة مثل التهاب السحايا، وتناول بعض السموم أو المواد السامة مثل الرصاص، ونقص الأكسجين كالغرق مثلا، وإصابات الرأس الناجمة عن حوادث السيارات أو الإعتداء على الأطفال. وإن لم يكن السبب من عوامل ما بعد الولادة فإن تحديد السبب الدقيق للشلل الدماغي لدى بعض الأطفال يكون صعبا في الغالب. وبالإضافة إلى هاته الأسباب فإن هناك العديد من عوامل الخطر لتطور الشلل الدماغي قبل الولادة مثل نوبات الصرع لدى الأم وتسمم الحمل، والنزيف، والولادات المتعددة، ومضاعفات المشيمة، وأمراض العدوى المزمنة لدى الأمهات، وهناك عوامل أخرى تتضمن السكتة الدماغية والجلطة والولادة القيصرية، ومحددات نمو الجنين داخل الرحم، والنقص الغدائي، وانخفاض الوزن عند الولادة، ونزيف ما قبل الولادة، كما لوحظ أن الأجنة الذين يعانون من انخفاض تدفق الدم قبل عمر 32 إلى 34 أسبوع في الرحم، قد يواجهون تلفا أو نزيفا في الدماغ. (هيلر كاثرين، 2014، ص 142)

## - تصنيف الشلل الدماغي:

- الشلل الدماغي التقلصي التشنجي **Spastique**: يظهر هذا الاضطراب على شكل فقدان الطفل للتوازن وتظهر لديه حركات لاإرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة. تدل كلمة تقلصي يعني وجود شد أو تقلص في العضلات مما يجعل الحركات بطيئة وضعيفة، والتعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو الغير طبيعية لذا فإن الطفل يجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع وهذا بسبب فقدان أنواع مختلفة من الحركات فهم دائما يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة وبالتدرج يمكن أن تتكون تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض، أو الركبتين، أو الأصابع والقدمين.

- الشلل الدماغي الإلتوائي أو الكنعاني **Athetosi que**: ينتج عن إصابة الجزء الأمامي الأوسط من الدماغ، من أهم أعراضه: الاهتزاز المستمر، الحركة الغير معتدلة، سيلان اللعاب، التواء الوجه، عدم

اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين، التقلصات الإرادية في العضلات التي تنتج عن عدم القدرة على التنسيق العضلي الحركي، مع قدرة محدودة على الكلام لعدم قدرة الطفل على ضبط العضلات المسؤولة عن الكلام مما يعل كلامه غير مفهوم، وتعاني نسبة كبيرة من هذه الفئة من الإعاقة السمعية.

- الشلل الدماغي التخليجي **Ataxie**: ينتج عن إصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن وتكون حركات الطفل غير متزنة يسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين مما يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويداه ممتدتان إلى الأمام ليحتفظ بتوازنه.

- الشلل الدماغي الإرعاشي: يظهر على شكل حالة من الارتعاش، قد يكون شديد أو خفيف، كما قد يكون سريع أو بطيء، إلا أن الارتعاش يكون عادة مقتصرًا على مجموعة معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة، ويكون لإراديا تماما، وتحت هذه الحالة نتيجة لعدم المقاومة لأي حركة للعضلات.

- الشلل الدماغي التيبسي: يعتبر من أشد الأنواع حدة، يتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظرا لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون الإصابة رباعية، مصحوبة بصغر حجم الرأس، مع تخلف عقلي شديد.

(عصام الصفدي، ص.35)

## 2-8-2- الإعاقة الحركية الدماغية:

- تعريف الإعاقة الحركية الدماغية حسب **G. Tardieu (1969)**: مجموعة من الاضطرابات ناتجة عن إصابات دماغية مفاجئة على مستوى دماغ غير مكتمل خلال فترة *périnatale*. تؤثر هاته الإصابات على تنفيذ الحركات الإرادية واللاإرادية بالإضافة إلى أنها تؤثر على الحفاظ على وضعية الجسد. هاته الإصابات مستقرة بمعنى غير متطورة، وكل طفل مصاب نجد لديه مجموعة اضطرابات منفردة أو مختلفة عن الآخر وذلك حسب تموقع وشدة الإصابة الدماغية: الخلل الحسي، المعرفي واضطرابات على مستوى السلوك أيضا على غرار الاضطرابات الحركية. يعاني هؤلاء الأطفال من اضطرابات النفسية وجدانية مما يتطلب مرافقة علاجية للعائلة والطفل.

تشير الإعاقة الحركية الدماغية إلى مجموعة من الاضطرابات الدائمة في الوضعية والحركة ، والمسئولة عن محدودية النشاط التي تُعزى إلى إصابات مستقرة غير متطورة تحدث فجأة على مستوى الدماغ في طور النمو لدى الجنين أو الرضيع. (Séraphin Nguéfac, 2015, p02)

كما أوجد (2005) A.L. Dal-Pra هشاشة في الهوية منتشرة بكثرة لدى الأطفال يهانون من اضطرابات

حركية:

- اضطرابات في التخطيط الجسدي.

- حركات شاذة وغير إرادية يمكن أن تؤدي إلى صعوبات لدى الطفل في بناء وحدة الجسدية وبالتالي بناء الأنا الجسدي، والذي يعتبر القاعدة الأساسية لبناء الهوية.

صعوبة في فهم وإدراك الفضاء والعالم الذي يحيط به.

- تأخر في اكتساب العلامات الطبوغرافية: تحت، على، بين،... يرتبط هذا التأخر بالحرمان من التجارب الفيزيولوجية مع المكان الذي يحيط به. فالطفل لديه صعوبة في تقييم وضعيته، وفي وضع الأشياء مقابلته مع بعضها. كما يمكن ملاحظة اضطراب في الإدراك المكاني مع وجود صعوبة في تقدير المسافات...

- الأعراض المصاحبة للإعاقة الحركية الدماغية: من أهم الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية الدماغية ما يلي:

- الاضطرابات العصبية البصرية: يظهر الخلل على مستوى استخدام الحركات البصرية، استراتيجيات النظر، التناسق البصري الحركي، تنظيم وبناء العلاقات المكانية (dyspraxie visuo-spatiale)، العمه البصري، بالإضافة إلى انحراف في الحقل البصري، الحول، اختلاج مقلة العين السريع، الإعاقة البصرية والتي يمكن أن تكون ناتجة عن إصابة عصبية أو التهاب في الشبكية.

- اضطرابات اللغة: من خلال الدراسة التي قام بها Séraphin Nguéfac (2015) تبين وجود سيطرة اضطرابات اللغة واضطرابات الغذائية يمكن تفسيره إلى الحركات الشاذة للسان والشفيتين الذي يؤدي بدوره إلى مشاكل في النطق والأكل تتفاقم بسبب صعوبات في المضغ والبلع، كما ويعاني هؤلاء الأطفال من الحبسة، بالإضافة إلى عسر التهجئة.

- النوبات الصرعية: الطفل المصاب بالإعاقة الحركية الدماغية يكون أكثر عرضة للنوبات الصرعية بنسبة 40 بالمئة لدى الأطفال المصابين بالشلل النصفي.

- اضطرابات سمعية: ومنها العمه السمعي، وضعف السمع.

