علم النفس المدرسي

الأخصائي النفسي المدرسي ودوره في تقديم الخدمات النفسية

دكتور
محمد علي كامل

مقدمة

المتتبع للأدب السيكولوجى وتطور حركة الفكر والبحث فى ميدان علم النفس يجد أنه فى الآونة الأخيرة قد انتقل من مجرد العرض النظرى للنظريات والأفكار المختلفة فقط ، بل بدأ ما يعرف بعلم النفس التطبيقى فى الظهور فى المجالات المختلفة .

وبذلك لم يعد دور علم النفس مجرد دور نظرى بل أصبح من الأهمية ونحن فى عصر العولمة أن يمتد هذا الدور ليشمل الجانب التطبيقى العملى لتلك النظريات .

ويعد "علم النفس المدرسى" تجسيداً مميزاً للجانب التطبيقى لنظريات علم النفس الحديثة ، حيث انتقل "علم النفس المدرسى" إلى الميدان الحقيقى للتعلم (المدرسة) وذلك بهدف التعرف من قرب على خصائص التفاعل بين عناصر الموقف فى هذا الميدان (المتعلم - المعلم - عملية التعلم ومحتواها من علوم ومعارف مختلفة) ، وذلك بغرض التعرف والاكتشاف المبكر لأى مشكلة تعرقل سير العملية التعليمية أو تعرقل تفاعل عناصر الموقف التعلمى معاً ، من أجل العمل على معالجتها ، ومن ثم نشأت ضرورة وجود الخدمات النفسية فى المواقف التربوية حتى يسهل التعرف على المشكلات قبل أن تزداد تعقيداً .

وهذا بدوره قد فرض على المعلم دوراً جديداً ، وهو يختلف بالطبع عن دوره فى الماضى ، فمن خلال هذا المنظور لم يعد المعلم مجرد ملقن للمعلومات التى يحصل عليها المتعلم فقط كما كان فى الماضى ، بل إن "علم النفس المدرسى" يفرض الدور الجديد على المعلم كأخصائى نفسى معلم بمعنى أن على المعلم أن يكون قادراً على التعرف على ملابسات المواقف التربوية ، وأن يكون قادراً على التعرف على ما يمكن اعتراض نجاح تلك العملية من عوامل ، بل يفرض الدور الجديد على المعلم كأخصائى نفسى

أن يكون قادراً على التعرف على معالجة تلك المشكلات بما يتناسب مع قدرات التلاميذ على التعلم من أجل إنجاح تلك العملية .

ليس هذا فى مجال تعلم الأطفال العاديين فقط ، بل يجب أن يمتد هذا الدور ليشمل البيئة التربوية لأطفال الفئات الخاصة أيضاً ، والعمل على مواجهة مشكلات هؤلاء الأطفال والسعى إلى إكسابهم ما يمكن من الخبرات فى المواقف التعليمية المختلفة .

وهذا الكتاب يحاول الاقتراب قدر الإمكان من توضيح معنى وميادين "علم النفس المدرسى" ، ودور المعلم كأخصائى نفسى مدرسى فى هذا المجال ، وذلك من خلال شرح الطرق المختلفة للتدخل السيكولوجى من أجل مواجهة بعض المشكلات التى يمكن أن يشتمل عليها الموقف التربوى بصفة عامة .

وقد تناول **الفصل الأول** مفهوم علم النفس المدرسى ، كما تناول **الفصل الثانى** عرض دور الأخصائى النفسى المدرسى وتقديم الخدمات النفسية ، **والفصل الثالث** تناول دور الأخصائى النفسى المدرسى فى الإرشاد النفسى للتلاميذ .

والفصل الرابع تناول دور الأخصائى النفسى المدرسى فى علاج التأخر الدراسى لدى التلاميذ ، **والفصل الخامس** يتناول دور الأخصائى النفسى فى علاج صعوبات التعلم ، **الفصل السادس** تناول دور الأخصائى النفسى المدرسى فى علاج فرط النشاط واضطراب الانتباه ، **والفصل السابع** تناول دور الأخصائى النفسى المدرسى فى علاج الأوتيزم (التوحد)

وبالله التوفيق

المؤلف

الفصل الأول

مفهوم علم النفس المدرسى

علـم النفس المـدرسى :

يقوم علم النفس المدرسى على الافتراض القائل بأنـه : " كلمـا اكتشـفت المشكلة بشكل أسرع سهلت معالجتها " ، أو كلما كانت المعالجـة قريبـة زمنيـاً من حدوث المشكلة تكون فرصة نجاح المعالجـة أفضـل ، هـذا الافـتراض يؤكـد ضرورة وجود خدمات نفسية فى المواقف التربوية حتـى يسـهل التعـرف علـى المشكلات قبل أن تزداد تعقيداً ، وبالتالى يصعب معها الحل أو العلاج .

وهناك بعض الأسباب التى تؤدى إلى زيادة الإصابة بـالمرض النفسـى وهـى بذاتها مبررات إيجاد علم النفس المدرسى ، ومنها :

١- زيادة التنافس بين الأفراد ، و قد أشار "هورنى" إلى عامل التنـافس وعـدم المساواة فى العمل الذى يؤدى إلى القلق .

٢- الصراع بين الحديث والقديم وزيـادة الفـروق فـى الدخـل بـين الفقـراء والأغنياء .

٣- التفتت الأسرى .

٤- التحركات السكانية .

٥- ازدياد الهجرات .

٦- التقدم التقنى فى الطب وتقليل نسبة الوفيات ، وقد أدى ذلك إلى حدوث مشكلات نفسية وبخاصة فى سن الشيخوخة .

٧- أساليب خاطئة فى التنشئة ، مثل العقاب .

والإحصائيات التالية تشير إلى ضرورة توفير الخدمات النفسية عالمياً .

وهذه بعض الإحصائيات حول أعداد حالات الأمراض النفسية ، وجد فى :

١- إنجلترا "ويلز" ١٥٠ ألف حالة مصابة بالأمراض العقلية .

٢- "فيلكس" و "كريمر" وجدا أن ٧٥٠ ألف مريض يترددون على مستشفيات الأمراض العقلية فى أمريكا .

٣- يتوقع دخول أطفال إلى مستشفيات الأمراض العقلية بنسبة (١-١٠) .

٤- يعانى ٤-٦٪ من السكان من سوء التوافق وهم بحاجة لأخصائى نفسى وأن ٧٧ مليون دولار يصرف على العلاج النفسى .

و بناءً على ما سبق يمكن تحديد مفهوم علم النفس المدرسى على أنه أحد فروع علم النفس ، يهدف إلى تقديم خدمات نفسية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة للأطفال من أجل تنمية صحتهم النفسية ونموهم وتطورهم التربوى ، وتقدم هذه الخدمات من قبل المعالج النفسى والإرشادى وكذلك التربوى . ولعلم النفس المدرسى امتدادات وعلاقات مع العلوم الأخرى ، كالصحة النفسية ، والتربية الخاصة ، وعلم النفس التطورى ، وعلم النفس العلاجى .

تاريخ علم النفس المدرسى :

يعد "لايتنر ويتمر" من المعالجين النفسيين الأوائل فى أمريكا ، وكان قد تتلمذ على يد كل من ، "كاتيل" و "فونت" ، وبعد حصوله على درجة الدكتوراه قام بإدارة المختبر النفسانى ، بادئاً بالعمل مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات فى التعلم . ويعد مختبر "ويتمر" أول عيادة متخصصة لإرشاد الأطفال فى الولايات المتحدة الأمريكية ، علما بأن "جالتون" كان أول من أنشأ عيادة نفسية فى لندن ، وكان قد أسسها قبل عشر سنوات من تأسيس "ويتمر" لعيادته فى عام ١٨٨٦ .

كانت عيادة "ويتمر" مركزاً لأبحاثه ، وارتبطت بموضوع التعلم ، وكان الهدف الرئيسى من إنشاء العيادة لديه يتمثل فى تدريب الأخصائيين النفسيين على مساعدة المربين فى معالجة مشكلات التعلم لدى الأطفال ، ثم عزز هذا التدريب بالعمل المباشر مع الأطفال الذين يترددون على العيادة ، وقد حقق

"ويتمر" من خلال هذا العمل هدفين اثنين هما : حصول الأخصائيين على التدريب اللازم ، وحصول الأطفال والأسر على الخدمات النفسية التى يحتاجونها .

وفى عام ١٩٠٧ أنشأ ويتمر أول جريدة تبحث فى العيادة النفسية وموضوع العلاج النفسى ، وأطلق عليها اسم "جريدة الدراسة والعلاج من الإعاقة العقلية والانحراف " ، واستمرت هذه الجريدة فى إرشاد الأفراد الذين يترددون على العيادة بصورة غير طبيعية حتى عام ١٩٣٥ ، حيث ظهرت " رابطة علم النفس الأمريكى " التى أصدرت جريدة أسمتها " الاستشارة وعلم النفس العيادى " .

وإضافة إلى ذلك ، فإن "ويتمر " – ونظرا لمساهمته المهمة وإنجازاته فى هذا العلم التى لا زالت مستمرة - يعد الأب المؤسس لعلم النفس المدرسى ، وما يزال القسم السادس عشر من رابطة علم النفس الأمريكى (المتعلق بعلم النفس المدرسى) يقدم جائزة "ويتمر" فى كل عام للمتفوقين فى مجال علم النفس المدرسى .

ثم بعد ذلك اتفق كل من "جالتون" و "بنيه" فى قياس الفروق الفردية بين الأطفال ، إذ جاءت أعمالهم متزامنة مع أعمال "ويتمر" ، حيث بدأ "جالتون" فى دراسة الفروق الفردية بين الأفراد معتمدا فى ذلك على نظريته فى الوراثة ، فقام بجمع المعلومات عن خصائص الإنسان وصفاته ، بهدف التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين الأفراد ، ومن أجل تحقيق هذا الهدف ، أعد اختبار الرؤية والسمع ، كما قام بمتابعة سجلات الأطفال النظاميين فى المدارس من أجل التعرف على سلوكهم فى أثناء تطبيق هذا الاختبار ، وعلى العموم فقد أشار بعض الكتاب إلى أن عمل "جالتون" يعتبر الأول فى مجال علم النفس المدرسى .

وفى عام ١٩٠٤ قام كل من العالمين الفرنسيين "الفرد بنيه" و "توفايل سايمون" بوضع اختبار يشمل ثلاثين فقرة ، وكان الهدف من إعداد هذا الاختبار التعرف على المدى الذى يمكن أن يصل إليه الطلاب فى التعلم ،

إضافة إلى التعرف على الأطفال ضعيفى التعلم ، لذا يمكن القـول : إن الهـدف الأساسى من وضع هذا الاختبار يتمثل فى قياس العمليات العقلية ، ومن ثـم تصنيف الأطفال إلى فئات ، بناء على ذلك .

وقد أدخلت على هذا المقياس ثلاثة تعديلات خلال الفترة الواقعة مـا بـين (١٩٠٥-١٩١١) وعندها أصبح مقياساً مشهوراً عالمياً يسـتخدم فـى قيـاس قـدرة الأطفال العقلية (الذكاء) .

أصبح "تيرمان" من جامعة سـتانفورد مـهتماً كثـيرا بأعمـال "سـايمون" و "بنيه" ، فقام بتبنى اختبار "بنيه" وقام باستعماله فى المدارس الأمريكية . وفى عام ١٩١٦ أجرى عليه بعض التعديـلات وأسمـاه اختبـار (سـتانفورد – بنيـه) ، ويستخدم هذا الاختبار فى المدارس على نطاق واسع ، لأنـه يسـاعد الـتربويين على فهم واستعداد الأطفال وقابليتهم للتعلم ، وكـان هـذا الأسـلوب طريقـة ناجحة فى تشخيص وتصنيف المعوقين ومعالجتهم .

بعد ذلك ظهرت حركة الصحة النفسية من خلال أعمال المصلحين ، أمثـال "فيليب بنيل" فى فرنسا و "درونياد" فـى أمريكـا ، ١٩٧٦، و اسـتمرت تلـك التيارات العلمية حتى تم تنظيم " اللجنة الوطنية للصحة النفسية " التى كان لها دور فعال فى إنشـاء العيـادات النفسـية لمنـع انتشـار أسـباب الجنـوح لـدى الأحداث ، وبقيت هذه العيادات تنمو وتتوسع حتى عام ١٩٢٠ .

