



الأطفال ذوو الحاجات الخاصة



المحيط الأسري

أطفال الخليج



مركز دراسات وبحوث المعوقين
www.gulfkids.com

الأطفال ذوو الحاجات الخاصة والمحيط الأسري.

الفهرس:

- 1 0 مقدمة
- 2 0 التدخل المبكر
- 3 0 حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة
- 4 0 الإعاقات العقلية
- الكشف المبكر عن الإعاقة العقلية
- 5 0 الإعاقة الجسمية والصحية
- أشكال هذه الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة المبكرة:
 1. الاضطرابات العصبية.
 2. الاضطرابات العضلية / العظمية.
 3. الاضطرابات الصحية المزمنة.
- الكشف المبكر عن الإعاقات الجسمية والصحية
- 6 0 الصعوبات التعليمية
- 7 0 الإعاقة البصرية
- الكشف المبكر عن الإعاقة البصرية
- 8 0 الإعاقة السمعية
- الكشف المبكر عن الإعاقة السمعية
- 9 0 الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- الكشف المبكر عن الاضطرابات السلوكية والصعوبات التعليمية
- 10 0 اضطرابات التواصل : الاضطرابات الكلامية واللغوية
- الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغوية
- 11 0 التوحد
- الخصائص النمائية والسلوكية للأطفال التوحديين
- 12 0 الخاتمة

1 - مقدمة

قدمت البحوث العلمية في العقود الماضية أدلة قوية على أن للخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على التعلم والنمو . فالمرحلة العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة . ففي السنوات الست الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي.

واستناداً إلى ذلك ، أبدى الباحثون والممارسون في ميدان الطفولة في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة . ويتجلى ذلك الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج اعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة ، وتطوير أدوات القياس والتقويم الملائمة للمراحل العمرية المبكرة ، واعتماد نتائج البحوث العلمية أساساً وموجهاً لبرامج التدخل.

تعريف :

من هم الأطفال المعوقون: تقدر منظمة الصحة العالمية عدد الأشخاص المعوقين في العالم ب 10 بالمائة من سكان العالم. و حتى نعرف المعوق يلزم بداية أن نعرف العجز و الإعاقة.

العجز هو فقدان طرف أو جزء منه، أو وجود عطل في طرف أو عضو أو وظيفة ما في جسم الإنسان.

الإعاقة هي الحرمان أو القيد الذي يقصي بعض فئات المجتمع عن الأنشطة الاجتماعية و الحياة العامة في هذا المجتمع نتيجة مفاهيم مجتمعية تميز أفراد هذه الفئات نتيجة إصابتهم بعيب أو قصور في قدرة ما أو وظيفة ما.

لذلك : الإعاقة = عجز + تمييز .

و عليه فالأطفال ذوو الإعاقات: هم جميع الأطفال، ممن لديهم نوع من الاختلاف الجسدي أو العقلي أو الحسي أو السلوكي الذي يتسبب لهم بالإقصاء أو التمييز ضدهم داخل المجتمع.

ويتضح مما سبق أن الأطفال لا يصبحون معوقين إلا عندما يُنظر إليهم باعتبارهم مشكلة، و عندما لا يدمجون في المجتمع. أما في الواقع فإن المشكلة تكمن في أنظمة المجتمع و في عدم قدرتها على تلبية حاجات جميع أفراد المجتمع.

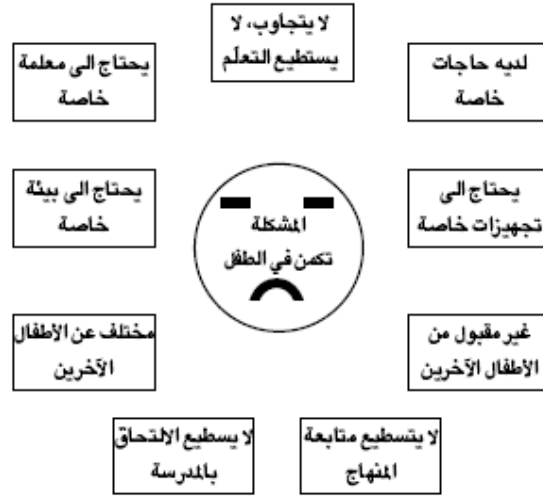
الإدماج هو حث الطفل على اكتساب المهارات اللازمة كي يؤهل للإندماج في المجتمع .

الدمج هو الاعتراف بالفروقات الفردية و الاختلافات التي تنتج عن عوامل كثيرة (منها تفاوت الأعمار و النشأة الاجتماعية و الاختلافات العرقية و الاثنية و الإعاقات)، و الدعوة ا المجتمع إلى أن يتقبل كل أفراده بدون تمييز و إلى خلق مناخ موات لكل الأطفال كي يعدوا لحياة يعيشونها كأفراد فاعلين في مجتمعاتهم، و ذلك عبر مناهج تلائم احتياجات كل الأطفال و تساعد على تطوير قدراتهم، و على تطوير مواقف و اتجاهات ايجابية و داعمة عند كل المحيطين بالأطفال.

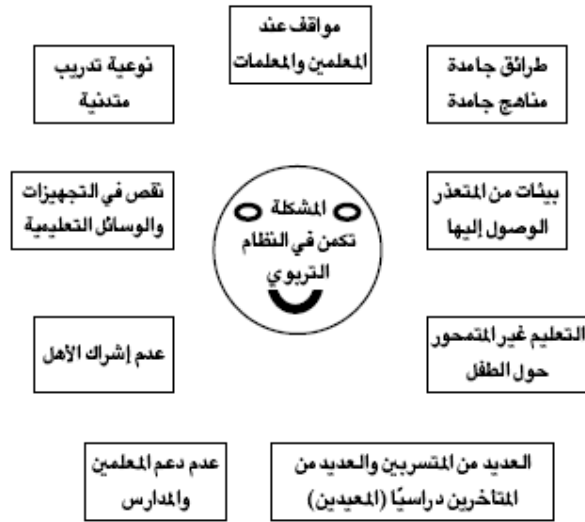
التربية الخاصة: تعرف اليونسكو التربية الخاصة (او المختصة) على أنها :

شكل من أشكال التربية العامة يهدف إلى تعزيز نوعية حياة أولئك الذين يرزحون تحت ظروف متنوعة من الصعوبات.

و يعرف Legendre.R التربية الخاصة على أنها نوع من التعليم يقدم ، في إطار بيداغوجيا علاجية، و يتوجه لتلاميذ يعانون من مشكلات تعليمية أو تظهر عليهم اضطرابات سوسيو-وجدانية، أو عوائق جسدية أو عقلية.



النموذج الذي يرى أن المشكلة تكمن في الطفل .



النموذج الذي يرى أن المشكلة تكمن في النظام التربوي .