- عدم القدرة على اكتساب التناسق الحركي الفمي الوجيه: المسؤول عن وجود سيلان اللعاب، اضطرابات في النطق، اضطرابات في البلع،



- اضطرابات معرفية أخرى: عسر الحساب، عدم القدرة على ارتداء الملابس، ديسبراكسي البنائية. (بالتصرف) كما وسيكون لها تأثير مباشر على قدرة الطفل على التعلم المدرسي فمثلا تعلم القراءة يتطلب تحكم ممتاز في الفضاء – الورقة: وضع بصره إلى الأعلى على جهة اليمين، تتبع السطر، الانتقال إلى سطر آخر...

- مظاهر النمو لدى أطفال ذوي الإعاقة الحركية الدماغية:

- مستوى الذكاء لدى أطفال الإعاقة الحركية الدماغية: يرتبط العجز الذهني بطبيعة وتموقع الإصابة، لكم من خلال بعض الأبحاث تلك التي قام بها Dague et al تبين هؤلاء الأطفال لديهم معامل ذكاء أقل من 80. تبقى حوالي 25 بالمئة من هؤلاء الأطفال لديهم مستوى ذهني طبيعي أو أعلى بحيث أن القدرات الذهنية لا يجب إخفاءها بالصعوبات الحركية. كما توجد علاقة بين معامل الذكاء المنخفض والإعاقة الحركية المصحوبة بالصرع.

- النمو الحركي: يتميز النمو الحركي لدى أطفال الإعاقة الحركية الدماغية بالتباطؤ والتأخر في النمو. خلال السنة الأولى، يمكن ملاحظة تأخر في الوظائف الكبرى مثل الجلوس والقبض بالإضافة إلى استمرار متأخر للمنعكسات الفطرية الأولية مثل الطفل الحديث الولادة مثل المشي في الفراغ أو منعكس مورو الذي يعتبر دليل على مستوى نضج عصبي حركي، وتختفي غالبيتها في غضون الأسابيع الأولى بعد الميلاد. يتوقف نمو الحركي بعد ذلك على طبيعة ودرجة الإصابة بالإضافة إلى الإجراءات البيداغوجية والعلاجية المطبقة. يمكن أن يحتفظ النمو الحركي ببعض مميزات مثل سلوكيات القبض. وبعض من هؤلاء الأطفال الذين يمكنهم اكتساب مهارة المشي في مرحلة المراهقة، والبعض يكتسبون المشي حوالي 18 شهر، والبعض الآخر يكتسب المشي على الأصابع حوالي سنتين أربع سنوات.

- الإدراك المكاني: أثبتت العديد من الأعمال وجود عجز في الإدراك المكاني لدى غالبية أطفال الإعاقة الحركية الدماغية. ويكون من الضروري تقييم هاته الوظيفة لأنها ضرورية في اكتساب مفهوم العدد، والقراءة والمنطق: ويمكن التأكد من ذلك من خلال تطبيق اختبار نموذج راي وهو عبارة عن شكل معقد من دون معنى نطلب من المفحوص إعادة رسم الشكل من جديد، أو نموذج بندر حيث يعيد المفحوص إعادة رسم خمس رسومات من دون معنى. ربط الباحثين هذا العجز في الإدراك المكاني بضعف معالجة المعلومات البصرية والاستراتيجيات الإدراكية الوسيطة، بالإضافة إلى انتشار الاضطرابات البصرية التي من الممكن أن تكون هي السبب.

- التخطيط الجسدي: يتدخل النشاط الجسدي في بناء التخطيط الجسدي، بناء الفضاء والوعي بالذات التي من الممكن أن تكون مضطربة. يمكن أن يعاني الطفل من صعوبات في تصور جسده الموحد مع وجود خلل وظيفي في أحد أعضائه الجسدية. لتقييم هذه الوضعية، يمكن استخدام اختبارات هيد Head، والتي تستلزم إعادة تطبيق بعض الحركات في اليد اليمنى أو اليسرى، أو استخدام اختبار تقليد الإشارات لـ Bergés et Lézine أو اختبار رسم الرجل، كما يمكن أيضا استخدام اختبار التخطيط الجسدي لـ Meljac et Scalabrini (2010) والذي يسمح بتقييم المظاهر المعرفية للتخطيط الجسدي (بمعنى التصور الذهني الذي نحمله عن أجسادنا) مع إقصاء المظاهر الحركية للاختبارات (بمعنى إعادة رسم شخصية). (Catherine Tourette,2018,p64)

- الشخصية لدى أطفال الإعاقة الحركية الدماغية: لا يوجد في الأدبيات البحثية ما يثبت وجود سمة شخصية مميزة للطفل المصاب يمكن أن يكون راجع إلى الطبيعة الخلقية للإعاقة، بحيث أن سلوكه وحياته اليومية تنتظم مع الإعاقة. هناك بعض الخصائص مثل الحصر، الفرط الانفعالي أكثر ما يميز هؤلاء الأطفال فهم لا يستطيعون التحكم في انفعالاتهم، فتجدهم يضحكون ويبكون بسهولة ولديهم ميول عدوانية خاصة في مرحلة البلوغ خاصة عندما يكون لديهم وعي بالآثار الوجدانية والاجتماعية الناتجة عن الإعاقة وتبعاً لذلك يظهرون في غالب الأحيان ردود فعل معارضة لإعادة التأهيل الوظيفي ومختلف التدخلات العلاجية، لكن بالمقابل نجد لديهم اتصال جيد، ولديهم رغبة في التواصل مع الآخرين.

- الاضطرابات الوجدانية: تكون مرتبطة أحيانا بدرجة الإصابة الدماغية وردود فعل الطفل ومحيطه اتجاه الإعاقة. ويوصف هؤلاء الأطفال بأنهم مكبوحين يعانون من الكف، متساهلين، خاضعين للآخر. في مرحلة المراهقة، على العكس من ذلك يمكن أن تكون مرحلة صعبة يطبعها الإدراك المؤلم للصورة الجسدية المختلفة والغير طبيعية، انخفاض في تقدير الذات. ترتبط شدة ردود الفعل هذه في جزء منها بدرجة تقبل أو رفض المحيط للإعاقة التي يعاني منها الطفل خلال مرحلة الطفولة الأولى، لكنها تتوقف أيضا على التعافي الوظيفي بفضل التكفل المبكر الذي يتلقاه الطفل المصاب. في نفس السياق، تحدث فينيكوت Winnicott عن أهمية شعور الطفل بأنه محبوب كما هو، ومحاولة فهمه جيدا ولا يجب التركيز على كيف ينبغي أن يكون، لأن السواء بالنسبة للطفل هو ما هو عليه. إن هذا التقبل المبدئي يسمح للطفل بالاستثمار الإيجابي لصورة الذات الكفوءة. (Daniel Marcelli, 2016, p396)

2-8-3- الصرع: يقصد بالصرع مرض دماغي يتميز بنوبات تشنجية ويمكن من خلال الرم الكهربائي للدماغ تمييز تلك النوبات الصرعية التي تختلف في شدتها ودوامها وتكرارها. كما يعرف أيضا على أنه حالة من الإضطراب في النشاط الكهربائي للمخ تؤدي إلى ظهور أعراض مثل الغيبوبة والتشنج العصبي وتصاحبه الكثير من المشاكل النفسية والسلوكية. وبالرغم من أن المصابين بهذا المرض عادة لديهم مستوى ذكاء متوسط أو فوق المتوسط، إلا أن المرض يجعلهم يفقدون الكثير من الوظائف، والقدرات للقيام بالكثير من الأعمال والنشاطات. (سي بشير كريمة، 2017، ص50)