أصبح التحليل النفسى يسيطر على العاملين فى المجالين التربوى والنفسـى وأخذت المدارس تعمل بالتعاون مع هذه العيـادات حتـى إن بعـض العيـادات النفسية هذه كانت تدعم مادياً من قبل المدارس إلا أن المختصين فى العيـادات النفسية ، أصيبوا بخيبة أمل لعدم وجود أخصائيين يقومون بأعمالهم على أكمل وجه فيها وأدى ذلك إلى إيجاد ما يسمى " علم النفس التطبيقى " الـذى ظـهر عمليا عام ١٩٢٠ .

يعتبر علم النفس المدرسى فرعا من فروع علم النفس العيادى ، وقد اعتبره "هاريس" عام ١٩٨٠ فرعا من فروع علم النفس التطبيقى الذى يبدأ بـالبيت ، بينما يمارس علم النفس الإكلينيكى فى العيادة النفسية ، وكان القسم السادس

عشر من " جمعية علم النفس الأمريكى مخصصا لعلم النفس المدرسى " وقد عين "هارى بيكر" رئيسا لهذا القسم ما بين عام ١٩٤٦ – ١٩٤٧ وفى العام نفسه تم تأسيس جمعية الصحة النفسية .

ظهر علم النفس المدرسى وتشكلت هويته نتيجة بعض العوامل التى زادت فى طلب الخدمات التى يقدمها هذا العلم ، ومنها المدارس ومحاكم الأحداث ، كما زاد الطلب على استخدام الاختبارات النفسية ، لذلك كان أول مؤتمر عقد للأخصائيين الإكلينيكيين والنفسيين فى كولورادو عام ١٩٤٩ ، وقد حُددت فى هذا المؤتمر الخطوط والأسس الرئيسة لبرنامج الأربع سنوات لدراسة الدكتوراه فى علم النفس المدرسى ، إضافة إلى التدريب والعمل الميدانى اللازمين لذلك .

وفى عام ١٩٥٣ عقد المؤتمر الثانى ، مؤتمر "ثاير" فى مدينة نيويورك ، وكان من أهم الموضوعات التى نوقشت فى هذا المؤتمر مؤهلات الأخصائيين النفسيين وتدريبهم ، وصدرت التوصيات التالية ، وبها تحددت الأدوار الرئيسة لأخصائى علم النفس المدرسى ، وهى :

١- تقويم تطور القدرة العقلية والاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال وتفسيرها .

٢- تقديم المساعدة فى تحديد الأطفال المتميزين وتصنيفهم والتعاون مع الأخصائيين الآخرين فى وضع برامج تربوية خاصة بهم.

٣- تطوير الطرق والأساليب التى تسهل تعلم الطلبة وتكليفهم .

٤- تشجيع البحث العلمى ومحاولة إيجاد بعض الحلول بطريقة علمية للمشكلات التى يواجهها التلاميذ فى المدرسة .

٥- تشخيص المشكلات الشخصية والتربوية ووضع البرامج العلاجية لها .

كما حدد المؤتمر نوع التأهيل والتدريب اللازمين للأخصائى فى علم النفس المدرسى ، على أن يشتمل البرنامج على مواضيع فى علم النفس وأخرى ثقافية ، إضافة إلى التدريب الميدانى ، واتفق المشاركون فى المؤتمر على

ضرورة إيجاد المختصين على مستوى الدكتوراه ، إضافة إلى الأفراد المهنيين الذين يتمتعون بمعرفة وتدريب بسيطين ، كما تم تحديد التسمية لحملة الدكتوراه بـ " الأخصائى النفسى " ولم توضع التسمية لذوى التدريب البسيط ، وقد خصص للفئة الثانية سنتان دراسيتان فى مجال علم النفس ، يتبعها نصف عام من التدريب .

و بمرور الزمن ازداد عدد البرامج التدريبية والأخصائيين النفسيين العاملين فى المدارس عام ١٩٦٠ وكان معظمهم لا يحمل درجة الدكتوراه ، فلم يتمكنوا من الالتحاق بـ " رابطة علم النفس الأمريكى " ، لذلك رأى كثير من العاملين فى مجال علم النفس المدرسى ، ممن يحملون درجة أقل من الدكتوراه ، أن رابطة علم النفس الأمريكى عاجزة عن تلبية حاجاتهم ، فعملوا على إنشاء رابطة جديدة تمثلهم . قد تم ذلك عام ١٩٦٩ ، كما تم فى ذلك العام تشكيل "الرابطة الوطنية لعلم النفس المدرسى " .

وقد حددت هذه الرابطة أهدافاً أربعة ، هى :

١- العمل على تشجيع اهتمامات الأخصائيين فى علم النفس المدرسى وتنميتها وتطويرها .

٢- تحسين المعايير والأسس المهنية وتطويرها .

٣- تأمين الشروط والظروف المناسبة لرفع كفاية العمل وممارسته .

٤- خدمة الصحة النفسية والعقلية والاهتمامات التربوية لكل من الأطفال والشباب .

بدأت الرابطة الوطنية لعلم النفس المدرسى بعضوية بلغ عدد مشتركيها (٤٠٠٠) عضو فى عام ١٩٦٩ وارتفع العدد إلى (٨٠٠٠) عضو عام ١٩٨٣ ، ثم غدت هذه المنظمة أكثر تميزا عن غيرها من المنظمات المهنية التخصصية الأخرى ، وقد تبلورت فى مؤتمراتها السنوية مجموعة القواعد والمبادئ الأخلاقية اللازمة للأخصائى النفسى ، وطورت بعض الأسس والمعايير للتدريب والخدمات المقدمة من قبل الأخصائى كذلك ، ومنذ ذلك الحين

عقدت الكثير من المؤتمرات لرفع كفاءة الأخصائيين النفسيين وتنظيم الخدمات النفسية فى مجال التربية الخاصة والمدارس المختلفة .

ومن هذه المؤتمرات مؤتمر سبرنج هيل الذى أثار التساؤلات العديدة التالية حول مستقبل علم النفس المدرسى .

العلاقة بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة :

يعتبر علم النفس المدرسى والتربية الخاصة علوما تطبيقية ، إذ يطبق هذان العلمان أسس علم النفس ، والعلاقة القوية بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة تظهر من خلال الخدمات والمعالجات المختلفة التى تقدم للأطفال المتميزين .

و من جانب آخر فإن العلاقة بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة علاقة مشتركة من حيث القضايا التى تتناولها ، ويبدو هذا واضحا من خلال الدراسات التى أجريت فى مختبر "ويتمر" العيادى للأطفال فى جامعة بنسلفانيا ، فهذا المختبر يخدم عددا كبيرا من المدارس الحكومية التى طورت فيما بعد صفوفا تقدم خدمات خاصة للأطفال الذين يعانون من صعوبات تعليمية وسلوكية خاصة ، إضافة إلى الأعمال التى قام بها "بنيه" و "سايمون" مع الحكومة الفرنسية والتى أدت إلى وضع اختبارات خاصة لتصنيف الأطفال بوضعهم فى صفوف معينة . إن اختبارات القدرة العقلية كانت همزة وصل بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة ، وقد ارتبطت هذه العلاقة بوجهات نظر المجتمع حول معالجة الأطفال ذوى الحاجات الخاصة ، إلا أن هذه النظرة قد تغيرت فى العقود الخمسة الماضية .

إن العلاقة بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة لا تشمل علاج الأطفال ذوى المشكلات الخاصة فقط ، بل هى أكثر من ذلك ، فهى تضم الآباء والمدرسين والاستشاريين وتقنيات الإدارة السلوكية وتطوير المراحل الصفية والمواد التعليمية وإعداد البرامج العلاجية اللازمة وتقديم العلاج النفسى عند الضرورة ، و هنا يشير العديد من المؤلفين و الباحثين إلى صعوبة الفصل بين علم النفس المدرسى والخدمات المقدمة للمعوقين .

ويرى كثير من العلماء أن أهداف علم النفس المدرسى مرتبطة بعملية تحديد الأطفال المعاقين والشباب ، وذلك من أجل إعداد البرامج الخاصة بهم .

و قد حلل "بوكتنيكا" طبيعة العلاقة بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة ، فهو يرى أن كلا النظامين يعملان لنفس الهدف أو الغاية ، ويرى "بوكتنيكا" أن العلاقة بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة تعمل من خلال ثلاثة مستويات :

المستوى الأول :

يشير إلى الحد الأدنى من التفاعل بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة وهو مستوى العمل الذاتى .

المستوى الثانى :

وهو المستوى التفاعلى ، وهذا أكثر تفاعلا وتعاونا من المستوى الأول .

المستوى الثالث :

وهو المستوى الاتفاقى ، وهو أكثر المستويات فعالية .

ففى المستوى الأول يسلك الناس حسب قدراتهم ، وفى المستوى الثانى يسلك الفرد طريقة موازية للطرف الآخر ، فى حين يعتمد المستوى الثالث على الاشتراك المتكامل والعلاقات المتبادلة بين الأفراد .

ويشير "بوكتنيكا" إلى أن أكبر قدر من العلاقة بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة يظهر فى المستوى الأول وهو مستوى العمل الفردى (الذاتى) وبعضها على المستوى الثانى وهو المستوى التفاعلى .

و قد صنف "جلاجر" تلك العلاقة ، وعرفها بأنها علاقة تكاملية ، وذلك لاعتبار وجود عالم النفس خطوة أساسية فى أى برنامج من برامج التربية الخاصة .

إن مهمة علم النفس المدرسى تكمن فى مساعدة وتطوير التعليم عند الأطفال والراشدين غير العاديين ذوى الحاجات الخاصة . ومن أجل تحقيق هذا

الهدف فإنه لابد من ضرورة وجود علاقة قوية بين علم النفس المدرسى والتربية الخاصة والمربين ، كما أن هذه العلاقة ضرورية لكل من الأخصائيين النفسيين والعاملين فى مجال التربية الخاصة والأطفال المعوقين .

و من جانب آخر فإن علم النفس المدرسى يعد أحد ميادين علم النفس العام ، وانطلاقا من هذا الفرض فإنه توجد علاقة وثيقة و قوية بين علم النفس المدرسى وبعض الميادين الأخرى لعلم النفس العام ذات الصلة الوثيقة، ومن هذه العلوم : علم الصحة النفسية ، وهذه العلوم هى هدف أخصائى علم النفس المدرسى ، وعلم النفس التطورى ، وعلم النفس الإكلينيكى .

المسترشد :

أن مفهوم الزبون أو العميل مفهوم تقليدى اشتمل على الأطفال فى المدرسة والبالغين ، والأسوياء وغير الأسوياء ، وقد يشمل أولياء الأمور ، والأسرة جميعها . إضافة إلى أنه يشمل المعلمين من الهيئة التدريسية . ونتيجة للبحوث التى ظهرت فى مجال الإرشاد النفسى ، والتربوى ، والقياس ، والتقويم ، فقد توسعت قائمة الأشخاص الذين يتعامل معهم المرشد ليشمل المدرسة والمجتمع المحلى .

إن الإجابة عن سؤال : من هو العميل ؟ تتأثر بعدة عوامل ، منها :

١- النموذج الذى يتبناه المرشد النفسى فى تفسيره للسلوك الإنسانى .

٢- نوع التأهيل الذى يتلقاه المرشد وتدريبه .

٣- فلسفة المرشد النفسى فى الصحة النفسية الوقائية .

٤- اللوائح والقوانين المتعلقة بعلم النفس المدرسى .

٥- المصادر المالية .