2 - التدخل المبكر

يتبوأ التدخل المبكر أو ما يعرف بالتربية الخاصة المبكرة في عالم اليوم موقعا متقدماً في أولويات العمل بالنسبة للإدارات والمؤسسات والجمعيات الدولية والإقليمية ذات العلاقة بالتربية الخاصة . والمبرر الأساسي لبرامج التدخل المبكر هو أن الأطفال صغار السن أكثر قابلية لاكتساب المهارات من الأطفال الأكبر سناً ، وأن حالات الإعاقة الثانوية يمكن الوقاية منها ودرء مخاطرها . وبالرغم من أن بعض الباحثين والكتاب قد طرحوا أسئلة عن فاعلية التدخل المبكر وجدوا ، فإن البرامج النمائية المناسبة ، والمكثفة ، والمنظمة ضرورية جداً لكي يحقق التدخل المبكر أهدافه . والأداة الرئيسية التي تعمل بمثابة صمام أمان في هذا الخصوص هي البرامج التربوية الفردية.

الأسرة هي الأساس:

أصبح مفهوم التدخل المبكر في الآونة الأخيرة أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية . فالتعريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضاً . فالتدخل المبكر الفعال يوكل للأسرة دوراً مهماً ولا يتعامل مع الطفل بمعزل عن أسرته بل يؤكد أن الطفل لا يمكن فهمه جيداً بمنأى عن ظروفه الأسرية والاجتماعية.

فلما كانت الأسرة هي الشيء الثابت في حياة الطفل فإن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات تشاركية مع أولياء الأمور . ولكن مشاركة أولياء الأمور الايجابية في التخطيط للخدمات وفي اتخاذ القرارات تتطلب قيام الاخصائيين بتعديل اتجاهاتهم وبإعادة النظر والتفكير بعلاقاتهم مع الأسر .

فكثير من الاخصائيين يعملون وفقاً لافتراض مفاده أنهم وحدهم يمتلكون المعرفة ويعرفون المناسب وأنهم بالتالي القادرون على حل المشكلات واتخاذ القرارات.

كذلك فإن برامج التدريب قبل الخدمة تركز على تزويد المتدربين بالمهارات اللازمة للعمل مع الأطفال . ولكن الفاعلية القصوى تتطلب تطوير علاقة عمل ايجابية بين الاختصاصيين وأولياء الأمور . والجهد الموجه للعمل مع الأسر ينطوي على تحديات غير تقليدية حيث إن مشكلات متنوعة قد تحدث عندما تختلف مواقف الاختصاصيين وأولياء الأمور ازاء أولويات الأهداف والخدمات.

مبررات التدخل المبكر:

التدخل المبكر له ما يبرره ، وقيماً يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

1. أن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي.

2. أن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى .

3. أن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.

4. أن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.

5. أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً.

6. أن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

7. أن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.

8. أن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر .9. أن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.

10. أن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

11. أن التدخل المبكر يسهم في تجنب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً.

3 - حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة:

في حين تقدر بعض المصادر نسبة الإعاقة في الطفولة المبكرة بحوالي 3% تقدرها مصادر أخرى بحوالي 15% ويرجع هذا التفاوت في التقديرات إلى عدة أسباب من أهمها عدم وضوح التعريفات . فليس هناك تعريف موحد ، وحتى في حالة الاتفاق على تعريفات موحدة فثمة مشكلات وصعوبات تتعلق بتشخيص الإعاقات وبخاصة البسيطة منها في السنوات الأولى . فمن المعروف أن

الصعوبات التعليمية والمشكلات الكلامية والتخلف العقلي البسيط وبعض الاضطرابات السلوكية يصعب التعرف عليها قبل دخول الطفل القسم الأول . علاوة على ذلك ، فإن التحقق من وجود إعاقة أمر بالغ الصعوبة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الصغار في السن ذلك أن هؤلاء الأطفال يتغيرون بسرعة وبشكل ملحوظ . وعلى الرغم من هذه التحديات فإن هناك اتفاقاً عاماً على أن حوالي 10% من الأطفال في سن ما قبل المدرسة في أي مجتمع لديهم إعاقة أو أن إعاقة ما قد تتطور لديهم.

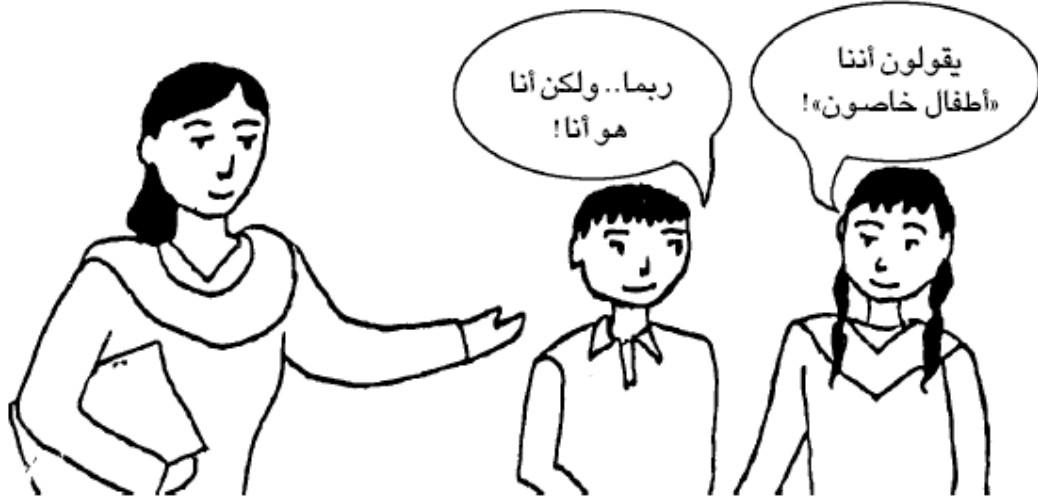
وفي الدول العربية ، لا تتوفر إحصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بأعداد الأطفال المعوقين بوجه عام أو الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة بوجه خاص . فبعض الدول حاولت تحديد أعداد الأطفال المعوقين ولكن الأرقام لا تعكس الحقائق . وعلى ضوء ذلك فإن نسبة الانتشار المعتمدة دولياً (10%) هي النسبة التي يمكن أخذها بالحسبان لأغراض تقدير أعداد الأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة في الدول العربية . وبناء على ذلك يتوقع أن يكون عدد هؤلاء الأطفال حوالي ثلاثة ملايين وستمائة ألف طفل في الدول العربية (انظر الجدول):

النسبة المئوية المعتمدة عالمياً

2.3
0.1
0.6
2.5
0.5
1.0
3.0

الفئة

o الأطفال المتخلفون عقلياً
o الأطفال المعوقون بصرياً
o الأطفال المعوقون سمعياً
o الأطفال العاجزون عن التعلم
o الأطفال المعوقون جسدياً
o الأطفال المضطربون سلوكياً
o الأطفال المضطربون كلامياً / لغوياً



4 - الإعاقات العقلية:

الإعاقعة العقلية هي حالة انخفاض ملحوظ في الأداء العقلي العام يظهر في مرحلة النمو ويرافقه عجز في السلوك التكيفي . ويعتبر انخفاض الأداء العقلي العام ملحوظاً إذا كان بمقدار انحرافين معياريين عن المتوسط (أي أن درجة الذكاء تقل عن 70 عند استخدام مقياس وكسلر أو 68 عند استخدام مقياس بينيه) . أما العجز في السلوك التكيفي فهو يعني افتقار الفرد إلى الكفاية اللازمة لتحمل المسؤولية الاجتماعية والتمتع بالاستقلالية الشخصية المتوقعة لمن هم في فئته العمرية وفئته الاجتماعية / الثقافية . واعتماداً على مدى الانخفاض في القدرات العقلية العامة تصنف الإعاقعة العقلية إلى أربعة مستويات هي:

1. إعاقعة عقلية بسيطة (درجة ذكاء بين 55 - 70).
2. إعاقعة عقلية متوسطة (درجة ذكاء بين 40 - 50).
3. إعاقعة عقلية شديدة (درجة ذكاء بين 25 - 40).
4. إعاقعة عقلية شديدة جداً (درجة ذكاء دون 25).