2-8-4- إستسقاء الدماغ: وهي حالة يتجمع فيها سائل النخاع الشوكي في منطقة ملامسة للمخ، وقد يكون تحت الجمجمة مباشرة قد يكون ناتجا عن عيب خلقي أو نتيجة لتعرض الأم الحامل للأمراض أو للأشعة السينية أو عن تناول بعض العقاقير، مما قد يصاب الجنين بتشوهات خلقية من بينها تجمع هذا السائل تحت الجمجمة أو ملامسا للمخ. في حال عدم اكتشاف هذا الخلل مبكرا قد يصاب الطفل بحالات التخلف العقلي هذا التخلف يؤدي بدوره إلى اضطرابات في الحركة نتيجة لحالة الضغط على الدماغ، كما قد يؤدي أيضا إلى نوبات تشنجية وصداع وضعف بصري وغيرها من الأعراض التي تظهر على الطفل. ويعود السبب الرئيسي لاستسقاء الدماغ إلى التشوهات الخلقية والنزيف أو الأورام أو إصابات الدماغ بالالتهابات بسبب العوامل الوراثية. (تيسير مفلح، 2010، ص198)

### 3- الخدمات التربوية للمعاقين حركيا:

يقصد بالخدمات التربوية كل الجهود المبذولة لمساعدة المعاق على تنمية قدراته المختلفة والتقليل من نسبة الإعاقة، وتوفير البدائل التربوية، ومن هذه الخدمات:

- في البيت: يمكن أن يسهم الوالدين بقدر كبير في مساعدة طفلهم المعاق باتباع الاجراءات التالية:
- الكشف المبكر عن الحالة وعرض الطفل على الأخصائي لتحديد نوعية الحالة وشدتها.
- تدريب الطفل على كيفية الحركة وأداء مهامه اليومية بمفرده.
- توفير أنشطة وألعاب مناسبة والتركيز على ممارسة التمرينات التعويضية والعلاجية التي تسهم في تعديل وضع الجسم وتنمي مهارات التوافق العضلي والعصبي.
- توفير الأجهزة الطبية المساعدة كالعكازات أو الكرسي المتحرك حسب الحالة.

- في المدرسة:

- تعديل البرامج التعليمية والتربوية حسب الحالات، مع العلم بأن هناك برنامج محدد بهذه الحالات والمقصود تكييف البرامج المتاحة لتناسب حالة المعاق.

- تعديل المقعد الدراسي ليتمكن المعاق من الجلوس والوقوف بطريقة سهلة.

- توجيه النصائح التربوية للأطفال للجلوس الصحيح الذي يحمي الجسم من التشوهات القوامية.

- إعداد وتنفيذ برنامج حركي رياضي لتدريب المعاقين حركيا على المهارات المتعلقة بالجلوس والوقوف،.

مهارات الجري والوثب، ومهارات الحرجة والزحف، مهارات الألعاب والتدريب على السباحة ومهارات تغيير

اتجاه الجسم وتدريبات للرقبة بتحريك الرأس. (عبد الفتاح الشريف، 2011، ص339)

## المحاضرة الثامنة سيكولوجية الطفل في وضعية إعاقة

### - تمهيد:

الطفل في وضعية إعاقة هو في الغالب الموضوع منسي في واقعه في خضم اكتشاف الوالدين والمحيط للإعاقة وانعكاساتها. يصل الأمر إلى حد إخفاءه. فيراقب الوالدين نظرات الأطباء والممرضين لطفلهم. لكن بالرغم من عجزه وإعاقته، فإن هذا الطفل مثل بقية الأطفال يملك حركة، حظيرة، طبع، إمكانات التي يجب أن يدعمها المحيط منذ ميلاد الطفل. فيكون من الضروري الاهتمام بنومه وبوزنه مثله مثل الطفل العادي. (Serge lebovici, p806)

لاهم نوع الإعاقة، تقول Christine Champonnois (2002) "الطفل أو البالغ، ممن يعاني إعاقة فهو يتشارك معنا الإنسانية والاندماج في المجتمع الذي نعيش فيه مع بعضنا، فما يجب الاهتمام به أكثر هو النمو النفسي لهذا الفرد بدلا من التركيز على الإعاقة: كيف سيتكون هذا الطفل الصغير كفرد بشري؟ بالنسبة إليه، لا يتمثل الأمر في كيفية التعايش مع إعاقته، لكن ما يهمه هو كيف سيتمكن من بناء ذاته في جسد مشوه."

### 1- مظاهر سيكولوجية الطفل:

#### - الخلل في سيرورة التقمص الأولي:

الطفل في وضعية إعاقة سيواجه صعوبات خاصة في التجربة الفردانية وهي تكوين الذات. سيواجه أولا تشوه في السيرورات الأولى من التقمص الأولي. يتمثل الأمر في سيرورة نفسية من خلالها الفرد يكون نفسه على أساس نموذج على علاقة بالوالدين، يكون مبكر، مباشر وفوري. عندما نتقابل مع الرضيع نعلم مباشرة بأنه ينتمي إلى الجنس البشري، يشبهنا وسيصبح رجلا أو امرأة في المستقبل. تحدث دونالد فينيكوت عن التقمص الأولي كوحدة تربط الطفل بوالدته في الأشهر الأولى من الحياة، الأم تتقمص طفلها والطفل يتقمص والدته. لكن في حالة ما إذا كان الرضيع يعاني من خلل أو إصابات عصبية سوف لن يكون لديه سلوك التعلق المعتاد من النظرات، الابتسامات، ومنعكس المص،... إما ستتوقف نظرتنا عليه أو على العكس من ذلك تهرب نظرتنا منه.

والأم الكفوءة بما فيه الكفاية هي التي تضمن الاستمرارية الزمنية للرعاية والتواصل العاطفي والجسدي، وهذا الفضاء النفسي من الوهم واللاوهم هو الذي يشكل القاعدة الأساسية لبناء الذات وبناء الآخر، وبناء الرغبة والفكر. هاته الآلية من الوهم، والتي وصفها الطبيب الانجليزي Winnicott

سنة 1945، على أنها آلية نفسية قاعدية للتقمص الأولي. ويعرف الوهم على أنه التوافق بين توقعات الطفل الذي هو بحاجة لشيء ما واستجابة الأم التي تغطي هاته الحاجات. وستوفر الأم لطفلها المحيط الكفوء بما فيه الكفاية، الذي يسمح له باختبار وحدته، ومصداقية عمله النفسي واستمراريته في العالم. ويتوحد الطفل بإدماج معاشه الجسدي (الجوع، البرد، الألم،...) بمعاشه النفسي (الخوف، القلق، اللذة) اللذان يحتويهما الوالدين أولاً لطفلها. وعن طريق سيرورة الوهم، تنقل الأم لطفلها النموذج التقمصي. شيئاً فشيئاً سوف تُكَيِّفُ الأم بشكل أقل استجابتها لطفلها. والطفل بدوره سوف يتأقلم مع عدم تكيف والدته في تلبية حاجياته. مثلاً على الرضيع الانتظار لبعض الوقت الرضاعة. هاته السيرورة تسمى اللاوهم، نموذج نفسي تنقله الأم لطفلها، يسمح له بالتمييز بين الأنا واللاأنا والتمييز أيضاً بين الآخرين. ويتابع الطفل نموه بفضل التقمصات الثانوية الأب مثلاً في المرحلة ما بعد الاوديبية. في حال وجود إعاقة يعاني منها الطفل، ستفشل كل من آلية الوهم واللاوهم، لأنها تتطلب التبادل، ومشاركة نفس الفضاء النفسي والذهني الذي يتقاسمه مع والدته. الأم المجروحة بشدة نتيجة تشخيص الإعاقة، تشعر بحالة من الحيرة والقلق عليه، ستعيش تجربة مؤلمة، فطفلها طفل مختلف عن الآخرين. والطفل في وضعية إعاقة، وأمام هاته التشوهات، يمكن أن يعاني من اضطرابات نفسية حسب طبيعة الإعاقة: اضطرابات في التعلق، اضطرابات خطيرة في الإدماج النفسي الجسدي يتجلى ذلك من خلال التشنجات، الصرع....، إضافة إلى المخاوف الأولية، الكف، والفوبيا،... إلخ، والتي تؤدي بدورها إلى إعاقات نفسية إضافية، تشتمل على التوحد، الذهان، العصاب أو اضطرابات ذهنية متعددة.