كما أن العبء الملقى على عاتق المرشد النفسى وعدد الطلبة فى المدرسة يقرران من هو العميل (المستفيد من الخدمات) ولمن تقدم الخدمات . فمثلا ،

إذا تبنى المرشد النموذج الطبى الذى تم شرحه سابقاً ، فإنه يرى أن يقصر خدماته على الأطفال الذين تم تحويلهم من مؤسسات التربية الخاصة ، وقد تكون نسبتهم قليلة ؛ كما لا يأخذ بعين الاعتبار المعلمين وأولياء الأمور ، باعتبارهم جزءا من المشكلة ، أما إذا تبنى المرشد النفسى "النموذج السلوكى أو البيئى" ، فى هذه الحالة فإنه من المحتمل أن يزداد عدد الأفراد المترددين عليه، وذلك لأنه يعتبر أن أولياء الأمور والمعلمين جزءا من مشكلة العميل ، وكذلك رفاق اللعب ، لذلك فهو يحاول دراسة المشكلة فى موقعها وبيئتها الأصلية ، ووفق ظروفها الموضوعية .

أما بالنسبة للمرشد النفسى الذى يتبنى نموذج الحتمية المتبادل فإنه يعتمد قاعدة الأفراد المترددين عليه ، ولذلك تتسع كثيرا لتشمل الأسوياء والمضطربين نفسيا ، كما أنه يعمل على المنهج الوقائى والعلاجى لوقاية الأسوياء من الاضطرابات النفسية .

أما فى الوقت الحاضر فيبدو أن المرشدين والمختصين فى علم النفس المدرسى لا يؤدون واجباتهم بصورتها المثلى ، ويميزون بين الأفراد الأسوياء وغيرهم ، وهنا ينبغى عليهم أن يقدموا نصائحهم كاملة دون تمييز أو محاباة .

يعتقد عدد كبير من الكتاب أن المدرسة تستطيع أن تقوم بحل كثير من المشاكل عن طريق الخدمات التى تقدم من قبل المرشد النفسى والاختصاصى فى علم النفس المدرسى .

وقد تبنى هذا الاعتقاد على افتراض أن المعارف والمهارات التى يكتسبها الفرد من خلال استشارة الأخصائى النفسى إزاء مشكلة ما ، تعمم على أطفال آخرين قبل ظهور المشكلة على السطح ، هذا الافتراض تمت دراسته من قبل جونسون وماير .

أما بالنسبة للعالم "تراشتمان" ، فيرى أن تعريف المسترشد أو العميل يبقى غامضا وبخاصة لدى الأخصائيين الذين يشعرون بالالتزام أمام أطفالهم ، ولكن هذا الالتزام يتزعزع حينما يشعر الأخصائى أنه مرفوض من عمله ، أو أن مجتمعه يتجاهله وينظر إليه بالدونية .

ما هو المقصود بالمشكلة النفسية ؟

إن كثيراً من الكتب والمقالات تناولت موضوعات حول مشكلات الأطفال والشباب وأجمعت على أن المشكلات النفسية : هى عبارة عن زيادة أو نقصان فى المجالات المعرفية والانفعالية والسلوكية ، مقارنين هذا النقص أو الزيادة بمستوى مقبول أصلا . ومن أشهر التصنيفات للأمراض النفسية للأطفال والبالغين ما وضعته الجمعية الأمريكية فى علم النفس الإكلينيكى وكذلك التصنيف الذى وضعته جماعة الطب النفسى ، وبالرغم من جودة التصنيفات هذه إلا أنها لا تخلو من العيوب :

- إن هذه التصنيفات قامت على وصف الاضطرابات فى سلوك الأفراد ، لكن السلوكيات لم تعرف إجرائيا ، كما أنها تفتقر إلى المصداقية فى التشخيص .
- لا يوجد دليل على أن التصنيفات التشخيصية تميز بين الأطفال المضطربين اعتماداً على محكات هامة ، مثل الآثار المترتبة على اضطراب السلوك والاستجابة للعلاج .

إن بعض هذه التصنيفات لم تتسق مع التصنيف المتبع فى التربية الخاصة .

ومما تقدم نرى أن أفضل طريقة فى التوصل إلى تحديد المشكلة النفسية وتعريفها تتم من خلال مناقشة النماذج التالية للسلوك الإنسانى :

- النموذج الطبى .
- النموذج السلوكى .
- النموذج البيئى .
- النموذج الحتمى المتبادل .

وتزودنا هذه النماذج الأربعة بالإطار النظرى لفهم السلوك الإنسانى ، وبالتالى التنبؤ به مستقبلا ، ومن ثم تضبطه .

ـ النموذج الطبى :

ظهر النموذج الطبى فى علم النفس نتيجة تطور النظرية التحليلية ، ويشير هذا النموذج إلى أن الدراسة المكثفة للحياة النفسية الداخلية للفرد هى الوسيلة الوحيدة الناجحة لفهم اضطراب السلوك ومن ثم تعديله .

ويثار وفقاً لهذا النموذج الافتراضان التاليان :

١- إن السلوك المنحرف سلبا عن المعايير هو انعكاس لمرض شخصى أو اضطراب أو خلل .

٢- إن السلوك الذى صنف على أنه مشكل ، أو مضطرب ، أو منحرف يجب أن يغير داخل الفرد نفسه بمعالجة شافية .

يتضمن الافتراض الأول أن الأطفال غير القادرين على التحصيل أو الاندماج فى برنامج دراسى ما ، أو تربوى ما ، هم فى الغالب يعانون من اضطراب نفسى داخلى ، كما يوجد للافتراض الثانى تطبيقات عملية تؤثر فى البرامج التربوية أيضا .

مما سبق نرى أنه يجب على المدرس أن يوفر فرصا وخدمات لعلاج الأفراد الذين تبين أنهم يشذون فى سلوكهم عن المعايير السوية ، وقد تكون هذه المعالجات على شكل دروس خاصة لهذه الفئة من الأطفال .

ومن الانتقادات التى وجهت لهذا النموذج أنه يفترض أن المرض العقلى هو أساس الاضطرابات التى يعانى منها بعض الأفراد ، فى حين يعتبرها "زاس ريجر" Reger اضطرابات نفسية تحدث نتيجة مشاكل تواجه الفرد فى الحياة العادية .

كما ناقش "ريجر" فائدة النموذج الطبى ، وبخاصة عندما يستخدم فى مجال التربية الخاصة ، فقال : " عندما يشعر الطفل بمرضه أو أنه يحمل مرضا وفق النموذج الطبى ، يكون المعلمون متحررين من المسؤولية تجاه هذا الطفل ، فإذا أحرز تقدما ما ، فهذا يعود إلى الطفل نفسه وليس للمعلم أو المدرس أى دور".

ـ النموذج السلوكى :

أما بالنسبة للنموذج السلوكى فقد أخذ يلقى قبولا وصدى من قبل المربين بشكل أكثر من النموذج الطبى ، لأن هذا النموذج يفترض أن السلوك يتشكل نتيجة الظروف البيئية المحيطة بالفرد ، لأن جميع السلوكيات المرغوب فيها وغير المرغوب فيها هي سلوكيات متعلمة من البيئة ؛ وبما أنها متعلمة أو مكتسبة ، لذا يمكن تعديلها أو تغييرها . كما أشار "سكنر" إلى أن السلوك دالة للبيئة التى يعيشها الفرد ، كما يقوم النموذج البيئى أيضا على افتراض أن السلوك البشرى ينتج عن التفاعل المعقد بين العوامل البيئية وخصائص الفرد .

ـ النموذج البيئى :

يقدم النموذج البيئى والسلوكى منحى بديلا للنموذج الطبى فى فهم السلوك الإنسانى ، وذلك نتيجة النقد الذى وجه للنموذج الطبى . فى النموذجين ، السلوكى والبيئى اللذين يرفض دُعاتهما مفهوم المرض العقلى كأساس للاضطرابات التى تصيب الأفراد ، ويعتمدون على الاعتقاد القائل : " بأن المشكلات الإنسانية هى حصيلة التفاعل بين الفرد والبيئة " .

إن أفضل النماذج وأكثرها ملاءمة هو النموذج البيئى الذى يأخذ بعين الاعتبار قدرات الأطفال المعرفية ، ويحلل مشكلاتهم التى يعانون منها ، ويتعامل كذلك مع الأطفال الذين لا يعانون من أية مشكلة .

ـ النموذج الحتمى المتبادل :

يستند هذا النموذج إلى نظريات التعلم الاجتماعى ؛ ولهذا فهو يعد النموذج المختار من قبل المختصين النفسيين فى المدرسة وغيرهم من النفسيين ، ما داموا يتفاعلون مع الأطفال والشباب الذين يعانون من مشكلات معينة .

و من ناحية أخرى نجد تركيز الاتجاه السلوكى الحديث من وجهة نظر "سكنر" على أن السلوك هو نتيجة البيئة وما تحدثه من تغيرات وتأثيرات عند الفرد ، ويتحدد سلوك الفرد علاة بما يواجهه من تعزيزات لاستجابات يجريها ويكررها بهدف الحصول على المزيد من التعزيز ، والتى يحدد فيها

السلوك الإنسانى على أنه تفاعل مستمر ومتبادل بين الأفكار التى يحملها الفرد وسلوكه بشكل عام ، والعوامل البيئية المحيطة به .

ويشير " باندورا " إلى ثلاثة عناصر رئيسة تعتبر مكونات لنموذج الحتمية المتبادل ، وهى :

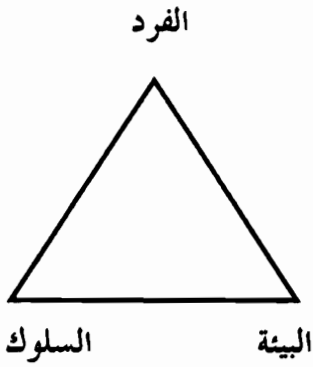
١- خصائص الفرد ومعارفه وسلوكه وقدراته واستعداداته .

٢- البيئة المحيطة به .

٣- التفاعل بين العامل الأول والثانى .

ويخرج باندورا بالمعادلة التالية :

السلوك = دالة وظيفية للتفاعل بين الفرد والبيئة .



حيث يشير " باندورا " إلى :

"أن معظم المؤثرات الخارجية تؤثر فى السلوك من خلال العمليات المعرفية الوسيطة ، فالعوامل المعرفية تقرر ما هى الأحداث الخارجية التى سوف يلاحظها الفرد ، وكيف يمكن إدراكها ، وكيف يمكن أن تنظم المعلومات لاستخدامها فى المستقبل، ومن خلال العمل على البيئة وبترتيب الحاجات الموقفية للأفراد أنفسهم يستطيعون التأثير فى سلوكياتهم " .

وفى الحقيقة فإن السلوك محكوم بالبيئة ، فالبيئة جزء من فعل الإنسان ، إذ يلعب الأفراد أدوارا فى خلق بيئة اجتماعية وظروف أخرى تظهر فى حياتهم

اليومية ؛ ولهذا ، ومن وجهة نظر التعلم الاجتماعى ، فإن الوظيفة النفسية تتضمن تفاعلا متبادلا بين السلوك والجانب المعرفى والتأثيرات البيئية .

إن نموذج الحتمية المتبادل ، مع أنه حديث العهد لاستثارة بحوث عملية فى الميدان ، إلا أنه يزودنا بنظام شامل لفهم السلوك الإنسانى .

وبعد أن تم تقديم هذه النماذج فى تفسير المشكلة النفسية ، فإنه يمكن تقديم تعريف محدد للمشكلة النفسية من وجهة نظر عامة ، فالمشكلة النفسية : تشير إلى التفاوت بين مستوى الأداء للفرد ـ سواء أكان طالبا أم معلما أم ولى أمر ـ وبين مستوى الأداء المرغوب فيه ، وهذا التعريف بحاجة إلى مزيد من التفاصيل :

١- إن الفرد الذى يدلى بالمشكلة قد يكون أو لا يكون هو نفسه الشخص المستهدف ، وبالرغم من ذلك فإن هذا الشخص يعد عنصرا فى المشكلة .

٢- إن اتخاذ قرار ، فيما إذا صنفت المشكلة على أنها مشكلة وذات دلالة ، ليس موضع تساؤل ، ولكن فى اللحظة التى يتم فيها تحديد الأداء المرغوب فيه وتعريفه إجرائيا ، فإن المشكلة تصبح موضع تساؤل ومناقشة ومعالجة محتملة .

