

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم: علم النفس



مذكرة نيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي :

دور الاخصائي النفسي في التكفل النفسي بالمتخلفين عقليا

تحت إشراف:

د. إغمين

من إعداد الطالبات:

➤ بن صيفي راضية

➤ غضبان كوثر

السنة الجامعية : 2016 / 2017

شكر وتقدير

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك، و لا يطيب النهار إلا بطاعتك...

و لا تطيب اللحظات إلا بذكرك... و لا تطيب الأخوة إلا بعفوك...

و لا تطيب الجنة إلا برويتك إلهي من بلغ الرسالة و أدى الأمانة...

و نصح الأمة... إلهي بنبي الرحمة و نور العالمين...

سيدنا محمد صلى الله عليه و سلم

نتقدم بخالص الشكر و عظيم التقدير إلهي كل من قدم لنا يد العون لإنجاز هذا العمل

المتواضع سواءا من قريب أو من بعيد، و نخص بالذكر الأستاذة الموقرة المشرفة

* نديرة إمين* الذي تحملت معنا مشاق البحث إلهي آخر اللحظة و كانت عوننا كبيرا لنا

لإنجاز هذه المذكرة لاسيما و أنها لو تبخل علينا بالنصائح و التوجيهات القيمة.

إلهي اللجنة المحترمة التي وافقت على مناقشة هذه المذكرة، كما لا يفوتنا أن نتقدم

بالشكر الجزيل إلهي كل الأساتذة الذين وافقونا في مشوارنا الدراسي، نشكر كل من

قدم لنا نصيحة أو حتى كلمة عون.

راضية، كوثر

فهرس

المحتويات

فهرس المواضيع:

الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
	فهرس المواضيع
	فهرس الجداول
أ	مقدمة
03	الجانب النظري
04	الفصل التمهيدي
05	أولاً: تحديد المشكلة
05	ثانياً: فروض الدراسة
07	ثالثاً: أهمية الدراسة
06	رابعاً: اهداف الدراسة
07	خامساً: تحديد المفاهيم
08	سادساً: الدراسات السابقة
11	الفصل الأول: التخلف العقلي
11	تمهيد
11	1-تعريف التخلف
11	1-1-التعريف الطبي
12	1-2-التعريفات الاجتماعية
13	1-3-التعريفات التعليمية التربوية
14	1-4-التعريفات السلوكية
14	1-5-التعريفات القانونية التشريعية
15	1-6-التعريف السيكومتري
15	1-7-التعريفات الشاملة للتخلف العقلي
16	2-الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي

18	3-تصنيفات التخلف العقلي
19	3-1-التصنيف النفسي للتخلف العقلي
22	3-2-التصنيف الاكلينيكي
26	3-3-التصنيف الطبي
27	3-4-التصنيف التربوي
28	3-5-التصنيف السلوكي
29	3-6-التصنيف على أساس الأسباب
38	4-خصائص المتخلفين عقليا
39	4-1-الخصائص الجسمية
39	4-2-الخصائص الانفعالية
42	4-3-الخصائص العقلية
44	4-4-الخصائص النفسية
45	4-5-الخصائص اللغوية
45	4-6-الخصائص التربوية
46	4-7-الخصائص المهنية
48	5-الاتجاهات نحو المتخلفين عقليا
48	5-1-اتجاهات الأطفال المتخلفين عقليا نحو أنفسهم
49	5-2-اتجاهات الأسرة والأولياء نحو المتخلفين عقليا
55	5-3-الاتجاهات الأصحاب والرفاق نحو المتخلفين عقليا
56	5-4-اتجاهات المدرسة نحو المتخلفين عقليا
59	5-5-اتجاهات المجتمع نحو المتخلفين عقليا
63	6-التشخيص التخلف العقلي
64	6-1-أدوات التشخيص
65	6-2-إرشادات في عملية التشخيص
66	6-3-معايير التشخيص

68	4-6-أبعاد التشخيص المتخلفين عقليا
74	7-الوقاية
74	7-1-تعريف الوقاية
74	7-2-مستويات الوقاية
75	7-3-الإجراءات الوقائية
76	7-4-البرامج الوقائية
77	8-العلاج
77	8-1-العلاج الطبي
78	8-2-التأهيل
78	8-3-العلاج التربوي
79	الفصل الثاني: الكفالة النفسية
80	تمهيد
81	1-تعريف التكفل النفسي
81	1-1-تعريفه لغة
81	1-2-تعريفه اصطلاحا
81	2-التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداولة
82	2-1-التربية الخاصة
92	2-2-التأهيل
92	2-3-الرعاية
95	2-4-التكيف
96	2-5-التوافق
100	3-مراحل الكفالة النفسية
100	3-1-الفحص
105	3-2-التشخيص
107	3-3-العلاج النفسي

112	3-4- الفرق بين التشخيص والفحص والعلاج
112	4- أهداف الكفالة النفسية
113	5- أهمية الكفالة النفسية
114	6- وسائل الكفالة النفسي
114	6-1- دراسة حالة
114	6-2- المقابلة العيادية
115	6-3- الرسم
125	6-4- اللعب
130	6-5- الاختبارات السيكولوجية
	خاتمة
	قائمة المصادر والمراجع
	قائمة الملاحق

فہرس

الجداول

فهرس الجداول

فهرس الجداول:

الرقم	الموضوع	الصفحة
01	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس	
02	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن	
03	جدول يوضح توزيع افراد العينة حسب الحالة العائلية	
04	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدى عملهم بالمراكز الطبية البيداغوجية	
05	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	
06	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرافقة المتبعة من طرف الأخصائي	
07	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب ضرورة وجود الخبرة بالنسبة للأخصائي النفسي أثناء المرافقة	
08	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدى تحقيق المتخلفين عقليا تحسنا أثناء المرافقة	
09	جدول يوضح توزيع افراد العينة حسب نوعية المرافقة بين المتخلفين	
10	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب ضرورة الدمج الاجتماعي في حالة الإعاقة الذهنية	
11	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب عملية دمج المعاقين ذهنيا في المجتمع	
12	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدى تواصل المتخلفين ذهنيا مع الأسوياء	
13	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب وجود برامج تربوية خاصة للمتخلفين عقليا	
14	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب وجود برامج بيداغوجية خاصة بالمتخلفين عقليا	
15	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب نظرة المجتمع للمتخلفين عقليا	
16	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدى دمج المتخلف عقليا في المجتمع وتأثيره على ذاته وسلوكه	
17	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدى كسر الحواجز بين الطفل السوي والمعاق ذهنيا	
18	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوعية أفراد المجتمع وتحسيسهم بفئة المعاقين ذهنيا	

19	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب الأدوات المستعملة في عملية تشخيص المتخلفين عقليا
20	جدول يوضح توزيع افراد العينة حسب كيفية التعرف على المتخلف عقليا
21	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجوانب التي يعتمد عليها التشخيص النفسي
22	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة بالمركز الطبي البيداغوجي في تأهيل وادماج المتخلفين عقليا
23	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب الطرق المتبعة في عملية التأهيل
24	جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوعية الأساليب والمناهج التي تلعب دورا في تأهيل المتخلفين عقليا

مقدمة

تمثل ظاهرة الإعاقة بوجه عام مشكلة خطيرة في أي مجتمع قد تعمل على تأخر مسيرة التنمية فيه ومن هذا المنطلق تتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقاءها في مدى عنايتها في تربية الأجيال بمختلف فئاتهم وهو ما يتجلى بوضوح في مدى العناية التي يتلقاها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتوفير فرص نمو شامل لهم مما يعدمهم للانخراط في المجتمع مهنيا واجتماعيا.

والى جانب ذلك تعد رعاية المعاقين بمثابة مبدأ انساني وحضاري نبيل يؤكد على حقوق المعاقين ويعمل على اتاحة الفرصة المناسبة حتى يتسنى لهم الاندماج مع الاخرين بدرجة معقولة.

وتعد فئة المتخلفين عقليا في مقدمة الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يعد أطفال هذه الفئة أقل قدرة على التكيف الاجتماعي وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة والتعامل مع الاخرين والتي يهتم بها علماء النفس والتربية والاجتماع والصحة النفسية كونها ظاهرة معقدة الجوانب وتحتاج لجهود كبير من القائمين على تنشئة وتاهيل المعاقين عقليا، وهذا الاهتمام ضروري لاعتبارات كثيرة أولها الاعتبار الديني والأخلاقي الذي يحثنا على الاهتمام والرعاية لفئة المعاقين وخاصة المعاقين عقليا وثانيها ما يحققه اتاحة الفرصة للمعاق للتعلم أما الاعتبار الثالث وهو الاقتصادي والذي يتمثل في أن تربية وتاهيل المعاق لها عائد انتاجي بحيث لا يصبح عالة على المجتمع.

وعلى هذا الأساس يعد توفير الكفالة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين كغيرهم من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة واجبا من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه تتل حظها من الرعاية والاهتمام حتى يصبح بإمكانهم تحقيق مستوى من الصحة النفسية والتوافق النفسي وذلك من خلال تقديم برامج خاصة سواء كانت برامج تدريبية أو ارشادية أسرية أو علاجية اذ تمثل تلك البرامج شكلا أساسيا من أشكال التكفل النفسي والاجتماعي والتربوي أخرى بعين الاعتبار درجة ذكاء المتخلفين عقليا وهذا ما يتطلب تخطيط وتنظيم للبرامج التدريبية الى اكساب مثل هؤلاء الأطفال أساليب واستراتيجيات وطرائق التي تسهم في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع وقد تتضمن هذه الأنشطة مجموعة من المهارات الضرورية لهؤلاء الأطفال المعاقين عقليا وحثهم على تعلمها من خلال تجزئة المهارة الى مكوناتها الأساسية والقيام بها أمامهم مع تعزيز كل انجاز وهكذا بالنسبة للمهارات الأخرى الى أن يتمكن المتخلفون عقليا من انجاز هذه المهارة بشكل مستقل من تلقاء أنفسهم ودون أن يحصل على أي مساعدة من جانب الوالد وكذلك مساعدتهم في

حل المشاكل النفسية التي يعاني منها المعاق عقليا ومساعدتهم لدمجهم حتى يكونوا جزء من المجتمع الذي يعيشون فيه.

من هذا المنطلق تحاول أن تكون الدراسة الراهنة هدفها معرفة دور الأخصائي النفسي بكيفية التكفل بالمتخلفين عقليا وقد قسمت هذه الدراسة الى جانبين: نظري وتطبيقي يتمثل الجانب النظري فيما يلي:

الفصل التمهيدي حيث تناولنا فيه مشكلة الدراسة، فروضها، أهدافها، أهميتها، تحديد مصطلحات الدراسة اجرائيا، الدراسات السابقة، والتعليق عليها ثم يليه الفصل الأول: وجاء تحت عنوان التخلف العقلي حيث يتضمن تعريفه الفرق بينه وبين المرض العقلي، تصنيفات التخلف العقلي، خصائص المتخلفين، الاتجاهات نحو المتخلفين، التشخيص، الوقاية والعلاج للتخلف العقلي، أما الفصل الثاني: وجاء تحت عنوان الكفالة النفسية وشمل: تعريف التكفل، التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة، مراحلها، خطوات العلاج النفسي، الفرق بين التشخيص والفحص والعلاج، أهداف الكفالة النفسية، أهميتها، وسائلها.

وفيما يخص الجانب التطبيقي تمثل في: الفصل الأول بإجراءاته المنهجية، بعرض خطوات سير البحث الميداني بالتطرق الى مجالات الدراسة، حدود البحث، الى جانب المنهج والأدوات المستخدمة في الدراسة الميدانية بغرض الملاحظة البسيطة والاستمارة، والفصل الثاني وضحنا فيه عرض وتحليل للبيانات المتحصل عليها بناء على الاستمارة.

الجانب

النظري

الفصل

التمهيد

الإشكالية:

تتمثل مشكلة الإعاقة والتكفل بالمعاقين ذهنيا مبدأ إنسانيا وحضاريا وهذه المشكلة ما زالت بحاجة الى جهد كبير متواصل لإبراز أبعادها ومتطلباتها الاجتماعية والتربوية والإنسانية من أجل أن ينال المعاقون ما يستحقون من الرعاية النفسية والتدريبية المخططة والمعتمدة على دراسات علمية متخصصة كحق من حقوقهم الطبيعي وهو الامر الذي تزايد التأكيد عليه في الآونة الأخيرة.

وتعد الإعاقة العقلية مشكلة هامة من المشكلات الاجتماعية والطبية للمتخلف عقليا وهذا بسبب إمكانية العقلية المحدودة التي تعد أقل قدرة على التكيف الاجتماعي والتصرف في الواقع الاجتماعي المتنوعة وذلك من خلال تفاعله مع الآخرين.

كما أن التخلف العقلي يرتبط ببعض التشوهات الجسمية والاضطرابات النفسية وعدم الاستقرار وقيام المصاب بحركات غير هادفة وغير متحكم فيها يتصف بالعدوانية وعدم الانسجام وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات والعواطف وبالخمول وقلة النشاط وعدم التعامل مع الغير اذ لا تقتصر اثارها على المتخلف عقليا فقط بل تمتد لتشمل الأسرة والمجتمع باعتباره طاقة حيوية مفقودة بل تختلف هذه الاثار حسب درجات الإعاقة العقلية حيث أنه كلما زادت درجة التخلف العقلي زادت معه معوقات الاندماج الاجتماعي بالإضافة الى اثار اقتصادية اجتماعية عديدة.

ولقد أسيء التعامل معه مع اهانتة والسخرية منه والضحك عليه واستغلاله في استخدامه في السرقة أو الدعارة أو التسول لحساب غيره وكذلك فانهم كانوا يعاملون معاملة وحشية حيث كان يتم علاجهم من خلال الكوي بالنار واحداث ثقوب بجمجمة المريض بهدف إطلاق سراح الشياطين التي يعتقدون أنها تسكن جسمه ولكن هذه الاتجاهات السلبية تجاه المتخلفين عقليا قد تغيرت تدريجيا وذلك بفضل انتشار الوعي والثقافة السيكولوجية والتربوية والجهود التي قدمتها السياسات حيث تم افتتاح أول مستشفى للأمراض العقلية في إنجلترا 1840 من طرف "ريد" وبعد ذلك بنحو 07 سنوات تم انتشار معهد حكومي للمتخلفين في الولايات المتحدة الأمريكية ثم توالى افتتاح المعاهد والمدارس الخاصة بهذه الفئة كذلك تم تأسيس جمعية أمريكية لرعاية ضعاف العقول والمتخلفين عقليا ومساعدتهم.

وبالرغم من ذلك تبقى العناية والتكفل بهذه الفئة في المجتمع واجبا إنسانيا واخلاقيا ودينيا، ومن أجل بعد التطور الكبير الذي عرفه الطب الى جانب العلوم الاجتماعية علم النفس وعلم الاجتماع فإننا

نجد اليوم كما هائلا من المعارف التراكمية، التي تسمح بتكفل أقصر بهذه الفئة ومن أجل ذلك فقد تم تسخير علوم النفس والاجتماع والإرشاد والتوجيه من أجل غاية واحدة وهي التخفيف بقدر الإمكان من وطأة تلك العاهة العقلية على حياة صاحبها، وتمكنه من تحسين مستواه التوافقي مع نفسه ووسط مجتمعه وتتلخص إشكالية بحثنا في دراسة دور الاخصائي النفسي في الكفالة النفسية للمتخلفين عقليا.

وذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية:

- فيما يتمثل دور الاخصائي النفسي في التكفل النفسي بالمتخلفين عقليا؟
- هل الأخصائي النفسي دور في عملية تأهيل للمتخلفين عقليا؟
- هل الأخصائي النفسي دور في عملية مرافقة للمتخلفين عقليا؟
- هل الأخصائي النفسي دور في عملية ادماج اجتماعي عقليا؟

2-فروض الدراسة:

الفرضية الأساسية:

للمختص النفسي عدة أدوار في عملية الكفالة النفسية للمتخلفين عقليا.

الفرضيات الفرعية:

- 1- للمختص النفسي دور في عملية تأهيل المتخلفين عقليا.
- 2- للمختص النفسي دور في عملية المرافقة للمتخلفين عقليا.
- 3- للمختص النفسي دور في عملية الادماج الاجتماعي للمتخلفين عقليا.

3-أهداف الدراسة:

- الكشف عن الظاهرة محل الدراسة.
- اثراء الدراسات السيكولوجية حول موضوع التخلف العقلي.
- الكشف عن طبيعة خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المتخلفين عقليا بالمركز ميدان الدراسة.
- معرفة الدور الذي تلعبه خدمات الرعاية المتوفرة في اشباع حاجات الأشخاص المتخلفين عقليا بالمركز ميدان الدراسة.
- توضيح وكشف دور خدمات التكفل في تحقيق أهداف سياسة الادماج الاجتماعي للأشخاص المتخلفين عقليا بالمركز ميدان الدراسة.

- معرفة العوامل النفسية المؤثرة في حياة المتخلف عقليا والأساليب المقترحة للتكفل بالمتخلفين عقليا.

4- أهمية الدراسة: ترجع أهمية الدراسة الى النقاط التالية:

- تسهم هذه الدراسة في الفاء الضوء على أهمية الكفالة النفسية للمتخلفين عقليا التي قد تزيد من توافقهم مع اعاقاتهم.
- تمكننا من رصد جوانب النقص والقصور وبالتالي الوصول الى مقترحات لتداركها وتحاؤها من خلال تأسيس لسياسات نموذجية لرعاية المتخلف عقليا وادماجه في المجتمع.
- ان الأساس في الاهتمام بفئة المتخلف عقليا نابع من وجوب احترام الفرد المتخلف عقليا وتقديره والتعامل معه كإنسان له حقوق يجب أن تراعى وتحفظ وعليه واجبات على المجتمع أن يكسبه إياها وأن تمنحه الوسائل الضرورية ليتمكن من أدائها على الوجه المرغوب.
- أغلب الدراسات تناولت التخلف العقلي ولكن لم تركز على دور الأخصائي في كيفية التكفل بهذه الفئة من المجتمع.

5- تحديد مصطلحات الدراسة اجرائيا:

1- المعاقين عقليا: نعرفه اجرائيا بأنهم:

جميع الأطفال الملتحقين بالمركز الطبي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا، والذين يقل معدل ذكائهم عن 70 بالإضافة الى عجز في سلوكين تكيفيين أو أكثر كذلك عجز في الأداء الفكري وهناك درجات لهذه الإعاقة، تخلف شديد، تخلف عقلي متوسط، تخلف عقلي بسيط.

2- الأخصائي النفسي الاكلينيكي:

هو أحد خريجي اقسام علم النفس بالجامعات ولديه قدر كاف من المعلومات الطبية والاجتماعية اللازمة للعلاج النفسي بالإضافة الى وجود التدريب العملي والخبرة في العلاج النفسي.

والذي يقوم بعملية التكفل النفسي الداخلية والخارجية بالمتخلفين عقليا في المركز الطبي النفسي البيداغوجي وكذلك لديه العديد من المهام الأخرى داخل المركز.

3- التكفل النفسي:

هي مجموعة من التقنيات التي يستخدمها المختص النفسي في المراكز الطبية النفسية البيداغوجية من أجل العلاج أو التخفيف من الاضطرابات النفسية عند الأطفال المتخلفين عقليا أجل الوصول الى تحقيق الراحة النفسية.

6- الدراسات السابقة:

الدراسات العربية:

"01" أجرى حسن (20) دراسة هدفت الى التفرق الى حاجات الأسر الأطفال ذوي الاعاقات العقلية والسمعية والبصرية والحركية وبلغ عددها 313 أسرة، وأشارت نتائج الدراسة الى أن أهم الحاجات كانت الحاجة الى المعلومات والحاجة الى الدعم، والحاجة للخدمات المجتمعية والحاجة لتفسير الإعاقة للآخرين، والحاجة المرتبطة بوظيفة الأسر وأشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالات إحصائية في الحاجات تبعا لمتغير العمر الزمني والجنس، ونوع الإعاقة للطفل المعاق على كل من الحاجة للمعلومات لصالح أسر الأطفال الذكور الأصغر منهم سن، والحاجة للخدمات المجتمعية لصالح أسر الأطفال المعاقين عقليا وحركيا الأكبر سن.

"2" ففي دراسة ل (droter) حول ردود فعل الوالدين تجاه أزمة التخلف العقلي خلص هذا الباحث الى خمس مراحل وهي: الصدمة التمزق النفسي الانكار والحزن وعدم التصديق بتخلف الطفل، القلق والخوف على الطفل ومستقبله، الغضب لتخلفه على أقرانه وضياح الآمال فيه. (نقلا عن مرسى: 1996- ص234)

"03" دراسة قامت بها الحديدي (27) هدفت الى التعرف على المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين عقليا في الأردن حيث بلغت عينة الدراسة (200) من أمهات الأطفال المعاقين عقليا وقد أشارت نتائج الدراسة الى أن ترتيب المشكلات كانت كما يلي:

المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد (1)، العدد (11)، كانون أول، 2012.

"04" أشار (Farber) فيما يخص تأثير التخلف العقلي على الحالة النفسية للوالدين وجد أن الوالدين يعيشون في حالة حزن دائم وكأن أطفالهم يحتضرون، وآخرون يواجهون الأزمة بصبر واحتساب وغيرهم ينزعجون ويقلقون (Farber 1975) نفس المرجع السابق (نقلا عن مرسى) ص235.

"05" وقد أظهرت أحد الدراسات ل (Friedirich 1983) حول المشكلات التي يسببها وجود طفل متخلف عقليا بالأسرة وجد أن التخلف العقلي يؤدي الى مشكلات مرتبطة بنشاط الأسرة، مشكلات

اجتماعية عاطفية ومتابع انفعالية للوالدين، بالإضافة الى اليأس والاحراج المرتبطة بمرافقة هذا الطفل (Friedirich 1983) نقلا عن (علاوة 1998 ص89)

"06" وقد لاحظ (Conchie 1986) في دراسة لمحاولة معرفة كيفية استجابة الوالدين للضغط الناجم عن التخلف العقلي للطفل وجد هذا الباحث أن الأمهات تعانين ضغط أكبر في مواجهة المشكلات المرتبطة بالطب النفسي أو العقلي كالقلق والاكتئاب (Conchie M 1986) (نقلا عن حلوة: 1998 ص9)

"07" وفي دراسة محلية ل: (عواشرية) بمدينة باتنة تحت عنوان الاتجاهات الوالدية نحو المعاق ذهنيا توصل الباحث الى أن الوالدين يتجهون سلبيا نحو أبنائهم المتخلفين عقليا وكننتيجة لذلك يرفض الوالدين هذه الإعاقة نتيجة الصدمة النفسية التي تثيرها هذه الإعاقة في الوالدين (عواشرية، 2006، ص155، 157)

"08" أكدت نتائج دراسة حنان الميل (2005) على الصلة الوثيقة بين تقبل الأمهات لأبنائها المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة وبين ما يتصف به هؤلاء الأطفال من مهارات اجتماعية وسلوك تكيفي بشكل جوانب رئيسية لشخصية الأطفال المعاقين ذهنيا.

الدراسات بالأجنبية: "09"

جريت ليندا (133) دراسة هدفت الى دراسة حاجة أسر الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها بشدة الإعاقة وأشارت النتائج الى اختلاف فحاجات أسر الأطفال المعاقين عقليا بدرجة بسيطة أقل مقارنة مع حاجات أسر الأطفال المعاقين من ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والمتعددة.

بالعربية: "10"

جاءت نتائج دراسة فيولبية إبراهيم (1994) تؤكد ذلك حيث أوضحت نتائج الدراسة أن الأسر التي تولي اهتماما لأنشطتها من خلال حرية التعبير عن المشاعر والافصاح بصراحة عن أحاسيسهم وتتيح الفرصة للتنفيس عن الصراعات والاحباطات النفسية وتولي اهتماما بالقيم الدينية والخلقية وتؤكد على مدى تماسك أعضائها بهذه القيم يكون أبنائها ذو صحة نفسية سليمة.

الفصل

الأول

تمهيد:

تعتبر ظاهرة التخلف العقلي من الظواهر المنتشرة منذ أمد بعيد والتي تعتبر من الموضوعات التي لفتت اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة كعلم النفس والطب والاجتماع والقانون الذين حاولوا إيجاد تعريف لها فنظر كل منهم للتخلف العقلي من وجهة نظره المهنية وطبقا لطبيعة المهنة أو تخصصه ولكن قبل تحديد تعريف للتخلف العقلي لابد للإشارة بأنه هناك عدة مصطلحات للتخلف العقلي المستعملة في البحوث العربية والغربية العربية /capés /L'imbécile /Déficiences /Débiles /Arrière /L'idiot.

أما المراجع فتستعمل مصطلحات: التخلف العقلي، الإعاقة العقلية، الإعاقة الذهنية، الضعف العقلي، التأخر العقلي ويرجع التعدد في المصطلحات الى ظروف الترجمة اما ترجمة حرفية أو حسب المفهوم أو حسب المضمون.

1-تعريف التخلف العقلي:

تعريف التخلف العقلي لغة:

التخلف لغة هو التأخر والتخلف هو البطء في النمو العقلي للطفل حين يقل الذكاء عن حد

السواء دون أن يوصف الطفل بأنه ضعيف عقليا (العلالي، 1944، ص425)

1-1-التعريف الطبي: MEDICAL DEFINITION

تعتمد التعريفات الطبية على وصف سلوك المتخلف عقليا في علاقته بإصابة عضوية أو عيب في جهاز العصبي المركزي حيث تكون الإصابة لها تأثير على قدرة الفرد العقلية ومن التعريفات الطبية:

تعريف جيرفيس Jervis (1952): وقد عرفه على أنه حالة توقف أو عدم استكمال النمو العقلي،

نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو أن تكون نتيجة لعوامل جينية (عيسوى، 1999، ص91).

تعريف بورنتفيل Berurneville: ويعرف الإعاقة العقلية بأنها توقف في النمو الفطري أو مكتسبه في

القدرات العقلية والخلقية والانفعالية (إبراهيم وآخرون، 2008، ص52).

جمعية الطب العقلي الأمريكي: فتشير الى التخلف العقلي على أنه ضعف عام وشذوذ في الوظائف

العقلية، تلك التي تظهر في أثناء مراحل النمو ويصاحبها عجز في التعلم والتكيف الاجتماعي للمريض أو

في النضوج أو في كلاهما (إبراهيم وآخرون، نفس المرجع، ص52).

1-2-التعريفات الاجتماعية: ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة ستانفورد بينيه ومقياس وكسلو في قدرتها على مقياس القدرة العقلية للفرد، فقد وجهت انتقادات الى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثيرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية، الأمر الذي أدى الى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية وقد نالت بهذا الاتجاه ميرسر 1973 وجنسن 1980، ويركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظراته من نفس المجموعة العمرية، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقا عقليا اذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه (محمد علي اليازوري).

– **التخلف العقلي Social competence**: "هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع ان يسير أموره بنفسه لعدم وجود التوافق الاجتماعي نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو الإصابة بمرض (سرية، 2006، ص15) تعريف بول poll (1941): عرف دول الإعاقة العقلية على أنه حالة من عدم الاستطلاع الاجتماعي ترجع الى التخلف العقلي، وهذه الحالة غير قابلة للشفاء".

وقد نص التعريف على أن المعاق عقليا:

- غير كفي اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يسير أموره وحده.
- دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة للذكاء.
- يظل متخلف عقليا عند بلوغ سن الرشد.
- يظهر تخلفه منذ الولادة أو في سن مبكر.
- يرجع تخلفه العقلي الى عوامل تكوينية في الأصل.
- غير قابل للشفاء.

ونجد أن "بول" لا يعتمد على محك واحد في تشخيص التخلف العقلي.. ويرى ضرورة الاعتماد على عدة محاكات ويتطلب ذلك دراسة ظروف الحالة ونوع الخبرات التي تعرض لها أثناء النمو، وكذلك الظروف الاجتماعية والثقافية التي أثرت في النمو، ان كان قد قدم الجانب الاجتماعي في التعريف عندما بدأ التعريف بأن الإعاقة الذهنية عبارة عن عدم الاستطاعة الاجتماعية وهو المحك الرئيسي للحكم على الفرد بأن يكون معاقا اجتماعيا أولا وبعد ذلك أرجع عدم الاستطاعة العقلية هذه للقصور في المظاهر

العقلية.. ولذلك قام دول 1947 بإعداد مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي لتأكيد على جانب عدم الاستطاعة الاجتماعية الذي تحدثنا عنه (أحمد، ص، ص 58، 59)

تعريف تريد جولد Tred gold (1964) عرف الإعاقة العقلية بأنها: حالة من توقف أو عدم الارتقاء الذهني من أي نوع أو أي مستوى يجعل الفرد عاجزاً عن التكيف مع البيئة التي يعيش فيها مثل زملائه، لأن الغرض من العقل هو تمكين الفرد من أن يكيف سلوكه مع البيئة التي يعيش فيها، وليس الغرض منه الحصول على نسبة ذكاءه (إبراهيم، 2008، ص54)

تعريف سارسون 1953: عرف سارسون الإعاقة العقلية على أنها "حالة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي وتصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي (أحمد، ص59)

1-3-**التعريفات التعليمية التربوية:** والتي تقول بأن التخلف العقلي هو أداء عقلي وظيفي دون المتوسط وبصاحب هذا الأداء خلل في السلوك التكيفي للفرد اثناء النمو ويعتبر هذا التعريف من أبرز التعريفات التعليمية المأخوذ بها في الوقت الحاضر وهذا التعريف تبنته الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (سرية، 2006، ص15)

- تعريف كريستين انجرام 1985 Christine ingram:

عرف كريستين انجرام 1985 الفرد المعاق عقليا على أنه الفرد الذي يقع معامل ذكاءه بين (50-75) على اختبارات الذكاء الفردية المقننة، وتمثل هذه الفئة أقل من (2%) من تلاميذ المدارس من حيث الذكاء والقدرة العقلية (أحمد، ص61)

-**تعريف كيرك 1972 "Kirk":** عرف كيرك الطفل المتخلف عقليا بأنه الطفل القابل للتعلم هو الذي يسبب بطئ نمو العقلي ويكون غير قادر على الاستفادة من برنامج المدارس العادية ولكن لديه طاقات النمو التالية:

- 1• تعلم بسيط في القراءة والكتابة والتهجي والحساب وغيرها.
- 2• إمكانية التوافق الاجتماعي التي يمكن ان يمضي فيها المجتمع بالاعتماد على نفسه.
- 3• ملائمة مهنية في الحدود الدنيا تمكنه فيما بعد أن يعود على نفسه ولو بشكل جزئي أو كلي (عامر، 2008، ص33)

- تعريف إسماعيل عبد الكافي 1995: المتخلف عقليا هو الفرد الذي هبط ذكاؤه الى ما دون المتوسط حيث أصبح عاجزا عن الفهم والملاحظة بسرعة مقبولة كما أنه عاجز عن تعليم والتقدم في البرامج المدرسية العادية مما يفرض وجود برامج تربوية خاصة تتلاءم وقدرات هؤلاء الأطفال (عبد الرؤوف، ص33)

1-4- التعريفات السلوكية: حسب التعريفات السلوكية فهي تهتم بالسلوكيات الخاصة بالأشخاص المتخلفين ذهنيا، وعلاقة القدرة العقلية بالتكيف الاجتماعي وما هي المهارات التي يمكن ان يمارسها أو يكتسبها.

- تعريف اسكويرول 1843 Esquirol: ذهب تعريفه على أنه " ليس مرضا، حالته الذهنية لم ترق بصورة كافية لتمكنه من اكتساب المعلومات التي بمثل سنه.

- تعريف باندا 1954 Banda: الشخص المتخلف عقليا الذي يحتاج الى اشراف ومراقبة ورعاية من أجل رفاهية المجتمع.

- تعريف بوزير 1969 Boser : التخلف العقلي أن يؤدي الفرد في مستوى ادنى من ذلك المستوى المتوقع في مثل عمره.

- تعريف اللجنة الرئاسية للتخلف العقلي (كيندي USA) 1962:

المتخلفون عقليا: يكون لديهم قصور جوهري في قدرتهم على التعلم، والتكيف لمطالب المجتمع (طاع الله، ص، ص17، 18)

- تعريف ماكميلان 1977 Macmillan: يعرف التخلف العقلي بأنه " هو حالة من النقص العقلي ناتجة عن سوء التغذية او عن مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي وتكون هذه الإصابة قبل الولادة او في مرحلة الطفولة (عامر، 2008، ص36)

1-5- التعريفات القانونية التشريعية للتخلف العقلي:

- تعريف بورتبوس 1953: عرف التخلف العقلي بأنه يتميز ضعاف العقول بالنمو العقلي المتوقف والذي يحدث في سن مبكر ويدوم بعدها وتتميز هذه الفئة بأنها غير قادرة على الاعتماد على نفسها أو تكتسب عيشها بنفسها.

ونجد ان هذا التعريف تناول تحديد المسؤولية لدى المتخلف عقليا ومسؤولية المجتمع نحوه وهي المسؤولية المدنية والجنايئة المختلفة (عامر، نفس المرجع، ص35)

1-6- التعريف السيكومتری:

اعتبر الشخص الذي يقل ذكاهه عن 75 درجة على مقاييس الذكاء لديه إعاقة ذهنية (وادي، 2008، ص37).

1-7- التعريفات الشاملة للتخلف العقلي:

- **تعريف هيبير 1959 Heber:** وقد عرف هيبير التخلف العقلي بأنه حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي دون المتوسط تبدأ أثناء فترة النمو وتصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد (عامر، 2008، ص37)

- تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

ولقد ذكر جروسمان 1977 تعريف مشابها الى درجة كبيرة ويعتبر عن مضمون تعريف هيبير.. ولقد تبنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) تعريف هيبير بعد وضعه بحوالي 12 عاما بما يشكل الأساس للتعريف الحالي الذي تتبناه الجمعية كتعريف لها والذي اقترحه جروسمان 1983.. وينص على أن " التخلف العقلي حالة ينخفض فيها الذكاء العام عن المتوسط بشكل ملحوظ وينتج عنه سلوكيات توافقية سيئة ويحدث في مراحل النمو وقد احتوى هذا التعريف على ثلاث محاور أساسية:

1 * **انخفاض الوظائف العقلية:** وهو ناتج عن توقف النمو العقلي.. ويظهر من خلال الأداء في اختبارات الذكاء بحيث يقلل نسبة الذكاء عن درجتين معياريتين على مقياس فردي مقنن وهي 70 في مقياس وكسلر، 67 في بينه فالمتوسط في مقياس وكسلر وبينيه 100 بينما الانحراف المعياري الواحد يقابل 15 درجة على وكسلر و 16 درجة على بينيه.. وقد قلل هذا المحك النسبة الكلية للأفراد التي يمكن أن توصف بالإعاقة الذهنية من حوالي 16% الى حوالي 3% من اجمالي عدد السكان.

2 * **قصور في السلوكيات التوافقية:** ويظهر القصور في السلوك التوافقي في أساليب توافقية تدل على عدم النضج وضعف الاستفادة من الخبرات السابقة مقارنة بمن هم في مثل سنه فيما يتعلق بالاستقلالية او المسؤولية الاجتماعية وقد حددت الجمعية الأمريكية ظهور هذه السلوكيات في النواحي التالية:

- تأخر النمو الحسي والحركي: الجلوس، المشي، التسنين، الكلام، التحكم في الإخراج.

• ضعف الاستعداد للتحصيل الدراسي: ويظهر في صورة عدم استيعاب المواد الدراسية أو الرسوب المتكرر.

• التوافق الاجتماعي السيء: ويظهر في عدم قدرة الفرد عن تصريف شئونه بنفسه وعدم قدرته على تحمل مسؤولياته الشخصية والاجتماعية.

3* ظهور الانخفاض: في الوظائف العقلية والقصور في السلوك التكيفي خلال مراحل النمو.. وقد ارتفعت من 16 عام الى 18 عام.

وفي أحدث نشرات الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ظهر تعريفا تضمن أبعادا محددة للسلوك التكيفي ويعتبر أعم وأشمل في محتواه.. وينص على أن " التخلف العقلي يشير الى قصور جوهري في القدرات الوظيفية الحالية للشخص.. والتي تتميز بقصور واضح في الوظيفة العقلية.. ويصاحبه نقص نسبي في اثنين أو أكثر من مهارات السلوك التكيفي وهو التواصل، رعاية الذات، الصحة والأمن، الأداء الأكاديمي، وقت الفراغ، العمل.. على أن يظهر ذلك قبل سن الثامنة عشرة (جابر أحمد، ص63، 64)

2- الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي:

يخلط البعض أحيانا خاصة في الأوساط الغير متخصصة بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي أو أنه يتم تصنيف المتخلفين عقليا ضمن المرضى العقليين أو العكس، وهذا الخلط قد يؤثر على العلاج وهذا يترتب عليه تأخر في فرص الشفاء والتنمية لهم، وقد امكن لأحد العلماء الفرنسيين ان يميز بين الذهان العقلي والتخلف العقلي عام 1938.

ولتوضيح الفرق وإزالة الغموض لابد من الإشارة الى كل هذين المفهومين كل على حدى:

أ- الإعاقة العقلية:

تحدث الإعاقة العقلية قبل وأثناء وبعد الولادة خلال فترة النمو وقبل سن 18 والإعاقة العقلية قد تحدث نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطرابات أثناء التكوين أو إصابات مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف المخ (وادي، 2008، ص72)

وتتحدد هذه الحالة في عدم السوية الوظيفية للفرد في نواحي الاكتساب والاحتفاظ وتوظيف الخبرة في حل المشكلات، والمعوق عقليا قد يولد لديه عدم القدرة على أداء هذه المهام بطريقة سليمة وفعالة. والإعاقة العقلية ليست مرضا، وإنما هي حالة نقص القدرة العقلية وانخفاض في درجة الذكاء عن

المتوسط وانخفاض في الأداء العقلي، وهذا النقص وهذا الانخفاض يرجع الى حالة عدم اكتمال أو توقف أو تأخر نمو العقل لأسباب تحدث في مراحل النمو الأولى منذ لحظة الاخصاب حتى سن المراهقة فقد يولد بها الطفل وقد تحدث له في سن مبكر نتيجة عوامل وراثية أو بيئية تؤثر على المخ والجهاز العصبي للفرد مما يؤدي الى نقص الذكاء ونقص القدرة على التعلم والتكيف (إبراهيم وآخرون، الاكلينيكي، 2008، ص44)

ب- المرض العقلي (الذهانة):

هي نوع من الاضطرابات التي تجعل الانسان غير قادر على ان يحيا حياة عقلية سليمة أو يتصرف تصرف الانسان العادي (سرية، 2006، ص17) يحدث المرض العقلي في أي مرحلة من مراحل العمر بلا حدود، وعادة يحدث بعد سن المراهقة وفي معظم الحالات يحدث المرض العقلي للفرد بعد مروره بخبرة فشل في تعامله مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها، أو بعد فشل الفرد في التعامل مع أشخاص بعينهم، أو عجز الفرد عن حل بعض المشكلات وقد يحدث نتيجة بمغالاة الفرد في طموحاته وتوقعاته بما لا يتلاءم مع قدراته وامكانياته فيجد نفسه عاجزا عن تحقيق تلك الطموحات ويفشل في الوصول الى تلك التوقعات، وقد يحدث المرض العقلي للشخص الذي يشعر دائما أن الآخرون يرونه غير كفء وغير قادر على عمل معين، وتكرار تلك المواقف في حياة الفرد يؤدي به الى الاتيان بأنماط غير سوية من السلوك الانفعالي مثل: الاكتئاب والانسحاب، العدوانية، والانطوائية والعزلة وعلى هذا... فان المريض عقليا هو في الواقع شخص معوق انفعاليا ووجدانيا ونتيجة لهذه الإعاقة الوجدانية والانفعالية نجد هذا الشخص يحجم عن أداء بعض المهام التي تتطلب قدرة عقلية ومعينة ويعجز عن حل المشكلات التي تواجهه، ويظهر عدم الكفاءة في أداء بعض الأنشطة العقلية، ومن أهم ما يميز المرض العقلي، أنه يحدث بعد اكتمال نمو العقل وقد يحدث في أي مرحلة من مراحل العمر، وان العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى الشخص المريض عقليا يرتبط بفترة المرض فقط وبعد الشفاء يعود الفرد الى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي (وادي، 2007، ص73).