وعلى الرغم من تباين خصائص الأفراد ذوي الإعاقعة العقلية إلا أن هذه الإعاقعة غالباً ما تؤثر في مجالات النمو العقلي ، والجسمي / الحركي ، والانفعالي / الاجتماعي ، واللغوي ، والشخصي . فمن الناحية العقلية يعاني هؤلاء الأفراد من ضعف الانتباه والقابلية للتشنت ، وعدم الإفادة من التعلم العارض، وضعف الذاكرة قصيرة المدى ، وضعف القدرة على التمييز من جهة والتعميم ونقل أثر التعلم من جهة أخرى ، وضعف القدرة على التفكير المجرد . ومن الناحية الجسمية / الحركية فالأشخاص المتخلفين عقلياً ، وإن كان نموهم يسير وفقاً للتسلسل الطبيعي ، إلا أن لديهم ضعفاً عاماً أو تأخراً من حيث سرعة النمو أو معدلته . وقد يصاحب الإعاقعة العقلية وبخاصة الشديدة والشديدة جداً تشوهات مختلفة في الرأس أو الوجه أو في أطراف الجسم . كذلك فهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض ومظاهر الضعف المختلفة في الأجهزة العصبية والعظمية - العظمية وغيرها .

وأما بالنسبة للنمو اللغوي فالإعاقعة العقلية غالباً ما تؤثر سلباً على القدرة التواصلية للأفراد وتقود إلى ضعف أو تأخر لغوي وكلامي . فلتعلمهم تتطور ببطء وتتسم بعدم النضج وكلامهم غالباً ما يكون مضطرباً من حيث الانسياب / الطلاقة أو النطق أو الصوت . وفي حالات الإعاقعة العقلية الشديدة والشديدة جداً فقد لا تتطور القدرات الكلامية.

الكشف المبكر عن الإعاقعة العقلية :

من الصعوبة بمكان الكشف المبكر عن التخلف العقلي ما لم تكن الحالة من المستوى الشديد . وعلى أي حال ، يمكن وصف أهم العلامات المبكرة للتخلف العقلي على النحو التالي:

- 1- التأخر اللغوي الملحوظ.
 - 2- ضعف الانتباه.
 - 3- التأخر الملحوظ في النمو الحركي.
 - 4- ببطء معدل التعلم والنمو.
 - 5- التأخر الملحوظ في التطور الاجتماعي.
 - 6- الحاجة إلى التكرار والإعادة بشكل مفرط.
 - 7- عدم نقل أثر التعلم وضعف القدرة على التعميم.
- وأخيراً فإن للإعاقعة العقلية تأثيرات متباينة على مظاهر النمو الشخصي والاجتماعي / الانفعالي . ومن أهم تلك التأثيرات تدني مستوى الدافعية ومفهوم الذات ، وتوقع الفشل والإخفاق ، والانسحاب الاجتماعي ، والسلوكيات النمطية ، والعديد من الاستجابات الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية .
- أما أسباب التخلف العقلي فهي ما زالت غير معروفة في حوالي 75% من الحالات بالرغم من أن الدراسات والبحوث العلمية التي أجريت في العقود الماضية وجدت علاقات ارتباطية بين أكثر من مائتي متغير والتخلف العقلي . ومهما يكن الأمر ، فقد دأب الباحثون على تسمية التخلف العقلي الذي يعرف له سبب عضوي بالتخلف العقلي العيادي وتسمية التخلف الذي لا يعرف له سبب عضوي بالتخلف العقلي الثقافي - الأسري (البيئي).

5 - الإعاقعة الجسمية والصحية:

الإعاقعة الجسمية والصحية حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموماً تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي . وتصنف الإعاقات الجسمية والصحية إلى ثلاث فئات رئيسية وهي:

- أ. الاضطرابات العصبية.

ب. الاضطرابات العضلية / العظمية.

ج. الاضطرابات الصحية المزمنة.

وفيما يلي وصف موجز لأكثر أشكال هذه الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة المبكرة.

أ. الاضطرابات العصبية:

(1) الشلل الدماغي : إعاقة عصبية حركية تتجم عن تلف مراكز التحكم الحركي في الدماغ غالباً ما تقود إلى اضطراب مستوى التوتر العضلي أو عدم التوازن أو فقدان التحكم بالحركات الإرادية.

(2) الصلب المفتوح (العمود الفقري المشقوق) : اضطراب وُلادي يظهر فيه كيس بارز في أسفل الظهر ويحتوي هذا الكيس في الحالات الشديدة على جزء من الحبل الشوكي والسائل المخي - الشوكي.

(3) الاستسقاء الدماغي : تجمع السائل المخي - الشوكي غير طبيعي في حجيرات الدماغ مما يؤدي إلى توسع الجمجمة وتلف الأنسجة الدماغية وبالتالي التخلف العقلي.

(4) شلل الأطفال : عدوى فيروسية تؤدي إلى تلف الخلايا الحركية في نخاع الشوكي.

(5) الصرع : اضطراب مفاجئ في النشاط الكهربائي للدماغ يؤدي إلى فقدان الوعي وتشنج أطراف الجسم والنوبات التشنجية.

ب. الاضطرابات العظلية - العظمية:

• يتر الأطراف : عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم . وقد يكون السبب وُلادياً (الحصبة الألمانية ، تناول الأدوية أثناء الحمل ، الأشعة السينية) أو مكتسباً (بسبب إصابة خطيرة أو إجراء جراحي وقائي).

• هشاشة العظام (الجبنة السويسرية) : عدم اكتمال نمو العظام وقابليتها للكسر بسبب الإصابات البسيطة.

• التهاب العظام : اضطراب عمليات النمو العظمي بسبب الالتهابات والإصابات.

• الحثل العضلي (التضخم العضلي الكاذب) : اضطراب يتصف بالتدهور المضطرد في عضلات الجسم الإرادية حيث أنها تستبدل تدريجياً بمواد دهنية.