إن هذا المنحى فى تعريف المشكلات النفسية مبنى على الافتراض القائل : بأن المشكلات تنمو نتيجة التفاعلات الفاشلة بين الأفراد ، (مثل : الطفل وأصدقاؤه ، الطفل ومعلمه ، الطفل و والداه) ولهذا فإن الشخص المستهدف وتفاعلاته مع البيئة ينبغى أن يتم اختبارهم بهدف فهمهم وتغيير السلوك المشكل لديهم .

كيفية حل المشكلات :

إن عملية حل المشكلات أهم ما يميز الخدمات النفسية ، وقد نوقشت عملية حل المشكلات بشكل مستفيض من قبل الباحثين فى مجال الاستشارة النفسية .

وسيتم عرض نموذجين من نماذج حل المشكلة ، نموذج "بيرجن" ونموذج "جتكن" حيث قدم "بيرجن" أربع مراحل أساسية لنموذج حل المشكلات وهى :

١- تحديد المشكلة .

٢- تحليل المشكلة .

٣- تنفيذ الخطة .

٤- تقويم المشكلة .

يعتبر "بيرجن" أن الخطوة الأولى لحل المشكلة تكمن فى مواجهة الفرد لها ومعرفة حدودها وحجمها ، وبعد التعرف عليها جيدا يقوم المرشد النفسى ومصدر الإحالة الذى يمكن أن يكون المدير ، أو ولى الأمر ، أو الطبيب العادى بتحليل العوامل المسببة لتلك المشكلة ، وفى المرحلة الثالثة يقوم المرشد بتقديم بعض المعالجات لتعديلها وحلها ، وأخيرا يصل إلى مرحلة التقويم ، وبعد ذلك يتحقق من حل المشكلة أو عدم حلها ... وهكذا حتى يتم الوصول إلى الحل .

وهناك نموذج آخر لـ "جتكن" و "كيرتس" ويتكون من سبع مراحل أساسية تسهم فى حل المشكلات ، وهى :

١- تحديد المشكلة وتعريفها .

٢- تحديد القوى والعوامل المتصلة بالمشكلة .

٣- عصف الأفكار حول استراتيجيات بديلة .

٤- الاختيار من بين مجموعة بدائل .

٥- تحديد مسئوليات المرشد والمسترشد .

٦- تنفيذ الاستراتيجية المحددة المختارة .

٧- تقويم فعالية الإجراءات والخطوات السابقة إذا لزم الأمر .

الفصل الثانى

الأخصائى النفسى المدرسى

وتقديم الخدمات النفسية

مقدمة :

تقوم كل من الأسرة والمدرسة بتقديم خدمات التنشئة الاجتماعية ، وبالرغم من ذلك يواجه الأطفال والتلاميذ بعض المشكلات التى تختلف من شخص إلى آخر ، كما تختلف هذه المشكلات فى طبيعتها وأهميتها .

فبعض هذه المشكلات نفسية وبعضها صحية أو اجتماعية أو سلوكية أو اقتصادية ، من هنا ظهرت الحاجة إلى برنامج محدد يعالج المشكلات الإنسانية هذه ، فضلا عن الحاجة إلى خدمات تراعى الناحية النفسية والعقلية ، إن خير من يقدم هذه الخدمات هم المرشدون النفسيون المتخصصون فى مجال علم النفس أو الإرشاد النفسى والتربوى .

إلا أن أغلب كتب علم النفس أو الإرشاد النفسى والتربوى لم تتحدث عن الخدمات التى يقدمها المرشد بالرغم من المؤتمرات العديدة التى عقدت فى هذا الميدان ابتداءً من مؤتمر تاير (١٩٥٥) . ولقد كان الاهتمام منصباً على أدوار المرشد النفسى فى المدرسة بدلا من الاهتمام بالنظم المتبعة فى تقديم هذه الخدمات ، كما اهتموا بالتنظيم الإدارى للخدمات النفسية .

وظائف أخصائى علم النفس المدرسى و دوره :

تتمثل اهتمامات الأخصائيين النفسيين من خلال تحديد دور الأخصائى النفسى المدرسى ووظيفته ، وظهرت هذه الاهتمامات فى معظم المؤتمرات النفسية التى كانت تعقد سابقا ، من أمثل :

مؤتمر "تاير" عام ١٩٥٤ ، مؤتمر "فايل" عام ١٩٧٣ ، مؤتمر "سبرنج هيل" ، عام ١٩٨٠ ، مؤتمر "أويمبيا" عام ١٩٨١ .

و قد أكد "باردون" ، ١٩٨٢ ، على أهمية تحديد و توضيح الدور المشوش وغير الواضح الذى يقوم به الأخصائيون النفسيون ، حين طرح الأسئلة التالية: هل هم محللو سلوك أم مشخصون ، أم متخصصو إدارة ، أم مستشارون للمعلمين ، أم مهيئون لشروط التعليم ، أم خبراء للقياس والتقويم ، هل لهم كل هذه المواصفات أم أنهم يتصفون بواحدة منها فقط ؟

و قد تحددت الإجابة على هذه التساؤلات فيما يلى ، حيث يقوم أخصائى علم النفس المدرسى بعدد من المهام هى :

١- يخدم جميع أطفال المدرسة .

٢- يعمل معظم الوقت مع جماعات ، أكثر مما يعمل مع أفراد .

٣- يعمل مرشدا ومطورا لبرامج المدرسة .

٤- يساعد معلم الصف فى ضبط صفه وإدارته .

٥- يركز على الأبحاث التطبيقية .

٦- يقدم الخدمات للأطفال المحرومين ثقافيا .

٧- يعمل على تنشيط التفاعل بين العاملين فى المدرسة لمصلحة الطالب .

٨- يستخدم المقاييس النفسية فى تشخيص الحالات التى يتعامل معها .

٩- يساعد المدير على تحقيق أهداف المدرسة المرصودة .

١٠- يعمل على تنمية المعلمين مهنيا فيعرفهم بسلوك الطلاب وخصائصهم النمائية وتطورهم من جميع الجوانب .

١١- يبذل جهدا كبيرا لمنع انتشار مشكلات سلوكية خطيرة ، مثل : التدخين والمخدرات ، أو أى مشكلات أخرى .

النموذج الشامل لخدمات الأخصائى النفسى المدرسى :

ليس هناك نموذج واحد مثالى لتقديم خدمات علم النفس المدرسى ، ولكن يميل أخصائى علم النفس المدرسى إلى استخدام النموذج الشامل لتقديم الخدمات النفسية فى المدرسة ، وذلك لاهتمام هذا النموذج بشكل مباشر بحل المشكلات النفسية و بالقياس والتقويم و وضع القوانين الأخلاقية لمهنة أخصائى علم النفس المدرسى .

وقد قام النموذج الشامل لتقديم الخدمات النفسية على ستة افتراضات هى:

١ـ إن مشكلات سلوك الأطفال وتعلمهم ترتبط وظيفيا بالمكان الذى يتعلمون فيه (البيئة المدرسية) .

ولا يجب أن يفهم من هذا أن البيئة المدرسية أو المدرسة هى التى تسبب هذه المشكلات النفسية ، ولكن يفترض وجود علاقة بين المكان الذى يقضى فيه الطلاب معظم وقتهم وبين السلوكيات المشكلة . إن هذا الافتراض يمكن أن يرتبط ارتباطا وثيقا مع افتراض النظرية السلوكية الذى مفاده :

" إن سلوك الأفراد يمكن أن يدرس من خلال مفهومى : (هنا والآن) " . وهذا يتضمن إمكانية دراسة سلوك الأفراد فى الوقت المحدد ، وفى مكان حدوث المشكلة ، والتى قد تكون فى المدرسة ، كما يتضمن الافتراض كذلك بأن المدرسة يمكن أن تستثير السلوك المشكل لدى الطفل ، وهذا يشير إلى ضرورة تقويم البيئة المدرسية ، والطفل المسترشد على السواء .

٢ـ إن الهدف الأساسى من القياس النفسى والتربوى هو تحديد ما يعرفه المتعلم وما لا يعرفه وتحديد كيف يتعلم بشكل أفضل ، من أجل تصميم معالجات ناجحة له .

إن هذا يعنى ضرورة تحديد البنية المعرفية لدى الطفل ، وكيف يتعلم الطفل من أجل إعداد الخطط الناجحة والمعالجات التى تمكنه من الإفادة من خبرات المتعلم وبأقصى قدراته .

٣ـ إن تقنيات التشخيص والمعالجات المستخدمة فى الإرشاد ينبغى توافرها وتزامنها مع الإدخالات الموجودة فى النظام المدرسى .

أى أن تمثل التقنيات الإرشادية معظم جوانب النظام المدرسى ، ولا يكفى أن تكون على مستوى المسترشد فقط .

٤ـ إن تقارب الخدمات النفسية زمانيا ومكانيا من الخدمات التربوية يزيد من فعالية هذه الخدمات .

يعتمد هذا الافتراض على المقدمة المنطقية التى تشير إلى أنه يتم تعزيز حل مشكلات المعاقين أو المتأخرين تحصيليا ، من قبل المتخصصين المهنيين ، إذ كانوا يعملون جميعا مع المعلمين فى البيئة التربوية .

٥ـ إن توجيه الخدمات النفسية نحو التطوير والإفادة من مصادر البيئة المحلية للمدارس يزيد من تعزيز الحلول وفعاليتها للمشكلات النفسية التربوية .

يؤكد هذا الافتراض أهمية خدمات التوجيه والإرشاد ، حينما يعمل المرشد مباشرة مع الطفل المسترشد ، وحينما يوظف جميع المصادر الموجودة فى البيئة المحلية لخدمة الطالب ، وهنا تبرز أهمية المرشد فى قدرته على حل مشكلات الطالب .

٦ـ إن التدخلات أو المعالجات النفسية للأطفال تتطلب حذر المرشد واهتمامه ، لأن سلوك الطفل متغير تبعا للظروف ، كما تتطلب متابعة من المرشد .

يركز هذا الافتراض على سلوك الطفل الذى يمكن أن يتغير ولا تفيد معه معالجة معينة ، بسبب مرور زمن معين على هذا الطفل ، وبسبب الظروف الجديدة التى يمر بها ، فهذه التدخلات بحاجة إلى متابعة وتغذية راجعة لها ، ولسلوك الطفل بعد المعالجة .

إن إحالة الطالب إلى الأخصائى تتضمن إشارة إلى أن المحيل قد أدرك أن لدى الطالب مشكلة ، لذلك لابد من اتباع الخطوات التالية المتضمنة فى النموذج الشامل لتشخيص وعلاج الحالة .

ـ المرحلة الأولى : اتخاذ القرار بمدى ملاءمة الإحالة :

تعد الإحالة الرسمية وغير الرسمية مؤشرا جيدا للأخصائى النفسى كى يلاحظ أن الطالب يواجه مشكلة ما ، كالتأخر الدراسى مثلا ، وهنا يحاول الاستجابة للحالة واتخاذ قرار بشأنها ، فإذا وجد أن الحالة لا تستدعى تدخله مباشرة ، وجهها نحو نوع آخر من الخدمات .

ـ المرحلة الثانية : راجع الإحالة من أجل العناصر الأساسية :

إذا تبين لدى الأخصائى النفسى أن الإحالة ملائمة أو مناسبة فإنه يقرر فيما إذا كانت هذه الخدمات تشمل العناصر التالية :

١- وصف وتحديد سلوكى للمشكلة قيد الدراسة .

٢- موافقة خطية من المسئولين عن الطفل كولى الأمر مثلا .

فإذا تبين أن الإحالة تفتقر إلى أى من هذين العنصرين ، فإن الأخصائى النفسى أو المرشد يقوم بإعادتها إلى الشخص الذى قام بتحويلها ، لاستكمال الإجراءات اللازمة ، وفى تلك الأثناء يبدأ الأخصائى النفسى بدراسة المشكلة وتقصيها ، ودراسة السجل التراكمى لدى الطالب والاستفسار عمن له علاقة بالطالب مثل المعلم .