أسباب الخلط بين مفهومي الإعاقة العقلية والمرض العقلي (إبراهيم وآخرون، 2008، ص45)

يتضح مما سبق أنه هناك اختلافات بين مفهوم كل من المرض العقلي والتخلف العقلي، وان الخلط بينهما نجده في بعض الأعراض الانفعالية والعقلية التي تظهر في سلوكهما . فالشخص المعوق عقليا: لا يستطيع اكتساب المهارات الأساسية الا في مراحل متأخرة من النمو، ولا

يملك القدرة اللازمة لأداء الأعمال والمهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة، ويفشل دائما في أداء تلك الأعمال والمهام نتيجة لهذا الفشل المستمر والعجز في أداء ما يطلب من أعمال لا تناسب قدراته العقلية المحدودة يصاب بالإحباط ويرى نفسه عديم القيمة لا شأن له مما يؤدي الى ظهور بعض الأعراض الانفعالية في سلوكه مثل: الاكتئاب والعدوانية والانطواء فيتهم من يرى هذا الشخص أنه مريض عقلي لأنه هذه الأعراض تشبه الأعراض الانفعالية التي تظهر في سلوك الشخص المريض عقليا، والواقع أنها قد حدثت للمعوق عقليا نتيجة لقصوره العقلي.

أما الشخص المريض عقليا: هو في الواقع شخص معوق انفعاليا ووجدانيا ونتيجة للمشكلات الانفعالية والوجدانية التي يعاني منها قد تظهر عليه بعض الأعراض العقلية مثل: عدم الكفاءة في أداء بعض المهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة وعدم القدرة على حل المشكلات وقصور في الأداء بعض الأنشطة العقلية، فيتهم من يرى هذا الشخص أنه معوق عقليا.

ومعروف أن التخلف العقلي مستويات مختلفة وتعتبر هذه المستويات عن نفسها في استخدام المتخلف عقليا للغة مثلا هناك حالات تستطيع ان تستعمل عبارات قصيرة، في مستوى أكثر تدنيا ولا يستطيع المريض العقلي الا أن ينطبق ببعض المقاطع عديمة المعنى والدلالة أو حتى يصدر بعض الأصوات والمستويات الدنيا عاجزة تماما على الاتصال (عيسوي، 1999، ص92)

علاج المتخلفين عقليا يشك فيه لاستخدام العلاجات الطبية الا في حالات محدودة ونادرا ما تحدث وهي تلك المتعلقة باستسقاء الدماغ وباستخدام الجراحة حيث لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء كما يتغير حدوث التحسن خاصة بالنسبة للمتخلفين عقليا بدرجة حادة أو جسمية، عكس المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي، وسلوكهم التكيفي عن طريق تعليمهم وتدريبهم واعدادهم للحياة من خلال برامج تدريبية شاملة ومتكاملة صحيا، نفسيا، واجتماعيا، وتربويا (القريطي، 1996، ص88)

3- تصنيفات التخلف العقلي:

ظهرت تصنيفات متعددة للمتخلفين عقليا تختلف فيما بينها باختلاف جانب المشكلة التي يراعيها الباحث في دراسته للتخلف العقلي. وبالرغم من اختلاف هذه التصنيفات الى أنها تتفق جميعا على أن الإعاقة العقلية حالة تتراوح بين الشدة

والضعف.

3-1- التصنيف النفسي للتخلف العقلي:

اعتمد علماء النفس في تصنيفهم للإعاقة العقلية على نسبة الذكاء وأداء الأفراد في اختبارات الذكاء، وذلك على أساس أن نسبة الذكاء هي الدليل على مستوى ذكاء الفرد الوظيفي، وان الفروق الفردية بين المعاقين عقليا كالأفراد وبينهم وبين غيرهم من العاديين تكمن في الاختلاف في نسبة الذكاء ومن أهم التصنيفات على أساس نسبة الذكاء تيرمان Terman للإعاقة العقلية، وتحدد كل فئة من فئات هذا التقسيم بمعامل الذكاء كما تبينه الاختبارات العقلية وهي كالآتي:

معامل الذكاء	الفئة	العمر العقلي
أقل من 20	معتوه Idiot	أقل من ثلاث سنوات
20-50	أبله Imbecile	من 3-7 سنوات
50-70	مورون Moron	ثمان سنوات
70-80	ضعيف العقل	
80-90	غبي	

وقد شاع هذا التصنيف شيوعا كبيرا حتى أن منظمة الصحة العالمية (W.H.O) في تقريرها الفني الذي نشر عام 1954 أكدت هذا التصنيف الا أنها عدلت من المصطلحات فبدلا من مصطلحات المعتوه، الأبله، المأفون، استخدمت مصطلحات الإعاقة العقلية الشديدة، المتوسطة والبسيطة، وقد وضع الاتحاد الأمريكي للإعاقة العقلية (A.A.M.D) تصنيفها للإعاقة العقلية مستندا أيضا الى نسبة الذكاء سنة 1978 (إبراهيم وآخرون، 2008، ص، ص 62، 63)

مستويات الإعاقة العقلية	مدى الانحراف المعياري	ستنفورد بينية	وكسلر
خفيفة	من 2,01 : 3,00	68:52	69:55
متوسط	من 3,01 : 4,00	51:36	45:40
شديدة	من 4,01 : 5,00	35:20	39:25
شديدة جدا	أقل من ذلك	من 19 فأقل	من 24 فأقل

***التخلف العقلي البسيط Mild retardation:**

تم تشخيص هذا النمط من الضعف العقلي على أساس امتلاك نسبة ذكاء تبلغ أقل من (70) وعلى وجه التحديد بين (50-70) يتراوح العمر العقلي في حد أقصاه 8-10 سنوات (عيسوي، 1999، ص98)

وبشكل الأطفال ذو التخلف العقلي البسيط الذين يطلق عليهم اسم الأطفال القابلين للتعلم نسبة حوالي 85% من مجموع الأطفال المتخلفين عقليا نسبيا، لهذا فتوجه الحديث في ترتيبهم يركز على توفير بدائل تعليمية متنوعة لهم في البيئة التربوية العادية لعزلهم في مؤسسات خاصة (خطيب، 1992، ص، 11، 98) أصحاب الضعف البسيط، فجانبا مهارات الرعاية النفسية فهم يمكنهم اطعام والباس أنفسهم أيضا قضاء حاجاتهم في المرحاض، في مجال اللغة والاتصال يستطيعون استعمال اللغة المناسبة مع الاتصال المفهوم. أما الجانب الأكاديمي فيمكنهم الوصول الى مستوى (3-6) وفيما يخص المهارات الاجتماعية يصبح لديه أصدقاء ويستطيع التكيف.

أما التكيف المهني فيمكنه أن يتحصل على عمل وأن يتنافس الى حد ما في الوظائف غير الماهرة ويمكنه ان يتزوج وينجب لكنه يحتاج الى مساعدة في حالة تعرضه للضغط النفسي أو الاجتماعي.

*** التخلف العقلي المتوسط Moderate Mental retardation:**

تتراوح درجة الذكاء لدى الأطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط بين 40-54 درجة وأعمارهم العقلية 03-08 سنوات ويطلق على هذه الفئة الأطفال القابلين للتدريب وتشير الى أن تدريبهم ينصب

على المهارات الحياتية اليومية ومهارات العناية بالذات ولا على التعليم الأكاديمي التقليدي ويرجع هذا إلى درجة تخلفهم التي تحد من قدرتهم على التعلم بشكل واضح وعلى مستوى اللغة والاتصال يمكنه أن يمارس اللغة، استعمالاً واستقبلاً بقليل من المعاناة في الصعوبات الكلامية.

على المستوى الأكاديمي لا يكتسب الا قليلا من المهارات الاكاديمية يصل الى المستوى الأول وعلى مستوى المهارات الاجتماعية فهو يستطيع عقد صداقات بكثير من الصعوبات في كثير من المواقف الاجتماعية وعلى مستوى التكيف المهني يحتاج الى مأوى في بيئة العمر والى اشراف مستمر ودائم وعلى مستوى حياة الراشدين لا يتزوج ولا ينجب يعتمد على غيره (عيسوي، 1999، ص98).

* التخلف العقلي الشديد **Sever Mental Retardation**:

يطلق عليهم الأطفال الاعتماديين تتراوح درجة الذكاء عندهم (25-39) ولا يزيد عمرهم العقلي على أكثر من ثلاث سنوات.

وعلى مستوى رعاية النفس يتراوح الوضع ما بين عدم وجود مهارات اطلاقا الى وجود مهارات جزئيا، البعض يستطيع رعاية الحاجات الشخصية لكن على مستوى جد محدود.

وبالنسبة لمستوى اللغة والاتصال، فلغة الاستقبال تتراوح ما بين المحدودية والجيدة ولغة التعبير

من محدودة الى ضعيفة وعلى المستوى الأكاديمي نلاحظ غياب المهارات الأكاديمية بناتا

وعلى مستوى المهارات الاجتماعية فالمرضى يعجز عن إقامة صداقة حقيقية وليس عنده تفاعلات اجتماعية والتكيف المهني لا يحصل على عمل، فقد يتواجد في المراكز لاحتياجه الدائم للرعاية، ولا يمكنه أن يتزوج ولا ينجب، ويمثلون أقل من 7% من مجموع فئات التخلف العقلي ويتصف ببعض الاضطرابات الوراثية أو بتدمير دماغي شديد بسبب التعرض للحوادث والاصابات وتعرضه للحوادث أثناء الميلاد (خطيب، 1992، ص12)

* التخلف العقلي الشديد جدا **Profounal Mental Retardation** :

تمثل هذه الفئة أقل من (1%) من مجموع فئات التخلف العقلي، درجة الذكاء أقل من 20

يرعون في مستشفيات أو مؤسسات رعاية المتخلفين عقليا، يجدون صعوبة في قضاء حاجاتهم الفيزيائية ويحتاجون الى رعاية تمريضية مكثفة، وتنتج هذه الحالات من تشوهات في تكون الدماغ أو الرأس أو الجسد، ويموتون في سن مبكر جدا.

وعلى الرغم من اعتماد مثل هذا التصنيف لتلك الفئات الأربعة الا أن السلوك التكيفي لا بد وأن

يؤخذ في الحسبان عند اجراء التشخيص أو تقويم الحالة، فمثلا الشخص الذي يحصل على نسبة الذكاء 60 ولكنه يحصل على درجة عالية جدا على اختيار (السلوك التكيفي) لا نستطيع ان نحكم عليه بالتخلف أيضا الشخص الذي لديه 70 درجة ذكاء ولكنه يعجز عن اشباع حاجاته الأولية يعد متخلفا عقليا وجدير بالملاحظة ان السلوك التكيفي يمكن تعلمه وتدريب المتخلف عليه، لذلك لابد من الاهتمام ببرامج التدريب والتأهيل وتوفيرها لكل فئات التخلف العقلي (عيسوي، 1999، ص، ص 99، 100)

3-2- التصنيف الاكلينيكي:

يعتمد التصنيف الاكلينيكي على وجود بعض الخصائص الجسمية والفيزيولوجية والتشريحية والمرضية المميزة بجانب المتخلف العقلي حيث يتم تقسيم هذه الحالات وتصنيفها في فئلا خاصة ويطلق على هذه الحالات الأنماط الاكلينيكية تبعا لمجموعة من الصفات البدنية ويختلف كل نمط عن الاخر من حيث العوامل المؤدية اليه ومن حيث المظاهر الخارجية التي تميزه من غيره من الأنماط. وعلى الرغم من ان الحالات التي تنتهي نمط معين يمكن اعتبارها فئة خاصة متجانسة نسبيا من حيث المظهر الجسدي ومصدر الإعاقة الا أنها غير متجانسة من حيث درجة الإعاقة العقلية، وذلك لأن احتمال وجود الإعاقة العقلية ودرجته تتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ والجهاز العصبي المركزي نتيجة للعوامل المرضية التي أدت الى حدوث الحالة. ومن أهم الحالات الاكلينيكية وأكثرها وضوحا ما يلي:

1 • **المنغولية Mongolism**: ترجع تسمية هذه الحالة لأعراض دون نسبة الى الطبيب الإنجليزي DOWN وهو اول من اكتشف هذه الحالة حيث لاحظ خلال عمله في احدى مؤسسات رعاية المعاقين عقليا في و.م.أ أن عدد كبير من نزلء المؤسسة يتشابهون في كثير من الملامح الجسمية (إبراهيم واخرون، 2008، ص69) تتراوح نسبتها ما بين 5-17% من حالات ضعاف العقول ما بين أبله ومعتوه تحدث نسبة كبيرة منهم في سن مبكرة، حيث ترجع حالة المنغولية الى وجود نقص أو خلل في هرمونات الغدد الصماء للأم عند الحمل بعد سن 35 سنة أو نتيجة وجود شذوذ في توزيع الكروموزمي للأم في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة، والمنغولي يكون لديه 47 كروموزوم والطفل العادي 46 كروموزوم.

ومن الخصائص المميزة للمنغوليين: الرأس العريض، ومحيط أقل من العادي والشعر قليل وجاف خال من التجاعيد والعينان منحرفتان لأعلى وخارجة وتميلان الى الضيق وغالبا ما يكون لهما حول والأنف

عريض قصير واللسان كبير وعريض وخشن ومشقق وقد يبدو بارزا حول الفم المفتوح والأذنان صغيرتان ومستديرتان والقامة والأطراف قصيرة، والكفان عريضة وسميكان مع وجود نمط مستعرض عبر راحة الكف والأصابع قصيرة (سرية، 2006، ص20).

أما الخصائص العقلية تتمثل في القدرة العقلية التي تتراوح ما بين المتوسط والسيط حيث تتراوح نسبة الذكاء ما بين 45-70 على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ويعني ذلك قدرة هذه الفئة على تعلم مهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب والمهارات الاجتماعية، ومهارات العناية بالذات ومهارات التواصل اللغوي، والمهارات الشرائية والمهنية، ويمكن تصنيف هذه الفئة ضمن فئة الأطفال القابلين للتدريب (السيد عبيد، 2000، ص109)

أما الخصائص اللغوية، يكون الكلام عند الطفل المنغولي متأخر والصوت خشن والنمو والتأزر الحركي مضطرب ويلاحظ الترهل الحسي بصفة عامة. ويكون الطفل المنغولي كذلك لطيف ودود ومرح نشط اجتماعيا يحب التقليد والدعاية مبتسم يجب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض الأطفال السعداء (سرية، 2006، ص21)

2• حالات القزامة أو القصاح Cretinism:

وهي حالة من الضعف العقلي تتسم بقصر القامة بدرجة ملحوظة، حيث لا يتجاوز طول الشخص 90 سم ويقعون في فئة البله أو العته وتعرف أحيانا بالقماءة أو التمصاع (سرية، 2006، ص21) وهي نتيجة نقص افراز الغدة الدرقية وتظهر اعراضه بعد الشهر السادس من الولادة بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من أمه ويصاب الطفل بالهبوط الحركي وغلظه وجفاف بالجلد وتضخم في اللسان وتخشن الصوت وجحوظ البطن وسقوط الشعر وتخلف عقلي شديد ومثل تلك الحالات قابلة للتحسس اذا شخصت مبكرا والمبادرة بإعطاء العلاج المكون من خلاصة افرازات الغدة الدرقية (إبراهيم، 2008، ص70)

الخصائص العقلية لهذه الحالات تتمثل في تدني الأداء لهذه الفئة على مقياس الذكاء التقليدية تتراوح نسبة الذكاء ما بين 25-30 درجة وتواجه مشكلات تعليمية تبدو واضحة في صعوبات القراءة والكتابة والحساب وحتى مهارات الحياة اليومية أحيانا (عبيد، 2000، ص112).

وهنا تلزم التفرة بين القزم والقزم، حيث يطلق في بعض الأحيان على مرض القصاح لفظ القزم الذي يختلف عن لفظ القزم الذي يرجع الى نقص في هرمون النمو في الغدة النخامية، وتكون فيه نسب

الأعضاء لبعضها معقولة وقد يكون الذكاء سوياً (إبراهيم، 2008، ص70).

3 حالات استسقاء الدماغ Hydrocepholy:

وهي حالة من الضعف العقلي تنشأ نتيجة زيادة كمية السائل المحي الشوكي الذي يؤدي الى انتفاخ الجيوب الأنفية وتلف نسيج المخ فتتضخم الرأس وتبرز نتيجة لضغط السائل المحي المستمر عليه وقد يقل نمو الذكاء ويتوقف مدى الضعف العقلي على مقدار التلف الذي حدث بنسيج المخ، ويتراوح مستوى الضعف العقلي بين الأفن والعتة.

من الخصائص المميزة لحالة استسقاء الدماغ: كبر محيط الجمجمة، اضطراب في الحواس خاصة البصر والسمع وجود نوبات من الصرع واضطراب النمو والتوافق الحركي (سرية، 2006، ص23) وترجع أسباب هذا المرض الى حدوث عدوى مؤثرة أثناء الحمل مثل الزهري والالتهاب السحائي مع وجود عوامل وراثية مؤثرة (إبراهيم وآخرون، 2008، ص70)

4 صغر الجمجمة Microcephalies:

مظاهرها في صغر محيط الجمجمة 20 سم+5 سم مقارنة مع مقارنة مع حجم محيط الجمجمة للأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني حيث يبلغ محيط الرأس لدى الأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني حيث يبلغ محيط الرأس لدى الأطفال العاديين عند الولادة 33 سم+5 سم ويصاحب في الحالات نقص في الوزن والطول وصعوبات في المهارات الحركية العامة الدقيقة مقارنة مع نظراتهم العاديين (عبيد، 2000، ص112) ويرجع ذلك الى إصابة الجنين في الشهور الأولى من الحمل بعدوى الحصبة الألمانية أو الزهري الوراثي أو التعرض لأشعة اكس أو حالات التسمم الشديد ومن الخصائص المميزة: صغر حجم الجمجمة رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعي وتميل الرأس الى الشكل المخروطي والنمو اللغوي متخلف والكلام غير واضح وقد تصاحب هذه الحالة نوبات تشنج وصرع ويكون النشاط الحركي زائد وغير مستقر.

5 كبر الجمجمة Macrocephalies:

هي حالة من الضعف العقلي الشديد تحدث بسبب تضخم أجزاء من المخ يتبعها كبر حجم الجمجمة وكبر حجم المخ وخاصة المادة البيضاء ويتراوح مستوى الضعف العقلي في هذه الحالات الى البله والعتة وهي حالات نادرة الحدوث ومن الخصائص المميزة لهذه الحالات كبر حجم الجمجمة فتظهر مريعة أكثر منها مستديرة وعادة يصاب البصر وتحدث التشنجات ومن أسباب هذا المرض وجود عيبا في

المخ عن طريق المورثات (الجينات) أدى الى نمو شاد في أنسجة المخ وفي الجمجمة (سرية، 2006، ص22)

•6 حالات العامل الريزي في الدم R.H.Facton:

وهي حالة من الضعف العقلي ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزي (RH) وهو أحد مكونات كرات الدم الحمراء ويوجد في صورتين RH+، RH- وتعتبر الأولى هي السائدة بنسبة 90% عن الثانية (RH-) فاذا كان (RH) عند كل من الأم والأب سالبا أو موجبا فلا توجد مشكلة ولكن اذا كان العامل الريزي (RH) عند كل من الأم والأب مختلفا فمثلا الأم RH+ والأب RH- فهذا يؤدي الى تكوين أجسام مضادة تقاوم (RH+) وخاصة عندما يدخل الى الدورة الدموية للأم خلايا من دم الجنين تحمل عناصر (RH-) فيؤدي ذلك أيضا الى الاضطراب في توزيع الأكسجين وعدم نضج خلايا الدم وتدمير الكرات الدم الحمراء عند الجنين وبالتالي يؤثر هذا في تكوين المخ مما ينتج عن ذلك تلف المخ والضعف العقلي وربما موت الجنين، ورغم ذلك توجد لقاحات اذا أعطيت للأم خلال 72 ساعة بعد الولادة الأولى تمنع تكوين الاجسام المضادة لعناصر RH+ (سرية، 2006، ص، 23، 24)

•7 اضطراب التمثيل الغذائي Metabolism:

وتتميز هذه الحالة الاضطراب في تمثيل الدهون والبروتينات والكربوهيدرات وهذا الاضطراب ينتقل عن طريق الجينات وهناك العديد من المركبات والعناصر الكيميائية التي تسبب ذلك الاضطراب الجيني المسؤول عن الإعاقة العقلية.

وجدير بالذكر ان الإعاقة العقلية في حد ذاتها لا تكون مورثة في مثل هذه الحالة ولكنها تحدث بسبب اضطراب الأيض أي عمليتي الهدم والبناء الناتج في هذه الجينات في اختفاء نشاط انزيمي معين أو اضطراب فيما يتعلق بالعمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات، ويظهر ذلك في لون البول ورائحته الكريهة حيث تزداد نسبة حامض الفينيل في الدم مما يسبب تسمم الدماغ وهو ما يؤدي الى اضطراب في الخلايا العصبية في الدماغ ومن ثم الإعاقة العقلية التي لا تزيد نسبة الذكاء فيها عن 50 فقط ولرعاية هذه الحالة يتم تحديد نظام غذائي معين يتم الالتزام به ويمكن التعرف عن الحالة من خلال تحليل الدم (محمد، 2003، ص، ص415، 416)

•8 حالات التصلب الحدلي Tuberos scierosis:

وتتميز هذه الحالة بظهور حب الشباب وجمرات على الوجه على شكل فراشة مع نوبات صرعية وعاقة عقلية على هيئة بله أو عته.

9 • الدماغ البقرية أو الحادة أو تأنف الرأس **Oxycephaly**:

وتتميز هذه الحالة بطول الجمجمة وجحوظ العينين وارتفاع سطح الحلق وتكون الإعاقة العقلية من فئة المورون.

10 • العته العائلي المظلم **Amourotiefamily idiocy**:

وهي حالة تتميز بالعمى التدريجي والاضمحلال العقلي وضمور العصب البصري مع شلل كل الجسم ينتهي غالبا بالوفاة في سنوات قليلة.

11 • الأبيوليا **Epioloia**:

حالة تتميز بنقص في العقل مع تلف في نسيج الدماغ وتضخم وتليف في الغدد الدهنية بالجلد وفي الأعصاب مع نوبات صرعية مصاحبة لهذا المرض.

12 • مرض لورانس ومون بيدل **Laurence moon Biedl.Disease** :

حالة يكون فيها العقل ناقصا مع نقص القدرة على الابصار وسمنة ونقص في نمو الأعضاء التناسلية وعدم انتظام في نمو الأطراف (إبراهيم وآخرون، 2008، ص، ص 71، 72)

13 • حالة البول الفينيليتوني **Phenylketonuria**:

تحدث هذه الحالة بسبب الاضطراب في تمثيل البروتين في الجسم، حيث ينقص وينعدم وجود الانزيم الخاص بتمثيل الأحماض الأمينية الموجودة في البروتينات وتحويلها الى ما يفيد الجسم، فتتراكم هذه الأحماض الدم وتتحول الى أحماض ضارة بالجسم، خاصة حمض البيروفيريك **pyrovicacid** وهو حمض سام يؤدي الى تلف خلايا المخ، ويخرج بعض هذا الحمض مع البول عن طريق الكليتين، ويكون له رائحة مميزة، مما يجعل اكتشاف هذه الحالة سهلا منذ الولادة عن طريق اجراء تحليلا معينة في البول، والطفل المصاب بهذه الحالة يظهر عليه بعض الأعراض مثل الرعشة، وكثرة العرق ونوبات صرعية واضطرابات عضلية وحركية (إبراهيم وآخرون، نفس المرجع، ص، ص 72، 73).

3-3- التصنيف الطبي للتخلف العقلي:

اعتبر الأطباء ان الإعاقة العقلية قد تكون عرض أو نتيجة لمرض عضوي معين، واعتبروا أن الأسباب المرضية المتشابهة التي تؤيد الى الإصابة بإعاقة عقلية تنتج معاقين عقليا يتشابهون بشكل كبير

في الخصائص الجسمية والنفسية.

1- ومن أهم هذه التصنيفات تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: طبقا للسبب الطبي للإعاقة الى:

*1 إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض معدية مثل الحصبة الألمانية، الزهري، خاصة في حالة الإصابة في الشهور الأولى من الحمل.

*2 إعاقة ذهنية مرتبطة بأمراض التسمم مثل إصابة المخ الناتجة من تسمم الأم بالرصاص او الكربون.

*3 إعاقة ذهنية ناتجة عن إصابة جسمية.. مثل الإصابة في الدماغ أثناء الولادة أو بعدها.

*4 إعاقة عقلية مرتبطة بأمراض التمثيل الغذائي مثل الفينيل كيتون يوريا، أو الجلاكتوسيميا.

*5 إعاقة ذهنية وراثية مرتبطة بخلل في الكروموسومات مثل عرض داون أو تيرلز أو كلاينفلتر.

*6 إعاقة ذهنية ناتجة عن أورام غريبة مثل الدرن.

*7 إعاقة ذهنية مرتبطة بأسباب غير عضوية مثل العوامل الأسرية او الثقافية وما يسمى بالحرمان الثقافي.

*8 إعاقة ذهنية مرتبطة باضطرابات عقلية مثل التوحد.

*9 إعاقة ذهنية مرتبطة بأمراض غير معروفة الأسباب تحدث قبل الولادة.

*10 إعاقة ذهنية مرتبطة بأمراض غير معروفة الأسباب تحدث بعد الولادة (أحمد، ص66)

2- التصنيف الذي قام به رونالد Ronald كتابة تصنيف المعاقين عقليا طبقا لدرجة اعاقتهم العقلية:

*1 إعاقة عقلية هامشية Border line.

*2 إعاقة عقلية خفيفة Midle.

*3 إعاقة عقلية متوسطة Moderate.

*4 إعاقة عقلية شديدة Severe.

*5 إعاقة عقلية عميقة Profoud. (إبراهيم وآخرون، ص71)

3-4- التصنيف التربوي للتخلف العقلي:

ويستخدم هذا التصنيف من التاحية التربوية للحكم على مدى الصلاحية التربوية للفرد (أحمد،

ص67) ان هذا التقسيم يعتمد على تحديد الفئات تبعا للقدرة على التعلم فهذا يساعد الاخصائيين في

وضع البرامج التربوية وذلك باعتماد على نسبة الذكاء الموضحة في الجدول (عبيد، 2000، ص117)

نسبة الذكاء	الفئة مع التسميات الأولى
75 أو 80-90	بطيء التعلم
80 أو 50-70	القابلون للتعلم، المأفون، المعرون 6-9 سنوات أو 10 سنوات
50-25	القابلون للتدريب الأبله 3-6 سنوات
25 فما دون	الاعتماديون المعتوه 3 سنوات

فئات التخلف حسب التصنيف البيداغوجي.

* وقد اعتمد رجال التربية الخاصة في تصنيفهم للاعاقة العقلية الى ثلاث فئات:

1• فئة القابلين للتعلم Educable: يمكن لأفراد هذه الفئة أن تصل قدراتهم التحصيلية الى مستوى الصف الثالث أو الرابع ابتدائي، ويتراوح العمر العقلي لهذه الفئة 6-9 سنوات.

2• فئة القابلين للتدريب Trainable: افراد هذه الفئة لا يستطيعون التعلم الأكاديمي ولكن يمكن تدريبهم على الأعمال اليدوية البسيطة التي تناسب قدراتهم المحدودة، ويتراوح العمر العقلي لهذه الفئة ما بين 3-4 سنوات وتصل قدراتهم التحصيلية حتى الصف الثاني الابتدائي.

3• الفئة الثالثة والاعتماديين: تضم الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 25 والعمر العقلي لهذه الفئة لا يزيد عن ثلاث سنوات، ويحتاجون الى رعاية كاملة طيلة حياتهم، ويمكن تدريبهم على بعض مهارات العناية بالنفس وتسمى بحالات العزل (إبراهيم، 2008، ص، ص 67، 68)

يقوم هذا التصنيف على استخدام معدلات الذكاء مع التميز لكل فئة تصنيفية تبعا لاستعدادات افرادها وقابليتها للتعلم كمحك أساسي، كما يعني بالاحتياجات التعليمية وما يلائمها من برامج أكثر بما يعني بنسبة الذكاء في ذاتها، وبإمكانية انتقال الطفل من برنامج تربوي الى برنامج اخر، حسب اتفاه للمهارات والمتطلبات السابقة اللازمة لذلك (القريطي، 1996، ص، ص 102، 103)

3-5- التصنيف السلوكي:

يعتبر التصنيف السلوكي أفضل من التصنيف الطبي لأنه يحاول الحكم على الفرد المعاق ذهنيا من خلال قدراته الحالية وليس حكما مسبقا على درجة الأداء بناء على نسبة الذكاء.

فالتصنيف السلوكي يأخذ في الاعتبار الأداء الحالي للطفل وسلوكياته التوافقية في البيت والمدرسة والمجتمع من خلال أي مقياس مقنن يقيس النضج الاجتماعي. هذا بالإضافة الى درجة الذكاء للحكم على قدراته الفرد المعاق وتصنيفه طبقاً لسلوكياته وينقسم السلوك التصنيفي الى نوعان:

1 • التصنيف السلوكي الرباعي: وهو تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ويقسمهم الى 4 فئات:

وكسلر	بينيه	
69-55	67-52	الإعاقة الذهنية البسيطة
54-40	51-36	الإعاقة الذهنية المتوسطة
39-25	35-20	الإعاقة الذهنية الشديدة
أقل من 25	أقل من 20	الإعاقة الذهنية العميقة

2 • التصنيف السلوكي الثلاثي: ويصنف هذا التصنيف المعاقين ذهنياً الى 3 فئات حسب فئات ذكاء الطفل على مقياس بينيه وكسلر.

68-50 بينيه أو 69 وكسلر	الإعاقة الذهنية البسيطة
49-25	الإعاقة الذهنية المتوسطة
أقل من 25	الإعاقة الذهنية الشديدة

ويكتمل التصنيف بالنسبة للتأكد من قدرات وأداء الفرد المعاق ذهنياً بتطبيق أحد المقاييس التي تقيس المعاق ذهنياً بتطبيق أحد المقاييس التي تقيس السلوك التوافقي للطفل أو النضج الاجتماعي مثل: مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي/ مقياس كاتل لذكاء الأطفال/ مقياس كالمان للارتقاء العقلي/ قائمة جيزل للارتقاء/ مقياس السلوك التوافقي (أحمد، ص، ص 69، 70)

3-6- التصنيف على أساس الأسباب: وتتمثل في:

1 • الإعاقة العقلية الأولية: والتي يرجع سببها الى ما قبل الولادة أي العوامل الوراثية مثلاً خطأ في الجينات والصفات والكروموسومات ونسبة حدوثها 80% من حالات الضعف العقلي العائلي.

2 • الإعاقة العقلية الثانوية: والتي تعود الى أسباب اثناء فترة الحمل والولادة أو بعدها ويطلق على هذه العوامل الأسباب البيئية وتؤدي الى إصابة الجهاز العصبي في مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الاخصاب ويحدث ذلك في حوالي 20% من حالات الإعاقة العقلية ومن أمثلة استسقاء الدماغ وحالات القصاع (القريبي، 1996، ص، ص94،95)

التصنيف الحضاري: وهذا التصنيف يعارض التصنيف الذي يؤكد على أن الإعاقة العقلية راجعة الى أسباب وراثية، فقد أكد نيومان Newman على البيئة الغنية بالفرص التربوية والتأثيرات الحضارية والتي يمكن أن تؤدي الى فروق جوهرية في مقدار الذكاء وفي دراسات قام بها بعض علماء التربية وعلم النفس على (123) طفلا معاقين عقليا، أوضحت أن 80% من هؤلاء الأطفال قد تحسنت نسبة ذكاءهم بعد التحاقهم بمدارس خاصة بهم.

• تصنيف على أساس الاستقرار الوجداني:

وتصنف حالات الإعاقة العقلية من الناحية الوجدانية الى:

1- إعاقة عقلية مستقرة وجدانيا: ويكون فيها الفرد هادئا لا يثار بسرعة، حسن التصرف والسلوك، راضيا بحياته كما هي، ويستجيب اذا عاملناه كطفل، ولا يستمر طويلا في غضبه، سرعان ما يضحك ويمرح، ومن السهل التأثير عليه لأنه سريع الاستهواء سلس القيادة، وفي حاجة الى التوجيه والإرشاد والرعاية والايواء.

2- إعاقة عقلية غير مستقرة وجدانيا: وهو حالة يختلط فيها الإعاقة العقلية بعدم استقرار انفعالي أو اضطراب عقلي، ويعاني الشخص المعاق عقليا في إعاقة في النمو الوجداني والتدمير يؤدي نفسه والآخرين، وتنتابه نوبات هياج شديد (إبراهيم وآخرون، 2008، ص، ص73،74)

أسباب التخلف العقلي: يرتبط موضوع الضعف العقلي بتأثيرات الوراثة والبيئية ارتباطا وثيقا وقد سبق وأن رأينا علاقة الضعف العقلي بالوراثة، وزيادة نسبة ضعاف العقول في الأسس التي ترجع الى أصل ينتمي الة هذه الفئة، ورأينا كذلك محاولة بعض علماء النفس التشكيك في صحة هذه العلاقة ونسبتها الى ظروف التنشئة، بمعنى أن ضعاف العقول يأتون من بيئات فقيرة تتصف بالجهل وعدم قدرتها على توجيه النمو العقلي للطفل توجيهها صحيحا، وأن هذه العوامل من شأنها أن تحد من نشاط القدرة العقلية وتطبع الطفل في النهاية بالضعف العقلي.

وقد يرجع الضعف العقلي الى إصابة بالمخ أو الى اختلاف عمل بعض الغدد والى عوامل أثرت في الجنين أثناء الحمل والتي من شأنها أن تؤدي الى ضعف عقلي كذلك (عبد الحليم وآخرون، 2007، ص236، 237)

ولهذا نجد أنه قد بذلت جهود هائلة في العقود الماضية لتحديد أسباب الإعاقة العقلية ومع ذلك لا تزال الأسباب غير معروفة في معظم الحالات، فقد أشار كارترانيا ورفاقه 1989 الى أنه لا يمكن حصرها وتحديدتها بشكل قاطع في حوالي 85% من الحالات، أما هالاهان وكوفمان 1985، فيعتقدان ان نسبة حالات التخلف العقلي لا يعرف لها سبب عضوي واضح تتراوح ما بين 80%-94% وعندما يكون الأمر كذلك أي عندما يكون لدى الطفل المتخلف عقليا اضطراب عضويا محدد يطلق على أسباب التخلف العقلي اسم الأسباب الثقافية الأسرية، وسمي التخلف العقلي عندئذ التخلف العقلي الثقافي الأسري، وهذه التسمية توحي بأن البيئة الاجتماعية الثقافية الفقيرة المحرومة أو المضطربة في مراحل الطفولة المبكرة تعود الى التخلف العقلي الا أنه لا يتوفر أية دلالة علمية كافية على صحة هذا الافتراض، مما دفع الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الى استخدام الأسباب النفسية والاجتماعية من الأسباب الثقافية الأسرية (عيسوي، 1999، ص22)

1* الأسباب الوراثية:

أ- عوامل وراثية مباشرة:

وفيها يحدث خلل في وراثة الجينات أثناء انتقالها مع الوالدين الى الطفل نتيجة لكثير من الأسباب ومن الجدير بالذكر الإشارة الى أن تلك الجينات وما تحمل من صفات وراثية تأخذ 3 أشكال وهي:

* الجينات السائدة: Dominant Génés

وتعرف بالصفات الوراثية السائدة لأنها قوية وتحمل صفات مرغوب فيها ويكفي وجود جين واحد لظهورها أحيانا.

* الجينات الناقلة: Carrier Génés

وتعرف بالصفات الوراثية الناقلة على أنها صفات غير مرغوب فيها ولكنها لا تظهر على الفرد.

* الجينات المتنحية: Récessive Génés

وتعرف على أنها صفات وراثية مرضية وغير مرغوب فيها ولا بد من توفر جينين متنحيين لظهورها (عبيد، 2000، ص، ص 53، 58).

وجود خلل يقع عند انقسام الخلية الجنسية أو الانقسام المبكر للبويضة الملقحة قد يؤدي الى خلل في انقسام الكروموسومات.

1-زيادة في عدد الكروموسومات:

* عرض داون Down: وتحدث نتيجة لوجود كروموسومات جنسي زائد لدى الطفل عند وراثة الصفات من الأب أو الأم حتى يبقى زوجي كروموسومات الجنس رقم 21 ملتصقين لدى الأب والأم دون حدوث انقسام خلال عملية الانقسام المصنف للجينات أثناء تكوين البويضات لدى الأم والحيوانات المنوية لدى الأب قبل حدوث عملية الحمل، وبذلك يصبح عدد الجينات الوراثية لدى الطفل 47 كروموسوم بزيادة كروموسوم جنسي في حين أنه يجب ان يكون عدد الجينات 46 كروموسوم.

* عرض للأينفلتر Klinefelter: وتحدث نتيجة لزيادة زوج أو أكثر من الكروموسومات لدى الطفل.

* حالة صغر حجم الجمجمة Microcephely وتحدث نتيجة كروموسوم زائد في زوجي

الكروموسومات رقم " 13 " .

2-نقص في عمل الكروموسومات:

* عرض تيرنر Turner وهي عكس الحالة السابقة حيث يحدث فيها نقص في كروموسوم من زوجي الكروموسومات الجنسية ويكون الناتج أكثر معاقة عقليا عميقة (أحمد، ص، ص 71، 72)

* عامل الريزيس RH:

- اختلاف عامل الريزيس في دم الوالدين.