• اضطراب ليج - كالف - بيرترز : تلف مركز النمو في الجزء العلوي من عظمة الفخذ ينتج عنه موت الأنشطة بسبب عدم وصول الدم.

• التهاب المفاصل الروماتيزمي : مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحمى وتيبس خاصة في الصباح.

• التقوس المفصلي : إعاقة وُلادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة.

• انحناء العمود الفقري : وتشمل البزخ (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والجنف (انحناء العمود الفقري وميلانه) والحذب (انحناء العمود الفقري إلى الخلف).

ج. الاضطرابات الصحية المزمنة:

(1) الربو القصبي : رد فعل تحسسي ينجم عنه صعوبات جمة في التنفس بسبب تضيق القصيبات الهوائية.

(2) الهيموفيليا : اضطراب وراثي يحمل على الكروموزوم الجنسي يحدث فيه قابلية للنزيف ولو لأسباب بسيطة بسبب نقص عوامل تخثر الدم.

(3) السكري : اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يعجز فيه البنكرياس عن إفراز كميات كافية من الأنسولين مما يحد من قدرة الجسم على الاستفادة من السكر والمواد الكربوهيدراتية.

(4) فقر الدم المنجلي : اضطراب وراثي في كريات الدم الحمراء تصبح بسببه هذه الكريات منجلية الشكل مما يقود إلى صعوبة في انتقال الدم في الأوعية الدموية ونقص الأكسجين.

(5) التليف الحويصلي : اضطراب وراثي يصيب الرنتنين والبنكرياس فيتم إفراز مواد مخاطية كثيفة جداً مما يقود إلى صعوبات تنفسية وهضمية شديدة.

(6) الاضطرابات القلبية : اضطرابات وُلدية أو مكتسبة من أكثرها شيوعاً تضيق الشريان الرئوي ، و عيوب القلب الرباعية ، وتضيق الأبهر ، والقناة الشريانية المفتوحة ، وتشوه الحاجز الأذيني والحاجز البطني.

الكشف المبكر عن الإعاقات الجسمية والصحية

لما كانت الإعاقات الجسمية والصحية متباينة جداً فإنه من الصعب التحدث عن إجراءات كشفية موحدة . وبوجه عام ، فإن هذه الإعاقات تصنف إلى أربع فئات أساسية هي:

• الاضطرابات العصبية.

• الاضطرابات العظمية.

• الاضطرابات العضلية.

• الأمراض المزمنة.

- وفيما يلي أبرز المؤشرات على الإعاقات الجسمية والصحية:
- (1) الشكوى من التعب المفرط بعد القيام بالنشاطات البدنية.
 - (2) الشكوى من الدوران أو الغثيان أو الصداع أو الشكوى من مستويات شديدة من الجوع أو العطش أو التعرق.
 - (3) الشكوى من السعال أو العطاس أو ضيق التنفس عند تأدية نشاطات جسمية معينة.
 - (4) إظهار استجابات حركية نمطية أو نوبات غضب شديدة أو أحلام يقظة أو حالات من تشوش الوعي أو فقدانه.
- ويتوقع من المعلمين ملاحظة استجابات الأطفال في القسم والمدرسة وإحالة الأطفال الذين يظهرون مشكلات صحية معينة إلى طبيب المدرسة أو الجهات الطبية الأخرى بالتعاون والتنسيق مع الآباء و أولياء الأمور.

6 - الصعوبات التعليمية:

الصعوبات التعليمية واحدة من فئات التربية الخاصة التي كان الغموض وما زال يكتنفها من حيث التعريف والأسباب . ولذلك كثيراً ما توصف هذه الإعاقة بأنها (محيرة) أو (غير مرئية) . علاوة على ذلك ، فإن الأدبيات التربوية الخاصة تزخر بالتسميات والمصطلحات التي استخدمت في النصف الأول من القرن العشرين للإشارة إلى الصعوبات التعليمية ومنها :

- متلازمة النشاط الزائد .
 - الإعاقة الإدراكية .
 - التلف الدماغي البسيط .
 - والدسلكسيا (عسر القراءة) .
 - اضطراب ضعف الانتباه .
 - والتلف الدماغي البسيط .
- وعلى أي حال ، فالتعريف الأكثر قبولاً واستخداماً لصعوبات التعلم هو ذلك الذي ينص على أن الصعوبات التعليمية هي اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة أو استخدامها سواء كانت شفوية أو كتابية . وهذا الاضطراب يظهر على شكل عجز عن الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجي أو الحساب . ويبين التعريف أن الصعوبات التعليمية لا تشمل المشكلات التعليمية التي تعود أساساً إلى الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو السلوكية أو الحركية أو الحرمان البيئي أو الاقتصادي أو الثقافي .
- وتتمثل المشكلة الرئيسية لدى الأطفال ذوي الصعوبات في التباين الملحوظ بين القابلية والإنجاز الفعلي . ويتم الحكم على ذلك إجرائياً من خلال مقارنة الأداء الفعلي للطفل في المجالات الأكاديمية المختلفة بأدائه المتوقع بناء على عمره العقلي وعمره الزمني . وينبغي إثبات أن هذا التباين يقتضي تقديم خدمات تربوية خاصة ليتم تصنيف المشكلة على أنها صعوبات تعليمية . وكما أن تعريفات الصعوبات التعليمية متنوعة فإن أسبابها المحتملة متنوعة هي الأخرى .

تصنف الأسباب إلى خمس فئات عامة وهي:

o الأسباب الجينية:

فالأبحاث العلمية التي أجريت حول التوائم المتطابقة والأقارب من الدرجة الأولى تقدم بعض الأدلة على أن العوامل الجينية تلعب دوراً سببياً في الصعوبات التعليمية.

o الأسباب البيولوجية

يفترض الباحثون أن التلف الدماغي البسيط يشكل أحد الأسباب الأساسية المحتملة لصعوبات التعلم . إلا أنه لا يتوفر دليل علمي قوي يدعم هذا الافتراض.

o الأسباب البيوكيميائية:

لقد شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً بدور المواد الاصطناعية المضافة إلى الطعام ودور اضطرابات عملية التمثيل الغذائي في الصعوبات التعليمية . إضافة إلى ذلك ، ثمة اعتقاد لدى بعض الباحثين حالياً أن الصعوبات التعليمية قد تنتج عن ردود فعل تحسسية لبعض المواد الغذائية أو أنها تنتج عن خلل في وظائف الناقلات العصبية أو في سرعة إيصال السيالات العصبية.

o الأسباب البيئية:

إضافة إلى ما سبق ، يؤكد بعض الباحثين أن الصعوبات التعليمية ترتبط بعوامل خطر بيئية مثل الإشعاع والتدخين والإنارة الخاصة والكحول والعقاقير.

o الأسباب النمائية:

وأخيراً فثمة من يعتقد أن صعوبات التعلم تنجم عن تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي وإن كانت أسباب هذا التأخر غير معروفة.

وتصنف الصعوبات التعليمية إلى فئتين رئيسيتين هما :

(أ) الصعوبات التعليمية الأكاديمية (ب) الصعوبات التعليمية النمائية.