ـ المرحلة الثالثة : ضع الأولوية لتقديم الخدمة النفسية :

على المرشد أو الأخصائى النفسى أن يحدد الأولوية أثناء تقديم الخدمة النفسية ، فيبدأ بالاتصال بأخصائى التربية الخاصة أو المدير إن أستدعى الأمر ذلك ، وإذا وجد ضرورة لتأخير البحث فى هذه المشكلة ، وأعطى أولوية لمشكلة أخرى فعلية أن يخبر أولياء أمور الطلبة بذلك .

ـ المرحلة الرابعة : استشر الأشخاص القائمين بتحويل الطالب :

قبل قيام الأخصائى النفسى بدراسة المشكلة عليه أن يلتقى بالشخص الذى قام بتحويل الحالة ، أو المسؤول عنها ولو لمرة واحدة على الأقل ، وذلك

من أجل معرفة المزيد عن هذه الحالة ، لمساعدته فى فهمها وتخطيط المعالجة المناسبة واللازمة لها.

ـ المرحلة الخامسة : راجع السجل المدرسى التراكمى :

على الأخصائى النفسى دراسة السجل التراكمى للطالب ، ومن ثم تصنيف البيانات وفق ما يلى :

١- التقدم التحصيلى لدى الطفل .

٢- سلامة حواس الطفل كحاستى السمع والبصر .

٣- صحة الطالب الجسمية .

٤- حالة الطالب الانفعالية .

٥- تاريخ الأسرة .

ـ المرحلة السادسة : الملاحظة المباشرة للطالب :

لابد من ملاحظة الطالب فى مواقف مباشرة وفى مناسبات متعددة ، أن اللعب الحر خير المواقف التى يتيح لسلوك الطالب الظهور على حقيقته دون تزييف أو تمثيل .

ـ المرحلة السابعة : اختيار طرق التقويم :

يعتمد اختيار أداة وطريقة التقويم على نوع المشكلة وشدتها ، كما يعتمد على كفاءة الأخصائى النفسى ، فإذا شعر هذا الأخصائى أنه غير قادر على اتخاذ قرار بصدد أداة القياس ، فإنه يمكن أن يستعين بأخصائى نفسى آخر .

ـ المرحلة الثامنة : إجراء عملية التقويم بطريقة مهنية (بدقة) :

ينبغى أن يتقيد الأخصائى النفسى بتعليمات الاختبار ، فإذا أراد أن يقوم بتطبيق اختبار لقياس الذكاء مثلا ، فعلية الالتزام بإجراءات تصحيح الاختبار وطرق تطبيقه كما ورد معيراً ومقنناً .

ـ المرحلة التاسعة : جمع بيانات القياس وتفسيرها :

على الأخصائى النفسى أن يقوم بعملية تحليل وتركيب ودراسة للمعلومات التى حصل عليها بعد أن يجرى اختبارا معينا ، ومن ثم يقوم بتفسير النتائج بناء على المشكلة المطروحة ، ويكون هذا بكتابة تقرير مفصل عن الحالة بطريقة واضحة ومفهومة ، فذلك يساعد على إعطاء فكرة جيدة عن الأفراد الذين لهم علاقة بالمشكلة ، كأولياء الأمور والمعلمين ، ويعمل على سهولة التواصل بين هؤلاء الأفراد جميعا .

ـ المرحلة العاشرة : تطوير التشخيص المناسب :

بعد أن يصل الأخصائى النفسى إلى معلومات بصدد المشكلة نتيجة استخدامه أدوات قياس معينة ، يصبح مسئولا عن بناء تشخيص نفسى وتربوى للفرد ، ويعد التشخيص النفسى والتربوى محدداً للخلل الوظيفى ، والشروط البيئية التى تسترعى الانتباه ، ففى معظم الحالات تكون مسئولية الأخصائى النفسى (كعنصر فى جماعة التشخيص) تشخيص الحالة بطريقة الخبير العارف .

ـ المرحلة الحادية عشرة : قرر ضرورة المعالجة أو الإدخال :

يُبنى القرار فيما إذا كان ثمة ضرورة لمعالجة ما ، خاصة عندما يكون الأخصائى النفسى هو الوحيد الذى يشخص الحالة ، ولكن إذا تبين أن الأخصائى النفسى هو عضو فى فريق التشخيص ، فله الحق فى الاعتراض أو الموافقة على المعالجة .

وتقع مسئولية هذا القرار على الأخصائى النفسى ، حينما يكون هو الوحيد الذى يتعامل مع هذه الحالة .

ـ المرحلة الثانية عشرة : تطوير وتنفيذ خطط الإدخال :

من أعمال الأخصائى النفسى تطوير خطط المعالجة وتنفيذها بالتعاون مع الفريق المسئول عن التشخيص ، على أن تلائم المعالجات الطالب ، وأن تتم وفق الشروط التالية :

١- أن تلائم المعالجة (التدخل) مشكلة الطالب وتشخيصه .

٢- أن تكون عملية وليست نظرية .

٣- أن تحتوى أهدافا سلوكية .

٤- أن تشتمل على تفاصيل كافية تخدم التنفيذ .

وإذا اتخذ قرارا بحق الطالب فينبغى ضمه إلى التربية الخاصة ويسجل ذلك فى سجل الطالب ويوضع ضمن الخطة التربوية .

ـ المرحلة الثالثة عشرة : متابعة نتائج التدخل :

يوصى الكثير من المختصين فى مجال علم النفس المدرسى بأن يقوم الأخصائى النفسى بنفسه ، وبالتعاون مع الجهات التى لها علاقة بالحالة ، كالمعلم مثلا بمراقبة المعالجة ، وإجراء التغذية الراجعة باستمرار ، لمعرفة فعاليتها ونجاحها .

ـ المرحلة الرابعة عشرة : اتخاذ القرار فى الوقت المناسب بإنهاء الخدمات النفسية :

بعد متابعة الطالب فترة زمنية ، وإجراء التغذية الراجعة ، وبعدما يتبين نجاح المعالجة التى طبقت على هذا الفرد أو الطفل أو المتعلم ، وتحسن سلوكه ، وأنه أصبح فى معظم المواقف سويا فى سلوكياته ، يمكن للأخصائى النفسى أن يوقف الخدمات عن هذا الطالب ، إذ لا تعود هناك ضرورة لذلك .

إن نموذج الإرشاد الشامل الذى يضم أربع عشرة خطوة لا يعتبر جامدا بل مرنا ، لأنه يحرص على التغذية الراجعة فى كل خطوة من خطواته للتأكد من صحة التشخيص ، ومن ثم صحة المعالجة .

العوامل المؤثرة فى أدوار و وظائف المختص النفسى المدرسى :

حدد "باردون" عام ١٩٨٢ أهم العوامل المؤثرة فى ممارسة الأخصائى النفسى لدوره فى المدرسة ، وهذه العوامل هى :

أولاً : مستوى الأداء الوظيفى :

مر علم النفس المدرسى خلال الخمسين عاما الماضية بثلاث مراحل وقام "باردون" بتقسيم هذه المراحل التى اعتبرت خطاً متصلاً إلى ثلاثة مستويات :

المستوى الأول :

القياس النفسى ، أى : قياس العمليات الذهنية من خلال اختبارات أولية لتصنيف الطالب الذى ينتمى الى الفئات الخاصة .

المستوى الثانى :

إن خدمات المستوى الثانى موجهة إلى تصنيف الطالب الذى ينتمى إلى الفئات الخاصة ، إضافة إلى الأطفال الآخرين الذين يعانون من مشكلات تعليمية وسلوكية .

و قد وصف "باردون" الانتقال من المستوى الأول إلى المستوى الثانى بأنه انتقال من عملية تقديم تقرير ، ممثل بقياس رقمى عن علامة اختبار فرد ما وتفسيرها فقط إلى استخدام ممارسات نفسية تربوية ، ويعتقد أن معظم الأخصائيين النفسيين العاملين فى المدارس يعملون على المستوى الثانى ، وبهذا يكون الأخصائى النفسى مسئولا عن تنفيذ بطارية كاملة من الاختبارات، ومراقبة الطلاب ، ومقابلة بعض الراشدين كأولياء الأمور والمعلمين ، وكتابة بعض التقارير غير الرسمية حول النتائج التى توصل إليها .

المستوى الثالث :

وهو عبارة عن عملية تعزيز للمستوى الثانى ، أى يتضمن الخدمات المباشرة للطلاب ، كالتقدير والمعالجات و التدخلات السيكولوجية ، واتخاذ القرار الذى قد يؤثر فى سياسات المدرسة وإجراءاتها من خلال الإشراف المباشر والتربية والتعليم ، ومن خلال استشارة هيئة الإدارة والمختصين فى البيئة المحلية ، وبهذا يمكن أن تحدد خدمات المستوى الثالث وكأنها نموذج تنظيمى مهنى لعلم النفس المدرسى ، بينما يعتبر المستوى الثانى وكأنه نموذج عادى .

وبناء على تصنيف "باردون" عام ١٩٨٢ فإنه يمكن القول : إنه من الصعب الانتقال من المستوى الأول إلى المستوى الثالث ، إذ أن الانتقال ينبغى أن يكون تدريجيا معتمدا على مستوى نضج العاملين وتدريبهم وميلهم ، إضافة إلى إدراكهم إلى حاجة المدرسة للتغيير .

ثانياً : النشاط المهنى :

يمكن تصنيف النشاطات المهنية التى يقوم بها الأخصائى النفسى إلى خمسة مجالات تدريبية هى :

١- التقييم أو التقدير .

٢- التدخل المباشر .

٣- تقديم الاستشارة .

٤- التربية (التعليم فى أثناء الخدمة) .

٥- التقويم .

ويعتقد باردون (١٩٨٢) بأن هذه التصنيفات تراكمية بطبيعتها ، كما يعتقد أن معظم الأخصائيين النفسيين يهتمون بعملية التقييم ، ويأتى فى المرتبة الثانية اهتمامهم بالتدخل المباشر ، وبعضهم يهتم بالاستشارة ، وقلة نادرة منهم تهتم بعمليات تقويم البرامج المعدة .

و فى كثير من الأحيان تعتبر عملية التقييم بواسطة الاختبارات المقننة هى النشاط المهنى الرئيسى فى عمل الأخصائى النفسى المدرسى ، بينما أصبح الكثير من الأخصائيين الآن ينظر إلى عملية التقويم على أنها جزء من حل المشكلات فى النشاطات التى يقدمونها ، لأنه جزء من عملية الاستشارة ، ونتيجة لهذا فقد أصبحت الاستشارة هى الوظيفة الرئيسة لأخصائى علم النفس المدرسى .

ثالثاً : العميل المباشر (المستفيد من خدمات الأخصائى النفسى) :

حدد كل من "كلارك"و"كوموتيوس" عام ١٩٧٧ المسترشدين الذين يمكنهم الاستفادة من خدمات أخصائى علم النفس المدرسى :

١- الطالب .

٢- مجموعة صغيرة من الطلبة .

٣ - صف من مجموعة الطلبة .

٤- المعلم .

٥- مجموعة من المعلمين .

٦- الإدارى .

٧- النظام التربوى بأكمله .

٨- الأسرة .

رابعاً : مستوى البرنامج التعليمى المقدم :

إن معظم المتخصصين فى علم النفس المدرسى تتمركز اهتماماتهم وخدماتهم حول أطفال المدارس الابتدائية ، حيث تشمل الخدمات النفسية الأطفال من سن الثالثة وحتى الحادية والعشرين ، ويعنى ذلك أن خدمات علم

النفس المدرسى تشمل أطفال الروضة ، والمدرسة الابتدائية ، والإعدادية ، والثانوية.

إن عملية تقديم خدمات نفسية لأفراد مختلفين بمستوياتهم العلمية والتطورية النمائية تعنى اختلاف الدور والوظيفة التى يقوم بها الأخصائى النفسى ، كما أن التعقيدات المعرفية وطبيعة التعليم وإدارة المدرسة وتنظيمها والتأثيرات الاجتماعية للأفراد فى مختلف الأعمار تتفاعل جميعا لخلق حاجات فردية تختلف من شخص إلى آخر ، لذلك فعلى البرامج النفسية أن تركز على مراعاة هذه الاختلافات .