- يظهر عامل الريزيس لدى الأفراد بصفة سائدة أو ناقلة من متنحية كأى صفة وراثية أخرى، ويبدو

التركيب الجيني لهذا العامل على الشكل التالي:

RH- متحي/ RH-+ ناقل/ RH++ سائد

فان صادف ان كان دم الأم لا يحوي على مثل هذا العامل RH- والأب RH+ فان دم الجنين

سيكون موجبا، يعني اختلاف العامل الريزيسي بين كل من الأب والأم والجنين وهذا ما يؤدي الى تكوين

أجسام مضادة في دمها لتدافع بها عن نفسها حيث تهاجم هذه الأجسام المضادة كريات الدم الحمراء

لجنينها مما يؤدي الى تمييع دم الجنين، وبالتالي حدوث تلف ما في الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين مما يترتب عليه وفاته أو اعاقته ومنها الإعاقة العقلية (عبيد، ص، ص 64، 65)

ب- عوامل وراثية غير مباشرة: وتحدث نتيجة وراثية الجنين لصفات تؤدي الى حدوث اضطرابات أو عيوب في تكوين المخ، فيكون السبب هنا غير وراثي فوراثة الصفات الوراثية لم يسبب بصورة مباشرة الإعاقة الذهنية وإنما أدى الى حدوث اضطرابات وتطورات أو خلل في التكوين لدى الجنين مما أدى الى حدوث الإعاقة العقلية.

- 1• مرض الفينيلكتون يوريا **Phenylktonuria**: الذي يؤدي الى عدم افراز الانزيم المسؤول عن أكسدة حمض الفينيل ألانين مما يسبب زيادة ترسيب حمض "البيروفيك" السام في دم الطفل وبوله.
- 2• مرض الجلاكتوسيميا **Galactosemia**: وينتج نتيجة لخلل في التمثيل الغذائي للخلية ويتسبب للخلية في نقص الانزيم الذي يحول سكر الجلاكتوز الى سكر جلوكوز فيتراكم الجلاكتوز في دم الطفل وأنسجة جسمه مما يؤدي الى تلف خلايا المخ للجهاز العصبي.
- 3• الجليكوجنوما **Glycognoma**: ينتج نتيجة لحدوث خلل في عملية تمثيل الجليكوجين، وعلى الرغم من قلة نسبة الإصابة بالحالات التي يرجع فيها التخلف العقلي الى هذه الاضطرابات الا أن أهميتها ترجع الى الأبحاث الحديثة التي تساعدنا على تفهم تأثير الاضطرابات على تكوين الخلايا المخية.
- 4• حمض الهوموستين يوريا **Honocytinuria**: يؤدي هذا الحمض الى اضطرابات في التمثيل الغذائي للأحماض الأمينية، مما يؤدي الى حدوث الإعاقة العقلية، وقد اكتشف هذا الحامض حديثاً في بول ودم بعض الأفراد المعاقين عقليا (أحمد، ص، ص 72، 73)

2- الأسباب البيئية للإعاقة: وتعتبر العوامل الغير وراثية لحدوث الإعاقة العقلية عن كل

العوامل الخارجية غير وراثية التي قد تسبب حدوث الإعاقة العقلية وتسمى مجاز العوامل البيئية للإعاقة وتتعدد العوامل التي قد تؤدي الى الإصابة بالتخلف العقلي في العديد من المراحل فمنها ما قد يحدث قبل الميلاد أو أثناءه أو بعده.

1 عوامل تحدث قبل عملية الميلاد:

- 1* الأشعة، حجم الأشعة والعمر حيث أكثر المراحل تأثير لها هي مرحلة ما قبل الولادة.
- 2* إصابة الأم بأمراض معدية: وجد العديد من العلماء أن إصابة الفرد بالعديد من الأمراض المعدية وعدم تلقي العلاج المناسب في الوقت المناسب قد يؤدي الى التخلف العقلي وخاصة إذا أصيبت الأم أثناء

الحمل خاصة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل ولهذا ينصح بالإجهاض في مثل هذه الحالات (الغانم، 2009، ص552)

ومن بين هذه الأمراض المعدية:

• **الحصبة الألمانية:** لقد تبين احتمال إصابة الجنين في حدود 50% اذا كانت الأم مصابة بالحصبة الألمانية وهذا في الشهور الأولى من الحمل وتؤدي الى الإصابة بالإعاقة البصرية أو السمعية أو إصابة قليلة وتلف الدماغ وتشوهات خلقية وهذا يرتبط بالتخلف العقلي.

• **الزهري الولادي:** يؤدي الى إصابة الجنين بالتخلف العقلي والى تشوهات أخرى لكن اليوم وبعد التقدم العلمي الهائل يمكن علاجه عن طريق البنيسيلين، فلم يعد السفلس بنفس تلك الدرجة من الخطورة كما كان عليه في الماضي.

• **تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل:** لها تأثير سلبي على نمو الجنين واكتماله ومن بين هذه الأدوية تلك المهدئة كالفاليوم والمضادات الحيوية والهرمونات والعقاقير والمخدرات والكحول بأنواعها.

• **الإدمان على الكحول:** تؤدي الى إصابة الجنين بأعراض تسمى بـ syndrome of fetal alcohol (syndrome of fetal alcohol) وتتمثل هذه الأعراض بنقص النمو وتشوهات في الوجه والجمجمة وعيوب في الأطراف بالإضافة الى التخلف العقلي البسيط وأحيانا الشديد.

• **الأمراض المزمنة عند الأم على سبيل المثال ضغط الدم الزائد والسكري ومرض الكلى يؤدي الى إصابة الجنين بالتخلف.**

• **الولادة قبل الأوان** هذا السبب مسؤول عن حوالي 10-20% من جميع حالات التخلف العقلي.

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي الى حدوث الولادة قبل الأوان ويعتبر التوأم هم أحد العوامل المؤدية للولادة المبكرة ويؤدي تسمم الحمل والتدخين أثناء الحمل الى الولادة المبكرة (عبيد، ص، ص 64، 68).

• **تلوث الماء والهواء وعوامل أخرى:** ان تلوث الماء والهواء وسوء التغذية ونقص اليود هذا له تأثير على الجنين في بطن أنه وقد يتعرض للإصابة بالتخلف العقلي.

2- عوامل تحدث أثناء الولادة:

• **نقص الاكسجين في الدم:** وخاصة الأطفال الذين يولدون قبل النضج الكامل وفي امراض المشيمة وامتداد ساعات الولادة مما قد يعرض الطفل للاختلاف والزرقة الناتجة عن نقص الاكسجين مما ينعكس على عمل المخ ويسبب عطبا دائما (غانم، 2009، ص553)

• إصابة الدماغ التي تحدث أثناء الولادة: بسبب حالات الولادة أو للاستخدام الغير حذر لبعض الأدوات (الجفت، الشفاط) لإخراج الجنين أثناء حالات الولادة العسيرة (أحمد، ص74).

—إذا انفصلت المشيمة بسرعة أو إذا استنشق الجنين السائل الأمنيوي الذي يعوم فيه بكميات كبيرة، تعوق وصول الأكسجين الى الرئتين أو اختناق الطفل عقب الولادة مباشرة.

أما الالتهابات التي تصيب الجنين بسبب عوامل فيروسية أو ميكروبية من العوامل الفعالة المساهمة في احداث تلف في الجهاز العصبي المركزي ومن تلك الالتهابات:

—التهاب السحايا: الإصابة به تؤدي الى وفاة الجنين أو إعاقة عقلية.

—التهابات أخرى ناتجة بسبب سوء التغذية المادة الدماغية البيضاء بسبب الاضطرابات الفيروسية الأخرى.

—كذلك قد يؤدي التسمم الى حدوث التخلف العقلي الناجم عن الرصاص أو أكسيد الكربون أو الزرنيخ والكفيين وهو مادة شديدة المرارة يعالج بها مرض الملاريا (عيسوي، 1999، ص94)

3- عوامل ما بعد الولادة: عند الاستعداد لاستقبال الوليد مثل دفعه الى التنفس والبكاء أو الإسراع به الى المحضنة ان كان ناقص النمو أو وجود مرض بأمراض معدية حول الولادة.. الخ ويمكننا ذكر أهمها:

1• الحوادث والصدمات: تعتبر الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الطفل في مرحلة ما بعد الولادة سببا رئيسيا في ظهور حالات الإعاقة العقلية وخاصة تلك الحوادث والصدمات التي تؤثر بشكل مباشر على منطقة الرأس كحوادث السيارات والضربات المباشرة أو الوقوع على الرأس اذ يصاحب عادة هذه الحوادث نقصا في الاكسجين أو نزيف في الدماغ أو كسور في الجمجمة أو المخ مما يؤدي الى تلف الجهاز العصبي المركزي وبالتالي الإعاقة العقلية.

2• الأمراض والالتهابات: تعد بعض الأمراض التي قد تصيب الأطفال في مرحلة عمرية اذ لم يتم تطعيم الأطفال ضدها سببا رئيسيا لحدوث الإعاقة العقلية ومن هذه الأمراض: النكاف، الحصبة، الجدري، التهاب السحايا، التهاب الدماغ، اضطراب الغدد.. الخ وخاصة ما إذا صاحبها ارتفاع في درجة الحرارة التي تؤدي الى اضطرابات عصبية وحالات في الإعاقة منها الإعاقة العقلية اذ تؤثر فيروسات الأمراض وتحدث تلف في الجهاز العصبي المركزي للطفل.

3• العقاقير والأدوية: تعمل هذه العقاقير والأدوية كونها مواد الى تلف الجهاز العصبي المركزي والى العديد من الأمراض النفسية العقلية كالمنومات والمهدئات وتبدو اثارها في اضطراب القدرات العقلية.

–الأفيون والهيروين وتبدو اثارها في الاضطرابات العقلية والعصبية، التهاب الكبد الفيروسي، الإيدز، التهابات السحايا.

–المشروبات الكحولية وتبدو اثارها في الاضطرابات النفسية والعقلية وأمراض تشمع الكبد، ومشكلات في الجهاز العصبي.

–التدخين وتبدو اثاره في امراض الجهاز التنفسي، السرطان، ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات الجهاز العصبي، اضطرابات عصبية أخرى.

•4 الفقر والرمان وعلاقتها بالاعاقة العقلية: يلعب الحرمان الثقافي والظروف البيئية الغير مناسبة دورا سلبيا في نمو وتطور ذكاء الأطفال، اذ أن توفر الإمكانيات تنمي ذكاء الأطفال.

ومن الحرمان البيئي الحرمان من فرص التعليم والتدريب اللازمين لاكتساب المهارات والخبرات، العزلة الاجتماعية وانعدام او عدم كفاية فرص الاستثارة والتنبهات الحسية والعقلية والحرمان العاطفي وتقييد الطفل وتعريضه لظروف وضغوط نفسية شديدة من شأنها أن تؤدي به الى اضطرابات نفسية والانفعالية وتحول دون تكيفه وتوافقه الشخصي والاجتماعي وغالبا ما يكون التخلف العقلي الناتج عن هذه المجموعة من الأسباب من الدرجة البسيطة ويطلق عليه البعض تخلف عقلي ثقافي أو أسري (القريطي، 1996، ص93)

3- الأسباب النفسية للتخلف العقلي: تدل التجارب على أن الأطفال الذين حرّموا من عطف الكبار الناضجين حولهم ازدادت حساسيتهم للأمراض وانخفض مستوى الحيوية والنشاط بينهم بصفة عامة وتسمى هذه الظاهرة ظاهرة الافتقار أو الحاجة الى الرعاية أو حضانة كبير ناضج وخاصة الى رعاية الأم أو إصابة الطفل بمرض معدي مثل الجذام الذي يؤدي الى تشوهات يشعر معها الطفل بالنقص والخجل من المجتمع واشتمئزاز الناس منه، فيدفعه الى العزلة من المجتمع والحرمان من تنمية قدراته الذاتية وهذا من الأسباب المؤدية للإعاقاة العقلية.

ويذكر حامد زهران أن نقص الدافعية والخبرات الملائمة للنمو العقلي السوي والاضطراب الانفعالي المزمّن في الطفولة المبكرة غير السعيدة التي يعيش فيها الطفل يمكن أن تؤدي الى الإعاقاة العقلية ويؤكد فاروق صادق 1986 أن التخلف العقلي يمكن ان يكون ناتجا من الحرمان البيئي نتيجة لقيود ومحددات معينة قاسية من ممارسة عدد معين من الخبرات الطفولية لكن يستطيع أن ينمو نموا عقليا واجتماعيا سليما.

ويجب أن يصل هذا الحرمان الى مستوى معين حتى يستطيع القول بأنه أدى الى نقص كبير في خبرات الطفل الفردية التي تؤدي الى النمو العقلي والاجتماعي وتكامل الشخصية بشكل سوي، وقد يكون الحرمان حسي وهو حرمان الطفل من استخدام الحواس بطريقة سوية، حيث تعتبر من أهم الالات الادراك، وهي أدوات الاتصال المباشر بين الانسان ونفسه وبين العالم الخارجي، وبالتالي فالحواس تعتبر مصدرا هاما من مصادر المعرفة يعجز الانسان عن تنمية قدراته الذهنية بفقدانها (إبراهيم، 2008، ص، ص (79،80

* الأسباب الاجتماعية: يعتمد التطور الذهني للأطفال الصغار على وجود من بينهم من الكبار أو الأطفال الآخرين وسوف يكون التنبه أكثر فاعلية اذا كون الطفل علاقات تتسم بالثقة مه المحيط به من الناس الحساسين لاحتياجاته، وقد يؤدي انعدام مثل هذه العلاقات الى الإعاقة العقلية الخفيفة، ولاسيما عند الطفل الضعيف وراثيا ويزيد احتمال حدوث هذا الوضع عندما يجتمع عدد من العوامل المناوبة في بيئة الطفل، وتشتمل هذه العوامل على:

1• الفقر: ان الالباء الذين يعانون من شظف العيش ماديا لن يكون لديهم الوقت الذي يخصصونه لاحتياجات أطفالهم.

2• الأسر الكبيرة الحجم: ينطوي وجود عدد كبير من الأطفال على احتمال ان واحد منهم أو اكثر قد لا يلقى العناية الكافية، وقد لا يكون ذلك صحيحا للأسر الموسعة، حيث يتقاسم الكبار رعاية الصغار.

3• مرض أحد الأبوين مرضا بدنيا أو عقليا.

4• الولادات المتقاربة.

5• الاكتظاظ.

6• ضعف المستوى المعيشي للأبوي.

7• النمو في دور الأيتام أو مؤسسات أخرى متدهورة المستوى في رعاية الأطفال.

ومن المحتمل أن تجتمع الكثير من العوامل المجتمعة في الأسر التي تعيش في ظروف اجتماعية متواضعة، أو في الأحياء الفقيرة من المدن الكبيرة، وبذلك نجد أن هناك علاقة عكسية بين المستوى الاجتماعي وحدوث الإعاقة العقلية الخفيفة، حيث يقل حدوث هذه الحالة في أطفال الطبقة المتوسطة

بينما تكون متوطنة بين السكان في المناطق التي تحيا فيها أكثرية العائلات في ظروف شديدة الازدحام قريبة من حدود الكفاف.

ويمكن القول إن افتقاد الطفل للبيئة الاجتماعية المناسبة له اثار سلبية على النمو العقلي للطفل وخاصة في المراحل المبكرة كما ان تغيير البيئة والانتقال الى بيئة جديدة غنية بالخبرات والمثيرات والتجارب له اثار إيجابية على هذا النمو (إبراهيم، 2008، ص، ص 79،78)

4- خصائص المتخلفين عقليا:

4-1- الخصائص الجسمية للمتخلفين عقليا خفيفي الدرجة: من الجدير بالذكر لا توجد خصائص جسمية معينة تميز الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم للفصول المدرسية عن اقرانهم العاديين من متوسطي الذكاء، حيث يشبهونهم تقريبا في الطول والوزن، وفي التآزر الحركي في مرحلة الطفولة. وحالات التخلف العقلي البسيط تظهر عند علامات البلوغ الجسمي والجنسي في مرحلة البلوغ والمراهقة ويكتمل عندها نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس في حوالي سن الثامنة عشر مثل أقرانهم.

والأطفال المتخلفين عقليا خفيفي الدرجة وزنهم أخف وأقصر في القوام بدرجة طفيفة من اقرانهم العاديين وهناك شبه اجماع بين الباحثين على أن معظم المتخلفين عقليا القابلين للتعلم لديهم مشاكل حسية حركية ادراكية بصورة أكبر من العاديين وأن هذه المشاكل قد تكون راجعة الى القصور المباشر في الحواس الذي يؤثر بدوره على الادراك والحركة أو أن هذه المشاكل راجعة الى محدودية الخبرات التي يتعرض لها المتخلفون عقليا مما أثر على كفاءة الحواس.

* الخصائص الجسمية للمتخلفين عقليا متوسطي الدرجة: يلاحظ وجود قصور لديهم في التآزر الحركي للحركات الدقيقة أو الكبيرة على الرغم من ان الفرد يكون غالبا قادر على المشي والحركة باستقلال زيادة القابلية للإصابة بالأمراض المختلفة، وكثرة التعرض للمشاكل الصحية وذلك على الرغم من ان النمو الحركي يبدو أقل تأثرا من غيره من القدرات الأخرى، ما عدا في الحالات الشديدة والعميقة. ويوجد تباين في الخصائص الجسمية تميز هؤلاء الأفراد المتخلفين عقليا عن اقرانهم العاديين فهم يقعون دونهم من حيث الطول والوزن وتظهر بينهم.

وأجريت دراسة موسى وآخرون، بهدف دراسة الخلل البدني وعلاقة تلك بالاختلالات النفسية في

الأفراد المتخلفين عقليا متوسطي وشديدي وعميقي الدرجة بلغ عددهم 105 وتجاوزت أعمارهم 50 سن وخلصت النتائج الى أن الوضع الصحي البدني لدى الأفراد لا يكون أسوأ مما وجد في العاديين وقد يرجع ذلك الى صعوبة كبيرة في تحديد الاختلالات النفسية لدى الأفراد المتخلفين عقليا شديدي وعميقي الدرجة على الرغم من أن النمو الجسمي للأفراد المتخلفين عقليا القابلين للتدريس يميل الى اتباع التتابع العادي الا أنه يتسم بالبطء.

* **الخصائص الجسمية للمتخلفين عقليا شديدي وعميقي الدرجة:** وجد أن عدد كبير منهم لديه صعوبات حركية دالة تتمثل في عدم القدرة على المشي، المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة من الممكن أن تكون موجودة مع وجود قصور في عمليات الإخراج تنتج عن الحركات الحركية غير الملائمة وغير البارعة.

وهؤلاء الأفراد أدنى بكثير من العاديين في الصحة العامة وفي البنيان الجسمي وتكثر بينهم الأمراض والتشوهات ويعانون من الصرع واضطرابات في السمع والرؤية والشلل التشنجي ويكثر بينهم الاضطرابات الجينية واضطرابات التغذية وشكوى متكررة في الاضطرابات الحسية والام متكررة في الأسنان كما أن الإمساك يحدث في أكثر من 40% من المتخلفين عقليا وهم أكثر اتصالا بالأطباء ويمكنون لفترات زمنية طويلة في المستشفيات وترتفع معدلات الوفاة في المتخلفين عقليا شديدة التخلف بأقرانهم العاديين والمهارات الإدراكية الحركية تكون غالبا غير متواجدة (الشربيني، 2004، ص، ص (76،73)

4-2- الخصائص الانفعالية للتخلف العقلي: إذا كانت انفعالات الشخص العادي تتصف بالي حد ما بالثبات والواقعية في مجامعة مشاكل الحياة، فان انفعالات المعوق عقليا تتصف بالتقلب والحدة والاضطراب الانفعالي، والمعوق عقليا من فئة التخلف العقلي البسيط يتصفون بحالتهم العاطفية الكئيبة وفرط احساسيتهم وعدم الثبات الانفعالي.

وتميل نتائج البحوث والدراسات الى وصف شخصية المتخلفين عقليا بعدة سمات وخصائص من أهمها ما يلي:

- 1• التبلة الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم او الانفعالية وعدم التحكم في الانفعالات.
- 2• النزوع الى العزلة والانسحاب في المواقف الاجتماعية.

- 3• عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع.
- 4• تدني مستوى الدافعية الداخلية وتوقع الفشل.
- 5• سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء.
- 6• الجمود والتصلب.
- 7• الشعور بالدونية والإحباط أو ضعف الثقة بالنفس.

بالإضافة الى هذه الخصائص توجد خصائص انفعالية وشخصية واجتماعية للمتخلف عقليا والتي

من أهمها:

- 1• صعوبة التكيف في المواقف الاجتماعية.
- 2• اضطرابات تفاعلية مع الآخرين.
- 3• الانسحاب والعدوانية والانزواء.
- 4• صعوبة تحمل المسؤولية اتجاه الآخرين.
- 5• اضطراب مفهوم الذات.
- 6• الخوف من الآخرين وعدم اللعب معهم.
- 7• صعوبة الرد على من يتعدى عليه.
- 8• نقص اهتمامه بالعالم من حوله.
- 9• مضطرب انفعاليا.
- 10• عدم تناسب سلوكه وردود أفعاله لمستوى سنه وقدراته.

وفيما يلي بعض الخصائص الانفعالية لهؤلاء الأطفال من فئة التخلف العقلي البسيط.

- 1- الانسحاب والعدوان: من خلال تفاعل المتخلف عقليا مه أسرته وجيرانه وزملاءه في المؤسسات يدرك مدى التقبل منهم فيقبل الناس ويعمل على الحصول على رضاهم أو يدرك النبذ والرفض منهم فيتردد في الاقبال عليهم ويشعر بالحرمان والإحباط كما أن بعض المعوقين عقليا يميلون الى الانسحاب والانزواء عن نشاط الجماعة التي يوجدون فيها، وبعضهم يتسم بسلوك عدواني اتجاه الآخرين وإذا كانت هذه الصفات يتصف بها الأطفال العاديون الا أن المعوقين عقليا تكثر بينهم صفات الانسحاب والعدوان.
- 2-النشاط الزائد: ان هذه الصفة تتضح في حالة المعوقين عقليا الذين يعانون تلفا في الجهاز العصبي المركزي، حيث لا يمكنهم الاستقرار في مكان دون ان يغيروه ولا يكفون عن الحركة المستمرة وهم شديدا

الانفعال ولا يستطيعون الاستمرار في تأدية عمل معين.

- 3- عدم تقدير الذات: يذكر البعض ان المعوق عقليا ما ينظرون الى أنفسهم على أنهم أشخاص عاجزون وأقل من غيرهم، وأنهم لا قيمة لهم، وقد يرجع هذا الى شعورهم بعدم الأمن وتعرضهم لإحباطيه كبيرة.
- 4- القلق: حيث يشعر المتخلف عقليا بعجزه عن تحقيق الهدف (الموقف الأول) فيتوقع الفشل والإحباط وترتفع عنده حالة القلق.

وقد وضح كروميل نموذجا يساعد على فهم شخصية المتخلف عقليا بالنظر اليها من عدة زوايا متكاملة شملت عدة نظريات لبناء الشخصية واستعان أيضا بمفاهيم الحيل الدفاعية ومفهوم الذات وفيه نجد ان الشخص المتخلف عقليا يتفاعل مع نوعين من المواقف.

أ- مواقف تتضمن تهديدات يسعى الى الابتعاد عنها.

ب- مواقف تتضمن أهداف يسعى الحصول عليها.

ويشعر المعاق في النوع الأول من المواقف بعجز عن مواجهة الخطر الذي يهدده ويتوقع الفشل والإحباط فترتفع عنده حالة القلق.

ويؤدي توقع الفشل والإحباط وارتفاع حالة القلق عند المعوق عقليا الى قيامه ببعض الحيل الدفاعية التي تمكنه من مواجهة التهديد والسيطرة على الموقف بطريقته الخاصة، ومن أكثر الحيل الدفاعية شيوعا عن المعوقين (الانكار، النكوص، الاسقاط).

وكما تؤدي خبرات الفشل والإحباط في الطفولة الى تنمية سمات طيبة عند هؤلاء الأطفال ومن أهمها تجنب الفشل، عدم المثابرة الاكتئاب السلبية لأن تكرار هذه مؤلم لجعلهم يدركون ان الظروف التي تحبط لهم أقوى من أجل النجاح الا بالتشجيع من الآخرين.

ولقد بنى كروميل وزملاءه تفسيرهم شخصية المعوق عقليا على أساس نظرية ووتر في التعلم الاجتماعي التي أكدت على دور خبرات الطفولة في بناء الشخصية وجعلها متوافقة أو غير متوافقة.

ويتكون بنموذج كروميل لبناء الشخصية من العناصر التالية:

- أ- ادراك التهديد ويؤدي الى القلق العام والقلق النوعي وتوقع الفشل والإحباط.
- ب- الجيل الدفاعية ويؤدي الى تجنب الفشل والانكار والاسقاط والنكوص والتخريب والقمع والتقمص.
- ج- سمات الشخصية ويؤدي الى الخوف من الفشل والجمود والسلبية والتوجه من الخارج والحظ من شأن

الذات والعدوان.

د- الحاجات والأهداف ويؤدي الى الحاجة الى تقبل الحاجة للإنجاز والحاجة للشعور بالكفاءة ويتضح من هذا النموذج أن أساليب معاملة هؤلاء الأطفال التي تتضمن التهديد والنبذ والحرمان والإحباط، تجعل من هؤلاء الأطفال يتسمون بشخصية عدوانية قلقة غير متفاعلة منسجيه، سلبية، غير قادرة على التفاعل الاجتماعي بصورة طبيعية (عامر واخرون، ص، ص 129، 135)

4-3- الخصائص العقلية للمتخلفين عقليا:

أهم ما يميز المتخلف عقليا عن الشخص العادي هم الخصائص العقلية المعرفية حيث تقل نسبة الذكاء عن 70 ولا يزيد العمر العقلي للمتخلف عقليا عن عشرة أو 11 سنة عقلية ولا تؤهله للحصول الدراسي أكثر من الصف الخامس مهما بلغ منه العمر ومهما تعرض ببرامج ومثيرات تربوية (كاشف، 2001، ص24)

ومن أهم هذه الخصائص العقلية للمتخلف هي:

- 1- نمو عقلي بطيء.
- 2- انخفاض الذكاء عن الأطفال العاديين.
- 3- ضعف القدرة على التفكير المحدد واستخدام الرموز.
- 4- كما أظهرت دراسة كاتنج 1980 ان انخفاض مستوى القدرة العقلية المعرفية لدى المتخلف عقليا تؤدي الى التأخر في الحصيلة اللغوية وتزايد بتقدم العمر وتكون أكثر في الذكور عنها في الاناث.
- 5- صعوبة التذكر السمعي والبصري، وصعوبة تكوين مفاهيم الشكل وفي بعض المجالات التطبيق.
- 6- انخفاض متوسط طول الكلمات المنطوقة وصعوبة مقاطع الكلمات.
- 7- صعوبة الاستفادة من الخبرات السابقة.
- 8- عدم القدرة على التركيز الانتباه لوقت طويل وقصور فهمه للرموز المعنوية.
- 9- يميل الى تجيع الأشياء او تصنيفها بطريقة غير صحيحة.
- 10- النقص الواضح في القدرة عن التعلم من تلقاء نفسه.
- 11- صعوبة اتقان مهارتي القراءة والكتابة (عامر، ص، ص 147، 148)

وبالإضافة الى هذه الخصائص هناك بعض الخصائص العقلية التي يتميز بها المتخلفين عقليا والتي من أهمها ما يلي:

- 1• ضعف الانتباه: يزداد الانتباه عند العاديين في المدة والمدى مع زيادة أعمارهم لكن انتباه المراهق المتخلف عقليا مثل انتباه الطفل الصغير محدود المدة والمدى يتشتت انتباه بسرعة وذلك لأن مثيرات الانتباه الداخلية عنده ضعيفة وتحتاج الى ما يثير انتباهه من الخارج لا ينشغل بأكثر من مثيرة في موضوع واحد هذه الخاصية تجعله لا يتعلم من الخبرات التي تمر به اذا وجد ما ينبهه اليها حق يدركه.
- 2• القصور في الادراك يعاني المتخلف عقليا قصور في عملية الادراك خاصة عمليتي التمييز والتعرف التي تقع على حواسه الخمسة بسبب صعوبات الانتباه والتذكر فهو لا ينتبه الى خصائص الأشياء ولا يدركها وينسى خبراته السابقة فلا يتعرف عليها بسهولة مما يجعل ادراكه لها غير دقيق أو يركز على جوانب غير أساسية فيها.
- 3• القصور في الذاكرة والتفكير: المتخلفون يتعلمون ببطء وينسون ما يتعلمون ببطء وذلك راجع الى أنهم يحفظون المعلومات والخبرات في الذاكرة الحسية بعد جهد كبير وهذا المستوى في الذاكرة يحفظ المعلومات والخبرات لمد قصير فقط لكن لا ينقلها الى المستويات الأخرى التي تؤكد على حفظ المعلومات لفترات طويلة وهذا ما يجعلهم في حاجة الى التعلم أكثر من مرة، أما التفكير الأطفال المتخلفين عقليا ينمو بمعدلات بطيئة بسبب القصور في الذاكرة وضعف القدرة على اكتساب المفاهيم وتقويم الصور الذهنية والحركية (نصر، 1999، ص، ص 18، 19)
- 4• خصائص اجتماعية للمتخلفين عقليا: يفترق الضعيف عقليا الى مهارة كيفية التعامل مع الآخرين او الى قدرة الذكاء الاجتماعية والذي يعني القدرة على فهم الرجال والنساء والفتيان والفتيات والتحكم فيهم وادارتهم بحيث يقومون بأدوار حكيمة ومحددة في العلاقات الإنسانية فالشخص يعيش في وسط اجتماعي ولا بد له من التعامل، وحق وجد التحليل النفسي أن الفرد في أشد حالات العزلة " يهلوس" بوجود الآخرين ذلك الآخر الذي يكون ادراكه في البداية سابقا على ادراك الذات ومن خلال ذلك يستطيع الشخص ان يفرق بين ذاته والتي كانت مدمجة في ذوات الآخرين وضائعة البداية وذوات الآخرين ومن هنا لا بد ان ينمو لدى الشخص ما يسمى بحاسة التعاطف والذي يعني في جوهره فهم الأحداث الإنسانية والاجتماعية ويتطلب هذا قدرة من الشخص على ما يسمى بالادراك الاجتماعي لكل الأحداث والأشخاص التي تقع في نطاق بيئته، وبالطبع يفترق المتخلف عقليا الى مثل هذه المهارات بل قد يصل الى بعض الحالات كما

سبق وأشرنا الى ضرورة عزلها في مؤسسات خاصة بذلك لأن تركها هكذا في المحيط الاجتماعي يكون خطر (غانم، 2009، ص561)

ومن أوجه القصور في المهارات الاجتماعية لدى المتخلفين عقليا:

يبدى المتخلفون عقليا الكثير من أوجه القصور في المهارات الاجتماعية على النحو التالي:

- المتخلفون عقليا يواجهون عقبات في قدرتهم على الاتصال مع الآخرين بفاعلية.

- الأطفال المتخلفين عقليا صغار السن يستخدمون سلوكيات رمزية أقل عندما يتفاعلون مع الأحداث البيئية أكثر مما يفعله أقرانهم العاديين.

- يبدى المتخلفون عقليا قصورا واضحا في قدرتهم على المشكلات الاجتماعية وقد هدفت دراسة فالون الى

أن حل المشكلات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المتلازمة داون بلغ حجمها 30 طفلا، 66 طفلا

متخلفا عقليا بأسباب غير محددة، 22 طفلا عاديا، وانتهت نتائج الدراسة الى أن الأطفال بمتلازمة داون أعطوه استجابات مناسبة قليلة وغير مرنة، وكانت أكثر تشتتا مقارنة بالمجموعات الأخرى.

- الكثير من المتخلفين عقليا يبدون قصورا في العمليات المعرفية الاجتماعية داخل الفصل الدراسي.

- يظهرون قصورا بينيا على إقامة علاقات، كما أنه لديهم صعوبات في إقامة صداقات.

- يستغرقون وقت طويل لتعلم المهارات الاجتماعية (الشرييني، 2009، ص، ص 178، 179)

كما يذكر باتون Patton وآخرون المتخلف عقليا من الفئة الخفيفة لديهم القدرة على التوافق

الاجتماعي فهم قادرون على التحدث والاشترك في بعض الأحاديث مع الآخرين والتعامل معهم

ويستطيعون الاعتماد على أنفسهم تحت شروط تدريبية وتعليمية معينة.

هذا ويرى ان المتخلفين عقليا لا يختلفون على أقرانهم العاديين في اشباع حاجاتهم الأساسية ومن

أهم هذه الحاجات (الاتصال، والتقبل، حرية، النمو، الارتقاء) (عامر، ص145)

4-4- الخصائص النفسية للتخلف العقلي: يبرز الاهتمام بالذكاء والقدرات كأحد العوامل التي تشكل بنية

الضعف العقلي لدى هذه الفئة ومن العجيب أن العلماء قد وجدوا ان التغيير الذي يطرأ على نسبة الذكاء

مع التقدم في العمر يتناقص ولا يثبت مما يؤدي الى حدوث التدهور، ولعل هذه النتيجة تتفق مع نتائج

بحوث الخصائص الجسمية في أن ضعيف العقل شخص ضعيف من الناحية التكوينية يمثل هؤلاء

الأشخاص كذلك بذلك العديد من الجهود لتحديد خريطة القدرات لدى هذه الفئة وقد أظهرت وجود نقص

في درجة هذه القدرات كما أنهم لا يظهرون بصفة عامة سمات ممتازة تتوازن مع نقائصهم في سمات أخرى وإنما هم في السعادة اقل من المتوسط في وظائفهم العقلية وخاصة سمك القدرة اللغوية لارتباطه باختبارات الذكاء اللفظية منذ تاريخ بإنشاء الاختبارات حتى الان والذي يؤكد افتقار مثل هذه الفئة الى المكونات الأساسية لهذه القدرة كذلك وجود علماء في هذا الميدان أن ما يميز هذه الفئة أيضا هو وجود خاصية التصلب والجمود وعدم المرونة بل لديهم القدرة على تكرار الأعمال الروتينية بلا ملل وهذا يتفق مع وجود القدرات لديهم بدرجة منخفضة (غانم، 2009، ص560)

4-5- الخصائص اللغوية للمتخلفين عقليا: تعد الصعوبات اللغوية من أهم المشكلات الناتجة عن التخلف العقلي، وترتبط درجة شدة هذه الصعوبات بدرجة الإعاقة العقلية، فالمعوقين عقليا بدرجة بسيطة رغم أنهم يتأخرون في النطق الا أنهم يصلون الى مستوى معقول من حيث الأداء اللغوي بينهم يعاني ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة من صعوبات واضطرابات لغوية مختلفة أما المعوقين عقليا بدرجة شديدة وعميقة فغالبا ما يعجزون عن النطق، ويتوقف نموهم اللغوي عند مرحلة البداية لا تتجاوز مجرد اصدار أصوات فجأة غير ذات معني ومن ثم غير مترابطة ولا مفهومة ومن اهم المشكلات والصعوبات اللغوية لدى المتخلفين عقليا عموما البطء الملحوظ في النمو اللغوي والآخر في النطق واكتساب قواعد اللغة وغالبا الطابع الطفولي في لغتهم وصالة المفردات اللغوية وبساطتها لما لا يتناسب مع أعمارهم الزمنية ولذا فان المستوى أدائهم اللغوي يكون أقل بكثير منه لدى أقرانهم العاديين في العمر نفسه.

كما يعاني المعاقين عقليا من اضطرابات الكلام أو النطق، ومنها اضطرابات طلاقة النطق كالتأتأة أو اضطرابات التلفظ كالحذف والتحريف والابدال واضطرابات الصوت Voice التي تشمل طبقة الصوت وشدته وعدم ملائمة نغمته. كما يلاحظ أن المتخلفين عقليا أنهم متأخرون في اللغة، كما يلاقون صعوبة في التعبير أو فهم الآخرين أو الكتب الدراسية، وذلك لأنهم يعانون العديد من عيوب النطق والكلام، مما يعوق الطفل ويؤدي الى الشعور بالنقص والاضطراب النفسي (عامر، ص147)

4-6- الخصائص التربوية للمتخلفين عقليا: ان فئة المتخلفين عقليا من فئة المأفوفين القابلين للتعلم

لديهم بعض الخصائص التربوية والتي من أهمها:

1-الخاصية الى التكرار: حيث أكدت العديد من الدراسات في هذا المجال ان المتخلف عقليا لا يستوعب الموقف التعليمي الا بعد التكرار لعدة مرات، مما يساعده على التذكر والاستفادة من مواقف التعلم لذا ينصح العلماء بتطبيق مبدأ التعليم بعد تمام التعليم ولذا فان تكرار المواقف من خلال الأنشطة التعليمية

وتكرارها مرة أخرى بالدوائر التليفزيونية المتعلقة أمام المتخلفين عقليا يساعد على استيعاب الموقف التعليمي.

2-الخاصية الى جذب الانتباه باستمرار: حيث يحتاج المتخلف عقليا الى ما يجذب انتباهه باستمرار أثناء عملية التعلم أو التدريب على نشاط تعليمي، لأنه لا يستطيع الانتباه من تلقاء نفسه الى المثيرات المختلفة.

3-افتقاد القدرة على الملاحظة التفقيائية: نظر الافتقاد المتخلف لهذه القدرة، لذا يجب تدريب الطفل على كل شيء ان تعلمه له وأنه يوجهه المعلم الى كل ما يريد ملاحظته.

4-التركيز على الأشياء الملموسة: يفتقر المتخلف عقليا الى استخدام الألفاظ في التعبير عن نفسه، لذا يفضل البعد عن اختبارات المقال له كما يجب البعد عن استخدام المجردات في تعليمه على الأشياء المادية الملموسة، وأن يستخدم أكثر من حاسة من حواسه.

وبالإضافة الى هذه الخصائص توجد خصائص وسمات تربوية وتعليمية للمتخلفين عقليا وهي كالتالي:

- 1• قصور أو نقص أو توقف في النمو الجسمي والعقلي.
- 2• قصور أو نقص في القدرة على التكيف الاجتماعي.
- 3• قصور في القدرة على التكلم.
- 4• وجود نوع من العجز البيولوجي وخاصة في الجهاز العصبي.
- 5• الميل للقصر أو التشوه أو الشذوذ في الشكل العام وخاصة في شكل الرأس.
- 6• مظاهر النمو العام وارتباط الضعف بها كالتأخير وظهور عيوب النطق وتأخر النمو الحركي كالمشي والتوافق العضلي والحسي والحركي (عامر، ص، ص 148، 149)

4-7-الخصائص المهنية للمتخلف عقليا:

من بين المبادئ العامة حتى يتمكن المتخلف عقليا من تشغيله هو ما يلي:

- ان يكون التدريب حسب ميول واستعدادات المعاقين.
- عدم تعرض المعوق نفسه للخطر، أو تعريض سلامة الآخرين للخطر.
- المساواة في العمر مع العاديين من حيث الأجر وساعات العمل.
- حقهم في الحصول على عمل لكسب قوتهم اليومي.
- تحسين ظروف العمل للمعلقين ذهنيا.