#### - تشوه في بناء الرابط الاجتماعي:

يأتي الطفل إلى العالم ويتخذ لنفسه مكاناً في مجتمع وفي تعاقب الأجيال. لديه مهمة: وهي الاضطلاع باستمرارية الأجيال فهو بدوره يعطي الحياة، ويجد لنفسه مكانة نشيطة داخل الجماعة. ولضمان هاته الاستمرارية، يجب على المحيط الاجتماعي أن يستثمر في هذا الطفل ويدعمه، وهذا ما يسمى بالعقد النرجسي مثلاً عندما يحكي الجد للطفل عن أسلافه القدامى، وعن القيم والمبادئ... يسمح له بأن يأخذ مكاناً في شجرة العائلة، وهو الآخر يحكي حكاية أجداده عندما يكبر وينجب أطفالاً. في حالة وجود إعاقة سيحدث تشوه في هاته السلسلة، بحيث لن يستفيد الطفل في وضعية إعاقة من الدعم الموجود ما بين الأجيال، وحتى إن استفاد منه سيكون بشكل أقل. حتى فيما يتعلق بالتكوينات اللاشعورية التي تنقل عبر الأجيال خاصة القدرة على الكبت، وتكوين الوعي الأخلاقي سيكون الوضع مختلف في حال وجود إعاقة، وسوف يفشل الطفل في بناء الرابط الاجتماعي.

## - الجسد المضطهد:

يملك الطفل في وضعية إعاقة حركية خاصة، جسد مضطهد. هذا الجسد الذي يحتاج لجميع أشكال الرعاية. جسد يتحكم به الآخرين، يوضع هنا وهناك، بحيث أن الطفل لا يملك حيز شخصي لنفسه، ولا يشعر بأنه لوحده في جسده بمعنى لا يشعر بفرديته الجسدية، بل يشاركه فيه الآخرون، إنه جسد مخترق:

## - الشعور بالغلاف النفسي:

الطفل بين ذراعي والدته يشعر بالاتصال الجسدي للجلد (الأنا الجلدي)، دعم الظهر عندما تحمله والدته بين ذراعيها، والتبادل البصري... هذا الإحساس يشكل أول غلاف نفسي. فيعتقد الطفل بأنه يرسل أشياء مثل الاستثارة، العاطفة، ويستقبلها الآخر. خلال التبادل مع الطفل الصغير، تُعدّل الأم من استجابتها بالطريقة التي تحمل بها طفلها، في طريقتها في الكلام، وكيف تبتسم له، تظهر تفهمها للحالة الانفعالية أو الجسدية للصغير. لكن عندما تحتضن طفل معاق بين ذراعيها، تصطدم بصعوبة في الحوار الحظري مثلا في حالة الإعاقة الحركية الدماغية تصطدم الأم بالتشنج والتصلب في عضلات الطفل، مما يولد صعوبة في التواصل بين الطرفين.

يرى Bernard Aucouturier (2005) بأن الأطفال الذين تجتاحهم المخاوف الأولية المبكرة، وهذا ما نلاحظه لدى الأطفال المتوحدين مثلا، يمكن أن يكافحوا بيأس لوضع حد لخوفهم، حد لسبب التوترات الحظرية والهيجان الحركي. لا يعيش هؤلاء الأطفال إلا إذا بنوا لأنفسهم الجلد الثاني على حد تعبير E. Bick، ودرع واق على حد تعبير F. Tustin. كما يُكونون لأنفسهم جلد حظري ثاني من دون مشاعر اللذة، ولا رغبات، ولا استهجمات. يتمثل الأمر في حاو خاطئ والذي يشتت أساليبه الحواسية على مختلف الأشياء، ولا يعير الانتباه إلى النوعية الفيزيائية للأشياء بمعنى الاتصال بها، الرائحة، الصوت، وإلى الحركة، لا يعطي للشيء بعده الرمزي. فلا يتمكن هؤلاء الأطفال من بناء لأنفسهم جلد نفسي حقيقي حسب D. Anzieu و E. Bick حاو للنزوات والرغبات الأولية والذي يتكون من التجارب الجسدية المتشاركة أثناء التفاعلات.

## - الجسد في مرحلة المراهقة:

لم يختار المراهق في وضعية إعاقة على أن يكون مختلف، لذا عليه أن يكون طبيعي لكي يدمج بسهولة وينتمي إلى جماعة ما تشبع لديه الحاجة إلى الحب والحاجة إلى الإنتماء. في نظرة الآخرين يبني المراهق ذاته. " أثناء المراهقة، نظرة الآخرين ضرورية. بالنسبة للشخص في وضعية إعاقة مرئية، سوف يكون الأمر صعبا. فصورة الذات يمكن أن تكون مبتورة وتصبح إذن مصدر لانخفاض في تقدير الذات، الشك،

ويصبح من الصعب مواجهة الآخرين والمشاركة اجتماعيا في الحياة اليومية. لذا كان من الصعب على المراهق تقبل اختلافه، مهما كانت طبيعة الإعاقة، يجد صعوبة في تقبل جسده ونظرة الآخرين إليه، وحتى وإن كانت الإعاقة غير مرئية فمن الصعب عليه تقبلها، يشعر المراهق بالسوء عند مقارنة نفسه بالآخرين.

أشار كل من Pierre Ancet et Danièle Toubert (2010) عن أهمية مسألة مكانة ودور الجسد خاصة عندما يتعلق الأمر بمعالجة الفرد في وضعية إعاقة. الجسد هو في الغالب وصمة اجتماعية للفرد المعاق وفي نفس الوقت هو مكان يعيش فيه الفرد ذاتيته: فالفرد لا يعيش ولا يبني نفسه إلا من خلال جسده، في تفاعل اجتماعي. فالجسد هو مكان لبناء الهوية الشخصية، والحقيقة الوجودية والرابط بين الذات والآخر. فالجسد المعاش والتخطيط الجسدي، صورة الجسم، الصورة اللاشعورية للجسد يمكن تمييزها في جسد طبيعي سليم، لكن كل هاته المفاهيم تصبح مشكوك فيها بسبب الإعاقة.