بالنسبة للصعوبات التعليمية الأكاديمية والتي ترتبط بالأداء في المجالات الأكاديمية مثل الحساب والقراءة والكتابة وغير ذلك فهي تنضج في الصفوف الأساسية الأولى .

أما الصعوبات التعليمية النمائية والتي ترتبط بضعف القدرة على الانتباه أو الإدراك أو حل المشكلات أو اكتساب المفاهيم أو التذكر فهي تظهر في مرحلة ما قبل المدرسة وبناء على ذلك فهي المشكلات المستهدفة في برنامج التدخل المبكر.

7 - الإعاقة البصرية:

تأخذ الإعاقة البصرية شكلين رئيسيين هما العمى (فقدان البصر الكلي) وضعف البصر (فقدان البصر الجزئي) . وللإعاقة البصرية تعريفات طبية / قانونية تعتمد على حدة الإبصار ومجاله وتعريفات تربوية تعتمد على مدى تأثير فقدان أو الضعف البصري على التعلم فمن الناحية الطبية / القانونية يعتبر الطفل كفيفاً إذا كانت حدة بصره أقل من 20/200 أو إذا كان مجال بصره لا يتعدى 20 درجة وذلك بعد تنفيذ الإجراءات التصحيحية باستخدام العدسات اللاصقة أو النظارات الطبية . ومن الناحية التربوية فالطفل يعتبر كفيفاً إذا لم يكن باستطاعته التعلم من خلال حاسة البصر واعتمد على طريقة برايل . أما الضعف البصري فهو حدة بصر تتراوح بين 70/20 - 200/20 و وفقاً للتعريف القانوني فهو حالة ضعف لا تمنع الطفل من استخدام بصره كاملاً فثمة قدرات بصرية متبقية لدية للقراءة باستخدام أدوات التكبير وفقاً للتعريف التربوي.

وتشمل الأسباب الرئيسية للإعاقة البصرية على:

- o أخطاء الانكسار مثل قصر النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء البعيدة) وطول النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء القريبة) والرؤية اللابورية بسبب عدم انتظام وشفافية القرنية .
- o اعتلال الشبكية الناتج عن السكري.
- o الماء الأبيض (فقدان العدسة لشفافيته) .
- o الماء الأسود (ارتفاع الضغط الداخلي للعين) .
- o التراخوما (التهاب فيروسي شديد في طبقة العين الخارجية) .
- o انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين.
- o تنكس (تلف) الحفيرة الصفراء المسؤولة عن البصر المركزي.
- o ضمور العصب البصري .
- o التليف خلف العدسي الذي ينتج عن تعرض الأطفال الخدج لكميات كبيرة من الأكسجين.
- o البهاق (نقص أو غياب الصبغيات في العين) .
- o التهاب الشبكية الصباغي وهو اضطراب وراثي يحدث فيه تلف في الشبكية.

الكشف المبكر عن الإعاقة البصرية

يعتمد الكشف المبكر عن الأطفال ضعاف البصر إلى حد ما على شدة الضعف البصري . فبعض الاضطرابات البصرية قد تشير شكوك الوالدين ومن الأمثلة على ذلك الماء الأبيض . ولكن بعض حالات الضعف البصري الأخرى يصعب الكشف عنها في الشهور الأولى من الحياة . ولكي يتم الكشف عن حالات الضعف البصري لا بد من تنفيذ حملات للكشف واسعة النطاق . وربما تكون الحملة التي نفذتها الجمعية الأمريكية الوطنية للوقاية من العمى من أكثر الحملات المعروفة فاعلية . فقد قامت الجمعية بتوزيع خمس ملايين نسخة من (الاختبار البصري المنزلي) وذلك بالتعاون مع وسائل الاعلام وبدعم متطوعين وجمعيات محلية مما أدى إلى الكشف المبكر عن العديد من حالات الضعف البصري قبل أن تتفاقم المشكلات لدى الأطفال .

وسنكتفي هنا بذكر أهم العلامات التي قد تشير إلى أن الطفل قد يكون لديه ضعف بصري:

السلوك:

- (1)فرك العينين بشكل مفرط.
- (2)إغلاق أو تغطية إحدى العينين بشكل متكرر.
- (3)مواجهة صعوبات عند تأدية الأعمال التي تتطلب استخدام حاسة البصر.
- (4)عدم القدرة على رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.
- (5)إغلاق العينين وفتحهما بشكل ملفت للنظر.

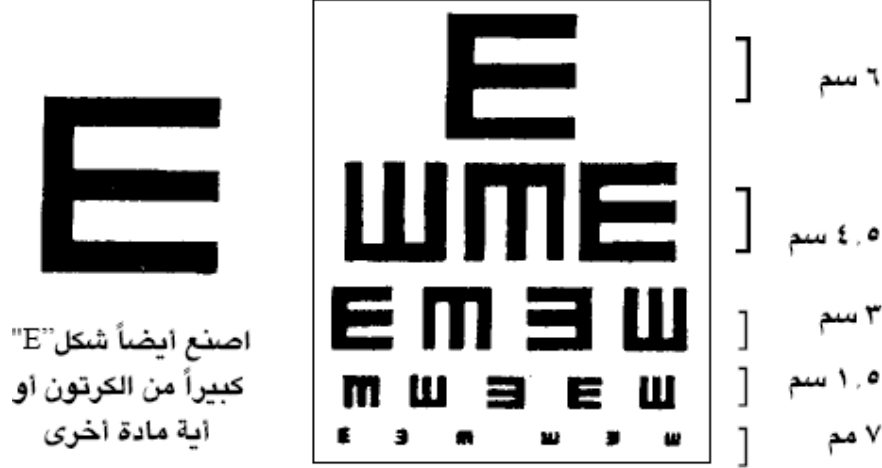
المظهر:

- (1)انتفاخ الجفون أو احمرارهما.
- (2)التهاب العينين.
- (3)سيلان الدموع بشكل مفرط.

الشكوى:

- (1)الحكة أو الحرقة في العين.
- (2)ازدواجية الرؤيا.

(3)الصداع أو الغثيان عند تأدية الأعمال المعتمدة على الرؤيا القريبة.
(4)عدم القدرة على الرؤيا بوضوح.



نغني للطفل ونشجعه على أن يتحرك مع إيقاع الموسيقى.
نشجع الأطفال المكفوفين كذلك على صنع أدواتهم الموسيقية
بانفسهم



أفكار لصنع الأدوات الموسيقية منزلياً



8 - الإعاقة السمعية:

تشمل الإعاقة السمعية كلاً من الصمم والضعف السمعي . والأهم هو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد عن 90 ديسبل ، أما الشخص ضعيف السمع فهو الذي يتراوح مدى فقدان السمع لديه بين 25 – 90 ديسبل.