-التركيز على جوانب القوة لديهم، وليس على جوانب العجز.

-الإفادة من فوائد العمر واكتساب الخبرات وتبادلها.

-حقهم في التعويض عن اصابتهم بالعمل.

أما فيما يحض لنوعية الأعمال التي يلتحق بها المتخلفون عقليا ومعدلات انتشارها في عام 1919 بدأت ورش العمل تفتح أبوابها للمتخلفين عقليا عندما كانت مدينة نيويورك تفتح المحلات أو الورش للعمل والتي تخدم غالبية البنات المتخلفات، وتساعدهم في الحصول على عمل داخل المجتمع الذي يعيشون فيه.

ويقصد بالتشغيل المحمي توفير فرصة العمل لهؤلاء متوسطي وشديدي تماما (معاقين تماما) والذين لا تمكنهم اعاقتهم من التدريب أو الإفادة الفعلية من مهمة ما، لذا يتوفر التشغيل المحمي فرصة لهم لكي لا يصبحوا عالة على أهلهم والمجتمع وهم يتقاضون راتبا احتياجات المعوق في حياته اليومية من الدولة بالإضافة الى ما يكسبون من عملهم الذي قد يكون على شكل اكمال بعض الأجزاء وتتكون هذه الصناعات غالبا محمة من قبل الدولة في عدم استراء أو فتح مصانع لغير هؤلاء الأطفال المعاقين. وتشير نتائج دراسة ويمير الى أن الراشدين المتخلفين عقليا الذين يعملون في الورش المحمية يكونون بدرجة دالة موجهين من الخارج مقارنة بهؤلاء الذين يؤدون أعمال تنافسية.

والتشغيل المحمي يأخذ 03 أشكال أساسية وهي:

- 1-وجود وحدات عمل محمية في مؤسسات العمل العادية والتي تتخصص وتقتصر على المتخلفين عقليا.
- 2-ورش عمل ومشغل محمية التي يعمل فيها فقط المتخلفين عقليا.
- 3-المشاغل الخاصة التي يعمد بها المتخلفين عقليا أو التي تقوم بعضها بإنشائها في بيوتهم، والعمل فيها لحسابهم الخاص في اطار الأسرة التي يعيش فيها.

والمهن التي تقدم للأطفال المتخلفين عقليا الفرص لإظهار انجازاتهم تتضمن أنشطة متدرجة من المهام البسيطة مثل القص واللصق في انجاز الأبواب والشبابيك، والنسيج والخياطة، ومهن أخرى، وهي تشبع اهتمامات المتخلف عقليا، لأنها شيء ملموس أو محسوس يظهر مجهودهم، كما أنه هواية والفتيات تعنى بتسريحات وملابسها وبالأفلام والأسطوانات وبأمور المنزل الى حد ما، أما الفتى فانه يجب أن يصنع أشياء بيده (الشرييني، 2009، ص، ص 342، 343)

5-الاتجاهات نحو المتخلفين:

يشكل التخلف العقلي ظاهرة اجتماعية هامة سواء في المجتمعات المتحضرة والتي تهتم بتنمية ذكاء مواطنيها لتوفير أفضل الفرص للتوافق الاجتماعي أو في المجتمعات النامية، حيث يصبح التخلف العقلي عبئاً على الأسرة والدولة إذ يتطلب الكثير من الطاقة والجهد لتوفير الرعاية المادية والنفسية ومن ثم تحتاج تلك المجتمعات إلى التقليل من أضرار مشكلة التخلف العقلي وأن حجز الزاوية للانطلاق بالطفولة المعاقة هي تقبل المجتمع لهذه الإعاقة من البداية، فنجد المجتمع يتصرف تصرف آخر من عزل هذه الطفولة فما زال المجتمع ينظر إلى الطفل المعاق على أساس أنه عديم الفائدة لا يحاول أن يساعده ولكنه يقف منه موقف المتفرج وذلك لعدم معرفته كيف يتعامل معه فهو إما خائف منه أو خائف عليه.

وتعتبر نظرة سلبية للمجتمع في تقبل الإعاقة التي تعكس بدورها على الأسرة والذي يجني ثمرة ذلك هو الطفل المعاق، مما يؤدي ذلك إلى رد الفعل الطبيعي لرفض المجتمع الغير معلم للإعاقة تدفع الأسرة إلى إخفاء طفلها المعاق بأي نوع من أنواع الإعاقة على المجتمع مما يصيب الطفل بالاكتماب والعزلة ويصبح عدو المجتمع الذي رفضه.

بذلك فإن اهتمام الأسرة ورعاية الطفل المعاق يؤدي إلى مساعدته على التكيف السليم مع قدراته ومع أفراد المجتمع.

كما أنه تؤكد ذاتيته وكيانه من خلال إقامة علاقات إيجابية بناءة في المجتمع تساعده على أن يسلك سلوكاً سويًا خالٍ من التناقضات مع احتمال له للشدائد والمصاعب ومواجهتها لتصبح مواطناً صالحاً من خلال زيادة قدرته على الإنتاج وبالتالي بالإحساس المستمر بالرضا والسعادة كأنسان له حقوقه وكرامة وحق في الحياة.

5-1- اتجاهات الأطفال المتخلفين عقلياً نحو أنفسهم:

إن نظرة المتخلف عقلياً لذاته أو مفهومه عن ذاته له دور هام في نموه وتطوره إلى حد كبير وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات التي تناولت موضوع الذات واتجاهات الأطفال المتخلفين عقلياً نحو أنفسهم ونظرته إلى ذاته كانت كالتالي:

- 1- ان مفهوم الذات عند الأطفال المتخلفين عقليا أقل واقعية عن الأطفال الذين يتمتعون بذكاء سواء أكان متوسطا أو عاليا (عبيد، الإعاقة العقلية، 2000، ص، ص، 173، 184)
- وأوضحت الدراسات أن الطفل المتخلف عقليا الذي يدرك أن أباه يعامله مثل بقية اخوته ولا يفرق بينه وبين اخوته في المعاملة، يرتفع تقديره لذاته، وتوجد علاقة إيجابية بين اتجاهات الآباء (التقبل، المساواة، الاثابة) نحو الأطفال المتخلفين عقليا كما يدركونها وتقدير الذات لديهم حيث ان للوالدين دورا هاما في تكوين صورة إيجابية للذات او رفع تقدير الذات لدى الطفل المتخلف عقليا من خلال الأساليب التي يعامل بها الوالدين الطفل والتي تعتمد على تقبله وأشعاره بأنه عضو في الأسرة وعدم الحرج منه أمام الأصدقاء وعدم التفرقة بينه وبين اخوته العاديين في المعاملة وفي المصروف وفي الملابس والفسح واستخدام الاثابة اللفظية أو المادية مثل هذه المعاملة تسهم في رفع تقدير الذات لديه وتجعله يرى نفسه بأنه مثل الآخرين وأنه قادر على الإنجاز في حدود امكانياته وقدراته المحدودة.
- 2- ان المتخلفين عقليا لا يظهرون اتجاهات ثابتة نحو أنفسهم لأن نظرتهم لأنفسهم تختلف باختلاف الأوضاع والظروف التي يكونون فيها كالمدرسة، أو ساحة اللعب أو البيت.. الخ ويبدو أن اتجاهات العاملين في المؤسسات مع الأطفال المتخلفين عقليا نحو هؤلاء الأطفال أيضا تتأثر بالظروف والأوضاع التي يكون فيها هؤلاء الأطفال كما هي الحال في اتجاهات الأطفال نحو أنفسهم والتي تبدو وكأنها نتيجة النشاط الذي يجدون أنفسهم يقومون به.
- 3- ان المتخلفين القابلين للتعلم الموجودين في صفوف التربية الخاصة يحملون مفهوما للذات أضعف من أمثالهم من الذين يذهبون الى صفوف عادية.
- 4- ان المكانة الاجتماعية للطفل بين أقرانه ليست مرتبطة بمفهومه عن ذاته مما يثير الى أن استجابات المتخلفين عقليا فيما يتعلق بمفهومهم بذاتهم لا تتأثر بالمشيرات الاجتماعية الاتية من الرفاق، أي من الرفاق ليس لهم تأثير يذكر على مفهوم الطفل المتخلف عقليا لذاته بغض النظر عن المكانة الاجتماعية التي يضعونه فيها. (عياد وآخرون، ص، ص، 45، 46)
- 5-2- اتجاهات الأسرة والأولياء نحو المتخلفين عقليا:

تعتبر الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الأساسي في تربية النشء وتلقية القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة التي تساعد على تكوينه وتحديد معاملته مع الآخرين.

والوالدين من أهم الفئات التي تؤثر اتجاهاتها في الأطفال المتخلفين عقليا وتتعكس على سلوكهم وأدائهم في مختلف المجالات، وكذلك وجد أن اتجاهات الوالدين بالإضافة الى المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي لهما دور كبير في معرفة المشكلات السلوكية وكذلك طبيعة اعاقته ومن المعروف أن الطفل المتخلف عقليا لديه قصور جسمي وثقافي وعقلي لا يمكنه من تحديد علاقاته وقيمة دون الاعتماد على الأکید على أسرته التي توجهه بصورة مباشرة وغير مباشرة حتى يكتسب خلال فترة زمنية معينة الخبرة والقدرة العقلية التي تؤهله للاعتماد على نفسه والتعامل مع الآخرين.

ويذكر " عادل الأشول" 1994 أن الطفل المتخلف عقليا يمر بضغوط متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة له، والقلق على مستقبله وحياته القادمة وعادة بفرض أعباء أكثر على الأسرة داخل المنزل أو خارجه مما يزيد من الإحساس بالضغوط النفسية لوالديه (عامر، ص 159)

1- تأثير الطفل المتخلف عقليا على الأسرة:

لقد اقترح روزين (1955) Rosen أن اباء الأطفال المتخلفين يمرون عبر سلسلة من المراحل حددها في 5 مراحل بدءا من وعي الوالدين لأول مرة بالمشكلة الى أن يصلوا الى تقبل الطفل وهي:

1- الوعي بالمشكلة

2- التعرف على المشكلة

3- البحث عن السبب

4- البحث عن العلاج

5- تقبل المشكلة.

ان اباء الأطفال الذين لديهم تخلف شديد قد يجدون أنه من السهل إدراك مشكلاتهم عن اباء ذوي التخلف البسيط كون التخلف العقلي يبدو واضحا لدى اباء الأطفال شديدي التخلف وبهذا فان الادراك بالمشكلة يكون سريعا.

وقد تلعب الخلفية الدينية للأبوين دورا في درجة تأثير وجود حالة التخلف العقلي على الأسرة كذلك فان السبب والعمر عند حدوث التخلف تعتبر من المتغيرات الهامة فإصابة الحوادث البدنية قد تؤدي

الى احداث قصور مستديم عند الطفل الذي كان طبيعيا في نموه قد يكون أعمق تأثيرا وشدة على الإباء عن التخلف الراجع لأسباب خلقية كذلك المستويات الاقتصادية والاجتماعية والذهنية تعتبر عوامل في درجة التأثير الناتج عن وجود طفل متخلف عقليا. (عبيد، 2000، ص176)

وحيث يخبر الوالدين أن ابنهم متخلف عقليا فانهما قد يدركان الحالة فربما يرجع الى بعض الاليات الدفاعية كوسيلة للتعامل مع coping المشكلة ويختلف الأثر الأولى الذي يحدث للأسرة (الوالدين) نتيجة علمهما بحالة طفلها حيث يمكن أن يأخذ له أثر موهن على الأسرة كلها.

وقد يؤثر الى اثار سلبية على رابطة الزواج نفسها، حيث تبعث في نفس الزوجين انفعالات قوته تشتمل على فشلها المشترك ويرى بعض الباحثين سليف 1980 cilevel و لامب 1983 lamb ان ردود الفعل تختلف لدى الأمهات عنها لدى الاباء، فالأم قد تأخذ دور الحماية البدنية والوصية على حاجات الطفل بينما الأب أكثر تحفظا في دوره، وقد ينحصر تعامله في الانسحاب أو الاستدماج الداخلي (استذخال لمشاعره Internalization) (الشناوي، 1998، ص، ص 372، 381)

2-ردود فعل الإباء: يستجيب الإباء لواقع وجود طفل متخلف عقليا بمجموعة من ردود الفعل مثل الانكار، اسقاط اللوم، المخاوف، الشعور بالذنب، الحداد والأسى، الانسحاب الفض والتقبل.

أ-الانكار: يوفر الانكار نوعا من الوقاية الذاتية ضد الحقائق المؤلمة، فقد يغلقون عقولهم عن جوانب القصور لدى الطفل ويعزونها الى كسل الطفل ونقص الدافعية والانكار كأسلوب للتعامل مع المشكلة تعتبر في الواقع عديمة الجدوى وهادامة لأن الانكار لا يؤدي الى إخفاء التخلف العقلي، وقد تمتع التدريب والعلاج الضروريين.

ب-اسقاط اللوم: اسقاط اللوم أو اللوم على الاخرين صورة أخرى من صور ردود الفعل من جانب الأبوين لمشكلة التخلف العقلي لدى طفلها، ومن المعتاد ان يكون الأطباء اول من يتعرض للهجوم من جانب الاباء وكثيرا ما يوجه اللوم خاصة لطبيب الولادة ثم أطباء الأطفال واذا كانت حالة التخلف واضحة يمكن تشخيصها عند الولادة فان المسؤولية تقع على الطبيب الملاحظ للحالة او طبيب الولادة او طبيب الأطفال ان يخبر الأولياء حول حقيقة طفلها وفي الواقع عملية اعلام الوالدين بوجود تخلف عقلي لدى الطفل هي عملية صعبة وغير سارة ولهذا يتردد الأطباء في القيام بها لما دفع بالبعض الى القاء اللوم عليهم.

ويمتد القاء اللوم ليشمل حتى الاخصائيين النفسانيين والاجتماعيين في المدرسة وكذلك المدرسين الذين تعاملوا مع الطفل في المرحلة الابتدائية والذين في رأي الوالدين قد أخفقوا في تعليم الطفل بالشكل المناسب.

ج- المخاوف: لا شك أن الأشياء المجهولة ينظر اليها الانسان على أنها مصادر تهديد له مما يجعلها تبعث في نفسيته القلق الذي يبعث بدوره الخوف داخل الفرد.

فوالدي الطفل المتخلف يواجهون كثيرا من الأمور المجهولة التي يكون الخوف هو رد الفعل الطبيعي ازاءها ومن المفروض أن يصغي المتخصصون الى كل هذه المخاوف وان يتعاملوا معها بدقة وبحكمة ويستجيبوا له بشكل يزيد الخوف عند الأبوين.

ولا يجب تزويد الوالدين في البداية بكثير من المعلومات الأساسية لأنهم يكونون غارقين في تلك الحقيقة التي عرفوها عن إعاقة الطفل فهم يعيشون الصدمة ويصعب عليهم استيعاب معلومات (الشناوي، 1998، ص375)

د- مشاعر الاثم: في طبيعة الانسان جانب يختص بتوجيه اللوم عن الخطأ، فهناك أولياء من يشعرون ان كل شيء يجب أن يكون منظما، مرتبا، ومنطقيا، ويرفضون بل ويعتبرون ان عدم السواء من الشذوذ ويعتبر خطأ وأن شخص ما أو شيئا ما يجب ان يكون مسؤولا عن هذا الخطأ، ويمكن أن يؤتي الشعور بالإثم نتائج مفيدة إذا كان يسمع السلوك الغير المناسب، لكن في الواقع فان الشعور بالإثم يعتبر غادرا وهادما ولن يزول تخلف الطفل بمجرد اللوم كما أن المشاعر المكثفة من التأثم يمكن أن تؤدي الى تدمير صورة الذات الموجبة لدى الوالدين (مخلوف، 1991، ص285)

هـ- الحداد والأسى: يعتبر الأسى رد فعل طبيعي للمواقف التي تجلب الألم الشديد والشعور بالخيانة فعند ازدياد طفل متخلف يفقد الوالدين الصورة الموجبة للذات وربما قد يستجيب الأولياء في بعض الأحيان الى تمنى موت الطفل أو يشعرون فروا في ابداءهم في مؤسسات خاصة بعد ولادتهم مباشرة ويعلنون لأقاربهم ان الطفل ولد ميتا بل أن بعضهم قد كتب نعيًا لطفله في الصحف.

و- الانسحاب: يأتي على كل منا وقد يود فيه أن يخلو بنفسه وأن يتأمل شؤونه ويراجع حياته ويحاسب نفسه ويفكر بحرية مع نفسه في شؤونه ويعيش عالمه الخاص وفي بعض الوقت يكون لذلك السلوك يشكل أهمية علاجية ذات قيمة في حياة الفرد ولكن رغم هذا فان الانسحاب البعيد عن الناس يكون ضارا حيث

يصبح نوعا من العزلة الى أن يمتد لفترة طويلة تصبح ضارة وفي بعض الأحيان ينسحب اباء الأطفال المتخلفين عقليا عن أصدقائهم وأقاربهم والمتخصصين أو بعيدا عن الأنشطة التي تسهل التنفس وهذا ما ينشئ حاجزا واقيا من الألم الخارجي (بشير، ص10)

ك-الرفض: يعتبر الرفض واحد من أكثر ردود الفعل شيوعا لدى اباء الأطفال المتخلفين عقليا ويذكر "دور" وزملائه Drew 1990 أربعة طرق يمكن أن يعبر الاباء عن رفضهم:

1-توقعات متدنية قوية حول التحصيل: في هذا النوع من الرفض فان الوالدين يقللون من قيمة الطفل لدرجة أنهم يتجاهلون أي خصائص إيجابية والطفل هنا يصبح واعيا باتجاهات والديه وتتمى مشاعر عدم القيمة الذاتية وهذه النتيجة هي ما يطلق عليها " النبوءة المحققة ذاتيا self fulfilling prophecy".

2-تكوين أهداف غير واقعية:

بعض الأحيان نجد أن الاباء يعدون أهدافا عالية بدرجة غير واقعية ويصعب تحقيقها، وعن ما يخفق الطفل في الوصول الى هذه الأهداف غير الواقعية فان الاباء يمكنهم حينئذ أن يبرزوا مشاعرهم واتجاهاتهم السلبية على أساس من الأداء المحدود للطفل.

3-الهروب: نوع اخر من استجابات الرفض قد تشتمل على الهجرة أو الفرار فقد يصبح الأب منشغلا بمسؤوليات متنوعة الأمر الذي لا يبقى معه وقت ليكون في البيت أو حق الاندماج في بعض الأنشطة التطوعية وقد لجأ بعض الاباء الى الحاق الطفل بمدرسة أو معهد على مسافة بعيدة من المنزل في الوقت التي يكون هناك معاهد أقل مسافة وأقل قريبا منه.

تكوين رد الفعل: عندما ينزع الوالد الى انكار المشاعر السلبية ويظهر أمام الناس صورا عكسية تماما فان رد الفعل هذا يمكن أن نعتبره صورة من تكوين رد الفعل، فالمشاعر السلبية للوالدين تكون عكس قيمهم التي يشعرون بها ولا يتقبلون أنفسهم الا كأباء رحماء ومحبين.

على سبيل المثال الاباء الذين يستأثرون من طفلهم المتخلف يكررون دائما أمام أقاربهم ومعارفهم انهم يحبونه بدرجة كبيرة.

ومن الضروري أن نفرق بين نوعين من الرفض: أولي وثانوي.

- الرفض الأولي: primary rejection: يكون نتيجة للطبيعة غير المتغيرة للطفل، وفي هذه الحالة فان ديناميات شخصية الاباء فضلا عن السلوك هي التي تحدد الاتجاهات الوالدية السالبة.
- الرفض الثانوي: وهو نتيجة للجوانب السلوكية التي يظهرها الطفل تنتج عنها الاتجاهات السلبية للوالدين وفي الرفض الثانوي فان الرفض من جانب الاباء يمكن تبديله إذا أمكن تعديل السلوك.

ل-التقبل: التقبل هو الخطوة النهائية عن طريق طويل نحو التوافق الأولي للوالدين ويمكن ان يكون التقبل في ثلاث مجالات هي: 1-تقبل أن الطفل لديه إعاقة 2-تقبل الطفل 3-تقبل الذات، ويعتبر تقبل الطفل الخطوة الرئيسية والدرجة وتتضمن الاعتراف بأن الطفل له قيمة في حد ذاته فهم أولا أطفال ولهم مشاعر وحاجات ومطالب ولديهم الطاقة للاستمتاع بالحياة وللإسهام في متعة الآخرين ويمكن للآباء أن يضعوا لأبنائهم أهداف واقعية يمكن إنجازها مما يشعر الأطفال والوالدين بالرضا والفخر والسرور.

ان الوصول الى تقبل الذات هي عملية طويلة وصعبة للوالدين وهي مملوءة بالألم والإحباط والشكوك الذاتية والخبرات المؤلمة لانا، وعلى الرغم من كل هذه الالام يمكن للأولياء أن يبرزوا باقتناع راسخ أنهم اباء لطفل خاص جدا وانهم أفراد يستحقون الاحترام من الآخرين ومن أنفسهم.

3-حاجات الأولياء: سنتطرق الى بعض الحاجات التي تقابل اباء الأطفال المتخلفين عقليا ولا يتم اشباعها.

1-الاتصال: Communication يحتاج اباء الأطفال المتخلفين أن يعلموا أن الذين يعملون على رعاية أبنائهم يساندونهم بالنسبة للمتخصصين فان المساندة تشمل على ادراك حاجات الأسرة ومساعدتها على الوفاء بهذه الحاجات.

ويحتاج الإباء في مجال التخاطب الى استقبال وتلقي الرسائل بشكل مناسب وهم بحاجة الى معلومات تقدم لهم في صورة واضحة ودقيقة وفي عبارات يمكنهم ان يفهموها وليس في شكل اصطلاحات تخصصية يصعب عليهم فهمها والاستفادة منها وقد قام سارش وموري 1985، Sarch.et maury بدراسة مسحية مع 33 من اباء الأطفال المنغوليين حيث سألوهم عن كيف تم اعلامهم عن حالة أطفالهم وقد أشار المسح أن هناك تفاوتاً كبيراً بين متخصص ومتخصص اخر في دقة المعلومات المقدمة، وكذلك

في الوقت والكيفية التي تم اخبار الوالدين بها وطبيعة التوجيه اللاحق (الشناوي، 1996، ص، ص
379، 383)

5-3- اتجاهات الأصحاب والرفاق نحو المتخلف عقليا: لقد تناولت بعض الأبحاث موضوع اتجاهات الرفاق والأصحاب نحو الأطفال المتخلفين عقليا تخلف بسيطاً في المدارس العادية وكان من أهم النتائج التي تناولت اتجاهات الرفاق والأصحاب ما يلي:

1- ان المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها الأطفال ذو الذكاء المنخفض أقل من تلك التي يتمتع بها الأطفال الأكثر ذكاءً عندما تكون كلتا المجموعتين في صفوف عادية، وقد فسر ذلك بأن رفض الأطفال العاديين للأطفال المتخلفين عقليا لا يعود الى انخفاض مستوى ذكاء هؤلاء وإنما يعود الى ما يظهر لدى الأطفال المتخلفين عقليا من أشكال السلوك غير المرغوب فيه.

2- ان تقدير طلبة صفوف التربية الخاصة لرفاقهم المتخلفين عقليا أعلى من تقدير طلبة الصفوف العادية لرفاقهم المتخلفين عقليا الموجودين معهم في هذه الصفوف، وقد يعود تفسير هذا الفرق الى اختلاف المعايير الموجودة بين هاتين المجموعتين من الطلبة في تقدير واختبار الرفاق مما يجعل الفرق بين الأطفال في صفوف التربية الخاصة أقل منها في الصفوف العادية، وهذا ما يقلل تقدير الطلبة العاديين لرفاقهم المتخلفين عقليا في الصفوف العادية يجعل تقدير أطفال صفوف التربية الخاصة لرفاقهم المتخلفين عقليا تقديراً إيجابياً وعالياً.

3- عند محاولة وضع الأطفال المتخلفين عقليا ودمجهم في صفوف الأطفال العاديين فقد وجد ان اتجاهات الأطفال العاديين نحو رفاقهم المتخلفين لم تتغير في اتجاه إيجابي بل تبين أن هذا الدمج قد زاد رفض هؤلاء الأطفال لرفاقهم الأطفال المتخلفين عقليا.

4- بغض النظر عن الأطفال المتخلفين عقليا في صفوف التربية الخاصة أو في الصفوف العادية في المدرسة فقد وجد بشكل عام أن هؤلاء الأطفال المتخلفين يعانون من الرفض الاجتماعي وعدم التقبل مع رفاق الحي العاديين وان كانوا من نفس المستوى الاجتماعي.

5- أنه بغض النظر عن الأسلوب المتبع في وضع الأطفال المتخلفين عقليا سواء أكانوا في مدارس خاصة ام مؤسسات للرعاية أم صفوف خاصة في المدارس العادية أم في الصفوف العادية مع غيرهم من

الأطفال العاديين فان ذلك لا يؤثر على النتيجة العامة وهي أن هؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا لا يتمتعون بالتقبل الإيجابي بالقدر الذي يتمتع به رفاقهم الأسوياء.

وقد وجد أن العامل الوحيد الذي يؤثر في قبول أو رفض الأطفال العاديين لرفاقهم المتخلفين عقليا هو عامل المستوى الاجتماعي لكل منهما حيث دلت الدراسات أن الأطفال العاديين من أبناء الطبقة الاجتماعية الفقيرة يبدون لرفاقهم المتخلفين عقليا تقبلا أكبر مما يبديه أبناء الطبقات الاجتماعية المتوسطة أو الغنية ويمكن أن نفهم هذا على احتمالين:

الأول: هو أن الأطفال العاديين من الطبقة الفقيرة هم بالفعل أكثر تقبلا لرفاقهم المتخلفين.

الثاني: هو أن سلوك الأطفال المتخلفين عقليا الاجتماعي في الطبقات الفقيرة قد يبدو أكثر انحراف عن السلوك الأطفال العاديين من أبناء هذه الطبقات مما يجعلهم يبدون نحوهم تقبلا أكبر (عامر، ص166).

5-4-الاتجاهات المدرسية نحو المتخلفين عقليا:

نظرا لأن الطفل المتخلف عقليا في حاجة الى تعليم كيفية استخدام حواسه الجسمية لما يتصف به في حالة خبراته الحسية والادراكية، اذن فهو في حاجة الى غرس المبادئ والعادات الضرورية لتنشئة اجتماعية سليمة تشجعه على تمثيل الأدوار لأنها تنمي لديه التفكير والتخيل، ومن الضروري أن يتعلم لنفسه وبنفسه، وواجب عليه أن يتحمل المسؤوليات التي تجعل منه فردا في الجماعة وعضوا في أسرته ومجتمعه ويلزم رعايته ومساعدته على كيفية اتخاذ القرار بحيث يصل الى حلول المشكلات ويواجه المواقف الأسرية والمجتمعية التي تواجهه كل هذا يتطلب أن تقوم المدرسة والمعلمين بالدور الإيجابي بجانب الأسرة.

ولن يتم ذلك الا في ضوء النظرة الشاملة والاتجاهات الإيجابية من قبل المعلمين والمدرسة نحو المتخلف عقليا ولن المعلمين الذين يعملون مع الأطفال المتخلفين يشكلون مجموعة كبيرة من المهنيين الذين يعملون مع الطفل المتخلف عقليا اهتماما خاصا في الدراسات والبحوث التربوية والنفسية، وقد دلت تلك الدراسات على أن اتجاهات المعلمين تؤثر بالإيجاب والسلب عن الطفل المتخلف وتنتقل الى الطفل نفسه أو الى رفاقه مما يؤثر على وضع الطفل الاجتماعي من ناحية وعلى أدائه التحصيلي من ناحية أخرى (عامر، ص166)

أما النتائج العامة التي يمكن استخلاصها من الدراسات التي تناولت اتجاهات المعلمين نحو الأطفال المتخلفين عقليا فيمكن تلخيصها فيما يلي:

- 1- ان المعلمين بشكل عام يفضلون تعليم الأطفال الموهوبين عن تعليم الأطفال المتخلفين.
- 2- ان اتجاهات المعلمين المتدربين نحو الأطفال المتخلفين من المستوى الاجتماعي الاقتصادي الكلي أكثر إيجابية من اتجاهاتهم نحو الأطفال المتخلفين من أبناء الطبقات الفقيرة.
- 3- ان المعلمين المتدربين في ميدان التربية الخاصة ينظرون الى المتخلفين نظرة أكثر إيجابية من زملائهم المتدربين في ميدان التعليم العام.
- 4- ان معلمي التربية الخاصة أكثر رغبة في تقليل البعد الاجتماعي أو الفوارق الاجتماعية بينهم وبين الأطفال المتخلفين كما أنهم أكثر إيجابية فيما يتعلق بحقوق الأطفال المتخلفين من زملائهم معلمي التعليم العالي.
- 5- ان معلمي التربية الخاصة بالإضافة الى تأكيدهم على تكيف الطفل النفسي والاجتماعي يميلون الى تقليل متطلباتهم من الأطفال المتخلفين عن غيرهم من الأطفال العاديين مما لا يتوافر لدى زملائهم من معلمي التعليم العام.
- 6- ان الطفل المتخلف تخلف عقليا شديدا هو أقل فئات الإعاقة تفضيلا لدى جميع الفئات المهنية العاملة مع العوقين في ذلك المعلمون.
- 7- ان اتجاهات المعلمين وغيرهم من المهنيين العاملين مع الأطفال المتخلفين تؤثر في أداء هؤلاء الأطفال.
- 8- تعتبر اتجاهات أطباء الأطفال نحو الطفل المتخلف هامة جدا وخاصة بالنسبة للوالدين ذلك أن هؤلاء الأطباء غالبا ما يكونون هم أول من يتعرف عن حالة الطفل المتخلف وينقلون تلك المعرفة الى الوالدين (عبيد، ص 181)

أما دور الطبيب فيكون على المستويين الوقائي والعلاجي الطبي التأهيل الطبي للمعاق وأسرتة ومن هنا لا يستطيع أن يقوم بذلك طبيب واحد في كل مدرسة بل لابد من توافر فريق من الأطباء لأداء هذه المهام وخاصة في بداية العام الدراسي، ثم التنسيق مع إدارة المدرسة.

أما أخصائي التربية الخاصة وعلماء النفس والمرشد النفسي فيقع عليهم العبء الأكبر في الوقاية من الإعاقة العقلية وعلاجها والحد من اثارها على نفس الطفل أو الأسرة أو المجتمع أو المدرسة التربوية التي تنتمي اليها، حيث يقومون بإعداد الخدمات أو البرامج الارشادية التي يسميها بعض الباحثين العلاج النفسي لتبصير الإباء والأمهات لماهية الإعاقة العقلية ومحدداته ولمؤثراته العامة التي تؤدي الى الإعاقة العقلية وأسبابها المختلفة وأيضا طرق الوقاية من الإعاقة العقلية وكيفية اكتشافها مبكرا والعمل على توفير الإمكانيات التي تحول دون الوقوع في هذه المشكلة او التقليل منها والتدخل المبكر في علاجها. وعليهم أيضا تقديم خدمات الارشاد النفسي للمعاقين عقليا أنفسهم لتحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الأطفال وتوفير المثيرات المعرفية والخبرات الاجتماعية والبرامج التربوية المختلفة التي تتماشى مع قدراتهم وتشبع حاجاتهم وتقبلهم وصبرهم على تصرفاتهم حتى يشعروا بالأمن والثقة في أنفسهم وفي حين حولهم فتحسن امكانياتهم العقلية لهذا من الضروري تواجد المرشد النفسي لدراسة حالة الطفل وتشخيص قدراته وظروفه (الهجرسي، 2002، ص331)

وتمثل الدور الوقائي في نشر الوعي الصحي والثقافي بين المواطنين وخاصة بالنسبة للأُم الحامل وحسب معاملة المعاقين عقليا، وسرعة تحويلهم عقب الاكتشاف المبكر لهم للجهات المختصة لعلاجهم ودورهم العلاجي للمعاقين عقليا سواء مع أسرته أو داخل المؤسسات الإبداعية المختلفة، ويمكن تقسيم هذا العمل على اثنين من المرشدين أحدهما يهتم بالمعاقين داخل المدرسة والأخر يمكن ان يقوم بالإرشاد والتوجيه خارج المدرسة.

أما الاخصائي الاجتماعي يقدم الخدمات الاجتماعية لأطفال المعاقين عقليا وتقديم النصح للوالدين المقبلين على الزواج لتبصيرهم بالآثار الاجتماعية الضارة للإعاقة العقلية وارشادهم لأهمية الفحص الطبي وعلاج المعوقين من خلال التوجيه الأسري للأحياء المختلفة في المدن والقرى (مرسى، 1994، ص211)

دور الأخصائي الاجتماعي يكمن في الآتي:

- 1- الاكتشاف المبكر للحالات قبل استعمالها بسبب الإهمال وتحويلها لجهات التخصص.
- 2- القيام بالبحث الاجتماعي الشامل للحالة والأسرة لتوضيح ظروف الإعاقة العقلية ولتكون معينا لباقي الأخصائيين في نجاح عملية التأهيل.

3- الاسهام في الدراسة النفسية للمعاق عقليا فيما يتعلق بشخصيته وقدراته واتجاهاته لتعديل نظرتة الى ذاته والتكيف مع البيئة واختيار عمل مناسب لإعاقتة.

4- تقديم النصح والمشورة للمعاق عقليا من الأخصائيين الاجتماعي وهي تتضمن الاتي:

•معاونة المعاق عقليا على تفهمه لحقيقة نفسه بطريقة تساعده على استغلال قدراته في عمل مناسب.

•معاونته على تقبل اعاقته وتكيفه مع الاخرين كأسرته وزملائه في المدرسة أو العمل.

•تعديل اتجاه المتصلين به لتقبل وإتاحة الفرصة للعمل معهم.

•تقديم برامج ترفيهية تتناسب مع اعاقته العقلية لإشباع حاجاته على الترفيه.

•الإشراف على تدريبه المهني ومساعدته على توفير فرص تشغيل له لمواجهة متطلبات الحياة ومتابعة

حالته لتحقيق من صلاحيته وتكيفه لظروف العمل.

ويستحسن أن تكون عملية تقييم الأطفال المعاقين عقليا شاملة لكافة جوانب النمو وأن تكون

مستمرة لتقديم العلاج المناسب للطفل المتخلف عقليا في كل مرحلة من مراحل نموه فلا تتم في بداية العام

الدراسي فقط كشرط قبول الطفل في المراكز المتخصصة وهذا لأن عملية اكتشاف الجوانب المختلفة

للقصور في الطفل المتخلف من الصعب تحقيقها دفعة واحدة.

كما أن عملية التقييم المستمرة تساعد على:

1- إعادة النظر في بعض نتائج التشخيص المبدئي.

2- تقديم البيانات الحديثة التي توضح للأخصائي النفسي والأخصائي النفسي والاختصاصي

الاجتماعي والمعلم وغيرهم والمزيد من جوانب طبيعة مشكلات أولئك الأطفال.

3- قياس مدى كفاءة البرامج التربوية الخاصة التي تقدم للأطفال المعاقين وأثرها في تقدمهم

(الهرجسي، 2002، ص334)

5-5- اتجاهات المجتمع نحو المتخلفين عقليا: ان مشكلة التخلف العقلي تعاني منها كل المجتمعات

متقدمة أم نامية أم بدائية.

وتأتي أهمية اتجاهات المجتمع نحو التخلف العقلي من حيث أن هذه الاتجاهات أو المواقف التي يتخذونها من الطفل المتخلف انما تنعكس على سلوكهم نحوه ومعاملتهم له، وتؤثر بالتالي في نموه وتطوره فالاتجاهات تعمل كمقدمات أو أسس للسلوك والاتجاه هو نزعة الفرد أو ميله للاستجابات سلبا أو إيجابا ستكون في مقدمة لتشكيل استجابتها السلوكية نحو هذا الطفل وسيكون لها أثرها في نظرته لنفسه وثقته بذاته والمجتمع الذي يعيش فيه وهو مسؤولية اجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي العام.

وأن نظرة المجتمع للطفل المتخلف عقليا يعتبر حق انساني لأنه عضو في المجتمع الذي يعيش فيه يتأثر به ويؤثر فيه، وهو مسؤولية اجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي العام.

وأن نظرة المجتمع للطفل المتخلف عقليا لا بد وأن تتغير، فيجب أن ينظر اليه على أن فرد من

أفراد المجتمع وحتى يتسنى له أن يشارك في الحياة، ويجب توفير الإمكانيات المناسبة التي تعني باحتياجاته وتساعد على التكيف في المجتمع، ولذلك يجب تأهيله اجتماعيا للانتقال به من الاعتماد عن الآخرين الى الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية عن طريق استعادة المعاق ذهنيا لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية أو العقلية المتبقية لديه، بالإضافة التي تقبله اجتماعيا وتوفير فرص العمل له كحق من حقوق الإنسانية التي يكلفها له المجتمع والقانون فيجب تأهيله اجتماعيا على أساس تقبل اعاقته واحترامه حقوقه الأساسية في النواحي الاجتماعية والإنسانية والمدنية والنفسية بغض النظر عن طبيعة الإعاقة التي يعاني منها.

ونجد أن متطلبات المجتمع من المتخلف عقليا أن يكون مواطنا صالحا له حقوقه الاجتماعية وأن

يتحمل مسؤولية نفسية، ويستطيع حماية نفسه، والالتزام بواجبات المواطنة واحترام القوانين والعادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.

ويتم ذلك عن طريق التأهيل الاجتماعي او التدريب الاجتماعي الذي يهدف الى مساعدتهم على اكتساب المهارات الاجتماعية في التفاعل الاجتماعي مع الأهل والأصدقاء والجيران والزملاء، وفي رعاية أنفسهم وحمايتهم وتمميتها، وتحمل مسؤولية الولاية على النفس والمال.