والجسد المرئي والظاهر للعيان يسمح بالكشف عن صعوبات بناء الذات لدى المراهقين في وضعية إعاقة. عندما تحدث الإعاقة في المراهقة، الشاب يجد نفسه يواجه الحاجة إلى إيجاد/ إعادة إيجاد مكانة في الجسد الاجتماعي، ويصبح الأمر رهان لإعادة بناء الهوية، والدخول في الجسد الجماعي الذي يمنح للمراهق فرصة تجريب جميع الوضعيات الجسدية والاجتماعية.

- اضطرابات النمو المعرفي: للتحديث عن موضوع اضطرابات النمو المعرفي، نطرح فرضية Maurice Berger التي مفادها بأننا نتعلم مع جسدنا. فالطريقة التي يلمس بها الجسد، الحركات، الإيقاعات والمشاركة الوجدانية الذي تتم فيها هاته التجارب الحسية الحركية تنظم التفكير لدى الطفل منذ الميلاد. يعاني الأطفال في وضعية إعاقة نوعين من صعوبات التعلم:

أ- صعوبات تصور الذات، والتي تحدث فجأة عندما يستثمر في جسد بشكل فقير وفوضوي. يتميز هؤلاء الأطفال بما يلي:

- العدوانية، والتي تظهر بشكل خاص في مواقف الانفصال والفقدان. كما نجد لديهم نكوص معرفي.

- الإكتئاب المقنع.

- الهيجان وعدم الاستقرار، تعمل هذه الأخيرة كصنادق للإثارت، وتغطي الخلل الموجود في تكوين غلاف الأنا.



- الاضطرابات السيكوسوماتية والهوسية. فهناك حالة من الخلط بين الواقع والاستهيامات، والتجارب الأولية الغير مكبوثة. فالطفل يعيش في عالم نفسي يتكون من إدراكات حسية فوضوية غير محللة وهلوسات، من دون القدرة على تمييزها والمحيط الخارجي باستجاباته من شأنه أن يقضي على حالة الخلط هاته ( عناصر ألفا وبيتا).

ب- صعوبات الامتلاك: عندما يكون هناك استثمار مفرط في جسد الطفل تحت شكل الإجبار والضغط. تعود هاته الصعوبات ما بين المرحلة الفمية ومرحلة ما قبل الموضوع والتنظيم الأوديبي. فالطفل سوف يواجه ظاهرتين: لا يميز بين ما هو داخلي وما هو خارجي، ولا يميز بين ما يملكه هو وما يملكه الآخرين. كما نجد لديه حساسية كبيرة اتجاه المحيط الخارجي. (Christine Champonnois, 2002, p11)

يرى Maurice Berger (2006) بأن الطفل في هذه الحالة لا يضع ذكاه في خدمة التعلم بمعنى أنه لا يبحث عن تعلم ما يجعله يتعلق بالبالغ، باعتبار أن التعلم هو علاقة وسيطية بين الطفل والبالغ. في هذه الحالة يتمثل المشكل في أن كل محاولة بيداغوجية لها أثر على الطفل.

## 2- هوية المراهق في وضعية إعاقة:

تعرف الهوية على أنها سيرورة نشطة، وجدانية ومعرفية، لتصور الذات في المحيط مرتبطة بالشعور الذاتي بديمومتها، مما يسمح بإدراك حياته كتجربة لها استمرارية ووحدة والتصرف على أساس ذلك. يبدأ بناء الهوية منذ اللحظات الأولى من الحياة. عند ميلاد الرضيع لا يمكنه أن يميز نفسه عن الآخرين خاصة الأم فيعيش حسب ما جاء به Renie Spitz بمرحلة اللاتمايز حيث لا توجد حدود فاصلة بين العالم الخارجي والعامل الداخلي للطفل الصغير. ويبدأ تشكل الأنا بفضل التمايز بينه وبين الوالدة. فرعاية الأم الجيدة، وقدرتها على أن تكون كفوءة بما فيه الكفاية، سوف تمنح للطفل بإدماج ما يسمى بـ الأنا الفردي. هاته الرعاية تشكل ما يسمى بـ Holding et handling حسب D. Winnicott، معنى كلمة Holding مجموع الرعاية التي تقدمها الأم لطفلها استجابة لحاجاته الفيزيولوجية، بعبارة أخرى، يتمثل الأمر في التكفل النفسي بالطفل. أما عن كلمة handling فهي مرتبطة بإستجابة الطفل.

عندما يشكل الطفل أنه الفردي وينفصل عن والدته وهو ما يسمى بسيرورة الانفصال- الفردانية التي تعبر عن الخطوات الأولى من الاستقلالية. تعود هاته السيرورة إلى الساحة من جديد في المراهقة. في التحولات التي تحدث في البلوغ، الشعور بالوجود سيدخل في دائرة الشك، والشباب المراهق سيكون في حاجة إلى تقمصات جديدة، فسوف يتقرب من جماعات الأقران ليجد شخصيته الخاصة من أجل هذا، سيبعد تدريجيا عن العائلة والاستفادة من الجماعة الجديدة.

في حالة وجود إعاقة في هاته المرحلة المهمة وهي المراهقة، كل الهويات تكون على المحك: الهوية الجسدية، الهوية العائلية، الهوية الاجتماعية والمهنية أيضا. يجد الشاب المراهق نفسه بشكل ما يعيش في جسد خائر القوى. هذا الجسد الذي يهرب من قبضة التحكم، هذا الجسد في تبعية للآخرين، يصبح مصدر تساؤلات. فالسؤال المركزي هو ماذا سأصبح في المستقبل؟ يشير هذا التساؤل جيدا إلى مخاوف هؤلاء الشباب عن مستقبلهم الاجتماعي أكثر منه مهني. المراهق يجب عليه أن يقوم بعملية الحداد على سلوكاته وقدراته المشوهة بسبب حادث أو مرض. عمل الحداد هذا مجزأ إلى عدة مراحل: الإنكار، الشعور بالذنب، الإستياء.... ما يدعم الهوية هو التصورات الشعورية واللاشعورية التي يحملها الفرد عن نفسه، لكن هاته التصورات هي مشوهة بسبب النظرة التي يحملها الفرد عن ذاته، لكنها أيضا على علاقة بالنظرة التي يحملها الآخرون عنه.

يرى M.Mercier (2004) بأن إشكالية هوية الفرد المعاق تستلزم المعرفة العلمية متعددة التخصصات: معرفة الفرد من الناحية النفسية الاجتماعية والأخلاقية، ومسألة الإدماج الاجتماعي. هاته الإشكالية تفتح العديد من الاحتمالات من أجل المقاربة العلاجية الخاصة بالإعاقات خاصة الفيزيولوجية، مع الأخذ بعين الاعتبار تعدد الإعاقات ومختلف الصعوبات التي يواجهها الأشخاص في وضعية إعاقة في حياتهم الوجدانية والجنسية، وحياتهم المهنية، بالإضافة إلى إعادة التأهيل الوظيفي، الإدماج الاجتماعي. لكن حسب ما أشار إليه أيضا M.Mercier (2004) الرهان الأساسي هو فهم أفضل للآليات التي تحدد الهوية، ومكانة وصورة الشخص، في خضم العلاقات البينية وفي العلاقات الاجتماعية.

#### - نظرات حول الإعاقة وأهميتها في بناء الهوية:

حسب ما أشارت إليه Orana Da Silva (2016) بأن النظرة تعد من أهم مكونات الهوية، فنظرات الآخرين تساهم بشكل أو بآخر في تشكيل صورة عن ذاتنا.