وتصنف الإعاقة السمعية تبعاً لعمر الفرد عند حدوث فقدان السمع إلى:

o إعاقة قبل تطور اللغة .
o إعاقة سمعية بعد تطور اللغة .
وتصنف تبعاً لموقع الإصابة إلى:

1. فقدان سمعي توصيلي (عندما يكون الخلل في الأذن الخارجية أو الوسطى)
2. فقدان سمعي حس عصبي (عندما يكون الخلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي)
3. فقدان سمعي مركزي (عندما يكون الخلل في المنطقة السمعية في الدماغ)

وأخيراً فإن الإعاقات السمعية تصنف تبعاً لمدى فقدان السمع إلى الفئات التالية:

- أ. إعاقة سمعية بسيطة (25 - 40 ديسبل) .
- ب. إعاقة سمعية متوسطة (40 - 65 ديسبل) .
- ت. إعاقة سمعية شديدة (65 - 90 ديسبل) .
- ث. إعاقة سمعية شديدة جداً (أكثر من 90 ديسبل) .

أسباب الإعاقة السمعية

وتتنوع أسباب الإعاقة السمعية وتنبين قئمة حالات ولادية وثمة حالات أخرى مكتسبة . والحالات المكتسبة قد تحدث فجأة وقد تحدث تدريجياً . وهناك أيضاً حالات ضعف سمعي لا يعرف لها سبب معين حيث تشير الدراسات إلى أن من المتعذر على الأطباء تحديد سبب الضعف السمعي في حوالي 30% من الحالات . بالنسبة للحالات الولادية فهي قد تكون وراثية ، حيث تقدر نسبة حدوث الإعاقة السمعية الناتجة عن عوامل وراثية بحوالي 50% من مجمل حالات الإعاقة السمعية وهي قد لا تكون وراثية بل ناجمة عن عوامل أخرى من أكثرها شيوعاً وخطورة الحصبة الألمانية . وغالباً ما يكون النقص في السمع الناتج عن عوامل وراثية شديداً جداً ومن المتعذر معالجته . وقد تنتقل الإعاقة السمعية من السلف إلى الخلف عبر الجينات المتنحية (ومعظم الحالات من هذا النوع) أو قد تكون محمولة على الجينات السائدة أو على الكروموسومات الجنسية.

أما بالنسبة للإعاقة السمعية المكتسبة فهي تعود لجملة من الأسباب من أهمها التهاب السحايا والخداج وعدم توافق العامل الريزيبي والتهاب الأذن الوسطى وتناول العقاقير الطبية وإصابات الرأس المباشرة والحصبة وغير ذلك من الأسباب الأقل شيوعاً.

الكشف المبكر عن الإعاقة السمعية

أولياء الأمور والمعلمون هم الذين يلاحظون في العادة أن سمع الطفل ضعيف حتى قبل أن يتم تحويله إلى اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة لقياس سمعه . وكما هو الحال بالنسبة للضعف البصري ، فإن الضعف السمعي البسيط غالباً ما لا يتم اكتشافه لشهور وربما لسنوات ما لم يتم تنفيذ إجراءات كشفية منظمة ودورية . ولذلك شهدت السنوات الماضية تطوير اختبارات للكشف عن الضعف السمعي . وغالباً ما تنفذ هذه الاختبارات باستخدام جهاز القياس السمعي المتنقل حيث يتم ولفترة وجيزة جداً إصدار صوت شدته 20 - 24 ديسبل على مسمع الطفل.

فإذا تم اكتشاف أي مشكلات لديه تتم إحالته لاجراء فحوصات مكثفة لتشخيص حالته . وكما فعلنا عند الحديث عن الضعف البصري ، فسنقوم هنا بعرض أهم المؤشرات على احتمال وجود ضعف سمعي لدى الأطفال:

- (1) عدم الانتباه.
- (2) إدارة الرأس نحو المتكلم.
- (3) عدم إتباع التعليمات اللفظية.
- (4) طلب إعادة الكلام.
- (5) المشكلات الكلامية.
- (6) السلوك الانسحابي.
- (7) الاستجابة بطريقة غير مناسبة.
- (8) افرازات الأذن.
- (9) التنفس من الفم.
- (10) استخدام القطن في الأذن بشكل متكرر.
- (11) الألم أو الرنين في الأذن.
- (12) التهاب اللوزتين أو الحلق أو الانفلونزا بشكل متكرر.



9 - الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تتمثل اضطرابات السلوك في اختلافه جوهرياً من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله وبشكل متكرر عما يعتبر سلوكاً طبيعياً في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته الثقافية.

خصائص اضطرابات السلوك

- يظهر لدى الأشخاص المضطربين سلوكياً أو المعوقين انفعالياً جملة من الخصائص من أهمها:
- أ. عدم القدرة على التعلم غير ناجمة عن انخفاض في القدرة العقلية العامة أو العجز الحسي أو الجسمي.
 - ب. عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية طبيعية مع الأقران والمعلمين.
 - ت. الإحساس العام بالكآبة والحزن.
 - ث. الشكوى من أعراض نفسية - جسدية - مخاوف وآلام ، ليس لها جذور جسدية واضحة.
 - ج. إصدار استجابات غير تكيفية وأنماط سلوكية غير عادية في المواقف العادية.

فئات اضطرابات السلوك

- وتصنف الأدبيات السلوكية والتربوية اضطرابات السلوك إلى عدة فئات وذلك وفقاً لعدة معايير . وعلى أي حال ، فإن اضطرابات السلوك غالباً ما تصنف إلى أربع فئات رئيسية وهي:
- أ. اضطرابات التصرف:
وتشمل النشاط الزائد ونوبات الغضب وحب السيطرة والمشاجرة ومخالفة التعليمات وقواعد السلوك.
 - ب. عدم النضج:
ويتضمن العجز عن الانتباه وعدم الاهتمام بالدراسة والتفاعل مع من هم أصغر سناً والسلبية.
 - ج. اضطراب الشخصية:
ويتضمن الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق والجبن والشعور بالنقص أو الذنب.
 - د. العدوان والانحراف الاجتماعي:
ويتضمن السرقة والسلوك العدائي - التخريبي.

الأسباب

وقد قدمت تفسيرات متنوعة لاضطرابات السلوك . وبوجه عام ، تفترض المراجع العلمية الحديثة أربع فئات رئيسية من الأسباب وهي:

أ) الأسباب البيولوجية:

وتتضمن العوامل الوراثية والاضطرابات الدماغية والعوامل الغذائية.

ب) الأسباب النفسية - التربوية:

وتتضمن جملة الاضطرابات الأساسية في العمليات النفسية الداخلية التي تقترحها نظرية التحليل النفسي.

ج) الأسباب السلوكية:

وتتضمن العوامل المرتبطة بالأسرة والبيئة الاجتماعية.