ومن أهم أهداف التأهيل الاجتماعي ما يلي:

- تأهيل المتخلفين عقليا مهارات الحياة الاجتماعية في المجتمع أو مهارات التوافق مع المجتمع حيث يعتبر اكتسابها أو تعلمها هدفا تربويا رئيسيا في التربية الخاصة الحديثة التي جعلت غايتها الكبرى دمج هذه الفئة ومساعدتها على أن تعيش الحياة الطبيعية في الرشد قدر الإمكان وهذا ما يتطلبه المجتمع من الطفل المتخلف عقليا من الطفولة المبكرة ويستمر معه في جميع مراحل التعليم والتأهيل لمساعدتهم على اكتساب المهارات والخبرات الاجتماعية المناسبة لهم في كل مرحلة والتي تسهم في نمو شخصياتهم ونضجهم الاجتماعي والانفعالي وتمهد لعملية تحولهم الى الحياة الطبيعية في المجتمع وتتطلب الحياة في المجتمع من المتخلفين عقليا الى تعلم مهارات اجتماعية كثيرة، يجب أن يتعلمها وينقنها ويطبقها في مواقف الحياة ويتم متابعتهم فيها بشكل مباشر أو غير مباشر حسب قدراتهم ومهاراتهم حتى يتقنوها (عبد الرؤوف، ص16، 17)

1- اتجاهات الناس عامة نحو المتخلفين عقليا:

يرى بوتنر 1981 potter ان استخدام مسمى واحد "متخلف عقليا" لنعطي به الحالات المتنوعة سواء التي يرجع تخلفها لجوانب نفسية اجتماعية تؤدي الى تشوش في اتجاهات المجتمع نحو المتخلفين عقليا حيث يبعث فيهم هذا المصطلح صورة طفل متعدد الإعاقة له علامات بدنية معينة، ووصفه بأنه طفل مختل بيولوجيا ولديه علامات بدنية مميزة، وهي صورة الشخص الذي لديه تخلف شديد أو عميق وليس من المنتظر تحس حالته، وذلك على الرغم ان الغالبية العظمى من الأشخاص المتخلفين عقليا ليس لديهم وصمات ظاهرة.

بالإضافة الى الميل الى القولية stereotyping أي وضع الناس في قوالب او فئات فان هناك مصدرا اخر للتشويش يتصل بالخط مع بعض المسميات الأخرى وخاصة اصطلاح المرض العقلي حيث يشترك المصطلحات في كلمة "العقلي" فان كثيرا من الناس ينمون خصائص المرض العقلي لأولئك المتخلفون عقليا وهذا له أثره السلبي حيث بالمقارنة مع المصطلحات الأخرى الخاصة بالأشخاص المعوقين (مثلا بطيء التعلم، وصعوبات التعلم) فان اصطلاح المتخلف عقليا ينظر اليه بشكل أكثر سلبية من جانب المجتمع والناس عامة (الشناوي، 1998، ص363)

ويرى جوتنليب (1974) ان العامة لديهم مجموعة أخرى من المفاهيم الخاطئة الخاصة بالتخلف العقلي ويشتمل على الاعتقاد بأن التخلف هو مرض وأن التعقيم التناسلي هو أفضل حل لمشكلة التخلف

وعامة الناس لديهم اتجاهات أكثر إيجابية نحو مفهوم بطئ التعليم « slow learner » عن اصطلاح التخلف العقلي.

وفي رأي هولينجر وجونز Hollinger et Jones 1980 فان مصطلح التخلف العقلي يحمل في طياته فكرة العجز البدني والتدني العقلي الشديد.

أ-العوامل المرتبطة باتجاهات الناس عامة نحو المتخلفين عقليا:

لقد نالت عوامل الجنس والعمر والمستوى الثقافي والتعليمي والمستوى الاجتماعي ومدى تفاعل الأفراد واتصالهم مع المتخلفين حفا لا بأس به من الاهتمام والدراسة ويمكن تلخيص هذه الدراسات فيما يلي:

- 1- تعبر النساء عن اتجاهات أكثر تفضيلا نحو المتخلفين عقليا أكثر مما يعبر عنه الرجل.
- 2- يعبر الأفراد الأقل سنا عن اتجاهات إيجابية نحو المتخلفين عقليا أكثر مما يعبر عنه الأفراد الأكبر سنا.
- 3- فيما يتعلق بعامل المستوى الثقافي فان نتائج الدراسات لم تكن متفقة فيما بينها ففي حين دلت بعض الدراسات على زيادة الاتجاهات الإيجابية عند الأفراد الأكثر تعلما ودلت الدراسات الأخرى على عكس ذلك تماما أي ان الانسان أقل تعلما أظهروا إيجابية أكثر نحو التخلف العقلي.
- 4- تشير معظم الدراسات الى أن أبناء الطبقات الفقيرة يعبرون عن اتجاهات أكثر إيجابية نحو المتخلفين عقليا من أبناء الطبقات المتوسطة أو الغنية في حين تشير بعض الدراسات الأخرى الى عدم وجود فروق في اتجاهات أبناء الطبقات المختلفة نحو التخلف العقلي.
- 5- أما فيما يتعلق بمدى تفاعل الأفراد واتصالهم بالمتخلفين عقليا فقد دلت الدراسات أن هذا الاتصال لا يحسن من اتجاهاتهم نحو المتخلفين عقليا، بل دلت دراسة فيليبس 1995 Phelps على أنه كلما زادت خبرة موظفي الاستخدام وتعاملهم مع المستخدمين المتخلفين عقليا كانوا أقل ميلا لتشغيل أفراد متخلفين آخرين.

ب-محاولات تعيين اتجاهات الناس نحو المتخلفين عقليا:

صاحبت الوجيهات الحديثة في مجال رعاية المتخلفين عقليا مثل التطبيع Normalization والمسار الموصل Mainstreaming جهود ومحاولات لتعديل الاتجاهات العامة نحو الأشخاص المتخلفين عقليا (عبيد، 2000، ص، ص 171، 180)

ومن بين الأفكار التي استخدمت لتعديل الاتجاهات زيادة فرص الاحتكاك مع الأشخاص المتخلفين عقليا من جانب الأسوياء وفي كثير من الأحيان كان ذلك يتم بدعوة غير المتخلفين مثلا طلاب المدارس المجاورة وعامة الناس بشكل عام لزيارة معاهد المتخلفين عقليا على أن نتائج مثل هذه المحاولات كانت مختلطة فبالنسبة للبعض زادتهم إيجابية في اتجاهاتهم وبالنسبة للبعض الآخر زادتهم سلبية في اتجاهاتهم ويرجع ذلك الى البنية الأساسية من الاتجاهات التي كانت لدى هؤلاء الأشخاص.

وخلص جوتليب Gottlib 1974 الى أنه يظهر من نتائج الدراسات التي أجريت حول مثل هذه الزيارات أن اتجاهات هؤلاء الأشخاص نحو المعاهد والمراكز قد أصبحت أكثر إيجابية بينما اتجاهاتهم نحو الأشخاص المتخلفين عقليا قد أصبحت أكثر سلبية (الشناوي، 1998، ص 365)

6-تشخيص التخلف العقلي:

1-كيف نتعرف على المتخلف عقليا:

يمكن للأسرة أن تكشف بوادر التخلف العقلي عند طفلها بالملاحظات التالية:

1/ نقص الوزن بالنسبة للطول.

2/عدم انسجام أعضاء الحس في عملها.

3/عدم انتظام الرضاعة أو عدم استكمالها.

4/عدم انتظام حالات النوم واليقظة.

5/النظرة التائهة الغير محددة الى الأشياء.

6/شدة الانفعال بدون سبب وعدم توقفه عند الاستجابة.

7/عدم اطراد النمو الجسمي بشكل واضح على نحو ما يظهر للأطفال العاديين.

8/بطء نمو المهارات الحركية وعدم تناسقها.

9/تأخر المشي والكلام والابتسام وردود الأفعال الطبيعية.

10/عدم قدرته على إدراك علاقة المحيطين به ولا التمييز بين جسمه وملابسه (عبيد، 2000، ص100)

6-1-أدوات تشخيص التخلف العقلي: يتم تشخيص التخلف العقلي بالنظر الى جزئين هامين هما:

1- قدرة عقل الشخص على التعلم والتفكير وحل المشكلات والشعور بالعالم الخارجي.

2-امتلاك الشخص لمهارات تساعده كي يعيش مستقلا.

ويوجد العديد من الأدوات التي تستخدم في جمع المعلومات والبيانات وملاحظة قدرات وسلوك

الفرد الذي نقوم بدراسته ومن أهم هذه الأدوات هي:

1-الملاحظة: وتهدف الى ملاحظة سلوك الطفل وميوله واتجاهاته ومدى تحمله المسؤولية ويقوم بالملاحظة اخصائيين نفسيون واجتماعيون ومعلمون ومدربون على ذلك وتتضمن استمارة الملاحظة بيانات عن الحالة الصحية العامة والسلوك الاجتماعي والسمات الشخصية والانفعالات المتباينة التي تصدر عنه.

2-المقابلة: كأداة جمع بيانات يقوم بها شخص مدرب تدريباً كافياً على كيفية طرح الأسئلة، وتهدف المقابلة الى جمع البيانات والمعلومات عن الطفل وعائلته والبيئة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي والثقافي.

3-الاختبارات: ويعتمد تشخيص التخلف العقلي على عدد من الأدوات والاختبارات التي تمثل بعضها في الاتي:

1/لوحة لأشكال ليسجان.

2/اختبار رسم الرجل لحدانيف، مقياس وكسلر لذكاء الأطفال المعدل.

3/مقياس فاينلانند للنضج الاجتماعي (عبد الرؤوف، ص، ص185، 186) أطول من الاخر.

-اختبار ستانفورد بينيه الذي يستعمل الصور والمكعبات واللعب والحبوب مثل وضع مكعبات مختلفة الأشكال في أماكنها المفرغة من لوحة معدة لذلك، ويبدأ من سن ثلاث سنوات للأطفال العاديين ويتدرج الى 18 سنة.

-اختبار كولنز وديفر حيث يقوم الطفل بترتيب رسوم بحيث تكون قصة قصيرة وفقا لعلاقات يمكن اكتشافها في الصور أو يقوم بترتيب مكعبات حسب حجمها أو لونها وبإمكان المدرس ابتكار طرق سهلة لاختبار ذكاء الطفل المعاق مثل:

1-اختبار طبي ورقة طبييتين أو أكثر

2/التمييز بين حبات من الفول والفاصوليا الجافة بحيث يقوم الطفل بفرز كل نوع على حدة.

3/اختبار رسم مربع بحيث تظهر فيه الزوايا الأربعة القائمة.

4/عمل لعب بسيطة من ورقة مثل قارب أو مروحة أو طائرة.

5/اختبار المقارنة بين خطين سميكين أحدهما أطول من الآخر.

6/بيان الملابس التي يرتديها الشخص في الصورة.

7/ اختبار السير على خط مرسوم على الأرض أوصف من البلاط بلون مختلف.

8/اختبار تقسيم ورقة الى أربعة أجزاء متساوية.

9/التمييز بين اليد اليمنى واليسرى.

10/التعرف على اخوته ووالديه.

11/اختبار ترديد جملة صغيرة مثل أن أكلت موزة.

12/ترتيب كوتشينة مصممة خصيصا للأطفال، بحيث توضع كل الأوراق المتشابهة في مجموعة واحدة

(عبيد، 2000، ص، ص101، 102)

6-2-إرشادات في عملية التشخيص: هناك بعض الارشادات التي يجب أن تؤخذ في الحسبان القيام

بتشخيص الإعاقة العقلية ومن أهم هذه الارشادات ما يلي:

- 1- يجب أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية وحتى لا يمل، ولا تظهر استجابته نظرا لنفوره من النشاط وليس لعد قدرته على الاستجابة.
- 2- ينبغي أن تكون الأسئلة الموجهة الى الطفل واضحة ومباشرة، وألا يحتمل السؤال من معنى واحد.
- 3- يراعي عند اختبار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة.
- 4- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وامكانياته وأن تبدأ بالأمثلة السهلة ثم تتدرج الى الأصعب.
- 5- يجب أن تكون البعاد المراد قياسها محددة بدقة.
- 6- يراعي عند رصد استجابات الطفل ألا نلجأ الى تغيير معناها أو الإشارة الى ما وراء هذه الاستجابة بل تسجل كما هي دون تأويل (عبيد، 2000، ص98)

3-6- معايير تشخيص المتخلف عقليا:

لا تقتصر أهمية التشخيص والتقييم على تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل وإنما يترتب على نتائجها اثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضوع التقييم فاذا ما دلت هذه النتائج على أن الطفل حقيقة يعاني من تخلف عقلي فان سيعكس على الطفل والمجتمع وذلك لما سياتر على ذلك من اثار نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته نظرا لما ستفرضه نتيجة التقييم تلك من تحديد للفرص المتاحة أما الطفل في مجتمعه ومن اثار على مفهومه عن ذاته، وعلى نمط ردود أفعال الآخرين نحوه، وتوقعاتهم منه، ومن ثمة فانه يجب أن تتوفر الشروط والمواصفات التي تضمن التوصل الى نتائج دقيقة وصادقة من عملية التقييم (القرطبي، 1998، ص86)

- 1- القدرة على التعلم: وهي قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة في حياة الطفل وتتجلى صعوبات التعلم في المواقف الأكاديمية في المدرسة، ويعتبر القصور في القدرة على التعلم مؤشرا أيضا للاستدلال على حالات التخلف العقلي خلال سنوات المدرسة.

- 2- التكيف الاجتماعي: تعني قدرة الطفل على تكوين علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود المعايير الاجتماعية المعروفة معتمداً بذلك على نفسه دون مساعدة أحد وبناءاً على هذه القدرة الاستدلالية على وجود حالة تخلف عقلي في مرحلة النضج (عبيد، 2000، ص98)
- 3- أن تكون القدرة العقلية للطفل دون المتوسط: ونسبة الذكاء أقل من 75 درجة وتقاس هذه القدرة على طريق اختبارات الذكاء (اختبار ستانفورد بينيه للذكاء) ويتضمن هذا الاختبار أسئلة لجميع المستويات العمرية من سنتين حتى الرشد.
- 4- القصور في القدرة العقلية: حيث يصاحب القصور في القدرة العقلية والقصور في السلوك التكيفي في النمو الحركي، وضعف في التوافق الحركي وضعف القدرة على التوازن الحركي بصفة عامة وعدم القدرة على التأزر الحسي الحركي.
- 5- القصور في النمو: يتصف الطفل المتخلف عقلياً بقصور واضح في النمو اللغوي، حيث يتأخر في الكلام وتكثر لديه عيوب النطق والكلام ويعجز عن التعبير اللفظي ويعاني من نقص شديد في استخدام اللغة وتركيب الجمل (عامر، ص 178)
- 6- إضافة إلى ذلك يمكن الاستدلال على وجود حالات التخلف العقلي من خلال وجود المظاهر التالية:

1- بالنسبة للأطفال في سنوات الطفولة المبكرة:

- 1- ظهور عادات وتصرفات لا تتناسب مع عمر الطفل الزمني.
- 2- تخلف في الانتباه وعدم وجود ميل للاستطلاع مع ميل للتسلية.
- 3- تأخر في المشي والكلام.

2- مرحلة الطفولة المتأخرة:

- 1- عدم القدرة على التجاوب مع التوجيهات التي تقدم للطفل.
- 2- وضوح اتجاه الطفل لممارسة العادات وطباع من هم أصغر منه سناً ومصاحبتهم.

بالنسبة للبالغين:

- 1- تخلف مستوى التحصيل العلمي لما دون المتوسط.
- 2- عدم الشعور بالمسؤولية.
- 3- عدم القدرة على التمييز بين المواقف (عبيد، 2000، ص99)
- 4-6- أبعاد تشخيص التخلف العقلي: يتضمن تشخيص التخلف العقلي البحث عن أعراضه أو علاماته النفسية والاجتماعية والتربوية والطبية، وذلك لكي يتحقق الهدف الأساسي في عملية التشخيص وهو تقديم الرعاية المتكاملة والشاملة في الوقت المناسب، وفيما يلي توضيح هذه الأبعاد:
 - 1- البعد النفسي: ونعني به اجراء الفحوص السيكولوجية اللازمة لتحديد القدرة العقلية للطفل ونسبة ذكائه ومظاهر السلوك العامة ودرجة التوافق النفسي ومظاهر النمو الانفعالي.
 - 2- البعد الاجتماعي: ويتضمن هذا البعد تحديد مستويات النضج الاجتماعي والسلوك التكيفي للطفل ومدى اعتماده على الآخرين حاجته الى مساعدتهم.
 - 3- البعد التربوي: وهو تحديد مدى قدرة الطفل على التعلم، ومدى نموه اللغوي والقدرة على التعبير اللفظي والحصيلة اللغوية لدى الطفل ولا يستطيع مسايرة التعليم لضعف قدرته على الانتباه فتمر الخبرات ولا يدركها وكذلك ضعف قدرته على التذكر.
 - 4- البعد الطبي: ويقصد به الفحص الطبي للنمو الجسمي والحالة الصحية العامة وفحص الحواس واجراء التحاليل اللازمة حسب كل حالة، لذلك اهتم الأطباء النفسيون بتشخيص التخلف العقلي عن طريق اعراضه الجسمية والبيولوجية والفيزيولوجية وافترضوا وجود علاقة بين العوامل الوراثية المكتسبة وبين إصابة الجهاز العصبي والتنبؤ بوجود التخلف العقلي (عامر واخرون، ص، ص 178، 179)
 - 5- اتجاهات ونواحي تشخيص التخلف العقلي: يتفق الباحثون على ضرورة التقييم الشامل والتشخيص التكاملية أو متعدد الأبعاد في تحديد التخلف العقلي، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في هذا الصدد، بحيث يغطي التشخيص التكاملية النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية والنفسية والأسرية والاجتماعية والتربوية والتعليمية.

أولاً: النواحي التكوينية: ويتم ذلك بالرجوع الى أخصائي في طب الأطفال حيث يتم فحص النمو الجسمي العام والنمو الحركي وفحص الحواس، وفحص الجهاز العصبي، واستقصاء أسباب التخلف العقلي قبل وأثناء وبعد الولادة، والبحث عن تاريخ الحالة الوراثية، بالإضافة الى الفحوص المخبرية اللازمة للأمصال والبول ووظائف الغدد الصماء والسائل النخامي والشوكي ورسم المخ وغيرها.

وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أو أسرته ومن بينها التاريخ الصحي التطوري للحالة مثل: تاريخ محمد وظروف فترة الحمل وأثناء عملية الولادة وما يترتب عليها من عيوب أو تشوهات أو مضاعفات وأمراض والحوادث والاصابات التي تعرض لها بعد الولادة وفي الطفولة المبكرة وأثرها على وظائف أعضاء الجسم والحواس، والحالة العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والحسي، ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية و الغددية بالإضافة الى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي ان وجد، كما تشمل النواحي الطبية التاريخ الصحي للأسرة الطفل ومدى انتشار الأمراض الوراثية في العائلة، والحالة الصحية والغذائية للأم أثناء فترة الحمل.

ثانياً: النواحي النفسية: ويقوم به الأخصائي في علم النفس ويتضمن تقريراً عن القدرات العقلية العامة للفرد المتخلف عقلياً، وقياس نسبة الذكاء وتطبيق عدد من المقاييس والاختبارات التي تقيس القدرة العقلية مثل مقياس ستانفورد بينيه.

وهناك اختبارات جودانو Goodenough الذي أعده هاريس ويتطلب رسم صورة لرجل ورسم صورة لامرأة ورسم صورة للذات وتشمل مستوى الذكاء وسمات الشخصية والنمو الانفعالي والوجداني وذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات المقننة وتطويعها تبعاً لظروف الحالة، مع المرونة في تطبيق هذه الاختبارات وتطويعها تبعاً لظروف الحالة، ومن بين التعديلات والطرق المألوفة أثناء اجراء الاختبارات النفسية مع المختلفين عقلياً استخدم بعض الأسئلة الاختبار أو جزء منه، واستبعاد بعض أسئلة الاختبار واستخدام المقاييس المختصرة، واجراء بعض التغييرات بغرض تحسين عملية التفاهم والاتصال بين الفاحص والمفحوص، والاستنتاج الرياضي للأداء الكلي من الأداء على بعض الأجزاء الاختبار، وكمية المثيرات التي يتضمنها ونوعيتها والتي استخرجت على أساسها مواصفاته الإحصائية.

ثالثاً: النواحي الاجتماعية: ويقوم به عادة الأخصائي في التربية الخاصة لقياس السلوك التكيفي عند الفرد المتخلف عقلياً.

وهناك مقاييس فانيلاندر للنضج الاجتماعي الذي يعطي صورة للارتقاء النفسي والاجتماعي الحركي والمعرفي للمعوق، وكذلك مقاييس داخليين للمصفوفات المتدرجة للأطفال.

وتشتمل النواحي الاجتماعية (التشخيص الاجتماعي) التاريخ التطوري للطفل مع أسرته وخبراته وأقرانه في المدرسة والمجتمع وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية ومقدرته على تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحيان الطفل كالأزمات وأنواع القصور العقلي في الأسرة والمناخ الأسري الذي يعيش فيها ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية.

رابعاً: النواحي التربوية والتعليمية: والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة حيث يتضمن تقريراً عن المهارات الأكاديمية للفرد المتخلف باستخدام أحد مقاييس المهارات الأكاديمية ومقياس مهارات الكتابة واخر لمهارات القراءة وغيرها.

إضافة الى ملاحظة النقص الظاهر في نسبة التحصيل الدراسي وعدم النجاح في المدرسة ونقص القدرة العامة على التعلم ونقص المعلومات لديه وتشمل النواحي التربوية والتعليمية بيانات عن التاريخ التعليمي والمدرسي للحالة والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس في المجالات الأكاديمية والسلوك في المدرسة ومع جماعات الأقران، والصعوبات التعليمية والمشكلات السلوكية، ومدى الحاجة الى الرعاية والتعليم والبرنامج التعليمي الملائم للحالة.

خامساً: التشكيل الفارقي: ويجب المقارنة بين الضعف العقلي وبين التأخر المدرسي، والمرض العقلي والعاهات الحسية واضطرابات الكلام (عامر واخرون، ص، ص 171، 174)

من الذي يقوم بعملية التشخيص:

ان عملية التشخيص لا يقوم بها شخص واحد بل أن هناك فريق من الأخصائيين يتم جمع المعلومات من النواحي الجسمية والنفسية والثقافية والاجتماعية ويكون الفريق مكون من:

- 1- الطبيب: يقوم بفحص حالة الطفل جسديا وما يتصل بالجهاز العصبي والحواس وفيما يتعلق بجوانب الصحة عامة وهذا التقديم ما يلزم من علل وتحديد الأمراض وأسبابها وتطورها والعلاج اللازم لها.
- 2- الأخصائي الاجتماعي: يقوم بتقدير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل، والخبرات الثقافية التي مر بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها الأم أثناء الحمل ومدى التكيف الشخصي مع الأسرة ومع الجيران ومع المدرسة.
- 3- الأخصائي النفسي: يقدم تقريرا عن مستوى قدراته ومهاراته وحالته الانفعالية وذلك لإجراء الاختبارات النفسية والمقابلات الاكلينيكية لجمع المعلومات عن التاريخ التطوري، وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو الذهني وسمات الشخصية، والمهارات الحركية والخبرات التحصيلية.
- 4- الأخصائي في التربية الخاصة: ويكون مكانة في محاولة وضع خطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل وذلك في حدود ما حصل عليه من معلومات من الطبيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي.
- 5- أخصائي في التأهيل المهني: ويكون في مراحل متقدمة وخاصة بعد أن يصبح الطفل في الرابعة عشرة من عمره وهو السن التي يتسنى فيه عملية التأهيل وعلى الأخصائي أن يقوم بتجميع معلومات عن السلوك التكيفي للمتخلف عن طريق الاجتماع مع العديد من الأشخاص والباحث معهم حيث أنه من غير المحتمل أن يعرف (عبيد، 2000، ص، ص 98، 99)

تشخيص الإعاقة العقلية:

ان التعرف على الإعاقة العقلية وتقييم الحالة أمر يحتاج الى دراسة ويمكن التعرف على الأشخاص شديدي الإعاقة العقلية بقدر أكبر من السهولة نظرا لأن مظاهر علتهم أكثر وضوحا، بينما يكون التعرف على الأشخاص المصابين بدرجة أقل من الإعاقة العقلية وبالتالي مساعدتهم، أقل سهولة وعند الاشتباه في وجود الحالة، فانه من الأهمية بمكان اجراء الاختبارات الموضوعية المناسبة لكل من الأداء الذهني والسلوك التكيفي لذا يجب أن يبدأ التشخيص المبكر وهذا يساعد على تقديم العلاج اللازم في الوقت المناسب دون تأخير، والتبكير بعملية التشخيص يتطلب من الوالدين، سرعة العرض على

الطبيب بعد الولادة مباشرة اذا لاحظوا وجود اعراض غير عادية على الطفل ويجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص الإعاقة لأن الخطأ في تشخيص حالة الطفل بأن المعاق عقليا يعتبر أمرا يغير من مستقبل حياته ويجب ان يعتمد تشخيص الإعاقة العقلية على النحو التالي:

أ- الفحص الطبي: وفيه يفحص النمو الجسمي العام مع ملاحظة أي شذوذ في جانب من جوانب النمو.

1- النمو الجسمي: يكون متأخرا مع وجود بعض المميزات الجسمية مثل: شكل الجمجمة، بروز الأنف، انخفاض الجبهة، تشوه الأسنان، جحوظ البطن، جحوظ العينين، تشقق وتدلي اللسان، تضخم اللسان، قصر الأصابع.

2- النمو الحركي: وجود شذوذ واضح في القدرات الحركية وصعوبة في تعلم القفز لا يمكنهم من ممارسة الحركة الا بعد التمرين والتدريب.

3- النمو العقلي: يكون الادراك ضعيف، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الذاكرة مجدية، عدم القدرة على اكتساب المعلومات في أكثر الأحيان.

4- النمو الحسي: تكون حاسة الشم والتذوق عند المعتوهين والبلهاء معدومة بحيث يأكلون كل ما يقع تحت أيديهم دون تمييزا وتفرقة فيمكن أن يأكلوا الشمع والصابون وهم يشمون الروائح القوية كالنوشادر بلا صخر.

نقد التشخيص الطبي: نظرا لقيام التشخيص الطبي على أساس المظاهر الجسمية والتحاليل البيولوجية فهذا لا يجعل التشخيص الطبي كاملا للأسباب الاتية:

1- لا يوجد ارتباط تام بين المظاهر الجسمية ومدى الذكاء.

2- ليس كل المعوقين جسميا معاقين عقليا.

3- قد يكون التشخيص الطبي كافيا بالنسبة للمعاق العقلي الشديد والمتوسط وغير كاف بالنسبة للمعاق العقلي الخفيف لعدم دلالة الفروق بين المعاقين عقليا هي المستويات العليا وبين غير المعاقين في النواحي الجسمية والبيولوجية.

ب- الفحص النفسي: ويتم التشخيص النفسي على ثلاثة جوانب رئيسية من:

1/نسبة الذكاء 2/النمو الوجداني 3/سمات الشخصية.

1- نسبة الذكاء: إذا طبقنا اختبارات الذكاء على مجموعة كبيرة من الأفراد ورسنا العلاقة بين

الدرجات التي حصلوا عليها في هذا الاختبار والأعداد التي حصلت على كل درجة من

هذه الدرجات لوجدنا ان غالبية الأفراد يحصلون على درجات متوسطة وان عددا قليلا

يحصلون على درجات مرتفعة أو عدد قليل يحصلون على درجات منخفضة، ويتضح ذلك

بالمنحدر الاعتدالي Normal Distribution لتوزيع درجات الذكاء.

2- النمو الوجداني: ان الاعتماد على نسبة الذكاء وحدها غير كاف لتحديد الإعاقة العقلية بل

لابد من دراسة غرائز الفرد فقد أيدت كثير من الدراسات تبادل التأثير بين الذكاء والغرائز.

3- السمات الشخصية: أوضحت كثير من الدراسات وجود سمات شخصية معينة عند

المعاقين عقليا.

نقد التشخيص النفسي: ان التشخيص النفسي الذي يضع نسبة الذكاء أساسا للتشخيص قد وجه اليها

كثير من الانتقادات وهي:

1- العلاقة بين نسبة الذكاء والتكيف الاجتماعي ضعيفة.

2- ليس نسبة الذكاء ثابتة وصادقة.

ج- التشخيص التربوي: يقوم التشخيص التربوي على أساس الفشل في التحصيل المدرسي.

- نقد التشخيص التربوي: لا يمكن الاعتماد على الفشل الدراسي كأساس لتشخيص الإعاقة العقلية

لأنه إذا كان المعاقين عقليا يفشلون في تحصيل المعلومات فهل كل الذين يرسبون معاقين عقليا؟

لقد أجمعت الشخصيات السابقة عن أن الإعاقة العقلية عبارة عن توقف أو عدم اكتمال الارتقاء

الذهني منذ الولادة أو في الطفولة المبكرة ولكنها اختلفت في تشخيص هذه الإعاقة ونظرا لأن مشكلة

الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الجوانب، ولذلك فان أي تشخيص للإعاقة العقلية كي يكون دقيقا لابد أن

يشمل على التشخيصات السابقة في ان واحد (إبراهيم واخرون، 2008، ص، ص 75، 88)

7- الوقاية من التخلف العقلي:

إن الوقاية من الإعاقة لا تعني منع حدوثها فقط، فبالرغم أن هذا الهدف هو ما يؤمل ويرجى تحقيقه إلا أنه سيبقى في المستقبل كما كان في الماضي متخلفين عقليا.

7-1- تعريف الوقاية:

يقصد بمصطلح الوقاية مجموعة التدابير التي تتخذ تحسب الوقوع مشكلة ما ولنشوء مضاعفات لظروف بعينها أو المشكلة قائمة بالفعل ويكون الهدف من هذه التدابير القضاء الكامل أو الجزئي على إمكان وقوع المشكلة أو المضاعفات أو المشكلة ومضاعفاتها جميعا (مرسي، 1999 ص20)

7-2- مستويات الوقاية من التخلف العقلي:

يؤكد الباحثون على أهمية القسوى لما يجب ان يبذل من جهود وقائية Préventive على مستويات مختلفة لحماية الطفل من التخلف العقلي.

- المستوى الأول: أو ما يسمى بالوقاية الأولية التي تتمثل في التخلص من أسبابه أو ناقلاته عن طريق الإجراءات الممكن اتخاذها سواء قبل فترة الحمل أو إثنائه لرعاية الجنين وضمان سلامة نموه الجسمي والعقلي بشكل طبيعي (عامر، 2008 ص187)

ورعاية تغذية وصحة الأم الحامل وفحص الراغبين في الزواج غير الأقارب تجنبنا للأمراض الوراثية (الخطيب، 1998، ص24)

- المستوى الثاني: (الوقاية الثانوية) و ذلك من خلال نقص الأعداد الحالية للمتخلفين ذهنيا و الذي يتم بتنفيذ البرامج العلاجية و التصحيحية القادر على تخفيف شدة الإعاقة، و يقصد بها الجهود التي تبذل في تحسن الظروف البيئية التي لها علاقة بالإعاقة العقلية و علاجها قبل أن تؤدي إلى إعاقة النمو العقلي للأطفال و تتضمن إجراء التحاليل أثناء الحمل و بعد الولادة مباشرة بهدف الكشف عن هذه الإعاقة و علاجها قبل أن تؤدي إليه كما في حالة التسمم بالرصاص و أمراض التمثيل الغذائي و يتضح هنا دور وزارة الصحة في الوقاية الأولية و الثانوية من الإعاقة العقلية (الهرجسي، 2002، ص328)

- المستوى الثالث: الوقاية الثلاثية: وذلك من خلال الحد من المضاعفات السلبية المباشرة، وغير المباشرة للإعاقة، ويقصد بها الجهود التي تبذل في رعاية المتخلفين عقليا، وتعليمهم وتأهيلهم وتشغيلهم في أعمال مفيدة لهم ولمجتمعهم، وغالبا ما تتحسن حالة الكثير من الأطفال الذين يولدون بإعاقات مختلفةٍ إذا ما قدمت لهم الخدمات المناسبة في طفولتهم المبكرة و خاصة السنوات 5 الأولى (حسن زكي، 1969، ص109)

و يجب التأكد في هذا الصدد على أن الحياة الوظيفية عموما للفرد المتخلف عقليا سوف تتحسن إذا ما تهيأت له فرص الرعاية الملائمة و الخدمات المناسبة المستمرة و لفترة كافية من الزمن (عامر، 2008، ص188)

7-3- الإجراءات الوقائية للتخلف العقلي:

- على الرغم من استحالة علاج ضعاف العقول إلا أن الوقاية من الضعف العقلي يمكن أن تتم خلال الإجراءات الوقائية التالية:
- العمل على نشر الوعي و المعرفة بالأسباب التي تؤدي إلى حالات الضعف العقلي لدى الأفراد.
- إرشاد الوالدين و المقبلين على الزواج بعمل الفحوصات اللازمة للتأكد بأن الطفل الذي سوف يأتي سليما.
- الكشف المبكر على حالات الضعف العقلي (سرية، 2006 ص29)
- تحصين الزوجات قبل الحمل بفترة كافية ضد الأمراض المعدية التي قد تصيب الأم أثناء الحمل، و العناية بصحة الامهات الحوامل و تغذيتهن، و عدم تعرضهن للإشعاعات أو لاستخدام الأدوية دون استشارة طبية، أو لأخطار السموم الكيماويات أو للإجهاد البدني و النفسي.
- كفالة الرعاية الصحية و الاجتماعية للأطفال الرضع و الفحوص الطبية الدورية و تحصينهم في المواعيد المحددة ضد الأمراض كشلل الأطفال.
- تهيئة سبل الرعاية و الخدمات الاجتماعية و الصحية و التعليمية و الثقافية للأطفال في الأحياء الفقيرة و العشوائية و المحرومة، و هي الأسر المتصدعة و المفككة لتحسين ظروفهم و أوضاعهم

المعيشية و الاجتماعية و الصحية، و مساعدتهم في الحصول على الاحتياجات الأساسية لنموهم الجسمي و العقلي.

• التوسع في إنشاء دور الحضانة و رياض الأطفال بالنسبة للأطفال المتخلفين عقليا و إعداد الكوادر البشرية المؤهلة اللازمة للرعاية التربوية و التعليمية المبكرة لهم، بغية التقليل ما أمكن من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقة العقلية و الحد منها.

بالإضافة إلى هذه الطرق توجد طرق وقاية أخرى المتخلف العقلي وعن طريقها يمكن أن نمنع التخلف العقلي في بعض حالاتها، وتوجز هذه الأمور فيما يلي:

أ_ الاهتمام بالأم أثناء الحمل والولادة والاهتمام بالطفل بعد الولادة، وذلك عن طريق الاهتمام الغذائي المتكامل بالمرأة الحامل، لإمدادها بكافة المواد الغذائية التي تحتاجها وكذلك الاهتمام بالغذاء المفضل للطفل بداية من الرضاعة إلى جميع المراحل التالية.

ب_ تجنب تناول المرأة الحامل الأدوية المخدرة والكحوليات أثناء الحمل، حيث أثبتت الدراسات أن تناول الأم العقاقير لها تأثيراتها الحادة على الجهاز العصبي والمخي.

ج_ إتباع أساليب الولادة الحديثة لحماية الطفل من الاضطرابات العقلية مثل القصور الدريقي.

د_ تحصين الأمهات ضد الأمراض الفيروسية وذلك لمنع انتقال سبب المرض إلى الدم وانتقاله معه لمواطنة المرض.

هـ_ استخدام مقاعد خاصة للأطفال بحيث تصمم هذه المقاعد بطريقة حديثة تمنع أي آلام في الرأس (عامر، 2008، ص ص 191، 189)

7-4- البرامج الوقائية للمتخلفين عقليا:

ويجب تبني إعداد البرامج الوقائية التي تعمل على تقليل لنسبة الإعاقة أو الحد منها ما أمكن وخاصة البرامج الوقائية التالية:

- برنامج الإرشاد الجيني المبكر، وخاصة الأطفال الذين تم اكتشاف حالات إعاقتهم في وقت مبكر والمعروف باسم (Early.Intervention Programs)

- برنامج العناية بالأم الحامل و خاصة ما يتعلق بأهمية العمر المناسب للحمل لدى الأم، و أهمية العوامل المتعلقة بالنواحي الصحية و التغذية و الابتعاد عن العقاقير و الأدوية و الأمراض و الأشعة السينية التي قد تؤدي إلى حالات من الإعاقة.

وقد نجحت هذه البرامج الوقائية المنظمة إلى التقليل ما أمكن من نسب الإعاقة في المجتمع وخاصة إذا ثبتت وسائل الإعلام دورا بارزا في التوعية الإعلامية (الروسان، 2000، ص83)

8-علاج التخلف العقلي:

هل التخلف العقلي يمكن علاجه؟ وهل نستطيع باستخدام الوسائل المتنوعة من تحويل المتخلف عقليا إلى متوسط الذكاء أو حتى عبقريا؟

في الواقع أن الحقيقة التي لا يمكن إنكارها أن التخلف العقلي حالة مزمنة لا علاج لها والحل الوحيد هو مساعدة الطفل على أن يتقدم خطوة ويظل في تقدمه مع مراعاة أنه سيظل دائما متخلف عقليا. ولما كانت مطالب المتخلف عقليا متعددة وتدخل في اختصاصات العديد من المختصين فإنه لا يوجد أخصائي واحد يستطيع النهوض بكل ما هو مطلوب تجاه الشخص المتخلف عقليا لكن لا يمانع ذكر ما سبق من إيراد خطوات عملية ينبغي إتباعها مع المتخلف عقليا (غانم، 2009، ص521) حيث يتم علاج المتخلفين عقليا على مستويين وهما كالتالي:

8-1-العلاج الطبي Medical therapy

توضع رابطة الطب النفسي على أنه من خلال توفير الخدمات المناسبة على مدى زمني كاف يتحسن الأداء الشامل للمتخلف عقليا بصفة عامة.

وهو محاولة علاج الحالات التي يمكن علاجها خاصة التي تكون العوامل الوراثية فيها هي المحددة للتخلف العقلي، وعندما يكون التخلف العقلي مصحوب بأمراض جسمية، وعلاج أي خلل في أعضاء الاحساس وعلاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء، و خاصة الغدد الدرقية، و قد يحتاج للجراحة في حالة الاستقساء و العقاقير المخدرة لتسكين السلوك و ازدياد النشاط.

8-2- التأهيل Rehabilitation

وهي محاولة اكتساب الأطفال المتخلفين عقليا مهارات عملية ومهنية وتدريبهم على النطق والكلام إذ اقتض الأمر ذلك.

8-3- العلاج التربوي

يشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربية خاصة يمكن من استثمار ذكائه المحدود و إمكانيات بأفضل طريقة ممكنة، و مساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكسب منه قوته، و قد يستلزم ذلك تعليمه في مدارس التربية الفكرية بأساليب متخصصة تربوية علاجية مع فئة المأفون كما يشار بأن الطفل المتخلف عقليا ليس مشكلة طبية فحسب بل هو مشكلة أسرية و نفسية و تربوية و اجتماعية و اقتصادية أيضا، و يؤثر البيت و المدرسة و النظام الاجتماعي في إطار تحسنه أو تأخره، مع أنه في الحالات التي يغلب على التخلف العقلي فيها عوامل البيئة هذه أو التي يتم فيها تخلف عقلي لدى الكبار.