خامساً : المجتمع الذى تقدم له الخدمات من قبل المدارس :

إن المجتمع المحلى الذى توجد به المدرسة له تأثير كبير على الخدمات التى تقدمها تلك المدرسة ، فالوضع الاقتصادى – الاجتماعى للعائلات فى المجتمع المحلى المحيط بالمدرسة غالبا ما يؤثر فى مستوى التوقع ومدى فعالية مشاركة أولياء الأمور ، وبخاصة أن جميع هذه الخصائص للمجتمع المحلى تؤثر على نوع الخدمات النفسية المقدمة من قبل المدرسة .

مما تقدم وبناء على تحليل "باردون" لدور الأخصائى النفسى فى المدرسة ، فإن هناك ثلاثة مستويات من الأداء وخمسة أنواع من النشاطات وثمانية أنواع من المسترشدين .

لذلك يمكن القول بأن علم النفس المدرسى هو تخصص فى علم النفس إضافة إلى أدوار ووظائف أخرى .

الأهداف الرئيسة لخدمات الأخصائى النفسى :

بعض المربين يرون ضرورة وجود علم النفس المدرسى لتقديم الخدمات الإرشادية للأطفال والشباب ، وتطرح الجمعية الوطنية لعلم النفس المدرسى شعارا مفاده : " ضرورة تقديم خدمات الصحة النفسية والاهتمامات التربوية لجميع الأطفال والشباب" ، وإضافة إلى ذلك فقد قامت الرابطة الأمريكية

لعلم النفس فى عام (١٩٨٢) بوضع بعض الخطوط العريضة التى لها علاقة بالخدمات النفسية والعيادية والإرشادية والمؤسسية ، إذ تعود الخدمات النفسية المدرسية لواحدة أو أكثر من الخدمات التى تقدم للمسترشدين فى المواقف التربوية بدءا من الحضانة ، وحتى التعليم العالى بهدف حماية الصحة النفسية وتنميتها وتيسير عملية التعلم ، أما أهم هذه الخدمات ، فهى :

١- التقويم النفسى والتربوى ، يستخدم العالم النفسى أكثر من طريقة فى عملية تقويم أعمال الطلبة وتحصيلهم وقدراتهم ، فهو يستخدم طريقة الملاحظة المباشرة وغير المباشرة والمقابلة والاختبارات الفردية ، كاختبارات الذكاء والميول والشخصية، وهذه الأدوات والوسائل تهدف إلى عملية تصنيف المتعلمين وتشخيصهم .

٢- تقديم بعض المعالجات لتسهيل أعمال الأفراد والجماعات ، مع الالتفات إلى طريقة تأثيرهم ، وتأثرهم بنواحى النمو المعرفى والاجتماعى والانفعالى، هذه المعالجات تتضمن التوصيات والتخطيط وتقويم خدمات التربية الخاصة ، والعلاج النفسى والتربوى والإرشادى وبرامج التربية الانفعالية .

٣- تقديم بعض المعالجات لتسهيل الخدمات فى التربية وتسهيل العناية بالطفل وشئون الموظفين والمؤسسات الموجودة فى المجتمع ، بحيث تتضمن هذه المعالجات برامج تأهيل المعلمين فى أثناء الخدمة ورفع كفايتهم ، والبرامج التربوية التى تشمل أولياء الأمور والإرشاد الأسرى .

٤- إعداد برنامج نمو مهنى للمدرسة الواحدة أو للمجموعة من المدارس ، يتضمن الأنظمة التربوية للمجتمعات المحلية ، من أجل تحديد احتياجات التربية الخاصة والنظامية ، مستفيدين من مجالات البحث النفسى فى التعليم وتثقيف الهيئات التدريسية والوالدين .

٥- تقديم الاستشارات للهيئة العاملة فى المدرسة وإقامة التعاون وملاءمته بين المدرسة وأولياء الأمور ، بصدد مشكلات تربوية تخص أبناءهم ، وقد تشمل

الخدمات الهيئة العاملة فى المدرسة جميعها ، هـذه الخدمـات تقـدم مـن قبـل المرشد النفسى بالتعاون مع جهات أخرى .

٦- مراقبة الخدمات النفسية التى تقدمها المدرسة .

تنظيم خدمات المدارس النفسية وتقديمها :

إن الخدمـات النفسـية جـزء مـن الخدمـات المتعـددة التـى تقدمـها المدرسـة باعتبارها مؤسسة تربوية واجتماعية ، وتلعب إدارة المدرسة وبيئتـها دورا كبـيرا فى نوعية الخدمات التى تقدم .

و قد أشار "هيرون" ، إلى أنه لا توجد خطة عالمية محددة للخدمات النفسـية التى تقدمها المدرسة ، لأن الصورة الحالية للخدمات متعددة الاختلافات ، فمنها خدمات مخططة ، وأخرى عشوائية .

إن هذه الاختلافات فى خطط الخدمات النفسية تقلصت فـى الثمانينيـات ، ولعل أهم الأسباب التى تقف وراء تقليـص هـذه الاختلافـات فـى الخدمـات النفسية التى تقدم إلى المدارس هى زيادة الشرعية للتربية الخاصة .

تصدت هذه التشريعات لقضية الاختبارات والمعالجات النفسـية ، وهـذا مـا أشار إليه "هيرون" عنـد تعرضـه إلى التعريـف بأخلاقيـة وشـرعية الخدمـات والتدريب النفسى الذى يتم فى المدرسة .

وتشير كثير من البحـوث والدراسـات إلى أن ثمـة عـددا مـن الأنظمـة ، أو النماذج التى يتم من خلالها تقديم الخدمات النفسـية ، إلا أن المجـال لا يسـمح هنا لعرض هذه النماذج ، لذلك سيتم عرض الأبعاد المفاهيمية المتعلقـة بنظـام الخدمات التى نجملها فيما يلى :

حيث يوجد ثلاثة أبعاد مفاهيمية رئيسة فى أى نوع من الخدمات :

- مباشرة – غير مباشرة .
- مركزية – غير مركزية .

- مبادرة – انعكاسية أو استجابية .

و فيما يلى نعرض تفصيلا لهذه الأبعاد الثلاثة :

١- الخدمات المباشرة – غير المباشرة :

اعتبرت الخدمات النفسية قديما خدمات مباشرة ، أى أنها تنحصر فى أن يطلب المسترشد خدمة معينة من المرشد النفسى ، وبناء عليه يقوم الثانى بدوره فى تقديم الخدمات ، فالخدمات هنا تقدم مباشرة وقد تتضمن العلاج السلوكى أو الإرشاد والتوجيه ، إن نمط الخدمات المقدمة حاليا أصبحت غير مباشرة ، فالأخصائى النفسى المدرسى يتصل بالمعلمين وأولياء الأمور ، ومعظم الجهات التى تخص الطفل فى المدرسة ، وذلك لتقديم خدمات غير مباشرة لها تأثير فعال ومباشر على الطفل نفسه ، على سبيل المثال فإن مساعدة المرشد للمعلمين فى فهم أدوارهم التدريسية ، أو فى بنائهم للمناهج تعتبر طرقا لإثارة التفكير لدى الطلبة ، وخدمات غير مباشرة يعود نفعها إيجابا على الفرد المتعلم .

استخدمت "مونرو" مفهوم الخدمات المباشرة – غير المباشرة على خط متصل مشيرة بذلك إلى خمس وظائف رئيسة للمرشدين النفسيين ، منها :

١- العلاج الإرشادى .

٢- التقييم النفسى التربوى .

٣- دراسة الطفل الاستشارية .

٤- أداء الخدمة .

٥- البحث .

حيث تشير "مونرو" إلى أن العلاج الإرشادى كان من أقوى الخدمات تأثيرا وتمثيلا للخدمات المباشرة للأطفال ، لأن الهدف العام من نموذج الخدمات

النفسية المباشرة وغير المباشرة هو تزويد الطالب بخدمات علاجية للمشاكل التى يواجهها ، على النحو التالى :

١- إرشاد / علاج : يعمل الأخصائى النفسى مع الأطفال فرادى أو جماعات صغيرة من أجل تعزيز تكيفهم أو تطورهم .

٢- تقييم نفسى تربوى : يستخدم الأخصائى النفسى أدوات رسمية وغير رسمية من أجل جمع المعلومات مع كل طفل ، للحصول على معلومات تساعده فى تصنيف الطلاب وتحديد نوع المعالجات اللازمة .

٣-دراسة حالة الطفل : حيث يعمل الأخصائى النفسى مع أولياء الأمور والمعلمين من أجل تعزيز وتكيف الأطفال وتطورهم .

٤-أداء الخدمة : يعمل المختص النفسى من أجل زيادة المعارف أو تطوير المهارات أو تغيير اتجاهات القسم الإدارى فى المدرسة .

٥-البحث : حيث يجمع المختص النفسى معلومات بشكل نظامى من أجل اتخاذ قرار بصدد البرامج اللازمة للأطفال .

و قد أشار "آلبي" و "ميلر" إلى أن نظام الخدمة غير المباشرة يمكن أن يشمل عددا كبيرا من المتعلمين أكثر بكثير من نظام الخدمة المباشرة ، وذلك لإمكانية استخدام عدد كبير من المعالجات للمشاكل .

إن كلا النظامين (نظام الخدمة المباشر ، وغير المباشر) ضروريان ، لأن بعض الحالات تتطلب مهارة المختص النفسى لحلها أو معالجتها ، بينما لا تتطلب بعضها الآخر ذلك ، بل يستطيع المعلم التعامل معها بفعالية ، وقد يكون لولى الأمر علاقة مباشرة فى التعامل مع بعض المشكلات البسيطة كذلك .

٢- الخدمات بأثر رجعى والخدمات اللاحقة :

إن الأعمال التى يمارسها المرشدون النفسيون موجهة بالمشكلات القديمة التى يخطط لها الأخصائى النفسى مسبقا ، وقد تكون موجهة بما يطرأ من

مشكلات حديثة تحتاج إلى استجابة وتلبية فورية .

حيث أشار "كووين" إلى أن نظام الصحة النفسية يتطلب ثلاثة مستويات من التدخل على النحو التالى :

ـ المرحلة الأولية الأساسية :

تسمى بمرحلة " الوقاية المبدئية " وتهدف هذه المرحلة إلى العمل على تقليص الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والتعليمية ، وبناء صحة نفسية فى المدارس ، وذلك لأن الأطفال الأصحاء هم هدف المستقبل .

ـ المرحلة الثانية :

هى مرحلة الوقاية الثانوية التى تهدف إلى علاج المشكلات قبل وقوعها ، وقبل أن تسبب اضطرابا انفعاليا أو اجتماعيا .

ـ المرحلة الثالثة :

وهى مرحلة العلاج للأطفال والشباب الذين يعانون من مشكلات أكاديمية أو سلوكية .

إن الهدف الرئيسى من المرحلة الثالثة هو إصلاح الأفراد المضطربين نفسيا ومعالجتهم كى يصبحوا لبنة صالحة فى المجتمع ، إذ أن التدرج فى خدمات الوقاية كما أعلنها "كووين" هو الانتقال من الوقاية الأولية إلى الثانوية ، ثم العلاجية تجعل أعمال الأخصائى النفسى استجابية ، وأقل توقعية فيما يخص الخدمات التى يقدمها والتخطيط لهذه الخدمات .

كما تشير الدراسات إلى أن معظم الخدمات التى تقدم فى المدارس هى على المستوى الثانى والثالث ، حيث ينصب الاهتمام كثيرا على المرحلة الثالثة المتضمنة مرحلة معالجة الأطفال والشباب الذين يعانون من مشاكل أكاديمية وسلوكية .