الكشف المبكر عن الاضطرابات السلوكية والصعوبات التعليمية

إن المشكلات السلوكية والتعليمية كثيراً ما تترايط فالطفل الذي يعاني من صعوبات تعليمية غالباً ما تتطور لديه مشكلات سلوكية . وبالمثل فالطفل الذي يعاني من اضطراب سلوكي غالباً ما يواجه صعوبات تعليمية . وفيما يلي بعض المؤشرات التي تعني الحاجة إلى إحالة الطفل إلى اختصاصي نفسي أو تربوي للتقييم الإضافي لتحديد ما إذا كان لديه مشكلات سلوكية أو تعليمية:

- (1) الحركات الخرقاء والصعوبات البصرية الإدراكية.
- (2) الارتباك وعدم الثقة بالذات.
- (3) البطء الشديد أو السرعة المفرطة في عمل الأشياء.
- (4) تهور السلوك.
- (5) التشتت المفرط.
- (6) العجز عن الانتباه.
- (7) عدم القدرة على إتباع التعليمات.
- (8) النشاط الزائد.
- (9) تباين الأداء من موقف إلى آخر.
- (10) عدم القدرة على تعميم المهارات المكتسبة.
- (11) نوبات الغضب والعذوانية المفرطة.
- (12) الانسحاب الاجتماعي وتجنب اللعب مع الأطفال الآخرين.
- (13) الافتقار إلى الدافعية ونقص الاهتمام بالتعلم.
- (14) عدم القدرة على التذكر.

10 - اضطرابات التواصل:

تأخذ اضطرابات التواصل شكلين أساسيين هما اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام.

اضطرابات اللغة

تتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو عن تفسيرها وفقاً لنظام رمزي مقبول بهدف التواصل . وهي تشمل:

1- الاضطرابات اللغوية النمائية.

2- الاضطرابات اللغوية التعليمية.

3- الحبسة الكلامية (الأفيزيا) .

اضطرابات الكلام

أما اضطرابات الكلام فهي تتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم ومن ثم استخدام الكلام بشكل فعال . وهي تصنف ضمن ثلاث فئات رئيسية وهي:

أ. اضطرابات اللفظ وتشمل الإبدال والإضافة والحذف والتشويه.

ب. اضطرابات الطلاقة أو الانسياب الكلامي وتشمل التأتأة أو الكلام بسرعة فائقة.

ت. اضطرابات الصوت وتشمل الخنة الانفية والحة الشديدة.

ث. الاضطرابات الفمية - الوجهية الناجمة عن تشوهات في الشفتين (مثل الشفة الأرنبية) أو الحلق (شق الحلق) أو الأنف أو الفم.

الأسباب:

ورثة أسباب عديدة لاضطرابات التواصل ومنها:

أ. الأسباب البيولوجية (عصبية أو جينية أو كروموسومية أو أيضية).

ب. الأسباب النمائية . وتتمثل في أشكال مختلفة من التأخر في نضج الجهاز العصبي.

ج. الأسباب البيئية . وتتمثل في العوامل البيئية والثقافية والأسرية المضطربة مثل الحرمان وعدم توفر الإثارة الكافية والتسمم.

د. الأسباب النفسية والتعليمية . وتتمثل في التعلم الخاطئ وفي توقع الفشل وأنماط التواصل غير السليمة والاضطرابات النفسية الداخلية . الأسباب الوظيفية : وتتمثل في الاستخدام الخاطئ للحبال الصوتية والأجهزة الداعمة للكلام.

الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغوية

يمثل استخدام الطفل اليومي للغة لأغراض التواصل والتفاعل الاجتماعي أفضل معيار للحكم على كلامه ولغته . وعليه فإن المعلمين وأولياء الأمور يستطيعون القيام بأدوار بالغة الأهمية في الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغوية لدى الأطفال . وفي المدارس ، يمكن تنفيذ إجراءات كشفية منظمة ودورية على أيدي اختصاصي اضطرابات الكلام . وبما أن مدارسنا لا يعمل فيها هؤلاء الاختصاصيون فإن الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغة مسؤولية المعلم . ولا يعني ذلك أن يقوم المعلم بدور التشخيص ، فما هو مطلوب منه طلب مساعدة أهل الاختصاص أو تحويل الأطفال إليهم في حالة توقع مشكلات كلامية أو لغوية لديهم.

وفيما يلي قائمة بأهم المؤشرات على الاضطرابات الكلامية واللغوية:

(1) عدم وضوح الكلام أو اللغة.

(2) تكلم الطفل بطريقة مختلفة تماماً عن الأطفال الآخرين.

(3) إظهار الطفل لأنماط جسمية غير عادية عندما يتكلم كأن يحرك بطرق ملفتة للنظر فمه أو لسانه أو يديه أو رأسه.

(4) ظهور بعض الملامح على أن الطفل يشعر بالحرج وعدم الارتياح عندما يتكلم.

(5) عدم ملاءمة نوعية الصوت مثل التكلم من الأنف أو بحة الصوت وغير ذلك.

11 - التوحد:

التوحد إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ . وتظهر هذه الإعاقة عادة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة ، وترتبط بمظاهر عجز شديد في الأداء العقلي ، والاجتماعي ، والتواصلي. وينطوي تدريب الأطفال التوحديين وتعليمهم على تحديات كبيرة . وتنجم هذه التحديات جزئياً عن طبيعة التوحد ، حيث انه يأخذ أشكالاً متعددة جداً . فليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين ولكن لكل طفل شخصيته الفريدة وأنماطه السلوكية الخاصة . وقد بقيت آراء الاختصاصيين تعكس تشاؤماً شديداً إزاء إمكانية إحداث تغيير ذي معنى في نمو الأطفال التوحديين وسلوكهم إلى نهاية عقد السبعينات من القرن العشرين . إلا أن التفاؤل أصبح يحدو الباحثين والممارسين بعد أن بينت الدراسات العلمية نجاح أساليب تعديل السلوك في تدعيم السلوكيات التكيفية للأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم غير التكيفية . والأكثر من ذلك أن الدراسات في عقد الثمانينات وأضحيت إن هذه الأساليب أصبحت تحقق تحسناً ملحوظاً في سلوك الأطفال التوحديين بفعل التعديل والتطوير الذي خضعت له هذه الأساليب مؤخراً على ضوء نتائج البحوث العلمية المكثفة ذات العلاقة . وهكذا ، فعلى الرغم من التباين بل والارتباك الذي اتسمت به الأدبيات العلاجية والبحثية فيما يتعلق بتشخيص التوحد ، وبأسبابه ، إلا أنها أصبحت واضحة نسبياً على صعيد الأساليب والبرامج التدريبية والعلاجية الأكثر فاعلية من غيرها . وتلك الأساليب والبرامج هي التي تستند إلى مبادئ تحليل السلوك التطبيقي بما تقوم عليه من قياس متكرر ومباشر للاستجابات القابلة للملاحظة ، والتحليل التجريبي للعلاقات الوظيفية بين تلك الاستجابات والمتغيرات البيئية القبلية ذات العلاقة بها.