- النظرة الأبوية: لنظرة الأبوين أهمية خاصة بالنسبة للطفل خاصة إن كان في وضعية إعاقة، فالتفاعلات المتكونة تكون سيئة بسبب الصعوبات التي يواجهها الوالدين في رعاية طفلهم. ومن الشائع أن يكون الأولياء في حالة اكتئاب لا يعرفون كيفية التعامل مع طفلهم. البعض الآخر من الأولياء يجد صعوبة في تقبل المرض. في الواقع، إذا قام بعض الأولياء بعمل الحداد على الطفل الهوامي خلال فترة الحمل، والبعض الآخر يظهر علامات الاكتئاب، الشعور بالذنب، ورفض الطفل وبالتالي سيكون لذلك أثر في بناء شخصية الطفل. فنظرة الأم تعمل عمل المرأة لما يراه الطفل. فالطفل يعيش من خلال نظرة والديه المعاناة التي يكون سببها الإعاقة.

في حالة وجود إكتئاب أمومي، فإن التفاعلات المبكرة ستكون صعبة: سيرورة الإنشغال الأمومي الأولى تكون مشوهة هي الأخرى، فالأم تكون حاضرة نفسيا وفيزيولوجيا بشكل أقل للإستجابة لحاجات الطفل، فالتبادلات الوجدانية التي تمر من خلال النظرات تكون مشوش عليها، فتفقد النظرة وظيفتها كمرأة.

والبعض الآخر من الآباء، أثناء مواجهتهم لإعاقة طفلهم، يتبنون وضعية الحماية المفرطة، خاصة إن كان الطفل غير قادر على القيام بالنشاطات اليومية، مما يتطلب مرافقة تامة من طرف والديه. ووصولاً على المراهقة، هؤلاء الآباء يعتبرون المراهق طفلاً، يمنعونه من إكتساب مكانة مراهق ويمنعونه من اكتساب الاستقلالية في أدنى النشاطات وكما أشار Ringler M. : "العائلات التي تحمي بشكل مفرط طفلها ستمنعه من النمو." هذا النوع من الحماية المفرطة، يمنع المراهق من تجربة سيرورة الانفصال الفردانية الضرورية لدخول الطفل في الاستقلالية. فالبعض من المراهقين يظهرون السلوكيات العدوانية التي تعبر عن نرجسيتها، والبعض من الحالات من يظهر الميل للإنطواء والانعزال.

- نظرة الآخرين: إذا كانت نظرة الأبوين مهمة في الأشهر الأولى من حياة الطفل، فالنظرات الخارجية تؤثر هي الأخرى على طريقته في بناء ذاته. فإنه في نظرة الآخرين نكون صورتنا الخاص عن ذاتنا. في حالة إعاقة، تتخلل نظرات الآخرين نظرات تتميز بالفضول، الخيفة، والقلق أحيانا الشفقة كلها تساهم بشكل أو بآخر هوية المراهق. في الواقع، وكما أشار إليه M. Nuss فالإعاقة ليست حالة، وإنما سمة يكونها المجتمع." (Orana Da Silva 2016,p36)

نحن نعتقد بأن التصورات والتأويلات التي يكونها الفرد المصاب عن طبيعة نظرات الآخرين هي من تقف حائلاً أما تكيفه مع وضعه الخاص يزداد الأمر تعقيدا في مرحلة المراهقة التي يعاد فيها إحياء النزوات الطفولية من جديد ويكون أكثر انفتاحا على العلاقة مع الآخر، لكن تبقى لديه أسباب منطقية وواقعية لمثل هاته التصورات لأنها ناتجة عن الإعاقة من جهة، ومن إستجابة المحيطين به، لذلك يجب معرفة أن الفرد في وضعية إعاقة يركز كثيرا على كيف ينظر الآخرين إليه ويتصرف على هذا الأساس، فما القول إذن بتغيير نظرتنا ونظراتنا اتجاه هذه الفئة التي هي بحاجة إلى المساعدة.

## المحاضرة التاسعة تأثير الإعاقة على الإخوة

### - تمهيد:

تمتد الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة إلى الأخوية، فالطريقة التي يعي بها الإخوة والأخوات الإعاقة تتأثر بالتصور الإيجابي أو السلبي لهاته الإعاقة في أذهانهم، في ذهنية الأبوين، ولدى المتدخلين وحتى أفراد المجتمع أيضا، كما تكون مرتبطة أيضا بسن الأخ أو الأخت وترتيبهم في الأخوية، وترتبط أيضا بإعلان الإعاقة: الكلمات المستخدمة، الشخص المعلن... ودلالاتها لدى العائلة.

سنجد فيما يلي بأن المشاعر التي يحملها الإخوة عن أخيم المصاب بالإعاقة مشاعر متناقضة تتراوح بين الغيرة والحنان، الافتخار والعار، الإحباط والراحة النفسية، البعض من الإخوة من يجد نفسه مرتاحا لأنه ليس مصاب وفي الوقت نفسه يرغب في أن يكون مصاب ليكتسب تعاطف البالغ. هذا إن دل على شيء فإنما يدل على ضرورة الاهتمام بالأخوية في ظل وجود إعاقة لأنهم سيعانون من اضطرابات نفسية نتيجة التناقض الوجداني الذي يعايشونه، ففي كثير من الحالات يركز الوالدين بشكل كبير على الحالة المصابة وبالتالي ستظهر لدى الإخوة بعض السلوكيات النكوصية العدوانية التي يحاولون من خلالها تعويض الحرمان العاطفي الذي يعايشونه. وفيما يلي سيتم ذكر بعض المشاعر الطاغية التي يمكن أن تراود الإخوة والأخوات ناتجة عن تأثير الإعاقة على العلاقات الأسرية الأخوية:

### 1- سيكولوجية الإخوة لطفل في وضعية إعاقة:

- الشعور بالذنب: يأتي من مصدرين: الأول يأتي من الوالدين لفشلهما، والمصدر الثاني يأتي من المشاعر السلبية للغيرة التي يمكن أن تصل لحد الرغبة في العدوانية. بعبارة أخرى، يرتبط الشعور بالذنب لدى الإخوة بما يلي:

- بحجم الشعور بالذنب لدى الوالدين: العقاب الذاتي.

- أفكار خيالية سلبية.

- مرتبطة بديون اتجاه الطفل المعاق.

- مرتبط بالعدوانية والغضب والشعور بالغيرة الغير معبر عنها.

- الرغبة في لفت انتباه الوالدين نحوهم.

- استحالة إحداث إصلاح في الإعاقة.

- ناتج عن انطباع الخطيئة (الأنا الأعلى)

- انقلاب في الترتيب بين الإخوة، وانقلاب الأدوار.

- الشعور بالعار: هو نتيجة تقمص الإخوة الأطفال لشعور العار الموجود لدى والديهما، أو نتاج لأن نظرة الآخرين تبعث على الرفض، العدوانية، الاستهزاء والإنزعاج أيضا. ومثل الوالدين، نجد أن الإخوة يشعر العار من العار في حد ذاته. مما يفسد الصورة التي لديهم عن أنفسهم وصورة الأشخاص الذين يكونون لهم الحب. كما ويظهر الشعور بالذنب من خلال صعوبة في الإعلان للزملاء والزميلات بأنه لديهم أخ أو أخت في وضعية إعاقة بمعنى أخ مختلف عن بقية الإخوة. فيصبح من الصعب أن يروه، أو يتم عرضه للزوار.