يكون العلاج النفسي التأهيلي والتربوي هو الأجدى، كما ان التحليل النفسي للمشاكل الانفعالية لناقص العقل هو العلاج المفضل لتهيئة هو ملائم لتحسين المريض وإعادة تواقفه بالآخرين (عامر، 2008 ص ص 186،187).

الفصل

الثاني

تمهيد:

ان المتخلفين العقليين في مجتمعنا يعانون من الحرمان في شتى المجالات فمنهم يخضعون لنظرة خاصة من طرف المجتمع يغلب عليها طابع الخشية منهم والاحتقار والتهميش ولهذا خصصت لهم مراكز خاصة بهم ومؤسسات استشفائية من شأنها السهر على رعايتهم والتكفل بهم طبيا ونفسيا واجتماعيا. لعلاجهم ومساعدتهم في حل مشاكلهم لأنهم بحاجة الى التأهيل أكثر من غيرهم لتطوير وتنمية قدراتهم بالشكل الذي يجعلهم في المستقبل أن يكونوا مستقلين، منتجين، متكيفين مع كل من حولهم في البيئة التي يعيشون فيها، دون تمييز بين مختلف عقلي أو ذكي.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق الى مفهوم التكفل النفسي والأهداف التي يسعى اليها من خلال تطبيق تقنيات نفسية من طرف الأخصائي النفسي في نحو المتخلف عقليا، إضافة الى بعض العناصر التي سوف نتطرق اليها في هذا الفصل.

1- تعريف التكفل النفسي:

1-1 لغة:

نقل، يكفل، تكفيلاً أو كفالة فلان في حالة واتفق عليه وقام بأموره وحافظ عليها. (المعيري، 1989، ص210).

2-1 اصطلاحاً:

يمكن ان يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى الى تعديل السلوك وفقاً للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولاً الى درجة التوافق (أحمد، 1999، ص9).

أو هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد يتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقاً لإمكانياته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن ميادين متعددة اسرية، شخصية، مهنية فهو عادة يهدف الى الحاضر والمستقبل مستفيداً من الماضي وخيراته. (عبد الهادي، 1999، ص16)

2-الكفالة النفسية:

الكفالة النفسية هي نوع من العلاج يستخدم فيه أي طريقة لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صيغة انفعالية يعاني منها المريض، وتؤثر في سلوكه وفيها يقوم المعالج المتخصص بالعمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعطيل أثرها مع مساعدة هذا الأخير على حل مشكلاته، وذلك بالاعتماد على الاختيارات النفسية المختلفة، المقابلة، وسائل أخرى كالرسم واللقب تستعمل بكثرة مع الأطفال (العناني، 1998، ص120)

الكفالة النفسية: La prise en charge psychologique

هي مجموعة التقنيات العلاجية والحيل الذهنية التي يستعملها الفاحص من أجل علاج أي اضطراب نفسي أو التخفيف منه، وذلك بالاعتماد على الاختبارات النفسية ودراسة تاريخ الحالة المرضية وقد تحمل الكفالة النفسية معنى الاهتمام والمساعدة اتجاه شخص عاجز عن القيام بأموره (عباس، 1997، ص184)

2- الكفالة النفسية عند الأطفال:

هي نوع من العلاج يستخدم فيه أي طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صيغة انفعالية، يعاني منها المريض، فيؤثر في سلوكه وفيه يقوم المعالج المتخصص بالعمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته واستغلال امكانياته بحيث يكون المريض أكثر توافقا نفسيا واجتماعيا (العناني، 1998، ص55)

2-1 التربية الخاصة: من الناحية الاصطلاحية لا تختلف عن التربية بمفهومها العام، والشامل كونها تلك العملية الإنسانية والهادفة المستمرة في الزمن، التي تهدف الى اثناء خبرة الفرد واكسابها سلوكيات وقيم وخبرات توصله الى تكوين الشخصية المثالية التي تحقق له الاندماج والفعالية في مجتمعه، سوى أن التربية الخاصة موجهة الى كل الأفراد المتخلفين، سواء من الناحية العقلية أو الجسدية، والذي يطرح لهم اختلافهم ذلك نوعا من الصعوبات التي تعيقهم عن مسايرة نمط الحياة أو التربية (معمرية، 2007، ص205).

2-2 التأهيل: ويعرف في معجم العلوم الاجتماعية في (1975) بأنه مجموع العمليات والأساليب التي يقصد بها محاولة تربية الشبان (غانم، 2005، ص 195)

كما يعرفه أيضا على أنه " إعادة شخص غير سوي الى وضع طبيعي " (الهاشم، 2003، ص15) وحسب أنطوان ستور: " انه فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية " (تركي، 1982، ص 102)

كما أنه عملية مساعدة الأفراد على الوصول الى الحالة التي تتيح بنيا ونفسيا واجتماعيا بأن ينهض الى ما تتطلبه المواقف المحيطة (غانم، 2005، ص43)

كما عرفته منظمة الصحة العالمية (WHO) على أنه عملية تساعد فيها الفرد المعوق على الاستفادة من طاقاته البدنية والاجتماعية والمهنية وتميبتها للوصول الى أقصى مستوى ممكن للتوافق الشخصي والاجتماعي (فهيمي، 2009، ص316).

وهو محاولة اكتساب الأطفال المتخلفين مهارات عملية مهنية وتدريبهم على تنمية قدراتهم الاجتماعية، وتدريبهم على النطق والكلام إذا اقتضى الأمر ذلك.

وهو يهدف الى أن يستفيد الشخص المعاق وينمو جسميا وعقليا وحسيا ويكون لديه قدر ممكن من القدرة على العمل وقضاء حياة مفيدة من النواحي الاجتماعية والشخصية والاقتصادية (الحسيني، سنة

(2004، ص5)

1- المعنى العام للتأهيل: يشير الى مجموعة الخدمات والوسائل الأساليب والتسهيلات المتخصصة التي تهدف الى تصحيح العجز الجسمي أو العقلي كما تسعى الى مساعدة الشخص المعوق على التكيف عن طريق الارشاد النفسي والتوجيه المهني بالإضافة الى التدريب على العمل والتشغيل (بحراوي، ص4).

فالتأهيل Habilitation هو الذي يهتم بأولئك الذين لديهم جوانب قصور ارتقائية تبدأ في وقت مبكر في الحياة، حيث تنعدم خبرتهم الخالية من القصور، حيث نحاول مساعدتهم على الدخول للمجتمع والاندماج مع أفرادهم وتنمية أعلى درجة ممكنة من الاستقلالية لدى هذه الحالات.

وبناء على ما سبق يمكن عرض مفهوم التأهيل على النحو التالي:

- يرتبط التأهيل بالشخص المعوق أو الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.
- استثمار القدرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية... الخ للمعوق.
- استفادة المعوق وأسرته من الخدمات التأهيلية لفهم قدرات المعوق وامكانياته.
- يساعد التأهيل المعوق في إعادة تكيفه لتقبل القصور والتفاعل مع المجتمع بإيجابه (بحراوي، ص5).

2- الإجراءات التأهيلية:

اما الإجراءات التأهيلية التي تستهدف تحسين فعالية الفرد الوظيفية ونوعية حياته المعيشية .

-الرعاية الطبية والعلاج الطبي.

-الإجراءات العلاجية كالتي يقدمها أخصائيو العلاج الطبيعي وعيوب النطق والكلام وأخصائيو علم

النفس والعلاج المهني.

-التدريب على النشاطات المتعلقة بالعناية بالذات ومهارات المعيشة اليومية.

-تقديم الأجهزة الفنية والتقويمية المساعدة والأطراف الصناعية وهو ما يسمى بالتأهيل الجسماني.

-التقييم والتدريب والتشغيل المهني.

3- أهداف التأهيل:

تهدف عملية التأهيل الى تحقيق ما يلي:

- توفير فرص العمل والتشغيل من خلال التدريب.
- دمج المعاقين في المجتمع واكسابهم الثقة.
- وضع القوانين التي تكفل من معاقين حق المساواة مع غيرهم من أقرانهم.
- تهيئة كافة الوسائل والأنشطة الرياضية والثقافية والترفيهية.
- إتاحة فرص التعليم ومحو الأمية.
- العمل على تحسين القدرات الجسمية والوظيفية في الفرد المعوق والوصول به الى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي.
- العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.
- العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها اتجاه الإعاقة ومساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية ومساعدة الأسرة في الوصول الى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم المعوق ومساعدة الأسرة على أساليب رعاية وتدريب الطفل المعاق (أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة www.gulfkids.com)

4-العوامل المساعدة على نجاح برامج التأهيل:

- ان نجاح برامج التأهيل وتطورها يعتمد على ما يلي:
- التشريعات والقوانين والأنظمة.
- توفير الكوادر المهنية المتخصصة والمؤهلة.
- توفير البرامج التربوية والمهنية اللازمة.
- استعداد الأسرة والمجتمع ومدى تقبلهم.
- مدى توفير الأجهزة والوسائل المساعدة من أجهزة تعويضية ووسائل مساعدة وبيئة خالية من الحواجز ووسائل تعليمية خاصة، ومراكز للتأهيل المجتمعي، توفير الكلفة الاقتصادية.

5-مراحل وخطوات عملية التأهيل:

تمر عملية التأهيل في مراحل متعاقبة ومتسلسلة وفقا لما يلي:

أولاً: مرحلة او حالة التشخيص الكامل للمعوق: وان هذا التشخيص له عدة أهداف كما يلي:

-تشخيص الحالة ودراسة أسبابها.

-تحديد مدى العجز الذي يصيب الحالة ودرجته.

-تحديد مدى تأثير الإعاقة على تكوين المعوق وشخصيته.

-تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته، وامكانيات المعوق واستعداداته ومدى توفير

الخدمات لرعايته.

-تقدير الاحتياجات المباشرة للمعوق وأسرته سواء كانت حاجات طبية أو تعليمية أو اجتماعية أو

نفسية أو مهنية.

-وضع خطة الرعاية والمقترحات المتعلقة بذلك.

وهذه العملية التقييمية والتشخيصية تشمل كل من:

-التقييم الطبي والصحي العام لحالة المعوق.

-التقييم النفسي للمعوق من تحديد لمستوى الذكاء واستعداداته العقلية ودراسة ميوله وقدراته المهنية

ووضع تقرير بالنصائح والارشادات.

-التقييم الاجتماعي للمعوق لمعرفة اتجاهات الأسرة نحو المعوق واستعداداتهم في رعايته ولمعرفة

الإمكانات المادية والاقتصادية للأسر ولدراسة حالة المعوق من ناحية الاعتماد على النفس.

-التقييم التعليمي للمعوق ومدى استعداد المعوق للتعلم.

-التقييم المهني للمعوق لمحاولة تقدير قدرات الفرد ومهاراته البدنية والعقلية وسلوك شخصيته في

محاولة لتحديد إمكانيات عمله في الحاضر والمستقبل (أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة

www.gulfkids.com)

ثانيا: مرحلة التخطيط لبرامج التأهيل:

تعتبر هذه المرحلة مهمة جدا في عملية التأهيل حيث يتم فيها وضع الحلول والخطط اللازمة لمواجهة الاثار المترتبة على الإعاقة وتلبية الاحتياجات التأهيلية الخاصة للفرد المعوق.

وخطه التأهيل يجب أن تكون خطة فردية بالنسبة للمعوق وأن تكون مشتركة يشترك فيها كافة أعضاء فريق التأهيل.

ثالثا: المتابعة والرعاية اللاحقة للمعوق:

وتهدف هذه العملية لما يلي:

-التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية.

-تجنب المعوقين أية انتكاسة في البرنامج التأهيلي.

-وسيلة هامة لاستقرار بعض المعوقين في حياتهم الجديدة.

ومن هذا العرض السريع لخطوات التأهيل يتضح لنا أن عملية التأهيل عملية فنية

متخصصة يشترك فيها فريق التأهيل كل حسب تخصصه كما يتضح لنا أنها عملية تتطلب وقتا ليس بالقصير لإتمامها لذلك فهي عملية شاقة وتتطلب صبرا وتحملا وعدم الاستعجال وهذا ما يحتم ضرورة وجود المتابعة لحالة المعوق.

6-فريق التأهيل:

يمثل فريق التأهيل الذي يعمل مع المعوق الشريان الأساسي بالنسبة لأي برنامج يصمم

ويقدم له فالجميع يعمل لخدمة هذا العوق كل وفق تخصصه وطبيعة عمله، ويتكون فريق التأهيل من مجموعة من الأفراد الذين يمثلون مجموعة الاختصاصات التي تحتاجها الحاجة.

هناك أعضاء أساسيين في فريق التأهيل وأن هناك أعضاء مؤقتين حسب الحاجة أما الأعضاء

الأساسيين للفريق فيتكونون من الآتي:

1- الطبيب: وهو المسؤول عن تحديد الوضع الصحي والمرضي للمعوق وتقديم الارشادات الصحية

واقترح الحلول العلاجية.

- 2- الأخصائي الاجتماعي: وهو شخص مؤهل في الخدمة الاجتماعية مسؤوليته اجراء الدراسة التقييمية الاجتماعية للفرد المعوق وأسرتة كما يقوم بتقديم النصح والإرشاد للمعوق وأسرتة للتغلب على الصعوبات التي تواجههم من حدة الضغوط وغيرها.
 - 3- الأخصائي النفسي: ويقوم بإجراء الدراسات التقييمية النفسية وتطبيق الاختبارات المناسبة على الفرد المعوق كما يعمل الأخصائي النفسي على اعداد الشخص المعوق وأسرتة للمشاركة الفعلية في عملية التأهيل ومواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة.
 - 4- رشد التأهيل: يكون مرشد التأهيل مسؤولاً عن اجراء الدراسة التقييمية المهنية ومساعدة الفرد المعوق على الاختبار المهني ومساعدته على اكتشاف ميوله واستعداداته كما أنه مسؤول عن متابعة تنفيذ خطة تأهيلية وتقييمها كما يقوم أيضا بدراسة الحاجات المهنية المتوفرة في المجتمع المحلي وإرشاد المعوق الى إيجاد عمل مناسب.
 - 5- أخصائي التربية الخاصة: وهو المسؤول على اجراء الدراسة التقييمية والتعليمية وتحديد الاحتياجات التربوية الخاصة، ووضع الخطة التربوية المناسبة وتحديد برنامج ومتابعة المعوق خلال تطبيق البرنامج التربوي.
- ومن بين الأعضاء المؤقتين لفريق التأهيل نذكر على سبيل المثال:
- 1- أخصائي العلاج الطبيعي: وهو مسؤول عن العمل على تحسين وظائف العظام والعضلات وتحسين حركة المفاصل والتأزر الحركي والعمل على تدريب المعوق على استخدام الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية.
 - 2- أخصائي العلاج الوظيفي: ويعمل على تدريب الفرد المعوق على الاستفادة والاستغلال الأمثل لقدراته وامكاناته المتبقية مثل تعويده على أنشطة الحياة اليومية وأنشطة العناية الذاتية وأنشطة الحركات الدقيقة وأنشطة الحركات الكبيرة والتأزر الحركي البصري.
 - 3- أخصائي قياس وتشخيص السمع: وتتخصر مهمته في تطبيق الاختبارات السمعية وتحديد درجة فقدان السمع وطبيعة المعينات السمعية المناسبة.
 - 4- أخصائي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية: وتتخصر مهمته في تقييم وتحديد الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية للفرد المصاب.
 - 5- أخصائي علاج النطق والكلام.

6- أطباء واستشاريون في طب الأعصاب والعظام والأنف والأذن والحنجرة والعيون والطب النفسي حسب الحالة.

7- ممرض التأهيل يهتم ممرض التأهيل بالرعاية الشخصية المباشرة للمعوق.

7- تأهيل الفرد المعوق:

تتركز خطة التأهيل الفردية للمعوق على مجالات مختلفة من البرامج التأهيلية، وان اختيار البرنامج المناسب يعتمد بشكل أساسي على الاحتياجات التأهيلية يجب أن تتركز على الفرد المعوق وعلى البيئة التي يعيش فيها ويمكن تحديد برامج وأنشطة التأهيل بالتالي:

• التأهيل الطبي:

ان التأهيل هو جزء من عملية التأهيل الشاملة المستمرة وهو أحد أركانها الأساسية وتبرز أهمية من حيث أنه يشكل الأساس لعملية التأهيل حيث أنه بإمكان التشخيص المبكر والرعاية الصحية والطبية لأي حالة اضطراب جسدي أو عقلي لدى الفرد أن يحد من شدتها وتفاقمها أو ازلتها ما أمكن إذا ما كشفت في وقت مبكر.

فالتأهيل الطبي اذن هو إعادة الشخص المعوق الى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسدية والعقلية عن طريق استخدام المهارات الطبية.

ويهدف التأهيل الطبي الى تحسين أو تعديل الحالة الجسمية أو العقلية للمعوق بشكل يمكنه من استعادة قدرته على العمل والقيام بما يلزمه من نشاطات الرعاية الذاتية في الحياة العاملة كما يهدف الى العمل على الوقاية من تكرار حصول حالة العجز.

8- خدمات ووسائل التأهيل الطبي:

1- الأدوية والعقاقير.

2- العمليات الجراحية.

3- العلاج الطبيعي.

4- العلاج المهني.

5- الارشاد الطبي.

6- الأجهزة الطبية التعويضية والوسائل المساعدة.

• التاهيل النفسي:

تلعب الظروف النفسية للفرد المعوق وأسرتهم دورا بارزا وحيويا في تحويل حالة العجز الى حالة تقبل وتكيف ولا بد من التذكير من أن الآثار النفسية التي تتركها حالة العجز على حياة الفرد وعلى حياة أفراد أسرته غالبا.

ما تكون من الدرجة العميقة التي تحتاج الى جهد أكبر للتخفيف منها

ان من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخجل أو الدونية أو الذنب أو انكار الإعاقة أو الحماية الزائدة أو رفض الطفل المعاق واخفائه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعدم المشاركة في مظهرها.

9- أهداف التاهيل النفسي:

يهدف التاهيل النفسي للمعوقين الى ما يلي:

- 1- مساعدة الشخص المعوق على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته الجسمية والعقلية والوصول الى أقصى درجة من التوافق الشخصي وتطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات ومساعدته في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة، ومساعدته على الاختيار المهني السليم.
- 2- العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي تخلفها الإعاقة.
- 3- تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه المعوق وضبط عواطفه وانفعالاته.
- 4- تدريب المعوق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وإدراكه لإمكاناته وكيفية استغلالها.
- 5- مساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة.
- 6- تدريب الأسرة على أساليب رعاية وتدريب الطفل.

10- وسائل وأساليب وخدمات التاهيل النفسي:

- 1- خدمات الارشاد النفسي للمعوق.
- 2- الارشاد الأسري والتعليم المنزلي.

3- خدمات تعديل السلوك.

4- خدمات الارشاد والتوجيه المهني.

5- خدمات العلاج النفسي.

• التاهيل الاجتماعي:

ان دمج الفرد المعوق في الحياة العامة للمجتمع تعتبر الهدف النهائي لعملية التاهيل كما يهدف التاهيل الاجتماعي الى مساعدة الشخص المعوق على التكيف الاجتماعي ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع ومن هنا يمكن تعريف التاهيل الاجتماعي على أنه العمل على تكيف المعاق في المجتمع الذي يعيش من خلال بعض المناشط الموجهة نحو الفرد والمجتمع.

11-أهداف التاهيل الاجتماعي:

- 1- تطوير مهارات السلوك الاجتماعي التكيفي عند الفرد المعوق.
- 2- العمل على تعديل اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق وتوفير المساعدات ووسائل الدعم المناسبة لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له.
- 3- دعم وتشجيع العمل الاجتماعي التطوعي وتأسيس جمعيات المعوقين.
- 4- توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة المعوقين.
- 5- العمل على توفير الخدمات الاجتماعية من مؤسسات التربية الخاصة ورعاية تاهيل المعوقين والمستشفيات والمدارس العادية ومكاتب التنمية الاجتماعية.

12-أساليب التاهيل الاجتماعي:

أساليب الرعاية والتاهيل الاجتماعي للمعوقين تختلف حسب نوع ودرجة الإعاقة وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية، هذه الأساليب على النحو التالي:

-أسلوب الرعاية المنزلية.

-أسلوب الرعاية النهارية.

-أسلوب الرعاية الايوائية.

-أسلوب الرعاية اللاحقة.

التأهيل الأكاديمي التربوية الخاصة:

ان عملية التأهيل التربوي وبغض النظر عن المكان التربوي الذي تطبق فيه تهدف الى تزويد الطفل المعوق بالمعلومات والمهارات الضرورية التي تلبي احتياجاته التربوية الخاصة.

خدمات التربية الخاصة:

- 1- خدمات المدرسة النهارية: والتي لا بد أن تقدم المواد والأجهزة الخاصة في التربية الخاصة وكذلك مستشارون في التربية الخاصة وكذلك غرف مساندة وصفوف خاصة ومدارس خاصة.
- 2- خدمات الإقامة الداخلية: والتي لا بد أن تقدم خدماتها في بيوت ضيافة متعددة الأغراض أو في مدارس خاصة لإقامة داخلية أو في معاهد.
- 3- الخدمات البيئية التي اما أن تقدم لتدريب الوالدين أو للأطفال الذين لا يمكن نقلهم من البيت الى مكان اخر وهناك برامج وخدمات تأهيلية تربوية تغطي جميع فئات الأطفال المعاقين والموهوبين كذلك وتجدر الإشارة الى أن البرامج التربوية المقدمة لكل فئة من هذه الفئات تختلف عن الفئات الأخرى.

• التأهيل المهني:

التأهيل المهني يعني جعل المعوق يسترد أقصى ما يملك من قدرات بدنية وذهنية واجتماعية ومهنية واقتصادية.

ولقد عرف نظام العمل في المملكة العربية السعودية في عام 1389 التأهيل المهني في المادة 52 بأنه الخدمات التي تقدم للعاجز لتمكينه من الاستفادة من قدراته المتبقية على مباشرة عمله الأصلي أو أي عمل اخر مناسب للحالة.

ويهدف التأهيل المهني الى إعادة الاستخدام بصورة مرضية في عمل مناسب وهذه هي الذروة التي يتوخى الوصول اليها في عملية تختلف مراحلها باختلاف الأفراد أنفسهم.

خدمات التأهيل المهني:

- 1- التقسيم: وهو الوصول لما تبقى لدى الشخص من قدرات.
- 2- التوجيه: وهو نصح الشخص المعوق في ضوء متاح من التدريب المهني والاستخدام.

3- الاعداد للعمل والتدريب المهني: وهو القيام بما قد يلزم الشخص المعوق من إعادة اللياقة للعمل او تقويته وتدريبه مهنياً.

4- التشغيل: وهو مساعدة الشخص المعوق على الحصول على عمل مناسب.

5- العمل المحمي: وهو توفير عمل يؤديه في ظل ترتيبات خاصة.

6- المتابعة: وهي متابعة حالة الشخص المعوق الى أن تتحقق إعادة التشغيل.

ومن هنا تبين خطوات عملية التأهيل المهني وهي كالتالي:

الإحالة، برنامج التأهيل الفردي، التقييم المهني، التدريب المهني، التشغيل، المتابعة.

2-3 الرعاية: هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة، يمتلك القائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد أو المتحسين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض (أبو الخير، 2002، ص21)

لذا يقصد بالرعاية كل الجهود التي تبذل في علاج وتعليم وتأهيل وتشغيل المتخلفين عقليا بهدف حمايتهم وتوفير الحياة الإنسانية الكريمة لهم، وتنمية استعداداتهم وقدراتهم ومهاراتهم الجسمية والذهنية والاجتماعية الى أقصى قدرها، واعدادهم لممارسة الحياة الاجتماعية العادية معتمدين على أنفسهم كليا أو جزئيا بحسب ما لديهم من استعدادات فيعيدون ربهم الذي خلقهم، ويحصلون على عمل يعولون به أنفسهم، ويشركون بجدهم في تنمية مجتمعمهم.

الرعاية هي جميع الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية والتربوية التي يلقاها المتخلفون

عقليا داخل المؤسسات والمعاهد والمستشفيات أو خارجها، وتؤدي الى تحسن وارتقاء قدراتهم الذهنية والاجتماعية والتربوية والمهنية (فهيم، 1987)

• الرعاية النفسية:

الرعاية النفسية للمتخلفين عقليا:

ان تنمية السلوك الوجداني وربما تنمية دوافع وحاجات المعوق ينبغي أن تتم وتوجه وتحترم كما أن خصائصه وسماته الشخصية يجب الا تعامل بحسبانها تخص شخصا سويا متمتعاً بالصحة النفسية فكثيرا ما يوجد اضطراب نفسي أو سوء توافق شخصي مصاحب للتخلف العقلي، وهو ما ينبغي أن نضعه في الاعتبار عند التعامل مع هذا المعوق....

وربما يكون من المناسب مساعدة المعوق على فهم ذاته وفهم دوافعه والتوافق مع دافعه وهذه المهمة تحتاج منا أن نبدأ أو لا يتقبل المتخلف وبذل الجهد لجعله منتبها الى الواقع وما يدور فيه ومهتما ببعض الجوانب التي يمكن أن يتعلق بها وتمثل بالنسبة له مواضيع جاذبة وكذلك فان عدم العنف مع المتخلف مما يساعده على عدم الاستجابة بعنف للمواقف التي يتعرض لها، بإيجاز مطلوب منا مساعدة المتخلف على أن يهتم بنفسه وبمجتمعه ويتعلق جنبا الى جنب مع تنمية مهاراته وقدراته.

(يونس، 1991، ص 87)

ويقوم بالرعاية النفسية أخصائي نفسي متخصص في رعاية المتخلفين عمليا، وتهدف الى تشخيص قدرات ومهارات وسمات الشخص المتخلف عقليا وتهدف الى توجيهه الى النشاطات التي تغيره في تنميتها ووقايتها من التدهور وعلاج الصعوبات النفسية التي قد يتعرض لها في حياته اليومية في البيت والمدرسة والورشة، وأهداف الرعاية النفسية الأربعة، التشخيص، الوقاية، التنمية، العلاج، مترابطة ومتداخلة تغذي بعضها البعض الاخر.

فالشخص يفيد في الوقاية والعلاج والتنمية والعلاج يفيد حتى الوقاية والتنمية، وقد أشرنا الى مسؤوليات الأخصائي النفسي.

ومن أعراض التخلف الرئيسية توقف النمو الذهني قبل اكتمال نضوجه والذي تلاحظه في تأخر النمو الذهني والنمو الوجداني، وفي تنمية بعض الاستعدادات السلوكية للتوافق السيء لذا كان من الضروري أن يتضمن التشخيص النفسي لأعراض التخلف العقلي. (مرسي، ص 38)

ان رعاية المعوقين عقليا لا تقتصر على تقديم المعلومات الأولية في القراءة والكتابة والهجاء والمبادئ الأساسية في الحساب والمعلومات العامة التي لها وثيق الاتصال بحياتهم اليومية بل أنه بجانب هذا الهدف التعليمي هناك هدف اخر لا يقل أهمية عن الهدف الأول: وهو: كيف نستطيع عن طريق التربية أن نعلم هؤلاء الأطفال (الموائمة الاجتماعية)

أو التوافق هنا أن تضع هؤلاء الأطفال للسلطة والنظام وتنفيذ الأوامر بطريقة الية صرفية، بل المقصود بالموائمة الاجتماعية في هذا المجال هو أن نوجد من هؤلاء الأطفال القدرة على التكيف للمواقف المختلفة بطريقة فيها استقلال، خالية من الاشراف والتوجيه، معتمدين فيها على أنفسهم، ويتضمن هذا أن

نساعد الطفل على التوافق دون أن يبذل مجهودا كبيرا كما نعلمه الا تؤدي عملية التوافق الاجتماعي التي نخله في حياة الاخرين والا تتعارض مع مصالحهم الخاصة.

.....ان مشكلة الطفل المعوق تعتبر مشكلة اجتماعية قبل ان تكون مشكلة تعليمية، ومن هنا نجد أن عبء إدارة فصل خاص بضعاف العقول يعتبر في حد ذاته مشكلة صعبة، وهذا ما يدعونا الى القول بأن مدرس التربية الخاصة يبذل مجهودا أكبر في إدارة فصله عن مدرس الفصل العادي.28

(فهيمى، 1985، ص، ص191،190)

التوجيه والإرشاد النفسي للمتخلفين عقليا:

لم يحظ مجال التوجيه والإرشاد النفسي للأطفال المتخلفين عقليا باهتمام كبير من قبل العاملين في المجال، حيث أغلب الاهتمام على تقديم خدمات التوجيه والإرشاد النفسي للأطفال الأسوياء القادرين على التحدث والتعبير عن مشاكلهم ومن ذوي القدرات العقلية الطبيعية.

وتمثل الاضطرابات النفسية عبئا ثقيلا على القدرات العقلية والتوافقية المحدودة للمتخلفين

ذهنيا مما يجعل من علاج تلك الاضطرابات ضرورة ملحة للإخلال من حجم الاضطرابات الوظيفية ولمساعدة المعاق على القيام بالعمليات اللازمة لتحقيق التوافق على المستوى الشخصي.

-ويجب في هذه الحالة تصميم برنامج للعلاج النفسي وفق حاجة الطفل المعاق مع الأخذ في

الاعتبار طبيعة اعاقته العقلية.

-ويحتاج الطفل من ذوي الاضطرابات السلوكية الناتجة عن ردود الأفعال الى مساعدتهم على

التخلي عن الأنماط التوافقية الخاطئة وتعلم أساليب واقعية بدلا منه كما يتطلب الأمر أيضا اجراء تغييرات أو تحويلات على العوامل البيئية والتخلص من العوامل التي تمثل ضغوطا مستمرة أو تلك التي تشجع على ممارسة السلوك غير المرغوب فيه وغالبا ما ينجح العلاج عن طريق الكثير من الحالات.

(القذافي، ص، ص216، 222)

مجموعة من النصائح العامة للأممات للمساعدة في النمو الذهني لأطفالهم:

- 1- الحديث مع الطفل دوما من السنة الأولى من العمر..... فمن المهم تواجد اللغة على مسامح الطفل.
 - 2- رددى دوما مع طفلك أسماء الأشياء الموجودة في البيت أو في الشارع..... استعيني بالكتب الملونة فهي تلفت النظر فهي حصيلته اللغوية.
 - 3- لا تتحدثي بلغة الطفل..... بل استعملي لغة سهلة بسيطة وواضحة.
 - 4- اجعلي طفلك يختلط مع الأطفال الآخرين أكبر وقت ممكن.
 - 5- الابتعاد عن النقد والاستهزاء بحديث الطفل مهما كانت درجة ضعفه وأيضا حمايته من سخريه الأطفال الآخرين.
 - تعاوني مع المعلمة في ذلك..... ومع أمهات الأطفال الذين يلعب معهم طفلك خارج نطاق المدرسة.
 - 6- لا تتركي الطفل فترة طويلة أمام التلفزيون صامتا يشاهد الرسوم المتحركة..... أو اجلسي معه وأشرحي ما يحدث.
 - 7- تحكي كل يوم قصة لطفلك.... واجعليه يحاول أن يعيدها لك..... شجعيه وهو يحكي القصة وتفاعلي معها..... أعيدا سويا نفس القصة كل يوم وجددي كل أسبوع قصة جديدة.
- (القذافي، ص 201)

2-4 التكيف:

لغة: يعني كلمة التالف والتقارب، فهي نقيض التخالف والتنافر أو التصادم. (أبو دلو، 2008، ص 77) ويعرف في مصطلحات الطب النفسي: " بأنه القدرة على التعامل مع المتغيرات الداخلية والخارجية دون اضطراب، ويستخدم التعبير للدلالة على تكيف الحواس للمؤثرات أو التكيف للضغوط النفسية" (لشربيني، د س، ص 3)

وحسب (فهيم، 1987): " فانه العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص الى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا مع بنيته وبين بيئته".

أما (عبد الله، 2001) فيعرفه: " بأنه مجموعة من الاستجابات وردود الأفعال التي يعدل بها الفرد سلوكه وتكوينه النفسي أو بيئته الخارجية لكي يحدث الانسجام المطلوب، بحيث يشبع حاجاته ويلبس

متطلبات بيئته الاجتماعية والطبيعية (بطرس، 2008، ص101)

2-5 التوافق:

ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي Adjustment بأنه: " اضطرابات نتيجة للتعرض لمواقف ضاغطة في الحياة، وتظهر علامات الاضطراب خلال 3 أشهر من التعرض لهذه الضغوط في صورة اضطراب في الحياة الاجتماعية أو العملية أو الدراسية. (الشربيني، ص 3)

ويعرف التوافق على أنه عملية ديناميكية كلية مستمرة يحاول بها الفرد عن طريق تغيير سلوكه وتحقيق التوافق بينه وبين نفسه، وبين بيئته المحيطة به، بغية الوصول الى حالة الاستقرار البدني والنفسي والتكيف الاجتماعي (الداصري، 2008، ص189)

التوافق النفسي:

يشرحه كل من مدحت عبد الحميد عبد اللطيف وعباس محمود عوض 1990 على أنه: " عبارة عن تلك العملية الحيوية المستمرة التي يهدف صاحبها الى أن يعبر عن سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين نفسه من جهة وبينه وبين البيئة من جهة أخرى (الديب، 1990)

أبعاد التوافق النفسي:

- 1- التوافق الشخصي: أن يكون الفرد راضياً عن نفسه، غير كاره أو نافر منها أو ساخط عليها أو غير واثق فيها، كما تخلو حياته النفسية من التوترات والصراعات التي تقترن بمشاعر الذنب والضيق والشعور بالنقص (فهيم، 1979، ص23)
- 2- التوافق الاجتماعي: يتعلق بالعلاقات بين الذات والآخرين، إذ أن تقبل الآخرين مرتبط بتقبل الذات ومما يساعد على ذلك قدرة على عقد صلات اجتماعية راضية ومرضية وعلاقات تتسم بالتعاون والتسامح والايثار وتعتمد على ضبط النفس وتحمل المسؤولية والاعتراف بحاجته للآخرين والعمل على اشباع حاجاتهم المشروعة على أن يشوب هذه العلاقة العدوان أو الارتياب أو الاتكال أو عدم الاكتراث لمشاعر الآخرين (الشاذلي ص52)

مجالات التوافق النفسي:

- 1- التوافق العقلي: عناصر التوافق العقلي هي الإدراك الحسي والتعليم والتذكر والتفكير والذكاء والاستعدادات، ويتحقق التوافق العقلي بقيام كل بعد من هذه الأبعاد بدوره كاملاً ومتعاوناً مع بقية العناصر.
- 2- التوافق الديني: يتحقق التوافق الديني بالإيمان الصادق، ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الناس ذو أثر عميق في تكامل الشخصية واتزانها فهو يشبع حاجة الإنسان إلى الأمن، أما إذا فشل الإنسان بهذا السندساء تواقفه، واضطربت نفسه وأصبح نهياً للقلق (عبد الغني شرين 2004، ص 129)
- 3- التوافق السياسي: يتحقق التوافق السياسي عندما يعتنق الفرد المبادئ الأساسية التي تتماشى مع تلك التي يعتنقها المجتمع أو يوافق عليها، أي عندما يساير معايير الجماعة التي يعيش فيها وإذا ما خالف تلك المعايير تعرض الكثير.
- 4- التوافق الجنسي: يلعب الجنس دوراً بالغ الأهمية في حياة الفرد لما له من أثر في سلوكه وعلى صحته النفسية، ذلك أن النشاط الجنسي يشبع كلا من الحاجات البيولوجية والسيكولوجية وكثيراً من الحاجات الشخصية والاجتماعية واحباطه مصدر للصراع والتوتر الشديدين (عبد الغني شرين، 2004، ص 130)
- 5- التوافق الزوجي: ويتضمن التحرر النسبي بين الزوج والزوجة على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتها المشتركة وكذلك المشاركة في أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف (الخولي، 1984، ص 210)
- 6- التوافق الأسري: يتضمن السعادة التي تتمثل في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة وسلامة العلاقات بين الوالدين كليهما وبينهما وبين الأبناء وسلامة العلاقة بين الأبناء بعضهم البعض والآخر حيث تسود المحبة والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع ويمتد التوافق الأسري يشمل سلامة العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية (عبد الغني شرين، 2004، ص 130)

- 7- التوافق الاقتصادي: ان التغيير المفاجئ بالارتفاع أو الانخفاض في سلم القدرات الاقتصادية يحدث اضطراب عميقا في أساليب توافق الفرد ويلعبه حد الاشباع دورا بالغ الأهمية في تحديد شعور الفرد بالرضا أو الإحباط.
- 8- التوافق المدرسي: حالة تبدوا في العملية الدينامية المستمرة التي يقوم بها الطالب لاستيعاب مواد الدراسة والنجاح فيها، وتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة الدراسية ومكوناتها الأساسية فالتوافق الدراسي تبعا لهذا المفهوم قدرة مركبة تتوقف على كفاية إنتاجية وعلاقة إنسانية.
- 9- التوافق التربوي: يقوم التوافق التربوي على إمكانية التخلص مؤقتا من أعباء العمل ومسؤولياته والتصرف في التصرف في الوقت بحرية وممارسة السلوك الحر التلقائي الذي يحقق فيه الفرد فديته ويمارس في هواياته (عبد الغني، 2004، ص131)
- 10- التوافق المهني: وهو نجاح الفرد في عمله بحيث يبدوا في جانبيين أساسيين هما: رضا عن عمله وحبه له وسعاده به، ورضا المسؤولين والمشرفين عليه في العمل بوجود هذا الفرد في هذا العمل وكفاءته في إنجازه وتوافقه مع زملائه (فرج عبد القادر، بدون سنة، ص 153) المعاشي ونجد أن الفرد الذي يعاني من هذه الحالة متشائما راقصا تعسا مما يشير الى سوء التوافق أو اعتلال الصحة النفسية له، وفي المقابل نجد فردا اخر مقبلا على الحياة بكل ما فيها من اخراج واقعي في تعامله متفائلا سعيدا ويشير هذا الى توافق الشخص في المجال الاجتماعي الذي ينخرط فيه أي أنه متوافق مع معطيات واقعه.
- 11- مستوى طموح الفرد: بالنسبة للمتوافق تكون طموحاته في مستوى إمكاناته ويسعى من خلال دافع الإنجاز لتحقيق هذه الطموحات المشروعة في ضوء مقدرته على تحقيقها ويشير ذلك الى التوافق الفرد بينما قد نجد فردا اخر يطمح في تحقيق امال بعيدة عن إمكاناته ومن ثم يلجأ الى المضاربة بأسرته أو عمله أو ماله، كما أنه قد يعيش في عالم خاص به كأحلام اليقظة وهذا يشير الى سوء توافقه مع المجتمع الذي يعيش فيه (العبيدي 2009، ص17)
- توافق مجموعة من السمات الشخصية: خلال مراحل نمو الانسان تتشكل له مجموعة من السمات ذات الثبات النسبي ويمكن أن نلاحظ من خلال مواقف حياته.
- ومن أهم سمات الشخصية التي تشير الى التوافق والتي تعد في نفس الوقت أحد المؤشرات الصحة النفسية للفرد هناك.