الخصائص النمائية والسلوكية للأطفال التوحديين:

لعل عرض الخصائص النمائية والسلوكية العامة للأطفال التوحديين يساعد في توضيح أساليب تعديل السلوك المستخدمة تقليدياً مع هؤلاء الأطفال ومبررات استخدامها:

الكلام ، واللغة ، والتواصل:

إن إحدى أهم خصائص الأطفال التوحديين الملفتة للنظر هي عجزهم عن التواصل مع الآخرين . فحوالي 50% من هؤلاء الأطفال لا يتكلمون والنسبة الباقية لا تمتلك سوى قدرة محدودة جداً من حيث التعبير والاستيعاب اللغوي. وعندما يكون الطفل قادراً على الكلام ، فكلامه يكون غير مفهوم وتكراري . وذلك ما تطلق عليه الأدبيات المتخصصة اسم التردد الصوتي أو المصاداة.

ومثل هذه الظاهرة تعيق قدرة الطفل على التواصل والتعلم . ولما كانت العلاقة بين التردد الصوتي والكلام الطبيعي علاقة عكسية ، فإن معظم الدراسات المتعلقة بتدريب المهارات اللغوية للأطفال التوحديين ركزت على إيقاف ظاهرة التردد والمصاداة . ولذلك فإن أحد الأهداف المهمة في تدريب معظم الأطفال التوحديين مساعدتهم على تطوير نظام تواصلي لا يتضمن لغة معقدة بالضرورة بل قد يقتصر على استخدام كلمات مفردة أو لغة إشارة ، الخ.

المهارات الاجتماعية والسلوكية:

تتمثل الصفة الأساسية الثانية للأطفال التوحديين في مظاهر العجز الشديد في نموهم الاجتماعي والذي يظهر أساساً على شكل انسحاب عاطفي وعدم فهم قواعد التفاعل الاجتماعي . ويعتقد إن هذا العجز لا ينجم عن رغبة هؤلاء الأطفال بتجنب الآخرين أو عن عدم اكتراثهم بهم بقدر ما ينجم عن عدم استيعابهم لأصول التعامل الطبيعي مع الأشخاص الآخرين . كذلك فإن هؤلاء الأطفال يظهرون أشكالاً مختلفة من السلوكيات غير المناسبة مثل السلوك العدواني ، وإيذاء الذات ، ونوبات الغضب ، والفوضى ، الخ . ومن الواضح أن مثل هذه الاستجابات بحاجة إلى خفض وان الاستجابات التكيفية بالمقابل بحاجة إلى تدعيم وتطوير.

السلوك النمطي:

أما الصفة الرئيسية الثالثة المميزة للأطفال التوحديين فهي نزعتهم لإظهار مستويات غير طبيعية من الارتباط بالأشياء والأحداث تعبر عن ذاتها بإصدار السلوك النمطي (أو ما يعرف أيضاً بالسلوك الطقوسي أو التوحدي أو سلوك إثارة الذات) . كذلك فإن استجابات هؤلاء الأطفال تعبر عن شعورهم بعدم الطمأنينة إزاء التغيرات غير المتوقعة في البيئة من حولهم . وحتى طريقة لعبهم تنصف بالرتابة ، والنمطية وتعكس مدى محدوداً جداً من التخيل.

o الضعف العقلي:

خلافاً للاعتقاد الذي كان سائداً لعدة سنوات ، فإن معظم الأطفال الذي يعانون من التوحد لديهم تتخلف عقلي . ولعل تمتع هؤلاء الأطفال بمظهر جسمي طبيعي ، وبمهارات حركية عادية ، وببعض المهارات المتطورة أحياناً هي التي أدت إلى شيوع ذلك الاعتقاد غير الصحيح.

o عدم تكافؤ النمو أو عدم ثباته:

كذلك فإن من خصائص الأطفال الذين يعانون من التوحد أن نموهم غير متكافئ بمعنى أنه قد يكون متطوراً في بعض المجالات وغير متطور في مجالات أخرى . ومن الخصائص الأخرى لنمو الأطفال عدم الثبات من وقت إلى آخر بمعنى أنهم يستجيبون في وقت ما لا يستجيبون في أوقات أخرى.

o الانتباه المفرط في انتقائيته:

ومن الخصائص الأساسية للأطفال التوحديين التي لها مضامين هامة عند تنفيذ برامج تعديل السلوك بل وعند تنفيذ البرامج التعليمية والتدريبية عموماً هي أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبة كبيرة في الاستجابة للمثيرات المتعددة وذلك ما يسمى بالانتقائية المفرطة للمثيرات . وتزداد هذه الانتقائية بازدياد شدة التوحد . ولا تعني هذه الظاهرة ان الأطفال التوحديين يجرون عملية مسح للمثيرات وينتقون الملائم منها ، ولكنهم في حقيقة الأمر يستجيبون لبعض خصائص المثير والتي قد تكون غير مهمة وعديمة الصلة بالموقف . والمضامين التدريبية ذات العلاقة هنا واضحة وهي ان التدريب باستخدام مثيرات متعددة لن يكون مجدياً مع هؤلاء الأطفال . كذلك فإن التدريب الفعال هو الذي يوظف النموذج الحسي المفضل بالنسبة للطفل وليس التدريب بتوظيف مختلف الحواس . والمثل ، فإن استخدام أسلوب التلقين والحث والذي يتضمن توظيف مثيرات تمييزية إضافية لمساعدة الطفل على الاستجابة بشكل صحيح هو الآخر ليس مجدياً.

12 - خاتمة :

إن مهمة المعلمين الذين يدرّبون الأطفال ذوي الحاجات الخاصة هي التأكيد من أن التلاميذ يتعلمون بشكل صحيح. و ليست مهمة المعلم أن يبحث عن أسباب إعاقة طفل معين ، و مع ذلك ، فإن المعلم يحتاج إلى معرفة بعض الأمور حول مسببات الإعاقة لأن كثيرا من الأهل تتولد لديهم أفكار خاطئة حول أسباب إعاقة أطفالهم، و هم يلومون أنفسهم بلا سبب وجيه. فالعديد منا لا يشعر بارتياح عندما تذكر كلمة معوق بل و يشعر بالعجز أيضا. فلقد نشأنا في الأغلب في مجتمعات يعزل فيها المعوق. كما أن على المعلمين أن يسعوا إلى العمل مع الأهل كشركاء، و أن يعملوا مع الأهل سوية لمحاولة مساعدة الطفل على التغلب على مشكلاته و محاولة الحصول على قبول الطفل لدى أهله و الجيران و المجتمع عموما. و قد يهتم بعض الأهل بتعليم أطفالهم في البيت، و يجب على المعلمين في هذه الحالة أن يقدموا النصح و الإرشاد و التشجيع، و أن يستمعوا إلى تجربة الأهل في تعليم أطفالهم و التعلم منهم.

المراجع :

- كتاب : التربية المختصة : دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا .كريستين مايلز.
تقرير ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية و تنمية المجتمع حول موضوع :
دمج الاطفال ذوي الإعاقات و الاحتياجات الخاصة في برامج الطفولة المبكرة. (قبرص 24-28/7/98)
معجم علوم التربية: مصطلحات البيداغوجيا و الديدانكتيك (سلسلة علوم التربية 9-10)
منشورات أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.