يتشارك الإخوة دوما هدين شعورين من الذنب والشعور بالعار، لعدة أسباب :

- الشعور بعدم القدرة على المواسة، وعلى إراحة الوالدين والعمل على تحسين أشياء من حولهم للتخفيف عنهم بالإضافة إلى عدم القدرة على فعل أي شيء هو أمر مهم للغاية بالنسبة للإخوة ممن يشعرون بالذنب، أحيانا يعتقدون أنهم سبب الإعاقة أو المرض. يسيطر في الواقع على العالم النفسي للطفل خاصة قبل سن 6 سنوات "القدرة المطلقة للفكر السحري" ، إنه "يؤمن إيمانا راسخا بأن كلماته تكفي أن سبب للأحداث ص. 30). تخيل الأشقاء الصغار لذلك غالبا ما يكون مسئولاً في حدوث الإعاقة أو المرض أو الحزن الأبوي.

- الشعور بالذنب ناتج عن شعوره بأنه قد نجا من المرض أو الولادة من دون إعاقة.

- كف الحركات العدوانية: العراك اليدوي العنيف ، المداعبات الشديدة ، الغيرة والتنافس أمر طبيعي في العلاقة الأخوية: الأطفال يكونون أنفسهم بالتطابق مع إخوتهم وأخواتهم يساعدهم في الدخول في العلاقات الاجتماعية. في حال وجود إعاقة فإنه غالبا ما يمنع الشعور بالذنب الأطفال للتعبير عن أي غيرة أو العدوان على أخيمهم أو أختهم، حتى حركات التوطؤ، الغيرة التنافس المعهودة بين الإخوة يتم إلغائها خوفا على أخيمهم الطفل المعاق. هاته العدوانية الغير معبر عنها تجد لها متنفسا في مصادر أخرى: ممكن أن ينتقل إلى طرف ثالث ، رفيق ، أو الطفل الثالث في الأشقاء مثلا ، أو ترتد هذه العدوانية اتجاه الذات وترجم إلى مجموعة من الأعراض مثل الفشل الأكاديمي ، ... كاستراتيجية لاواعية تسمح بعدم مهاجمة الأخ مريض ، بينما يجذب إليه انتباه والديه والبالغين، أو تتحول العدوانية إلى البحث عن التعاطف المفرط من الوالدين.

- سيرورة التقمص والتمايز: كل الإخوة والأخوات يرون ضرورة التشبه بأخيمم وذلك باستدخال جزء من سماته، بمعنى تقاسم عناصر مشتركة تسمح بالشعور بالانحداء وبأنهم إخوة فعلا، ومتميزين عن الآخرين. وهناك ما يسمى باستيهام العدوى لدى الإخوة ويعتقدون التالي: إذا كنت أنا وأخي من نفس البطن، ومن نفس الجينات، "يمكن أن أكون مريض أنا أيضا أو معاق، حتى وإن كنت لا أرى ذلك". (Clémence Dayan ,2017,p73)

- الشعور بالخوف: الطفل لا يتوقف عن التخيل بأن الإعاقة يمكن أن تصل إليه ويصبح معاق هو الآخر.ويمكن أن يعيش في خوف شبه مستمر ومعاناة مستمرة.

- الشعور التعاسة: والتي تتمثل في استحالة أن يكونوا مثل الآخرين، واستحالة الانتماء إلى عائلة تحوي طفل مختلف.

- الشعور السعادة: نادرة، وتشكل بالرغم من ذلك مصدر طاقة معتبرة. هاته الطاقة تخلق روابط قوية بين الإخوة، والتي تسمح بتجاوز العوائق.

- الانتقام: يظهر تحت عدة أشكال، موجه نحو الطفل في وضعية إعاقة، وموجهة أيضا نحو الأولياء.

- الشعور بانعدام العدالة: يشعر الطفل السليم بأن مستبعد وفي المركز الثاني، وبأن جل اهتمام الوالدين موجه نحو أخيمم في وضعية إعاقة، في هاته الحالة يمكن أن تتولد لدى الطفل السليم العدوانية ومشاعر الغضب اتجاه أخيمم تؤدي إلى ردود فعل اكتئابية، وأحيانا عنيفة.

- الشعور بالضعف: الطفل السليم يصبح سجين في وضعية الضحية، ويجد نفسه ضعيفا في تفهم أن أخاه في وضعية إعاقة، وضعيف أيضا اتجاه تهدئة حزن والديه وإلى محو مصدر الإعاقة.

- مهمة الحماية: عادة ما توجه للأخ السليم مهمة حماية أخيه في وضعية إعاقة خاصة إذا كان هذا الأخ السليم الأكبر سنا، ونحن نرى هاته الظاهرة ليس فقط في وضعية إعاقة بل حتى في الأسر العادية أين يوكل الوالدين مثلا بنتهم التي تبلغ من العمر أربع سنوات حماية أختها ذات العام أو العامين، في هاته الحالة ستتحمل الأخت الكبرى مسؤولية حماية أختها وستتعرض للعقوبة إذا تعرضت أختها الصغرى للخطر. فما بال إذا كان الأخ الصغير مثلا في وضعية إعاقة أن يحتاج لرعاية واهتمام من نوع خاص.

- انخفاض في تقدير الذات: نقص التفسير والحوار مع الوالدين يمكن أن يؤدي لدى الطفل الطبيعي انطباع خاطئ بأنه ليس في المستوى أو ليست هناك رغبة في رعايته، مما يؤدي إلى حالة من تمرد أو عصيان. سيبحث الطفل أحيانا أن يكون متكامل لأن الطفل في وضعية إعاقة يحوز على الحصاة الأسد

من اهتمام الوالدين، وهو ما يسمى بتناذر الطفل الحكيم أو العاقل ليتفادى مشاكل إضافية للوالدين وفسح لهما المجال للاستثمار فيه أكثر حسب حاجياته. وبهذا المعنى، سيرغب البعض في الذهاب إلى أبعد من ذلك إلى حد المبالغة في حماية الطفل المعاق من خلال أخذ دوره على محمل الجد، فيشعر هؤلاء الأطفال بأنهم مستثمرون في دور "المنقذ" حتى يتمكن من مساعدة الوالدين في البحث عن الأفضل لأخيه أو أخته، حتى لو كانوا أصغر من أخيم المعاق، فإن بعضهم سيني الشعور بأنه كبير ويمكنه تقديم المساعدة في أمور معينة. (Alice Pierard,2013,p03)

يتضح من خلال ما سبق، يتضح حجم التناقض الوجداني الذي يشعر به الإخوة يكون على الأغلب ناتجا عن انشطار صورة أخيم المعاق بين موضوع طيب وموضوع سيئ، وناتج أيضا عن تذبذب المعاملة الوالدية الموجهة إليهم، وبحكم أن في سن حجرة سوف يؤولون الأحداث المحيطة بهم بشكل تغلب عليه الهشاشة النرجسية لأن جل الاهتمام والرعاية موجه لأخيم المصاب، لذلك في هذه الحالة عادة يكون من الأفضل تعديل الوالدين الاستراتيجيات المعاملة قدر الإمكان لتفادي مثل هذه المشاعر المتناقضة تضع الطفل السليم في صراع نفسي لا يستطيع التعبير عنه بالكلام، فيلجأ إلى بعض الآليات الدفاعية الغير سوية، بالإضافة إلى حاجة هؤلاء الأطفال إلى تكفل نفسي للتخفيف من حدة القلق والتوتر النفسي لديهم ومحاولة التأقلم مع الوضع الجديد وتبعاته المستقبلية. بالإضافة أيضا إلى أن هؤلاء الإخوة بحاجة لجلسات علاجية نفسية للتخفيف من المعاناة النفسية التي يشعرون بها والتي أحيانا أخرى يعجزون عن التحدث بها أمام أوليائهم، فيلجأون إلى بعض السلوكيات العدوانية وغيرها لمحاولة لفت الانتباه، بالإضافة أيضا إلى جلسات من العلاج الأسري الجماعي التي تسمح لهم جميعا كأفراد أسرة إعادة بناء خريطة أسرية تتحدد فيها الأدوار الأساسية والثانوية، وتفادي بعض الأخطاء التي يمكن أن يقع فيها الوالدين لديهم طفل في وضعية إعاقة.