- الثبوت الانفعالي: وتتمثل هذه السمة في قدرة الفرد على تناول الأمور بأناة وصبر وعدم انفعال.
- اتساع الأفق: يتسم الفرد الذي يتحلى بهذه السمة بقدرة عالية على تحليل الأمور وخزن الإيجابيات من السلبيات ويتابع المستجدات في مجالات العلم المختلفة.
- التفكير العلمي: يتسم صاحبها بقدرته على تفسير الظواهر والأحداث تفسيراً علمياً قائماً على فهم الأسباب الكامنة وراء الظاهرة أو الحدث.
- مفهوم الشخص عن ذاته: أما أن يتطابق مع واقع أو كما يدركه الآخرون (العبيدي، 2009، ص، ص18، 19)

- المسؤولية الاجتماعية: المقصود بهذه السمة أن يحس الفرد بمسؤوليته إزاء الآخرين وإزاء المجتمع بقيمه ومفاهيمه.

- المرونة: الذي يتسم بالمرونة يكون كتوازناً في أمور حياته، يساير الآخرين في بعض الأمور وفق قناعاته التي تتطلب نهجاً ديمقراطياً، وفي نفس الوقت قد يخايرهم في مواقف أخرى دون تشنج أي لا يكون مسايراً على طول الخط ولا يكون رافضاً ومغايراً على طول الخط.

-توافر مجموعة من الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية:

تتمثل في الشخص المتوافق مجموعة مكتبية من الاتجاهات التي تسير حياة الفرد فالتوافق يتلازم مع الاتجاهات التي تبني المجتمع كاحترام العمل، أداء الواجب، الاتجاه نحو تقدير التراث وحمايته.....

توافر مجموعة من القيم (نسق قيمي):

يتمثل أيضاً في الشخص المتوافق نسق للقيم منها على سبيل المثال، القيم الإنسانية كحب الناس، التعاطف، الأيثار كذلك نسق من القيم المبالية كتنقيف الحواس، فالعين المنقفة تستطيع أن ترى جمال اللون وشكل الصورة، كذلك نسق من القيم الفلسفية كالالتزام بفلسفة معينة يسير الشخص وفق نهجها.

(العبيدي، 2009، ص20)

3-مراحل الكفالة النفسية: تتضمن الكفالة النفسية 3 مراحل تتلخص فيما يلي:

3-1-الفحص: تعريفه

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماماً لدى المعالج، من حيث أهميتها هدفها، شروطها ومصادر المعلومات كاليانات وخطوات الفحص (زهران، 1997، ص157)

ونقصد بالفحص مجموع الخطوات التقنية المؤدية الى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلط الطارئ على هذا التوازن.

ويمكن القول كذلك أنه مجموعة الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.
- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.
- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.
- ان الفحص النفسي إذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فانه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.
- وبهذا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهملًا بقية ابعادها، ويعتبر الباحثان Stern Robbins الفحص النفسي، ويعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت ومتى يتدخل، ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص (النابلسي، 1991، ص111)

الهدف منه:

يكمن هدف الفحص في فهم شخصية المريض ديناميا، وظيفيا، والوقوف على نواحي قوته وضعفه، تحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته وهنائه وتوافقته النفسي والاجتماعي، وعلاقته بالآخرين خاصة الأقرب اليه، وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه.

شروطه:

يجب أن تراعي في عملية الفحص الشروط التالية:

- دقة وموضوعية الفحص : وهنا من أجل الوصول الى تشخيص دقيق وبالتالي تقسيم عملية العلاج، مثل إعادة بعض الاختبارات لملاحظة مدى التغير الذي طرأ على حالة العميل.
- بذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق.
- حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص حتى يستطيع المعالج مساعدته فكثيرا ما يكون الفحص متعذرا بسبب ما يبديه العميل من مقاومة وعدم التعاون.
- سرية المعلومات : وهو أمر ضروري يجب أن يؤكد المعالج للمريض حتى يتحدث بحرية وثقة في جو امن.
- تنظيم المعلومات وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقا ويضمن الحصول على صورة كاملة للشخصية.
- تقييم المعلومات التي يحصل عليها المعالج وعليه يحدد إذا كانت حقائق ثانية أو احتمالية، ويمكن قياس صدق المريض بطرح بعض الأسئلة التي يمكن الإجابة عنها بالنفي.
- وعلى الفاحص أن يضع بعض الملاحظات العامة في حسابه أثناء عملية الفحص وهي كالتالي:
- معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى يسأل.
- إتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية.
- الثاني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية.

- التشتت وتجنب التخمين والاستنتاج الخاطئ.
- وضع مبدأ الفروق الفردية في الحساب.
- سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد.

وسائل الحصول على المعلومات في الفحص:

ان هذه الوسائل يكمن بعضها البعض ومن أهمها ما يلي:

- المقابلة العيادية: L'entretien clinique :

تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والعميل في جو نفسي امن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بالإضافة الى حسن الاصغاء يهدف الى جمع المعلومات اللازمة والتعرف على خبرات ومشاعر واتجاهات العميل، كما قد يلجأ المعامل الى استجواب أهل المريض وأصدقائه (زهران، 1997، ص159)

ان نتائج المقابلة مرهون بالإعداد الجيد لها، اذ يجب أن يكون المريض أثناءها مسترخيا واثقا في المعالج، تسود بينهما علاقة طيبة مرنة خالية من الشك والخوف والتهديد وتتسم بالتعاطف والفهم والقبول والتسامح ويجب أن يتيح المعالج العرضة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وأن يكون حسن الاصغاء ماهرا في كسب ثقة المفحوص، كما يجب أن تخلو المقابلة من الأمر والنهي والايحاء، وعدم استعجال المريض واتخاذ صورة التحقيق.

-ان الحديث عن الثقة يأخذنا الى الحديث عن التحكم في الانفعالات المختص (المعالج) التي هي عامل مهم في كسب ثقة المريض لأن الخطأ في التحكم الانفعالي قد يوقع المعالج في مأزق التشخيص المتسرع للحالة وفي هذا الصدد يقول Bernard: أن مراقبة انفعالاتنا الخاصة هي أصعب وأعدد بكثير من مراقبة انفعالات الاخرين.

-نستعمل في معظم البحوث والدراسات والمراقبات من نوع:

- المقابلة المبدئية: وهي التي تمهد للمقابلات التالية.
- المقابلة الفردية: تتم بين المعالج ومريض واحد فقط.

- المقابلة نصف الموجهة: لا هي مقيدة بأسئلة أو موضوعات أو تعليمات ولا هي حرة.

- المقابلة التشخيصية.

- المقابلة العلاجية الاكلينيكية.

حيث يقوم المعالج بإجراء المقابلة في خطوات وعلى مراحل مرنة، تبدأ بالإعداد المرن، لها تحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لإجرائها وبدئها بداية متدرجة مشجعة وتكون الألفة والتقبل وحسن الاصغاء وملاحظة سلوك المريض وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة والوقت المناسب وانهاؤها انهاء متدرجا عند تحقيق هدفها.

ان المواجهة بين المعالج والمريض تفرض على المعالج الاعتماد على دراسة المظهر الخارجي ثم طريقة الحوار معه كذلك محتوى أفكار المفحوص وهذا للوصول الى عملية التشخيص.

دراسة المظهر الخارجي:

دراسة شكل الوجه، تعابيره التي يمكن أن تعكس الانهيار، القلق، الحيرة، فقدان القدرة على التعبير، الإيماءات.....

دراسة مزاج المفحوص الذي يمكن أن تعكس من خلال مظهره وتصرفاته فقد يكون متفائلا أو متشائما، ضاحكا أو هو بين الضحك والبكاء دون سبب.

دراسة النظرة التي قد تكون ثابتة، متحركة، كثيرة الحركة، حزنية....

مراقبة النشاط العام للمفحوص، هل هو جامد أم هو في حالة ذهول، هل يرتجف لا، اراديا، هل هو مضطرب، هل يتخذ مواقف تشخيصية، هل يعاني من الهبوط الحيوي.

- محتوى أفكار المريض:

ان اكتشاف محتوى أفكار المريض يسمح للمختص بالتوجيه الجيد في تشخيصه وفي استخلاصه للنتائج، وقد يكون محتوى الأفكار هذيانا، وسوايا ورهما مرضيا....

- الملاحظة: L'observation

يقصد بها الملاحظة العملية المنظمة للوضع الحالي للمريض في قطاع محدود من قطاعات سلوكه أثناء مواقف الحياة اليومية الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعيات بالإضافة الى مواقف الإحباط وغيرها عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض ومن أنواعها نجد:

- الملاحظة وجها لوجه مع المريض.
- الملاحظة غير المباشرة دون اتصال مباشر مع المريض.
- ومن عوامل نجاح الملاحظة: السرية المهنية، الموضوعية، الدقة، الخبرة، الشمول لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات ونقاط القوة والضعف وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا.
- ان اجراء الملاحظة يتطلب خطوات أساسية أهمها:
- الاعداد والتخطيط المحكم.
- تحديد الزمان والمكان والأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة.
- اجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر والاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره.
- دراسة الحالة **L'étude de cas** :

وهي وسيلة لجمع المعلومات حول المريض وهي تحليل دقيق الموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لأهم خبراته، وهي وسيلة لتقديم صورة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتلخيصها.

ويعتبر تاريخ الحالة جزء من دراستها أي حياة المريض (ماضية وتتبع مسار حياته) ومن عوامل نجاحها ما يلي:

- التنظيم والدقة في تحري المعلومات والاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والاهتمام بالتسجيل.

الاختبارات والمقاييس: تعتبر من أهم وسائل جمع المعلومات وتستوجب توفر عدة شروط ألا وهو: الصدق والثبات، التقنين والموضوعية، سهولة الاستخدام، تعدد الاختبارات والمقاييس مع الاعتدال في استخدامها.

يتطلب اجراء الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة بعض الأمور الأساسية اختيار حسب الحالة وحسن اختبار الاخصائي الذي يقوم بإجرائها وتفسير نتائجها بالإضافة الى اثاره دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب (زهران، 1997، ص، ص، 160، 162)

3-2-التشخيص: يعتبر التشخيص في الطب النفسي وفي علم النفس خطوة أساسية تتضمن الوصف، وتحديد الأسباب والتحليل الدينامي بقصد الوصول الى افتراض دقيق عن طبيعة، وأساس مشكلة المريض بقصد التنبؤ ورسم خطة علاجية ومتابعتها ثم تقويمها. وتتطلب هذه العملية جمع كل المعلومات المتاحة عن المريض ثم تحليلها وتنظيمها لفهمها ووضع الخطة العلاجية التي تتعلق بمجالات الاضطراب ومحاولة تغيير أساليب المريض لمواجهة هذه المجالات (الاضطرابات).

ويمكن أن يكون التشخيص غائباً يعتمد على نتائج الاختبارات دون معاينة المريض نفسه، فالاختبار التشخيصي بهذا المعنى يساعد على تحديد طبيعة ومصادر الصعوبات التي يعاني منها الفرد وقد يهدف هذا الأخير (التشخيص) الى تحديد العوامل المسببة للمشكلة الذي يعاني منه المريض ثم التمييز بين الاضطرابات الوظيفية، والعضوية، كذلك تقدير درجة الاضطراب في مداه وعمقه، وأخيراً يساعد التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطرابات. (عيسوي، 1992، ص83)

ف نجد الاخصائيون النفسيون يختلفون عن موضع التشخيص أثناء عملهم مع الأفراد الذين يطلبون المساعدة النفسية، فالبعض منهم (الأخصائيون) يرون أنه يجب أن يسبق التشخيص العلاج أو المساعدة في حين هناك البعض الآخر ممن يرى أن التشخيص يتم أثناء عملية العلاج أو المقابلة الإرشادية. (هنا، 1983، ص81)

وعن نعيم الرفاعي (1985) يرى أن الأخصائي النفسي يقوم بعملية التشخيص مستخدماً وسائل متعددة منها الملاحظة التشخيصية التي تقدم خدمات يصعب تحقيقها بوسيلة أخرى في التشخيص، لذا نجد (أوليري) يتكلم عن الملاحظة التشخيصية ويقول " يشير تعديل السلوك في تطبيق المبادئ النفسية، وبخاصة مبادئ التعلم في تغيير السلوك، والمسوغ العقلاني لاستعمال الملاحظة في تعديل السلوك وأن تزودنا بالتقويم الموضوعي للسلوك الذي نريد تغييره. (الرفاعي، 1985، ص166)

كما يعتمد أيضاً في عملية التشخيص على تاريخ الحالة للمريض، والتي تعتبر ذات أهمية إذا توفرت معلومات عن الشخص وماضي الاضطراب، كما توفر للأخصائي فرصة لتقصي العوامل وراء البناء

النفسي الحالي، والاضطراب القائم، كما توفر فرصة للأخصائي في تكوين فرضيات حول الاضطراب وعوامله، هذا بالنسبة للأخصائي بينما توفر فرصة لتبصر المتعالج بحاضره وماضيه (عباس، 1994، ص83)

اذ هو عملية هامة في العلاج النفسي ويعني السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض، وتتضمن عملية التشخيص التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه (زهران 1997، ص172)

فالتشخيص بالتالي نقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، ثم تجميع المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض وتقديم العلاج المناسب.

هدفه:

- تمثيل الأهداف العامة للتشخيص الاكلينيكي فيك
- تحديد العوامل المسببة للاضطراب.
- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.
- تقدير عمق وشدة ودرجة الاضطراب.
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- تحديد طريقة العلاج التي تتناسب والاضطراب (مليكة، 1977، ص48)

العلاج: La thérapie :

يتمثل الهدف النهائي للعلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لابد على الأخصائي النفسي أن يمضي في تناولته المشكلة الى أبعد من التشخيص وحده، والا كان العمل عميقا، ينبغي إذا أن توضح خطة للعلاج وأن تكون هذه الخطة موضع التنفيذ، أما فيما يتعلق بأنواع العلاج وأسسها سنتطرق لها لاحقا.

التنبؤ: Pronostic :

يمكن القول إن الفحص يتناول ماضي وحاضر العميل (ما حدث وما يحدث في حين أن التشخيص يتناول حاضر المريض (ما هو المرض) مع نظرة الى مستقبله أما بالنسبة للتنبؤ فهو يتناول مستقبل المرض ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره، ويتضمن المال الذي يتحدد في

ضوء بدايته وأسبابه وأعراضه وفحصه وتشخيصه وطريقة علاجه، وشخصية المريض وتوافقه وبيئته وظروف حياته وصحته العامة.

-عندما يقوم المعالج بتحديد التنبؤ يكون حاله مثل الطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى النجاح أي بمال العملية التي سيقوم بإجرائها فيحدد نسبة النجاح المحتمل.

الهدف من التنبؤ:

تهدف عملية تحديد المال الى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المال المتوقع وتحديد

انسب طريقة العلاج تحديد أكبر قدر من النجاح (زهرا، 1997، ص189)

3-3-العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي الخطوة الثانية من خطوات الكفالة النفسية، اذ يعرف من طرف الجمعية الطبية

الكندية بأنه: " الوسيلة الطبية التي يقوم بها الأخصائي عن طريق جلسات من الحديث أو وسائل اتصال أخرى للكشف عن سلوك الفرد المضطرب بهدف التقليل من معاناته.

فالعلاج النفسي حسب السيد علي كمال (1994) هو علاج اضطرابات الشخصية (personality

disturbances) باستخدام الوسائل السيكولوجية التي تسمح للمريض بأن يعبر عن مشاعره ويفصح عن انفعالاته قصد درجة من الراحة النفسية والأمان النفسي وكذا علاج سوء التكيف (mal ajustement) أو الأمراض العقلية (montal illeresses).

كما تعتبر أيضا نوع من العلاج تستخدم فيه أي طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صبغة

انفعالية يعاني منها المريض، وتؤثر على سلوكه، فيه يقوم المعالج المتخصص بالعمل على إزالة الأعراض المرضية، أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته واستغلال إمكانياته، بحيث يكون أكثر قدرة على التوافق النفسي (العناني، 1998، ص173)

كما عرفته اجلال محمد سرى: بأنه نوع من العلاج المتخصص، تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية

لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض نفسية منشأ بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض ونمو الشخصية وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي، والتمتع بالصحة النفسية (اجلال محمد سرى 2000، ص83)

كما عرفته علاجية للاضطرابات النفسية أو الجسدية، باستخدام الوسائل السيكولوجية المختلفة مثل العلاقة بين المعالج والمريض، التنويم المغناطيسي، الإيحاء، الاشرط وإزالة الاشرط، الاستبصار.

يوجد حالياً ما يزيد عن 400 طريقة للعلاج النفسي.

ويتوقف نجاح العلاج النفسي على عوامل عديدة أهمها طريقة العلاج، شخصية المعالج وأسلوبه، كذا على العلاقة القائمة بين المعالج والمريض، ويمكن أن تترك في العلاج النفسي عدة أعضاء من ذوي التخصصات كالأباء والمعلمين، بحيث يهدف هذا الى تحقيق الذات.

خطوات العلاج النفسي: (اجراءاته):

العلاج النفسي هو العلاج الذي يستخدم فيه أي من التقنيات النفسية في علاج الاضطرابات النفسية والانفعالية، أو هو التأثير بشكل ما في المريض بواسطة المعالج والعلاقة العلاجية، ويتبع في هذا العلاج عدة خطوات نذكر ما يلي:

أ- خلق جو وعلاقة علاج: يتضمن هذا اعداد حجرة أو مكتب الطبيب المختص وحيث يكون هادئاً ومناسباً لإجراء المقابلة أو المناقشة فعلى المعالج أن يعتقد اتجاهها وديا فيه قبول تسامح مع المريض واردة، هذا من شأنه أن ينمي الشعور بالثقة في المريض وبذلك يشعر بالأمراض والراحة النفسية ليفصح عن مشاكله الحقيقية.

ب- الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي: emotional release

عندما يسود الجو التسامحي في العلاقة العلاجية، يستطيع المريض ان يستدعي مشاكله، ويعبر عن دونيته ومخاوفه وغير ذلك من الانفعالات، وعندما يتحدث عن هذه الأخيرة التي لم يكن يدركها من قبل، فإنها تظهر على السطح من خلال عملية الافصاح (زهرا، ص228)

فحسب الدكتور بن ونيش (نقلا عن أمال فلاح) 1999 فالإنسان لا يملك القدرة على إعطاء معنى لعيشة ما حدث له خاصة الأطفال لأن نموهم مازال في التطور فأى حدث يصيبهم بترك أثره على المراحل اللاحقة من النمو، لذا فأهم ما يساعدهم على تجاوز هذا الحادث المأساوي المؤلم هو وضع مسافر ازاءه تتيح الفرصة لإضفاء معنى لما حدث ولا يتم ذلك الا إذا نجح في التعبير عما حدث له (فلاح، 1999)

ج-الاستبصار: فيه يقوم المعالج (الأخصائي النفسي) بالتعرف على نواحي قوة العميل (المريض) وإيجابياته فيدعمها، وعلى نواحي ضعفه وسلبياته فيعالجها وتتموا بصيرته ويستفيد من ماضيه وحاضره في التخطيط لمستقبله.

د-إعادة التعليم الانفعالي:emotion reducation

يتعلم الفرد أساليب السلوك السوي، مما يساعده على التوافق النفسي السليم، فقد تقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعليمه عادات أخرى إيجابية واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله (عبد الرحمان عيسوي 1999، ص24)

—عملية إعادة التعليم الانفعالي شاقة وطويلة تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير بأسلوب مقبول اجتماعيا.

فالتعلم الجديد يؤدي الى المزيد من الشعور بالثقة بالنفس وفي نفس هذه الحالة يتم وبشكل واسع من خلال العيش ثانية مع الأحداث والعواطف التي سبق في حالة من الفوضى والاضطراب، ولكن في هذه المرة يتم في ظل الأمن والطمأنينة (عبد الرحيم عدس 1997، ص282)

أهداف العلاج النفسي:

تهدف عملية العلاجية النفسية الى تحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية:

1-تعديل السلوك الغير سوي للمريض، وتعلم السلوك السوي وتحويل الخبرات المؤلمة الى عمله.

2-إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.

3-تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.

4-إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه، وحل المشكلات والسيطرة عليها.

5-تدعيم نواحي القوة، وتلافي نواحي الضعف في الشخصية.

6-تحقيق تقبل الذات والآخرين، مع إقامة علاقات اجتماعية سوية.

7-تدعيم وبناء الشخصية وتكاملها.

8-زيادة القدرة على حل الصراعات والتغلب على الاحباطات.

9-العمل على إتمام الشفاء.

المعالج النفسي:

هو الأخصائي الذي يقوم بالدور الأساسي في عملية العلاج النفسي ويعتبر صلة الوصول بين العميل والتشخيص الدقيق، ولا بد أن تتوفر فيه مجموعة من الصفات الإيجابية التي تجعله عنصرا ناجحا في تعامله مع الأسوياء وغير الأسوياء، وتصبح هذه السمات ضرورية لأنها تساعد على حسن التكيف مع الظروف المختلفة، ويجب أن تكون له القدرة على فهم الآخرين ودوافعهم واحباطاتهم، وأن تكون له شخصية ثانية وناضجة ذات توازن انفعالي ولها نظرة شاملة (فيصل عباس، 1994، ص 69-79 بتصرف)

دور المعالج:

يتمثل دور المعالج النفسي في القيام بإجراء الفحص النفسي والاختبارات ليتوصل لتشخيص الحالة والتنبؤ بما لها ووضع خطة علاجية للتكفل بها، وتطبيقها متعاوناً مع بعض زملائه، أعضاء فريق العلاج ان يستلزم الأمر ذلك.

أبعاد العلاج النفسي:

- مسؤولية العميل في العلاج وتتأتى في حالة ما إذا كان العميل (المريض) واعياً بحالته معترفاً بمرضه.
- للاضطرابات صلة وثيقة بالصراع المستدخل، ولا يمكن للمريض وحده تجاوز هذا الصراع.
- لابد من تبني إطار نظري (من طرق المعالج) وبالتالي نموذج تفسيري معين يحلل ويفسر على ضوءه حالة العميل ويضع بناءاً على ذلك خطة علاجية.
- "العلاقة العلاجية" وتأتي من رغبة المريض في العلاج وقدرة المعالج على وضع صراعات المريض في مركز اهتمام العملية العلاجية.
- لابد ان تكون العلاقة العلاجية موضوعية قدر الإمكان.

-الهدف من أي علاج هو دعم استقلالية العميل (provouvoir l'autonomie du phtient) وعليه فلا يفرض عليه تبني أيديولوجية معينة، بل الوصول به الى القدرة على اختيار ما يناسبه من أفكار بكل نضج (فيصل عباس 1992-ص150-153 بتصرف)

أسس وركائز العلاج النفسي:

حسب العالم بلوچ يرتكز العلاج النفسي على ما يلي:

أ-المعالج النفسي مؤهل علميا ومهنيا، وفي وطننا الجزائر يمارس العلاج النفسي من طرف الحاصلين على الليسانس في علم النفس العيادي (على الأقل) أو الأطباء المتخصصين في الطب النفسي.(psychaitre)

ب-العميل هو الشخص الذي يطلب المساعدة لعدم تمكنه من تجاوز مشكلاته لوحده.

ت-مكان العلاج، أي عيادة نفسية مجهزة.

ث-العلاقة العلاجية، مبنية على المهنية والسرية والاحترام المتبادل.

ج-المقابل المادي: وهو عادة محفز جيد لنجاح العلاج حسب العديد من المتطري.

ح-الطريقة العلاجية التي يتبعها المعالج ويلتزم بأسسها وخطواتها.

خ-إطار نظري يستند اليه المعالج خاصة في تفسيره لمرض عميله.

(BLOCH C (1983) in le courte,2005,p 49)

أنواع العلاج النفسي:

للعلاج النفسي أنواع كثيرة تتعدد بتعدد الأطر النظرية له: علاج تحليلي، علاج سلوكي، علاج معرفي، علاج جشطالتي، علاج متركز حول العميل، علاج بالسيكو دراما، علاج بالفن، علاج أسري شقي، علاج جماعي وغيرها.....

مشكلات العلاج النفسي:

هناك بعض المشكلات التي قد تقلل من احتمالات نجاح عملية العلاج النفسي وهي:

وسائل الإحالة الاجبارية، اتجاهات الوالدين والأولياء، المفاهيم الخاطئة لدى المريض أو محيطه عن العلاج النفسي، نقص القدرة العقلية أو عدم مناسبة مواعيده، ارتفاع تكاليفه، مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح إذا ما قام بعلاجه غير مختص أو قليل الخبرة، وإذا كان المريض غير متقبل له أو منقطع عن عملية العلاج لمدة طويلة (جلال محمد سوي 2000، ص95)

3-4- الفرق بين التشخيص والفحص والعلاج:

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والناجح ويكون منظم باستخدام وسائل وطرق عملية، يتم تقييمها وتفسيرها ثم تلخيصها، مما يؤدي مباشرة الى التشخيص الذي يرتبط بالعلاج، فكل من هذه المراحل الثلاث: الفحص والتشخيص والعلاج متصلة ومرتبطة ببعضها البعض.

ان عملية التشخيص تدخل في صميم عملية العلاج ولا تقتصر على كونها مجرد تمهيد له، فالمريض يشعر بالثقة ويكتشف الحقائق عن نفسه ويزداد نفهه لشخصيته ويطمئن بمجرد انتقال المسؤولية الى المعالج الذي شخص مشكلته، فأسباب المرض والاعراض قد وضحت والمرض قد شخص وطريق العلاج حدد مما يزيد الأمل في الشفاء (حامد عبد السلام زهران، 1977، ص178)

5- أهداف الكفالة النفسية:

تعد الخدمات النفسية التي يؤديها الأخصائي النفسي الاكلينيكي في العيادات والمؤسسات كثيرة، ومتنوعة حتى أنها أصبحت حاجة ضرورية تتطلبها ظروف الحياة الاجتماعية في الوقت الراهن.

وان جهود الأخصائي النفسي التي يقوم بها في العيادات أو في المؤسسات كمرشد أو كمعالج، تتجلى في تطبيق الطريقة الاكلينيكية في التشخيص والعلاج من أجل المساعدة الفرد وحل مشكلات التوافق أو التخفيف منها.

وباعتبار التكفل النفسي بالأطراف الذين هم بحاجة ماسة إليهم يتضمن التشخيص والعلاج ثم التقويم، فان أهداف هذه العملية لا تختلف عن مساعد العلاج النفسي والتي تتمثل في نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات وكذا تحقيق الصحة النفسية (عيسوي 1984، ص21)

ويتحقق ما سبق ذكره عن طريق الخطوات التالية:

- 1-مساعدة الفرد على حل المشكل الراهن والتخلص من كل الصراعات التي تواجهه.
- 2-زيادة تقبل الفرد لذاته على أساس معرفة واضحة لقدراته وحدودها وهذا يكون على مستوى معرفي انفعالي.

3-زيادة شعور الفرد بالأمن النفسي.

4-زيادة قدرة الفرد على حل أنواع الصراع النفسي الداخلي الذي يتعرض لها ومواجهة دوافعه، ونزعاته، والتوفيق بينها.

5-اكتساب الفرد أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة ومشاكلها (عباس، 1994، ص23)

لكن هذه الأهداف ليست سهلة التحقيق، ذلك لان نظرة الشخص للبيئة ولذاته تصبح مضطربة نتيجة الخبرات الأولى التي عاشها الفرد، وفي حالات أخرى تكون البيئة محاطة بمواقف مزعجة بدرجة تجعل من الصعب تحقيق التكيف حتى مع وجود أمهر المعالجين النفسانيين

اذن فالتكفل بهذه الفئة من الأطفال يساعدهم على التقليل من حدة الاضطرابات التي يعاني منها، كما تساعده أيضا على تحقيق درجة من التوافق النفسي.

فالطفل بكونه كائنا هلشا فقد يتأثر بأي حدث كان، فأعمال العنف التي مست المجتمع بأكمله وبالأخص الأطفال تركت في نفسيتهم (الأطفال) اثار سيئة واضطرابات مختلفة، فلذلك يجب التكفل بهم نفسيا واجتماعيا لكي يحققوا نموا سليما.

الكفالة النفسية اذن تهدف الى مساعدة الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي على تجاوز الأحداث المؤلمة، والتقليل من حدة القلق والخوف الذي يعاني منه الأطفال، وكذا مساعدتهم للوصول الى درجة من الشعور بالأمن النفسي وتقبل نواتهم لمواصلة مشوار حياتهم عن طريق التغلب على العوائق التي تواجههم.

اذن فلا يجب ان ننسى أن هذه الفئة من الأطفال هم بحاجة الى رعاية واهتمام ومساعدة نفسية، فلذلك ينبغي أن نتوقع أنه بمجرد أن يقضي المختص النفسي ساعات في مقابلة هؤلاء الأطفال، يجعلهم قادرين على مواجهة مواقف الحياة الصعبة بكفاءة.

6-أهمية التكفل النفسي:

-ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.

-ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية.

-ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع واحترام شدة المنافسة بين أفراد المجتمع.

–دواعي سياسية تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الأيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع والتي تحفظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي.

–ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغيير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والاعتصاب.

–العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة.

–ازدياد مشاكل الاسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبناءها مما يؤدي الى الانحراف.

–أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصويبه وتوجيهه (العيسوي، 1997، ص، ص 21 23)

7- وسائل الكفالة النفسية:

لتحقيق الفهم الكامل من أجل تكوين صورة شاملة عن شخصية المريض وحالته الراهنة، ينبغي تحديد أبرز الوسائل التي يستخدمها الأخصائي النفسي في سير عمله، ومن أبرز هذه العوامل التي استخدمت في مراكز العلاج النفسي، الكفالة النفسية مع الأطفال المتخلفين عقليا نذكر ما يلي:

7-1- دراسة حالة (Etude decas)

تستخدم هذه الطريقة لفهم الأسباب المؤدية الى إصابة الأطفال المتخلفين عقليا باضطرابات نفسية، وتعتبر هذه التقنية، الاطار الذي ينظم ويقوم فيه الأخصائي النفسي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها، وذلك عن طريق المقابلة والتاريخ الاجتماعي والفحوصات الطبية...

وتكمن الصعوبة في استخدام هذه الوسيلة في نقص الاتصال المباشر واحتمال حدوث سوء الفهم سواء في تفسير العميل للأسئلة، أو في تفسير المعالج لاستجابات المريض (عباس 1999، ص94)

7-2- المقابلة العيادية: Entretien clinique

تعد المقابلة العيادية محور الخدمات العلاجية والارشادات النفسية في مجال علم النفس، فهي عبارة عن ذلك الاتصال الذي يحدث بين الفاحص والمفحوص.

ويرى عبد السلام عبد الغفار 1996، أن الهدف من المقابلة هو جمع أكبر عدد ممكن من

المعلومات الخاصة بالمفحوص، ثم تحليلها لتقديم التشخيص ثم المساعدة للوصول الى درجة من الراحة النفسية.

وتقوم المقابلة العيادية على مبدأ أساسي هو الأمانة، حيث موقف الفاحص خاضعا لقواعد معينة تتمثل فيما يلي:

- أن يكون الفاحص موضوعيا، الشيء الذي يسمح للفاحص التقبل الكلي دون انتقاء ولا انها ولا نصائح.
- فهم المريض في لغته الخاصة، والسماح له بكشف عالنه الذاتي وأفكاره.
- قد يوجه الأخصائي في حالة العلاج النفسي بعض الأسئلة للمريض.
- فالمقابلة العيادية اذن تعتبر احسن طريقة لتقويم الشخصية والتعرف على معاناة المريض.

7-3- الرسم: Le dessin

إذا كان العلاج النفسي يتم عن طريق الكلمات في حالة من يستطيع ذلك، فان هناك من لا يستطيع ذلك مثل الأطفال، حيث يتم علاجهم عن طريق الرسم الذي يعتبر حقل مميز في النشاط التربوي والعلاجي، نظرا لكونه يقدم للتربية ولعالم النفس الاكلينيكي إمكانية أساسية من حيث القدرة على الاتصال وإقامة علاقة مع الطفل من خلال رسمه.

ويعرف الرسم في علم النفس بأنه عبارة عن إنتاج فردي، كأنه يمثل عنصر بالنسبة للمختص في الأمراض العقلية أو العصبية للأطفال كذلك بالنسبة للمربي لإبراز هواياته وخصائصه، كما يكشف عن شخصية الفرد وطباعه (Bloche, 1991, p 219)

ويعرفه بوتنير (J) (Boutonnier) (نقلا عن Widlocher 1965) اسقاط للشخصية الكاملة في محاولتها للتعبير خاصة العناصر تحت الشعورية واللاشعورية وهذا بفضل الحرية المتاحة للفرد. -اذن يمثل الرسم اليوم وسيلة هامة ومميزة في التعبير وإطار لا بديل له من حيث القدرة على التشخيص والعلاج.

الرسم كوسيلة لتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية:

يعتبر الرسم من الألعاب الهادئة للطفل والتي لا تتطلب مشاركة أحد فهو مدخل سهل لعالمه حيث أن أول شيء يشغل اهتمامه هو ذلك الأثر الذي يتركه على الورقة ويجلب له متعة كبيرة، كما يعتبر نمط ممتاز لتمثيل ما يراه الطفل من حوله خاصة واقعه المعاش، اذ من خلاله يعبر عن شعوره وعن شخصيته، حيث أن ممارسة الطفل للرسم ينمي فيه روح لابداع (Ferrars,1980, p7)

ركز قادر دندر (H) GARDNER (1992) في دراسته على اهتمامات الطفل الذي يحاول من خلال القلم والألوان الكشف عن أحاسيسه، وعالمه الخارجي مبينا ذلك العلاقة بين الرسم وما يعيشه الطفل (Widlocher, P109)

فالرسم اذن وسيلة هامة لتشخيص الاضطرابات التي يعاني منها الطفل حيث تطرق بلازا Plaza الى ذلك حيث أكدت على دور الرسم في التشخيص عند المختص النفسي، وذكرت أن هذا النشاط يعد نوع تعبيرى عن صراعات واحباطات معظم الأطفال، فالطفل يحكي ما يراه وما يشعر به ويسقطه على الورقة، لهذا اعتبر الرسم اختبار اسقاطي.

فمن خلال الرسم يعبر الطفل عن مكبوتاته وصراعاته، فيزول بذلك الطابع المأساوي المرافق لمشاكله بالواقع عند انتقالها من الداخل الى الخارج، فهنا قد يكون الرسم لغة بحيث تبرز إمكانية الفرد في التحدث عما رسمه على الورقة حيث يقول ماكس بولفر Max Pulver بان الكتابة بصفة لا شعورية تعني الرسم. وأثناء أداء الطفل للرسم يجب على المعالج أن يوفر له كل الأدوات اللازمة من قلم، ممحاة، ألوان، أوراق.. ويلاحظ تصرفات الطفل من خلال الرسم وكذا الطريقة التي يجيب بها الطفل عندما يدعوه للرسم وكذلك تعليقاته وتوضيحاته على الرسم.

ولذا أردنا الوصول الى عمق نفسية الطفل، ومعرفة ما يعاني من اضطراب نترك الطفل يرسم بكل حرية وثقائية ولا نفرض عليه موضوعا معيناً إذ أن الهدف الأساسي من الرسم ليس تفسير الرسم فحسب، بل مساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات على تجاوز والتغلب على حدثها كما يجب على المعالج أخذ الرسم كما يقدم له من طرف الطفل.

خصائص وأسس الرسم:

الفراغ: هو إمكانية التحكم في شكل ورقة الرسم ويدخل في ذلك الأبعاد المختلفة كالتطول-العرض-العمق- طريقة تقسيم الساحة الى شكل وأرضية.

الشكل يبرز الى الأمام والأرضية تتوارى الى الخلف هو منهج التعبير وابتكار الرموز داخل حيز الورقة بحيث يمكن للرأي أن يحس بها إحساسا مكانيا.

التعاطي مع الفراغات في الرسم يتم من خلال ذاتية العميل ورؤيته الخاصة للعمل الفني.

التسطيح: عندما يرسم العميل شيء بسيط جميع جوانبه بحيث يمثلها جميعها بنفس القدر من الأهمية دون أن يحجب أجزائها الخافية، فتأتي رسومه مسطحة خالية من الأبعاد التي تعكس وضع الشكل كما تراه في الفراغ.

يرسم العميل الأشياء كما لو كان يراها من زوايا متعددة بأنها واحدة لذا تبدو رسومه غير متفقة مع مظهرها الواقعي فعندما يرسم مثلا: طاولة طعام.

يرسمها على شكل مستطيل أو مربع عليه عدة دوائر يرمز الى الأطباق والصحون وكأنه ينظر الى المائدة من الأعلى ثم يضيف الى كل زاوية من زوايا المستطيل أو المربع خطأ يمثل أرجل الطاولة، ويضع الأشخاص على جوانبها الأربعة بشكل مواجه للأمام فيبدوا جميعهم حولها كما لو كانوا مستقلين على ظهورهم.

التلقائية: يعبر العميل تعبيرا حرا ومنطلقا على سجيته ووفق منطقة الذاتى، واستجاباته السريعة لما داخل نفسه دون أن يلتفت ودون أن يأبه لما يفرض عليه من الخارج أو يراه رأي العين، في محيطه المباشر، وفي نظره أنه يمضي قدما في تياره المنطق لا يبنوي على شيء من هنا وهناك الا ما تهفوا به نفسه بمعنى أنه لا يستجيب قط للمؤثرات الجانبية ولا يخضع الا لسلطانه ومن هنا فكما تجد في هذا العمل بين مجموعة من العملاء تمام، تشابه، توافق، وانما تجد الانفراد والتميز.

الوضع المثالي للأشكال:

يرسم العميل عناصر موضوعة في أمثل أوضاعها وأكثرها وضوحا فالرجل قائم على الوضع المثالي لجسمه مستطيل وأكتاف من الأمام كاملة، ولكي يظهر الأنف في أصرح أوضاعه فانه يرسمه في شكله المكتمل مراية في وضع المواجهة، سواء كان الرأس مرثيا من الأمام أو من الجانب كما ان الأفراد يرسمون أصابع اليد كلها ظاهرة في نهاية الذراع والوضع المثالي لشجرة في مفهومهم أن لا تغطي ورقة من أوراقها ورقة أخرى ولا يغطي فرع من فروعها فرعا اخر.

التماثل: نلاحظ في بعض رسوم العملاء خاصية التماثل ممثلة في بعض العناصر كالأشخاص والحيوانات والأشجار والأزهار وهيئات متناظرة نسبيا وكذلك الحال فيما تخص ببقية العناصر ويلجأ الفرد الى هذا الوضع وربما لتحقيق التوازن عن هذا الطريق.