و من جانب آخر يشير أدب علم النفس المدرسى إلى أن المبدأ فى وجود الأخصائى النفسى فى المدرسة وممارسة أعماله فى الإرشاد داخل المدرسة هو :

احتضان المدرسة لطائفة كبيرة من الأطفال المتعلمين ، وثمة فرص عديدة وعظيمة لهؤلاء التربويين كى يؤثروا فى تطوير وتنمية هؤلاء الأطفال اجتماعيا وانفعاليا ، وإن وجود بعض العراقيل والعقبات أمام الأخصائيين التى قد تحول دون تقديمهم للخدمات الإرشادية والنصيحة للأطفال ، وبخاصة مشكلات الإدراك يجعلهم يشعرون بالإحباط والملل من كثرة الصعوبات التى تواجههم فى تصميم برامج الوقاية هذه .

وهناك أربع مهام رئيسة لعلم النفس المدرسى ، وهى كالتالى :

١- التقدير :

توصف عملية القياس على أنها العملية التى يتم بها جمع المعلومات حول فرد معين من أجل مساعدته ، وتقديم الخدمة اللازمة له ، إذ يستخدم المختص النفسى عددا من الأساليب لجمع البيانات عن الفرد وبيئته .

ومن الاستراتيجيات المعروفة والمستخدمة فى جمع البيانات مقابلة أولياء الأمور والمعلمين والطلاب أنفسهم ، ومراجعة ملف الطالب ، وتقديم اختبار قصير ومقنن له (كاختبارات بينيه ووكسلر) ومراقبة سلوكه فى عدد من المواقف المدرسية والصفية .

٢- التدخل :

تعرف عملية المعالجة أو التدخل بأنها استجابة استراتيجية مخططة من قبل الأخصائى النفسى أو التربوى أو الآباء وأولياء الأمور ، حيث تتضمن المعالجات أو التدخلات التى يقدمونها ، والتحدث والعلاج باللعب كما يفضل الأخصائيون النفسيون والتربويون استخدام المعالجات السلوكية أكثر من العلاج الشفوى ، ويستخدم هذا المنحنى السلوكى فى العلاج داخل غرفة الصف ، وفى إدارة الصف والتفاعل الصفى .

كما أوضح "كايترل" أن التدخلات التى يقوم بها الأخصائى النفسى مع الطلاب يمكن أن تقسم إلى أربعة أقسام ، هى كالتالى :

	خدمات مباشرة	خدمة غير مباشرة
خدمات بيئية	خدمة بيئية مباشرة	خدمة بيئية غير مباشرة
خدمات شخصية	خدمات شخصية مباشرة	خدمات شخصية غير مباشرة

وإضافة إلى ذلك فهى تشتمل على عمليتى : الرقابة الذاتية ، و التغذية الراجعة الحيوية .

٣ـ الاستشارات :

إذ أن الاستشارة النفسية هى عبارة عن عملية تعاونية تتم بين الأخصائى النفسى وغيره من المختصين ممن يمكن أن يفيدوا فى تشخيص مشكلة ما لدى عميل أو طالب مسترشد .

٤- البحث :

يوصف البحث بأنه تجريبى ، وأنه عملية الوصول إلى الحقائق التى يجب أن يتخذ بواسطتها قرار وعمل بشأن فرد معين ، ويشير البعض إلى ضرورة البحث بالنسبة لعلم النفس المدرسى لأنه يجعل المختص النفسى أو التربوى مدركا للعوامل المتعلقة بالمشكلة المعينة وقادرا على حلها والوصول إلى النهايات والحلول المناسبة لها .

النشاطات اليومية :

إن الرجوع إلى فريق متعدد التخصصات كفريق دراسة الطفل ، وفريق القياس والتقويم ، وفريق التخطيط والتصنيف وقبول الطلاب يزيد من فعالية الخدمات النفسية لاعتماده على الفرضية التالية :

إن اتخاذ قرارات التربية الخاصة من قبل فريق يزيد من درجة الصدق والفعالية ، ويقلل من الأخطاء الفردية عند إصدار الأحكام .

استعمل مختصو الصحة النفسية أسلوب الفريق المتعدد التخصص فى قراراتهم لعدة سنوات ، ونتيجة لهذا الاستخدام قام العديد من المؤلفين بتطبيق مفهوم الفريق فى المدارس الحكومية ، ويشير " بيفر " إلى أن الهدف العام من استخدام الفريق المتعدد التخصصات فى تشخيص الحالات أو فى خدمات علم النفس المدرسى يعتبر هدفا فى حد ذاته ، وهو تعاون المختصين المهنيين فى تشخيص المشكلة ووضع الحلول لها.

و قد أظهرت الأبحاث فى هذا المجال وجود أحد عشر هدفا يجب تحقيقها لكل طالب لديه حاجات خاصة وهذه الأهداف ، هى :

١- تحديد أهلية الطالب للتربية الخاصة .

٢- تحديد فيما إذا كانت المعلومات الضرورية والمطلوبة عن الطالب متوافرة لدى الفريق قبل اتخاذ قرار يمكن أن يؤثر فى برنامج الطالب التعليمى .

٣- تقويم الأهمية التربوية لتلك المعلومات .

٤- تصنيف الطالب .

٥- صياغة أهداف تربوية بعيدة المدى لدى الطالب .

٦- تطوير أهداف تعليمية قصيرة ومحددة للطالب .

٧- التواصل مع أولياء الأمور لإخبارهم عن التغيرات فى البرنامج التربوى لدى الطالب .

٨- تخطيط المعلومات الضرورية والمراد مراجعتها حول برنامج الطالب وتقدمه.

٩- تحديد تاريخ معين لمراجعة فريق التصنيف .

١٠- مراجعة مدى ملاءمة البرنامج التربوى للطالب .

١١- مراجعة مدى تقدم الطالب العلمى والتربوى .

فى عام ١٩٨٠ و ١٩٨١ بدأ "بيفر" بتحليل نتائج التجارب والدراسات التى قام بها الفريق متعدد التخصصات ، كما عمل على تصنيف المشكلات المتعددة، وحدد أربعة أصناف من هذه المشكلات التى برزت لعمل الفريق :

١- طريقة جمع المعلومات غير المنتظمة للفريق ، وإخفاقه فى عملية التشخيص والتنظيم .

٢- حضور الحد الأدنى من أولياء الأمور والتربويين فى الفريق .

٣- انعدام الثقة والتعاون .

٤- زيادة عمليات التخطيط وصنع القرار فقط .

كما تبين أن الفريق يتكون من الآباء ، ومعلمى الصفوف ، والطلاب المتدربين ، ومعلم مقيم ، والمدير ، والمرشد النفسى ، وأخصائى التربية الخاصة ، ومعلم القراءة . كما تبين أن أولياء الأمور يحضرون بنسبة ١٠٠٪ من الوقت ، وأما الآخرون بما فيهم الأخصائى النفسى ، فلا يحضرون إلا بنسبة ٥٪ من الوقت .

وفى عام ١٩٧٩ قام "جيلام" بتحديد الأدوار على أساس أنها قرارات وضعت من لجان التخطيط التربوى ، فقام بسؤال مئة وثلاثين (١٣٠) مشاركا فى سبعة وعشرين (٢٧) اجتماعا ، ووجد أن أكثر المساهمين فى لجان التخطيط التربوى هم فقط :

١- مستشار التربية الخاصة .

٢- الأخصائى النفسى .

٣- معلمو التربية الخاصة .

٤- كما تبين أن أقل أعضاء الفريق مساهمة هم :

٥- أخصائى علم الاجتماع .

٦- المديرون .

٧- الإداريون فى المجال .

ويبين "جيلام" أسباب هذه المساهمات بقوله : إن الأشخاص الذين كان ترتيبهم عاليا فى المساهمة ، هم الأشخاص القريبون من الطلبة وعائلاتهم ، بينما الأشخاص الذين كان ترتيبهم متدنيا فى المساهمة هم الأشخاص القريبون من المعلمين .

وتقع الأدوار الأكثر أهمية على عاتق الأشخاص الذين لديهم معلومات دقيقة عن الاختبارات والسجلات ، والقادرين على تقديم تقارير عن الأفراد نتيجة لهذه المعلومات .

التوزيع الزمنى لمهام الأخصائى النفسى فى المدرسة :

فى دراسة لهم طرح كل من : "لاكيو" ، و"شيرود" ، و"موريس" ، ١٩٨١ تساؤلا يبحث فى الوقت الذى يقضيه الأخصائى النفسى فى القيام ببعض المهام المحددة على سبعمائة وخمسين عضوا من جمعية علم النفس الوطنية فى أمريكا ، وكانت نشاطات الأخصائيين النفسيين مرتبة كما يلى :

١- القياس التربوى النفسى .

٢- الإرشاد الجماعى .

٣- الإرشاد الفردى .

٤- تقديم استشارة لأولياء الأمور .

٥- تقديم استشارة للمعلمين .

٦- تقديم استشارة لأعضاء هيئة تدريس من مدارس أخرى .

٧- تقديم ورش عمل أو تدريب التلاميذ .

٨- حضور اجتماع الهيئة التدريسية و القائمين بالتدريب .

٩- كتابة تقارير عن الحالات .

١٠- القيام ببحث أو تقويم برنامج معين .

١١- التنقل بين الخدمات التربوية .

كما تم سؤال مختصى علم النفس المدرسى فى المدارس عن أعمالهم المعتادة والنشاطات التى يمارسونها ، وكانت النتائج على النحو التالى :

المتغير	الزمن بالدقائق	الانحراف المعيارى	النسبة المئوية للوقت
القياس التربوى النفسى	١٠٤	٨٤	%٢١
مراجعة / كتابة الحالات	٩٠	٨٧	%١٨
وقت / شخصى وقت الغداء	٥٠	٥٣	%١٠
تقديم الاستشارة للمعلم	٤٣	٤١	%٩
تقديم الاستشارة لهيئة التدريس	٤٣	٤٧	%٩
اجتماعات مع هيئة التدريب	٣٨	٥٣	%٨
تقديم الاستشارة للآباء	٣٥	٤٧	%٧
زيارة الأهل	٢٩	٤٢	%٦
الإرشاد الفردى	٢٤	٥٢	%٥
حضور ورش عمل	١٠	٤٧	%٢
الإشراف على ورش عمل	١٠	٣٦	%٢
بحث / تقويم البرامج	٨	٣٥	%٢
الإرشاد الجماعى	٥	٢٠	%١

نستنتج مما سبق أن القياس النفسى والتربوى يستغرق معظم وقت الأخصائى النفسى (خمس وقته) ، ويتبعه فى الأهمية كتابة الحالات والتقارير حول تلك الحالات ، كما تشير الإجابات إلى أن ٢٥٪ من وقت الأخصائى النفسى يقضيه مع المعلمين ، أما إجراء البحوث فيستغرق جزءا ضئيلا جدا من الوقت ، ويساوى ٢٪ فقط .

الفصل الثالث

دور الأخصائى النفسى المدرسى

فى الإرشاد النفسى للتلاميذ

الحاجة للإرشاد :

لقد كان الإرشاد فيما مضى موجوداً ويمارس دون أن يأخذ هذا الاسم أو الإطار العلمى ودون أن يشمله برنامج منظم ولكنه تطور وأصبح له الآن اسمه ونظرياته وطرقه ومجالاته وبرامجه وأصبح يقوم به أخصائيون متخصصون علمياً وفنياً ، وأصبحت الحاجة إلى الإرشاد ماسة فى مدارسنا ، وفى أسرنا وفى مؤسساتنا الإنتاجية وفى مجتمعنا بصفة عامة.

أهم الحاجات :

ومما يؤكد الحاجة إلى الإرشاد النفسى أن الحاجة إلى الإرشاد نفسه من أهم الحاجات النفسية مثلها مثل الحاجة إلى الأمن والحب والإنجاز والنجاح ... إلخ .

إن الفرد والجماعة يحتاجون إلى الإرشاد النفسى ، فكل فرد خلال مراحل نموه المتتالية يمر بمشكلات عادية وفترات حرجة يحتاج فيها إلى إرشاد ... ولقد طرأت تغيرات أسرية تعتبر من أهم ملامح التغير الاجتماعى ، ولقد حدث تقدم علمى وتكنولوجى كبير وحدث تطور فى التعليم ومناهجه وحدثت زيادة فى أعداد التلاميذ فى المدارس وحدثت تغيرات فى العمل والمهنة ، ونحن الآن نعيش فى عصر يطلق عليه عصر القلق هذا كله يؤكد أن الحاجة ماسة إلى الإرشاد النفسى .