## قائمة المراجع

### 1- المراجع باللغة العربية:

- اسماعيل صبري محمد ماهر ، ناهد عبد الراضي. (2009). تعليم العلمية الخاصة بموضوع الصوت للمعاقين سمعياً. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، المجلد الثالث، العدد الرابع، ص ص 13-39.
- السعيد هلا. الإعاقة السمعية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية،
- الشريف عبد الفتاح عبد المجيد (2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة
- الصفدي حمدي عصام. الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. مكتبة اليازوري،
- العلالى حملاوي ، سواندة مكيوسة إزري. (2019). دور النشاط الرياضي المكيف في تحسين صورة الجسم عند ذوي الإعاقة البصرية بعمر 13-20 سنة. مجلة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية: العدد 02، ص ص 01-09
- القمش نوري مصطفى. (2007). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. الأردن: دار المسيرة.
- برحايل وهيبة. (2022). الانسحاب الاجتماعي لدى أطفال ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم من وجهة نظر المختصين، المجلد 07، العدد 01، ص ص 765-779.
- بوغنيقة لخضر. (2021). الإعاقة العقلية البسيطة وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال. مجلة الأسرة والمجتمع: المجلد 09، العدد 01، ص ص 150-165.
- جلاب مصباح. (2016). فئة الإعاقة السمعية. مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية: ص ص 01-11.
- دحدود ليليا، بوضرسة زهير. (2021). الخدمات المقدمة لفئة الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية. مجلة سوسيولوجيا: المجلد 05، العدد 02، ص ص 184-201.
- سيدركميلة . (2017). تأثير الإعاقة الحركية في ظهور الصدمة النفسية لدى ضحايا حوادث المرور. مجلة معرف: العدد 22. ص ص 262-288.



- شريقي مسعود. الضغوط النفسية المصاحبة للمعاق.
- شعبان أحمد هبة (2017). برنامج قائم على الوعي بالجسم لتنمية بعض المهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا. مجلة الطفولة. العدد 27. ص ص 929-950.
- عادل عبد الله محمد. (2004). الإعاقات الحسية. ط1. القاهرة: دار الرشاد.
- عبد الوافي هشام. (2021). الإعاقة السمعية وخصائص المعاقين سمعيا، ملتقى وطني افتراضي بعنوان: ذوي الإعاقة بين التشريع الإسلامي وعلم النفس. 07 جانفي 2021. الجزائر.
- فكري لطيف متولي. (2015). الإعاقة العقلية. ط1. المملكة العربية السعودية: مكتبة الرشد للنشر.
- فكري لطيف متولي. (2015). الإعاقة العقلية. ط1. مكتبة الرشد. الرياض
- فيصل خليف. (2016). تقدير مدى أهمية امتلاك معلمي الإعاقة البصرية للكفايات المتطلبة لطلاب مدارس التربية البصرية من وجهة نظرهم في ضوء بعض المتغيرات. مجلة كلية التربية: العدد 129. الجزء الرابع. ص ص 321-351.
- كاثرين هيلر وولف. (2014). الإعاقات الجسمية والصحية والإعاقات المتعددة. تر: ياسر فارس يوسف خليل. ط1. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- كرماش عباس حوراء. (2020). الشعور بالوحدة النفسية لدى تلامذة ذوي الإعاقة السمعية من وجهة نظر معلمهم. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية: العدد 48، ص ص 685-696.
- كوافحة تيسير مفلح. عمر فواز عبد العزيز. (2010). التربية الخاصة. ط4. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- محمد عبده فاطمة الزهراء. (2018). الإعاقة البصرية والتكنولوجيا المساعدة. ط1. القاهرة: العربي للنشر والتوزيع.
- المراجع باللغة الأجنبية:
- Alice Pierard , (2013). La fratrie à l'épreuve du handicap , Analyse UFAPEC ,N°25.13, pp 01-11.
- Aurore Chanrion (2006). la notion de l'handicap et les représentations, Formation A.V.S.

- Bernard Aucouturier .(2005). La méthode d'aucouturier. édition Dunod. Paris.
- Capet Anne. (2012). Confiance corporelle et cécité congénitale. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricienne. Université Toulouse III
- Achachera Assma. (2015). Handicap de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents en algérie, thèse de doctorat en psychologie, université de Montpellier 3.
- Chomponnois Christine. (2002). Handicap moteur. Déficiences et situations de handicaps. Edition APF.
- Clémence Dayan .( 2017). la fratrie face au handicap . Spirale . n° 81 . pages 70 à 78.
- Elisabeth Zinschitz, (2007), L'annonce d'un handicap : le début d'une histoire, revue Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche 2007/2 (n° 6), pages 82 à 93
- Jean Yves Chagnon. (2014). Approches clinique des troubles instrumentaux. édition Dunod, Paris.
- L'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs, site électronique : [http://www.systemique.be/spip/article.php3?id\\_article=555](http://www.systemique.be/spip/article.php3?id_article=555)
- Mallaurie Capdevielle. (2015). Lorsque le handicap d'un enfant touche aussi ses parents : en quoi le psychomotricien peut-il accompagner les parents d'un enfant porteur de handicap, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Université de Bordeaux.
- Maurice Berger. (2006). Troubles du developpement cognitif.
- Michel Mercier . (2004). L'identité handicapée. Namur research institue for life. Vol 05 .
- Nathalie Nader-Grosbois . (2020). psychologie de l'handicap. 2<sup>eme</sup> éditions, Boeck

- Orana da silva. 2016. La quête adolescente. Thèse en psychomotricité. Université Pierre et Marie Curie. Paris.
- Pierre Ancet et Danièle Toubert. (2010). corps, identité, handicap. la nouvelle revue de l'adaptation de la scolarisation : vol 50. Pp 05-06 .
- Vincet Pagés (2017). handicaps et psychopathologie. 3<sup>eme</sup> édition. Dunod. Paris.
- Volder Anne (2014). Psychologie et handicaps. Université Catholique de Louvain.
- Séraphin Nguéfack (2015). Aspects Cliniques et Étiologiques des Infirmités Motrices Cérébrales chez l'Enfant À Yaoundé : À Propos De 134 Cas à l'Hôpital Gynéco- Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun), Health Sci. Dis: Vol 16, pp 01-04 .
- Serge Dalla , Bernard Dan. (2001), Handicaps et Déficiences de l'enfant, édition de Boeck, Bruxelles.