الخط بين المسطحات والمجسمات:

يلجأ العميل الى التعبير عن الأشياء كما لو كان يدور حولها ليراهها في زاوية مختلفة يطلق البعض على هذه الطريقة في الرسم، اختيار الأوضاع المثالية الى الأوضاع التي تظهر معها الخصائص البارزة في

الشيء المرسوم في أوضح صورة ممكنة من وجهة نظر العميل، فالحيوان اذن يرسم جسمه بشكل جانبي وأقدامه الأربعة الى جوار بعضهما البعض والرأس موجهها الى الأمام كما يركز في رسمه للإنسان على ابراز الصدر والوجه مواجهها والقدمين جانبيه وأحيانا كثيرة تبدوا ملامح ووجه الانسان والحيوان في رسم الطفل مختلطة ببعضها مأخوذ من الوضع الأمامي والآخر في الوضع الجانبي.

المبالغة والحذف:

تبدو خاصية المبالغة في عدم التناسب بين الأجزاء المكونة للشكل الواحد في الرسم أو بين أكثر من شكل حيث يعطي العميل أهمية خاصة للجزء ما تفوق ما يعطيه الأجزاء الأخرى بتكبيره وتضعيفه تأكيد لأهميته في الموقف الذي يعبر عنه وغالبا ما يلجأ العميل في المنطلق تأكيد أهمية جزء أو شكل ما دون الآخر والمبالغة فيه الى الإهمال بعض الأجزاء الأخرى ليس لها قيمة من وجهة نظره مما يترتب عليه حذف هذه الأشياء تماما أو تصغيرها.

الشفافية:

نقصد بالشفافية اظهار العمل بداخل الأشكال المرسومة من محتويات والكشف عما يستتر خلف جدران هذه الأشكال من خبايا لا يمكن رؤيتها لذا يطلق البعض على هذه الظاهرة انتاج الصور المشعة وهي تدل على مدى حرصه على تضمين رسومه الحقائق التي يدركها عن الأشياء في واقع المرء، يستخدم في ذلك ما يشبع المقاطع في الأشكال التي يرسمها لتعريفنا بمحتوياتها الداخلية فهو يرسم مفهومه وخبراته عن المنزل ليس تشكل مكعب فحسب وانما كماوى يعيش بداخله مجموعة من الأفراد ويستخدمون أدوات وأثاث معين.

خط الأرض القاعدة:

لوحظ أن بعض العلماء لا يتركون في رسومهم الأشياء معلقة في الفراغ، وانما يضعون تحتها بعض الخطوط الأفقية أو المائلة تعبيرا عن الأرض التي ترتكز عليها وهي وسيلة رمزية يعبر بها العميل عن احساسه بالفراغ والعلاقات المكانية التي تربط بين الأشكال المرسومة، ويشير لونغفيلد الى أن المفحوص عندما يرسم خط الأرض يكون قد اكتشف جزءا من كل أكبر، وتحقق من هنا علاقة مكانية تجمع بين الأشياء.

التمثيل الزماني والمكاني:

يسعى العميل الى تضمين رسومة ومشاهدة الموضوع في حيز واحد بصرف النظر عن اختلاف أحداثه وأزمته وأماكنه، ومن ثم يلجأ الى سرد أحداث ووقائع الموضوع في رسومه كما لو كان يعرض علينا شريطا مصورا له، وربما يعكس ذلك حرص الطفل على عدم التقريط فيما يعرفه من وقائع وما لديه من معلومات أو عدم قناعته بأن الجزء يمكن أن ينوب عن الكل ويطلق البعض على هذه الخاصية الجمع بين الأمكنة والأزمنة المختلفة في حيز واحد.

الجمع بين الشكلية واللفظية:

كثيرا ما يجمع العملاء في رسومهم بين الرموز الشكلية واللفظية (الرسم والكتابة) كأن يكتبوا أسماء الأشكال المرسومة ويضعونها لفظيا، ويفصحون بالكتابة عن مضمون الأحداث والوقائع وما يتم تبادلته من محادثات في الموضوعات التي يرسمونها.

الانحناء:

يعرض العميل عادة الأشياء بصورة منظمة على خط أفقي عريض يعني الأرض، فلو أراد أمن يرسم خطا عموديا اخر تظل القاعدة مدخرة وتشكل زاوية 90° لهذا السبب تظهر الأبنية التي يرسمونها مائلة في اتجاه معين.

الرمزية :

الرمزية من مميزات الانسان (اللغة نفسها هي وظيفة رمزية) ولها مظاهر معنوية وجسمية كما لها دلالتها في التعبير الفني، والرمزية تمثل مرحلة الخيال وعدم التقيد بالواقع، والعميل في اتجاهه الرمزي هو عبارة عن بلورة للاتجاهات التخطيطية، أو ترتيب خطي للتجارب التخطيطية السابقة لكنها مرتبطة بعناصر وان كانت تحمل دلالات بصرية مباشرة، كما أن الرمزية متكيفة للموضوع فكريا وانفعاليا.

ونقصد بفكريا أن الرمز مفهوم مؤلف بالذهن ويقدم علاقات تمثل ميكانيزم الحركة الفكرية أما انفعاليا فتعني أن الرمز يتحسس العميل فيضع فيه انفعالاته بالقوة والضعف، والجرأة، والتردد، فكل النبض بدقاته المختلفة يعطي الحيوية للرمز، ويجعله ناطقا ومعبرا، وصدى لمكونات النفس البشرية.

التخطيط والألوان:

يعتبر التخطيط بالنسبة للطفل في مرحلة الطفولة الهيكل الذي يمثل أشكاله أو الأساسي في التشكيل والترتيب لبناء أشكاله، وينمو هذا التخطيط ويتطور من خلال ممارسة الفرد له بقلم رصاص أو اللون أو الحبر على أي سطح ناعم بشكل متواصل فتقوى بذلك حركات يديه.

ويختلف الأشخاص في التخطيط فبعضهم تبدوا حركات خطوطهم جزئية وبعضهم يظهرهم بحركات بطيئة.

أما الألوان فيعتبر مكملاً لتخطيط ويخدم حاجاته وأغراضه في الرسم ويؤدي وظيفة جمالية مساعدة يشعر فيها بالمتعة واللذة الحسية واللون عنصر مهم في تكوين الصورة والعميل يختار الألوان التي يرغب فيها ويحبها ويرأها مناسبة لأشكاله ويصنعها ليس كما هي موجودة في الطبيعة بل على أساس أهميتها الطبيعية عنده وما تعنيه بالنسبة له وما يشعر بينها من لذة ومتعة لذا ينبغي علينا ان نضع الألوان التي يحبها العميل ويرغب فيها بين يديه وندعه يجرب بها ويستعملها بما يرضي نفسه ويحقق رغباته.

الفوائد الاكلينيكية للرسم:

رغم أن الرسم بإنتاجه الفريد يعكس من خلال الصورة المنجزة قيمة واحدة الا أنه موجه للغربيين عن المجال لإعطائه قيمة اجتماعية وإذا تحدثنا عن الرسم لابد أن ندرج شيئاً ما مما جاء في فلسفة الفنان Picasso في هذا الفن حيث يرى أن انجاز لوحة يأتي في ثاني مرتبة لأن المهم هو الحدث الدرامي للفعل نفسه في الوقت الذي يهرب فيه الكون من أجل الالتقاء بتهديمه الخاص (Le coq c.2000)

ولابد من الإشارة الى انه منذ سنوات الأولى من حياة الفرد اقتران نشاط الرسم في شكله البسيط والعفوي بالحركات الأولى للأطفال صح أن نؤكد على وجود فوائد للرسم:

- التعبير عن الحاجات والرغبات والدوافع التي يمكن التلطف بها شفهيًا.
- البحث عن الصراعات الدفينة في الشخصية والتعرف على جوانب القوة والضعف.
- التعرف على المشكلات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المراهق.
- التعرف على شبكة العلاقات الاجتماعية التي يعيش فيها، والأشخاص المؤثرين في حياته والتعرف على المشاعر الإيجابية والسلبية التي يكونها نحوهم.

- التعرف على الألوان وعلاقتها الطبيعية والحياة الاجتماعية المحيطة ودلالات استخدامها في الرسومات.

- تنمية الحس الجمالي والذوق الفني وتنمية روح الخيال.

- تفرغ الشحنات الانفعالية السلبية كالغضب والعدوان والخوف في أمور إيجابية.

- وسيلة للتعبير والتواصل مع الآخرين في حالات الامتناع عن الكلام.

- التعرف على الحالة التي يعيشها المراهق أثناء الرسم فالخوف والغضب والقلق.

- قياس التطورات العلاجية التي وصل إليها بعد الخضوع للعلاج.

- كما أثبتت الدراسات النفسية التحليلية للأطفال أنه بالإمكان من خلال الرسم الحر التوصل الى جزء من غير المفهوم من السلوك والمشاعر والى أمور لا شعورية والتعرف بالتالي على المشكلات التي يعانون منها وكذلك التعرف على ميولاتهم واتجاهاتهم ومدى اهتماماتهم بموضوعات معينة في البيئة التي يعيشون فيها، وعلاقاتهم بالآخر في سواء الأسرة أو الأصدقاء أو الكبار وطريقة التعبير عن المشاعر والانفعالات بواسطة الرسم والتلوين في مراحل الطفولة والمراهقة كانت وسيلة فعالة لفهم مكبوتات الأطفال والمراهقين ودوافعهم ومشاعرهم، حيث يسقطون على الورق ما يجول بداخلهم ويرسمون أحلامهم وأمنياتهم ومستقبلهم الذي يريدون، وحتى ماضيهم وبالتالي يمكن أن يؤدي الرسم الى تحقيق التواصل معهم مادام الإنتاج الفني يستطيع توظيف الوسائط ما يبدو غير معبر عنه أو غير مطروح، على التفكير وبينما يمكن التلطف به فمن الممكن للصورة التي يتم الاشتغال عليها أن تدعم تفكير الفرد حيث تسمح بتقص أحد أسباب المعاناة لديه الى أن الصورة قد تكون دعماً للتقص الكثير من المعالجين.

وقد أثبتت الدراسات أن الوساطة العلاجية بصفة عامة تسمح ب:

- تحسين نوعية الحياة لدى المتخلفين.
- مساعدة المرضى المتخلفين.
- الإنقاص من التوتر والحصر.
- مساعدة المصابين بالتوحد من الاكتئاب والقلق.

فالتجربة العيادية اذن تبين أن للفائدة من الوساطة بالرسم لا تعود الى محاولة تمثيلية بشكل معروف ولكن الى انتاج في شكل حسي حركي انطلاق من العرض الفريد لكل عميل من الأدوات كذلك من إطار معمل

الرسم وهكذا سجل هذا النوع من الوساطة كموضوع للتعريف بهدف مختلف الفوائد تحويلات التي تبقى عذرا للاستثمار أساه نفسي.

وبالإضافة الى كل ما سبق من حيث فيما يخص الفائدة من الوساطة بالرسم يتعين التذكير والتأكيد على تلك الفائدة من خلال أهم اكتشاف في علم النفس والمتمثل في مختلف الاختبارات الاسقاطية التي كان أساسها الرسم.

التأثير النفسي للألوان وأنواعها:

يعتبر اللون الأساسي الوحيد لصياغة التصميم بشكل متكامل وقد يطور اللون تبعاً لاحتياجات التصميم والألوان في كل مكان تتحرك فيه في بيوتنا، ملابسنا، شوارعنا، سياراتنا، صفحاتنا، مجلاتنا، أفلامنا، كل شيء ملون يؤثر ويتأثر بذوق الانسان والألوان أيضا لها اثارها النفسية ومقدرتها على الاثارة أو بعث الهدوء الاحس من القوة أو الضعف فهي ذات إمكانية عظيمة يمكن استثمارها في سبيل ارتقاء حياتنا الثقافية والجمالية كما أن هناك الكثير من الوظائف المتصلة، الاستعمالات اللونية تزيد من أهمية الألوان في حياة الانسان ونذكر منها مجموعة من الألوان:

اللون الأحمر :

يعتبر اللون الأحمر من الألوان الدافئة، انه لون قوي يعرف بلون النار والدماء كما أنه يرمز الى العاطفة البدائية والحروب والنشاط والحركة والعدوان والجرأة والحب، لون الحياة والطموح يساعد على اجتياز الأفكار السلبية لكنه ينتسب للغضب إذا كان لدينا الكثير من الأحمر في جهازنا نشعر بعدم الراحة والعصبية.

اللون الأصفر:

يعتبر اللون الأصفر من الألوان الدافئة يعبر عن الفرح والنجاح والاحتفال بالأيام المشمسة أنه لون الجانب الفكري في الفعل وهو معبر للأفكار ويساعد على اتخاذ القرارات والأحكام الصائبة ويساعد على التنظيم الصحيح والاستيعاب الأفكار الجديدة يبني الثقة في النفس ويشجع الإيجابية كذلك الرغبة في الأمان والحذر الشديد.

اللون الأخضر:

يعتبر اللون الأخضر من الألوان الباردة لديه علاقة بالطبيعة يساعد على التواصل يخلق شعورا بالراحة والاسترخاء لكن عندما يكون الأخضر داكنا او زيتونيا يميل الى الانهيار مثل أوراق الشجر في فصل الخريف الأخضر لون الشهوة، الغيرة، وحب التملك.

اللون الأزرق:

يعتبر اللون الأزرق من الألوان الباردة هادئ، له علاقة بأعلى العقل يجسد الليل ويشعرنا بالاسترخاء ويحمينا من نشاط النهار ويخفف الأرق يساعد على سيطرة العقل والابداع هو لون الطيبة والهدوء والراحة وكذلك النظام والواجب وبعض المحافظة. (un certain conservation) .

محبو هذا اللون هم عموما أشخاص حساسين متأدبين كما يسعون الى نيل اعجاب الاخرين وهم متفوقون في مجال الاتصال (conven bergh J.P2007 p22)

الكثير من الأزرق الداكن يؤدي الى الاكتئاب البرود العاطفي، الانغلاق على الذات، العزلة، العدوانية.

اللون البنفسجي:

يعتبر اللون البنفسجي من الألوان الدافئة يساعد على تلطيف الأوجاع العصبية ويخفف الهوس والخوف انه لون قوي متعلق بالجهة اليمنى من الدماغ يتواصل مع الحدس والخيال انه لون تحول لون السلام يحارب الخوف كما يشير الى الانبساط كما يمكن أن تشير الى نزوة مفرطة ميل الى التوتر والاثار.

اللون البني:

يعتبر اللون البني من الألوان الباردة أنه لون الأرض والأم يعطي الاستقرار يحقق الشعور بالأمان كما يمكن أن يشير الى طابع شرطي كذلك الرغبة في الاغواء والمبالغة في تقدير الذات.

اللون الرمادي:

يعتبر اللون الرمادي من الألوان الباردة، لون الاستقلالية، مراقبة الذات لديه شعور سلبي أنه لون التهرب وعد الالتزام، كونه لا أبيض ولا أسود، ويبين عن انتقاء ذاتي كما يمكن أن يشير الى الصد والخوف والقلق.

اللون الأسود:

يعتبر اللون الأسود من الألوان الباردة أنه لون مريح غامضي لون السكوت وقوة الحياة الأنثوية يحمي من التغيير والأنثوية يحمي من التغيير ونضوج ثورة عن الظروف ومبالغة في البحث عن المنطق.

اللون الأبيض:

يعتبر اللون من الألوان الدافئة أنه لون الطهارة لون الحماية يجب السلام والارتياح يخففه من الصدمات العاطفية يساعد على تنظيف الأفكار والروح يعطي الشعور بالحرية لكن الكثير من الأبيض يخفي شيئاً من البرودة والانعزالية.

اللون الأبيض يعرفنا على الآخرين كما يمكن أن يشير الى الخوف والقلق.

الأدوات المستعملة في الرسم:

لقد وقع اختيارنا على الرسم كوسيط وكأمر أولي نظرا الى الاحتياجات المحققة من خلال النوع من الأنشطة الفنية وتخص بالذكر الاكتشاف العام لمختلف الاختبارات الاسقاطية والتي قامت أساسا على مادة الرسم.

كون هذا الأخير يعتبر عمل بسيط بساطة أدوات اعتبارها جد متوفرة من جهة تواجدها ذات الاستعمال السهل وجميع الفئات العمرية بداية من الأطفال الصغار الذين نجدهم أول ما يعتبرون به قد يؤدي الرسم وليس كعمل فني منظم ولكن بخريشات أو بخطوط مستقيمة وأخرى متعرجة وحتى بأشكال مشوهة مبدعة قد تشكل حسب رأي علماء النفس مادة علمية وجد ثرية بما يمكنها أن تكشف عنه من اسرار بشقيها الإيجابي والسلبي وعن أهم تلك الأدوات التي تتناسب وطبيعة مادتنا البحثية نذكر:

-أفلام الرصاص.

-أفلام ملونة بشتى ألوانها (الألوان الخشبية، الألوان الشمعية، الألوان المائية، الألوان الزيتية، الطباشير، أفلام اللباد، ألوان الباستيل)

-أوراق بيضاء.

-محاة.

-مبارة.

-سيالات بمختلف ألوانها (أحمر، أزرق، أخضر، بني، أسود)

-فرشاة.

7-4- اللعب: فقد اعتبر كل من قروس (Groos) وكلابريد (claparède) اللعب كمثير أساسي للنمو الذهني، إذ أشار ذلك من خلال قولهما: "توجد الطفولة للعب" بحيث يشكل اللعب النشاط الأكثر تلاؤماً مع ذهنية الطفل الذي يحتاج للعب كحاجته للغذاء والتنفس (شاهين، 1999، ص173)

تعريف اللعب: يعرف اللعب تلك الحركة المزعجة التي تصدر ضجاً وضجيجاً... بأنه نشاط موجه وغير موجه يقوم به الأطفال لأجل تحقيق المتعة والتسلية، ويستغله الكبار عادة يسهم في تنمية سلوك الأطفال وشخصياتهم بأبعادها المختلفة العقلية والجسمية والانفعالية ولكن الطريف أن اللعب استخدام وسيلة للعلاج النفسي بالنسبة للأطفال الذين يعانون من بعض المخاوف والتوترات النفسية.

اللعب كطريقة لتشخيص وعلاج الأطفال:

بدأ العلاج باللعب منذ العشرينات من القرن الحالي مع مدرسة التحليل، وكان الهدف هو تعزيز الأنا أو الذات الوسطى وتخليصها من ضغط الذات الدنيا والذات العليا، وسرعان ما تبنت معظم الاتجاهات العلاجية في علم النفس هذا الأسلوب الذي يعد حكراً على مدرسة التحليل النفسي وحدها، ذلك لأن العلاج باللعب متقدم ومتطور بما يحتوي عليه من تقنيات تساعد الطفل على التعبير بالحركة أكثر من اللفظ لأن العلاج القائم على الكلام يؤدي في كثير من الأحيان إلى نتيجة ويعتبر وسيلة قليلة النفع، فالتواصل مع الأطفال من خلال اللعب أهم بكثير من التواصل اللفظي، مما يسمح للطفل من إسقاطات وتقمصات تعدل من شخصيته، وترفع معنوياته وتنقص مشاعر الذنب لديه (الشحيمي، 1994، ص، ص210 211)

فجرة اللعب كوسيلة أساسية وما تحتويه من العاب ومواد كوسائل ثانوية من شأنها تحقيق نوع من التوازن في مشاعر الطفل فبعض الأطفال يستخدمون تلك الوسائل للتعبير عن استيائهم وضيقهم، وتفريغ الاتجاهات العدوانية ونوبات الغيظ والعنف التي يحملونها تجاه الآخرين أثناء اللعب، فيسقطون مشاعر القلق والكراهية والعدوانية على تلك الأشياء والمواد الجامدة في محاولة لإطلاق العنان للانفعالات الداخلية الحسية، وبذلك يجسدون مرحلة هامة في العلاج باللعب حيث يخرج الطفل كل ما يزعجه ويؤلمه من تصورات وإدراكات تكون هذه العملية في شكل رموز وتغيرات داخلية قد يسمح للطفل العيش في أمان أكثر مما يعيش في الحياة الواقعية (سيد سليمان، 1990، ص303)

ونظرا لأن طبيعة الطفل كطفل تجعل منه كائن غامضا في تصورات وسلوكاته، وكائنا فاقد السيطرة على الرموز اللغوية فلم يبق أمام علماء النفس الا منهج اللعب كوسيلة تشخيصية بالدرجة الأولى، ووسيلة علاجية بالدرجة الثانية، ففي التشخيص يستعمل اللعب بالملاحظة وتقويم السلوك والكشف عن المشاكل، اذ يسجل الطفل كل ما يقدم به أثناء لعبه، ويقوم الأخصائي بتحليله (جلال، ص159)

وفي سيرورة هذا اللعب يتمكن المختص من الكشف عن النقاط المرضية السلبية والنقاط الصحية الإيجابية في نفسية الطفل، وبذلك يرسم خطة العلاج في إطار اللعب سواء المختص يلعب دورا أساسيا في هذه الحالة فهو يقوم مقام الموجه لمشاعر الطفل والمحدد لها.

وتشكل حجرة اللعب الوسيلة الأساسية لتحقيق اللعب في كافة أبعاده فهي بمثابة الفضاء الذي يحب الطفل نفسه فيه لما تحتويه من عوالم موجودة في عالم الطفل الواقعي، وحجرة اللعب عبارة عن غرفة واسعة ملونة بألوان زاهية بما فيها من لعب مختلفة من سيارات، حيوانات، تليفونات، مسدسات للعب كذلك مساحة للألوان وصناديق الطين والرمال، ودلاء للماء، وكل ما يمكن وصفه من لعب يتمكن من اثارة انتباه ورغبة الطفل في اللعب (عيسوي، 1997، ص، ص99 100)

فاللعب اذن هو مجال خصب يساعد على كشف وتشخيص حالة الطفل، وعملية الكشف هذه تساهم في علاج مشكلاته (العناني، 1998، ص183)

ومن فوائد اللعب العلاجية نذكر ما جاء عن: (كاملة الفرج شعبان 1999): (شعبان 1999، ص175)

* مجال للتعبير عن الرغبات والصراعات.

* ينمي اللعب الميول والثقة بالنفس.

* يساعد على تجديد الطاقة والترفيه عن النفس.

* يشبع حاجات الطفل مثل الحاجة الى التملك، كما يساعده على النمو الاجتماعي.

النظريات التي تفسر اللعب:

1- نظرية الطاقة الزائدة: اللعب تنفيس للطاقة الزائدة عند الفرد والتي يمكن الاستفادة منها في سلوك مفيد وبناء.

2- النظرية الغريزية: تعتبر أن اللعب يستند الى أساس غريزي وأنه بتوجيهه يهذب ويدرب النشاط

الغريزي لدى الفرد كما هو الحال في الغريزة المقاتلة والعدوان.

- 3- نظرية التلخيص: الطفل يلخص تاريخ الجنس البشري في لعبه اعتمادا على ما كان يقوم به أجداده فنجده وهو يبني، وهو يقوم وهو يتسلق الأشجار.
- 4- نظرية تجديد النشاط بالتسلية والرياضة: اللعب ضرورة للترفيه بعد العمل لأنه يجدد نشاطه في الحياة بعد ضغوطات العمل المتبعة والمجهد.

فوائد اللعب:

- 1- للعب أهمية عاطفية من ناحية الوالدين والطفل فقد أثبتت الدراسات أن ما يحدث في الدماغ عن طريق التواصل باللعب بين الوالدين يؤدي الى افراز هرمون لدى الطفل وبالغ عند اشتراكهم في اللعب سويا.
- 2- يفيد في النمو النفسي والعقلي والانفعالي لدى الطفل (تقوية العضلات، إطلاق الطاقات الكامنة، المعايير الاجتماعية، النظام والتعاون والقيادة)
- 3- يشبع الحاجات للطفل مثل: حب التملك.
- 4- يكمل بعض أوجه النشاط الضرورية في حياة الطفل اليومية.
- 5- يفيد في دراسة سلوك الطفل لذلك يعتبر وسيلة هامة في تشخيص مشكلاته وعلاجها.
- 6- يعتبر مهنة الطفل لأنه يشعر بالمتعة ويكتشف ويتعلم وبيتعد.
- 7- يسهم في خلق بيئة امنة يستطيع الأطفال فيها ان يعبروا عن أنفسهم.
- 8- الألعاب هي كلمات الأطفال حيث أنهم لا يملكون القدرة اللغوية الكافية أو الإدراك الناضج للتعبير عن مشاعرهم بوسيلة مجردة كالكمات.

العلاج باللعب:

تتوجه الدراسات الحديثة الى العلاج والتعليم باللعب وذلك بسبب ما ثبت في هذه الدراسات من الناحية الطبية العلمية البحثية أن اللعب في المراحل العمرية الأولى للطفل يعتبر ركيزة أساسية لتطوير الجوانب الاجتماعية واللغوية والإدراكية بالنسبة للطفل حيث أن الطريقة الطبيعية للتعلم هي التي تتم من خلال اللعب.

أهداف العلاج باللعب:

- 1- يهدف العلاج باللعب بشكل مباشر الى ادخال الإيجابية في لعب الطفل مما يسهم في تفرغ انفعالاته.
- 2- يسمى تقديرا للذات فيشعر الطفل بالإيجابية وأنه شخص قادر على تنمية شعوره بالمحبة.
- 3- ينمي قدراته على التعبير عن مشاعره ومخاوفه بطريقة ملائمة.
- 4- يزيد من قدراته على حل المشكلات وعلى طلب المساعدة عندما يحتاج لذلك.
- 5- ينمي شعوره بالأمان من خلال بيئة تراعي خصائص الطفل.
- 6- يفيد في اشباع حاجة الطفل الى التملكة.
- 7- يفيد اللعب في النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي للطفل.
- 8- يعتبر اللعب مهنة الطفل.

العوامل التي ينبغي اخذها بعين الاعتبار لنجاح العلاج باللعب :

- 1- اختيار الألعاب التي تناسب عمر الطفل ومشكلته.
- 2- التأكيد على صورة الذات الإيجابية للطفل.
- 3- التواصل البصري مع الطفل.
- 4- استخدام جمل قصيرة وفقا للعمر العقلي للطفل.
- 5- عدم وضع الطفل موضع الاختبار.
- 6- المحافظة على قواعد الأمن وسلامة في جلسة الطفل.
- 7- التنوع في وسائل التواصل مع الطفل.
- 8- استمتع مع الطفل أثناء اللعب.
- 9- ليس من صالح المعالج أن يظهر للطفل بمظهر الفشل.

أهمية اللعب في التشخيص:

يلاحظ من الناحية التشخيصية أن الطفل المضطرب نفسيا يسلك في لعبة سلوكا يختلف عن الطفل العادي الصحيح نفسيا، ويعتبر كثير من لعب الأطفال تعبيراً عن مشكلاتهم وصراعاتهم التي يعانون منها أثناء لعبهم، فالطفل يسقط على الدمى واللعب انفعالاته اتجاه الكبار والتي لا يستطيع اظهارها خوفاً من العقاب.... وهذا الاسقاط للمشاعر يسهل من التعرف على أسباب الاضطراب.

يمكن للمعالج ملاحظة الأطفال وهم يلعبون مع بعض الدمى أو وهم يرسمون كيف يعامل الأطفال بعضهم بعض وكيف يعاملون أدوات اللعب وبملاحظة الأحاديث والحركات والانفعالات التي تصاحب اللعب يمكنه أن يكشف عن رغباتهم وحاجاتهم ومخاوفهم ومشكلاتهم.

ما يلاحظه المعالج أثناء اللعب:

- سن رفاق اللعب (أكبر أم أصغر)
- عدم الاستمتاع باللعب.
- الاندفاع.
- التوتر.
- العدوان.
- الضيق.
- فرط الحركة.
- تحطيم اللعب.
- تفضيل اللعب منفردا.
- القيادة أم التبعية.
- مخاطبة أدوات اللعب.
- ضرب الدمى.
- الانتقال السريع من لعبة الى أخرى.
- التعبير بالرسم عن شخصيات.
- تشتت الانتباه.
- لا يستمر في الأنشطة.
- الأزمات الحركية.
- القلق والاكتئاب.
- المشكلات اللغوية.
- أنواع الخوف المرضي.
- السب والشتم.

- يبصق.
- يرمي الأشياء.
- السلوك الفوضوي.
- يضحك مع نفسه.
- يمص أصابعه.
- يقضم أظفاره.
- يلعب بأعضائه التناسلية.

7-5- الاختبارات السيكلوجية:

تعتبر الاختبارات السيكلوجية من بين وسائل الكفالة النفسية، والاختبار السيكلوجي عبارة عن أداة لفحص سلوك الفرد في موقف معين (بلفورد، 1977، ص 645)

والاختبارات من حيث اجرائها تنقسم الى اختبارات فردية وجماعية تكون اما لفظية أو أدائية ونجد منها ما يلي:

5-1 اختبارات الوظائف الذهنية:

من بين هذه الاختبارات تلك التي تقيس قدرات الطفل العقلية والاستعدادات مثل: اختبارات الذكاء، التحصيل، والاستعدادات.

5-2 اختبارات الشخصية:

تستند هذه الاختبارات الى فكرة أن طريقة ادراك الفرد وتفسيره لمادة الاختبار تعكس جوانب أساسية من ديناميكيات تشخيصية، فالفرد يسقط على المثير أفكاره واتجاهاته، ومخاوفه، ومشاعره، وأنواع الصراعات التي يعاني منها.

هذه الاختبارات التي تعتبر أداة هامة للتكفل النفسي بالأطفال المتخلفين عقليا من خلالها يمكن تشخيص الاضطرابات النفسية التي يعانون منها، الا أنها غير متوفرة وغير معمول بها في المراكز التي تقدم الكفالة النفسية لهؤلاء الأطفال المتخلفين.

فقد اختصرت وسائل الكفالة في هذه المراكز على بعض الوسائل مثل: المقابلة، دراسة حالة، وكذا على الرسم واللعب اللذان يعتبران وسيلتين هامتين للتكفل النفسي بالأطفال.

ولكن رغم أهمية هاتين الوسيلتين (اللعب والرسم) إلا أن تبقى الاختبارات السيكلوجية ذات أهمية قصوى في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية، هذه الاختبارات التي تساعد الأخصائي في عملية التشخيص، وفهم ما يعاني منه الطفل ومساعدته لتجاوز هذه الصعاب.

فهذه الاختبارات الاسقاطية تسمح للفرد أن يستجيب للمثيرات الغامضة التي لا تتطوي على معنى واضح استجابة لكشف أعماقه وخبائيا شخصيته لذلك فقد تعد الوسائل (الاختبارات) الاسقاطية من أفضل الأدوات التي يلجأ اليها السيكلوجي لاستخدامها للكشف عن مضمون النفسي المكبوت أو الذي يكمن في اللاشعور ولا يستطيع العميل أن يعبر عنه مباشرة مهما بدل من جهد (ايمان فوزي، ص36)

خاتمة

الى هنا وبعون الله نصل الى اخر نقطة في موضوع مذكرتنا: دور الأخصائي النفسي في الكفالة النفسية عند المتخلفين عقليا والذي بدأناه بتساؤل رئيسي والمتمثل في: فيما يتمثل دور الأخصائي النفسي في الكفالة النفسية عند المتخلفين عقليا.

وتتدرج تحتها ثلاث تساؤلات وهي:

- هل للأخصائي النفسي دور في عملية تأهيل المتخلفين عقليا.
 - هل للأخصائي النفسي دور في عملية مرافقة المتخلفين عقليا.
 - هل للأخصائي النفسي دور في عملية الادماج الاجتماعي للمتخلفين عقليا.
- وقد توصلنا في نهاية الأمر الى أن دور الأخصائي النفسي في عملية التأهيل فإنها تتمحور على التدريب على المهارات والتشغيل المهني.
- أما دور الأخصائي النفسي في عملية المرافقة فهو يتمثل في المرافقة الفردية لتحسين الجانب السلوكي والنفسي للمتخلف عقليا.
- أما دور الأخصائي النفسي في عملية الادماج فهو يتمثل في اكسابهم قدرات معرفية ومهارات من خلال اللعب وتبادل الأفكار.

قائمة

المراجع

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1) - أحمد السعيد يونس، مصري عبد الحميد، رعاية الطفل المعوق، دار الفكر، القاهرة، 1991.
- 2) - أحمد جابر أحمد، دليل المدرس لتخطيط البرامج وطرق التدريس المعاقين ذهنياً.
- 3) - أحمد وادي، الإعاقة العقلية (أساليب تشخيص العلاج)، دار أسامة للنشر والتوزيع، القاهرة، (ط1)، 2008.
- 4) - اقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الاجتماعية ورعاية المتخلفين، دار المعرفة الجامعية، 1991.
- 5) - اقبال محمد بشير، الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي، الإسكندرية.
- 6) - السيد علي فهمي، أستاذ علم النفس، مساعد في الجامعة الجديدة، ط1، بيروت، الأردن، 2009.
- 7) - أميرة عبد العزيز الديب، سيكولوجية التوافق النفسي في الطفولة المبكرة، (ط1)، مكتبة العلاج، الكويت، 2009.
- 8) - بال فورد، ميادين علم النفس، دار المعارف، (ط2)، لبنان، 1977.
- 9) - بطرس حافظ بطرس، التكيف والصحة النفسية للطفل (ط1)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
- 10) - بلقاسم سلاطنية، حسان الجيلالي، منهجية العلوم الاجتماعية، دار الهدى للطباعة، عين مليلة، الجزائر، 2004.
- 11) - جمال إبراهيم مرسى، الطفل الغير عادي من الناحية الذهنية، دار التهنئة العربيين القاهرة.
- 12) - جمال أبو دلو، الصحة النفسية، (ط1)، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- 13) - جمال محمد الخطيب، تعديل سلوك الأطفال المعاقين، دار الاشراف، عمان، الأردن، 1992.

- 14) -جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسني عزت، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 1999.
- 15) -حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط3)، عالم الكتب، القاهرة، مصر، 1997.
- 16) -حسينة طاع الله، مذكرة الادراك البصري للأشكال لدى المعوقين عقليا.
- 17) -حنان عبد الحميد العناني، الصحة النفسية، ط4، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 1988.
- 18) -رشيد زروالي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية (ط1)، منشورات جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2002.
- 19) -سعد جلال، الطفولة والمرافقة، دار الفكر العربي، (ط2).
- 20) -سهيل كامل أحمد، التوجيه والإرشاد النفسي، (ب ط)، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 1999.
- 21) -صالح حسين الداصري، سيكولوجية الابداع والشخصية (ط1)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
- 22) -صفي الشرييني، معجم المصطلحات الطب النفسي، (ط2)، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 23) -طارق عبد الرؤوف عامر، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، مؤسسة طبية للنشر، (ط1)، القاهرة، 2008.
- 24) -عادل عبد الله محمد، جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين، دار الرشاد، القاهرة، 2003.
- 25) -عبد البشار إبراهيم وآخرون، علم النفس الاكلينيكي، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، (ط1)، 2008.

- (26) - عبد الرحمن العيسوي، التخلف العقلي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
- (27) - عبد الرحمن سيد سليمان، العلاج النفسي، (ط1)، دار الرتب الجامعية، لبنان، 1990.
- (28) - عبد الرحمن عيسوي، الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1992.
- (29) - عبد الستار إبراهيم وآخرون، علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، مكتبة الأنجلو
مصرية، 2008.
- (30) - عبد القادر المعيري، القاموس الجديد (ب ط)، الشركة التونسية للتوزيع، 1989.
- (31) - عبد الكريم قاسم أبو الخير، التمريض النفسي، مفهوم الرعاية التمريضية، (ط1)، دار وائل
للطباعة والنشر، عمان، الأردن، 2002.
- (32) - عبد الله العلايلي، الصحاح في اللغة والعلوم، المجلة الأولى، (ط1)، دار الحضارة، بيروت،
1994.
- (33) - عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر، القاهرة،
1996.
- (34) - عصام نور سرية، سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، مؤسسة شباب الجامعة،
الإسكندرية، 2006.
- (35) - عطية محمود هناء، علم النفس، دار النهضة العربية بيروت، لبنان، 1983.
- (36) - فاروق الروسان، دراسات وبحوث في التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، 2000.
- (37) - فيصل عباس، أضواء على المعالجة النفسية، دار الفكر اللبناني، (ط1)، 1994.
- (38) - فيصل عباس، أضواء على المعالجة النفسية، ط1، دار الفكر اللبناني، 1997.

- (39) -كاملة الفرّج شعبان، الصحة النفسية للطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، (ط1)، عمان، 1999.
- (40) -كمال إبراهيم مرسي، التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الارشاد النفسي، المؤتمر الدولي الأول لمركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، 1999.
- (41) -محمد أيوب الشيجيمي، مشاكل الأطفال كيف نفهمها، المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها، 1994.
- (42) -محمد جاسم العبيدي، مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2009.
- (43) -محمد حسن الغانم، علم النفس الاكلينيكي (التقسيم، التشخيص، العلاج)، مكتبة المصرية للنشر، 2009.
- (44) -محمد حسن غانم، مقدمة في علم النفس الاكلينيكي، تقييم وتشخيص العلاج، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.
- (45) -محمود عبد الحليم بني واخرون، علم النفس والقدرات العقلية، دار المعرفة الجامعية، 2007.
- (46) -مصطفى فهمي، سيكولوجية الأطفال الغير عاديين، 1985.
- (47) -منتدى أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.
- (48) -مواهب إبراهيم عياد واخرون، المرشد في تدريب المتخلفون عقليا على السلوك الاستقلالي في المهارات المنزلية، منشأة المعارف، الإسكندرية.
- (49) -نعيم الرفاعي، العيادات النفسية والعلاج النفسي، المطبعة الجديدة، دمشق، (ط1)، 1985.
- (50) -هلموت بيتشي، ترجمة أولتوان ا. الهاشم، ط1، المكتبة الشرقية، بيروت، لبنان، 2003.

51) -وائل عبد الرحمن التل وآخرون، البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية، دار الحامد

للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007.

قائمة المذكرات:

1-محمد علي اليازوري: "مذكرة الاضطرابات السلوكية للمعاقين عقليا القابلين للتعلم وعلاقتها

بأساليب المعاملة الوالدية".

2-مقال لأمال فلاح، كواليس وأرواح شديدة تخطف عقول الأطفال صادر عن جريدة الخبر

الأسبوعي عدد 13 جوان 1999.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

1. -blohc (1983) in le court 2005, j'ai dessiné la guerre paris exparision
scientifique française.

2. --<http://majdah.maktob.com/vb/> majdah 11 2885

3. -<http://www.3shgan.net/vbit> 8374.html

4. -<http://www.elwardah.com>

5. -<http://www.n3ash.net/showthread.php?s:8threadid:2350>

6. -<http://www.vp rgh.com>

i. Pdf created with pdf factory trail version www. Pdf

factory.coM

7. -perrars (1980): les dessin d'enfant et leurs signification edition

marabot.

8. -widlocher: daniel (2005): « linter p ntation des dessins d'enfants »

قائمة

الملاحق