المدرسة والإرشاد :

إن أكبر المؤسسات حاجة إلى الإرشاد النفسى هى المدرسة ومن أكبر مجالاته مجال التربية ... وتحتاج العملية التربوية إلى تحسين قائم على تحقيق جو نفسى

صحى له مكونات ، منها : احترام التلميذ كفرد فى حد ذاته وكعضو فى جماعة الفصل والمدرسة والمجتمع وتحقيق الحرية والأمن والارتياح بما يتيح فرصة نمو شخصية التلاميذ فى كافة جوانبها ويحقق تسهيل عملية التعليم .

أهم المجالات :

ويعتبر مجال الإرشاد التربوى فى الوقت الحاضر من أهم مجالات الإرشاد وقد أصبح مألوفاً إعداد المرشد المدرس ، والمدرس المرشد ، وأصبح الإرشاد النفسى خدمة مندمجة متكاملة مع البرنامج التربوى العام .

ما المقصود بالإرشاد النفسى ؟

إن الإرشاد النفسى عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكى يفهم ذاته ويدرس شخصيته ، ويعرف خبراته ، ويحدد مشكلاته وينمى إمكاناته ، ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه ، لكى يصل إلى تحديد ، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً .

المفاهيم الخاطئة :

يجدر بنا بعد أن عرضنا تعريف الإرشاد النفسى أن نشير إلى بعض ما يشيع من مفاهيم خاطئة عن الإرشاد النفسى لدى البعض وخاصة غير المتخصصين منهم ، والتصحيح العلمى لهذه المفاهيم وهو ما يمكن تلخيصه فى النقاط التالية :

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى خدمات ، أو عملية تقدم إلى المرضى وأصحاب المشكلات فحسب ، وهو اعتقاد خاطئ ، صوابه أن الإرشاد النفسى خدمات أو عملية تقدم إلى العاديين وإلى أقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء.

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى مرادف لعلاج النفس وهو اعتقاد خاطئ صوابه أن الإرشاد النفسى ليس مرادفاً للعلاج النفسى ولكن يشترك معه فى كثير من العناصر والفرق بينهما فرق فى الدرجة وليس فى النوع ، وفرق فى العميل وليس فى العملية .

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى قاصر على الحياة الانفعالية للفرد فحسب وهو اعتقاد خاطئ ، صوابه أن الإرشاد النفسى ليس قاصراً على الحياة الانفعالية للعميل فحسب ولكنه يتناول جميع جوانب شخصيته ككل جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً .

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى يقتصر على المشكلات الشخصية للفرد فحسب ، وهو اعتقاد خاطئ ، صوابه أن الإرشاد النفسى ليس قاصراً على المشكلات الشخصية للفرد فحسب ولكن يمتد ليتناول جميع مجالات حياته ككل شخصياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً وزواجياً ... إلخ .

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى يتضمن تقديم نصائح وخطط جاهزة للفرد ، وهو اعتقاد خاطئ صوابه أن الإرشاد النفسى يتضمن مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه ويحقق ذاته فى ضوء فرص الحياة الواقعية المتاحة أمامه .

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى خدمات يقدمها أخصائى واحد أو عملية يقوم بها أخصائى واحد ، وهو اعتقاد خاطئ ، صوابه أن الإرشاد النفسى خدمات يقدمها فريق من الأخصائيين وعملية يقوم بها فريق من هؤلاء الأخصائيين مثل : المرشد النفسى ، والمعالج النفسى والمدرس – المرشد ، والأخصائى الاجتماعى ، وغيرهم .

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى خدمات تضاف إلى نشاط المؤسسة التى يقدم فيها مثل المدرسة وهو اعتقاد خاطئ ، صوابه أن الإرشاد النفسى يجب أن يكون جزءاً لا يتجزأ من البرنامج العام للمؤسسة التى يقدم فيها (مثل المدرسة) .

ـ يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى خدمات أو عملية لابد أن تتم فى مراكز إرشادية ... أو فى عيادة نفسية ، وهو اعتقاد خاطئ ، صوابه أن الإرشاد النفسى خدمات أو عملية تقدم فى أى مكان مناسب ويضمن نجاحها سواء كان مركز إرشاد أو عيادة نفسية أو مدرسية ... إلخ .

- يعتقد البعض أن الإرشاد النفسى يمكن أن يقوم به شبه الأخصائيين وهو اعتقاد خاطئ ، صوابه أن الإرشاد النفسى تخصص لابد أن يقوم به الأخصائيون المؤهلون علمياً وعملياً .

تقديم المساعدة :

يتضح مما سبق أن عملية الإرشاد هى عملية يتم فيها تقديم المساعدة أو المشورة من شخص مؤهل للقيام بذلك إلى شخص آخر يحتاج إلى المساعدة والمشورة ، فلا يجوز الاعتقاد بأن الإرشاد النفسى يقتصر على المدارس ، بل يتعدى حدود المدرسة لينفذ إلى كل مجال يوجد فيه أفراد يعانون من مشكلات معينة ويسعون إلى حلها والتخلص منها ... ويمكن القول تلخيصاً لما سبق أن الإرشاد النفسى هو تلك العملية التى تتم بين فردين : أحدهما قلق مضطرب أو حائر لا يعرف أن يتخذ قراراً واضحاً فيما يخص بعض المشكلات التى تواجهه سواء كانت انفعالية أم غير ذلك ويحتاج إلى من يرشده فى كل ذلك . والثانى أخصائى مؤهل يستطيع بحكم إعداده المهنى وخبرته العملية فى هذا الميدان تقديم مساعدات تمكن الفرد الأول من الوصول إلى حل لمشكلاته ، أو تمكنه من اتخاذ قرار يرضى عنه ، ويشعر أنه فى الاتجاه الصحيح ، وجدير بالذكر هنا أن المشكلات التى يتخذها الإرشاد النفسى مجالاً له هى تلك التى لم تصل بعد إلى حد الانحراف الذى يحتاج إلى العلاج النفسى ، لأن هناك فروقا بين العمليتين .

الإرشاد والعلاج :

إن الفرق بين عمليتى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى ليس إلا فرقا فى الدرجة ولا يرتقى إلى فرق فى النوع كما أنه فرق من حيث العميل وليس من حيث العملية ، فالأهداف والخطوات والأساليب واحدة ... ولكن الاختلاف يكمن فى درجة التركيز على كل منها كذلك فإن نوع العميل فى العلاج النفسى يختلف عنه فى الإرشاد النفسى فالعميل فى الإرشاد النفسى يكاد يكون سبباً أو هو كذلك ، ومن ثم يحمل مسئولية أكبر فى التخطيط واتخاذ القرارات فى حين هو فى عملية العلاج النفسى مريض ولا يجوز أن يتحمل

القدر نفسه من المسئولية التى يتحملها زميله فى عملية الإرشاد ، هذا ومن السهل ملاحظة أن هذه الفروق تنعكس أكثر ما يكون فى الممارسات التى يستخدمها كل من المرشد والمعالج النفسى .

الإرشاد النفسى والتربية والتعليم :

التربية : عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه وبتوجيه من المعلم ، والتربية التقدمية تهتم بتعليم الحياة ، وليس فقط بتعليم العلوم ذاتها .. تهتم بالتلميذ ككل وبنموه كوحدة واحدة ، وبشخصيته فى كل جوانبها جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً فى توازن ... وفى التربية الحديثة يتركز الاهتمام بحاضر التلميذ فى ضوء ماضيه من أجل التخطيط لمستقبله ، وفيها أيضا يهتم المربى بتعليم التلميذ أكثر من تعليم المادة ويعتقد أن للتلميذ الحق فى تعليم يناسب قدراته وميوله .

التكامل بين الإرشاد والتربية :

ويتضح التكامل بين الإرشاد والتربية والتعليم من أن التربية الحديثة تتضمن الإرشاد النفسى كجزء متكامل لا يتجزأ ، منها جزء مندمج وليس مضافاً ، أى أن الاثنين يمثلان سلسلة من النشاطات المتكاملة ، ولا يمكن الفصل التام بين التربية والتعليم وبين التوجيه والإرشاد . فالتربية تتضمن عناصر كثيرة من التوجيه ، والتدريس يتضمن عناصر كثيرة من الإرشاد ، وعملية الإرشاد تتضمن التعلم والتعليم كخطوة هامة فى تغيير السلوك . ويلاحظ أن الخدمات التربوية وخدمات الإرشاد النفسى توجه معظمها إلى نفس الأعمار تقريبا فى مرحلتى الطفولة والشباب . وكذلك فإن المدرسة وغيرها من المؤسسات التربوية هى أكبر الأماكن التى تقدم فيها خدمات الإرشاد النفسى فى جميع أنحاء العالم .

خدمات مندمجة :

لقد زهر الإرشاد التربوى كمجال من أهم مجالات الإرشاد النفسى ، يهتم بمساعدة التلاميذ فى رسم الخطوط التربوية التى تتلاءم مع قدراتهم وميولهم

وأهدافهم ، وفى اختيار المناهج المناسبة والمواد الدراسية ، والمساعدة فى النجاح وفى البرنامج التربوى وفى تشخيص وعلاج المشكلات التربوية .

لقد أصبح مألوفاً الآن إعداد المرشد المدرس ، والمدرس المرشد وأصبح الإرشاد النفسى خدمة مندمجة متكاملة مع البرنامج التربوى العام .

إن عملية الإرشاد النفسى هى عملية تربوية مستمرة مسلسلة ؛ فعملية الإرشاد فى ذاتها تعتبر عملية تربوية تنمى فى النهاية قدرة المسترشد على حل مشكلاته معتمداً على نفسه فى ذلك ليزيد من فهمه بنفسه ومن تحقيق لأهدافه دون مساعدة من أحد . وهذه العملية لا تسير لفترة وجيزة (أو طويلة) من الزمن ثم تتوقف ، بل هى عملية مستمرة ما دام الإنسان على قيد الحياة ذلك لأن الإرشاد عملية نمو تربوى ، والنمو والتربية عمليتان مستمرتان باستمرار الحياة .

الإرشاد التربوى :

المدرسة هى المؤسسة الرسمية التى تقوم بعملية التربية ونقل الثقافة المتطورة، وتوفير الظروف المناسبة للنمو جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً ، والمدرسة مسئولة عن النمو النفسى السوى ، والتنشئة الاجتماعية السليمة ، وتدعيم الصحة النفسية لدى الدارسين فهى مسئولة عن تقديم الرعاية النفسية لهم والانتقال بهم من الاعتماد على الغير إلى الاستقلال والاعتماد على النفس ، والتوافق النفسى ، والمدرسة هى أهم المؤسسات المسئولة عن الإرشاد التربوى للطلاب ، وعلى العموم فإن أقرب مجالات الإرشاد النفسى إلى عمل المدرس هو الإرشاد التربوى لدرجة أن البعض يرون أن كل مدرس لابد أن يكون مدرساً – مرشداً.

مساعدة الفرد :

الإرشاد التربوى هو عملية مساعدة الفرد فى رسم الخطط التربوية التى تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه وأن يختار نوع الدراسة والمناهج المناسبة والمواد الدراسية التى تساعده على اكتشاف الإمكانات التربوية فيما بعد

المستوى التعليمى الحاضر ومساعدته فى النجاح فى برنامجه التربوى والمساعدة فى تشخيص وعلاج المشكلات التربوية بما يحقق توافقه التربوى بصفة عامة .

تكامل الأهداف :

وتتكامل أهداف الإرشاد التربوى مع أهداف الإرشاد النفسى بصفة عامة من جهة وأهداف العملية التربوية من جهة أخرى ، والهدف الرئيسى الخاص للإرشاد التربوى هو تحقيق النجاح تربويا وذلك عن طريق معرفة التلاميذ وفهم سلوكهم ومساعدتهم فى الاختيار السليم لنوع الدراسة ومناهجها ، وتحقيق الاستمرار فى الدراسة ، وتحقيق النجاح فيها وحل ما قد يعترض ذلك من مشكلات ، ومن أهدافه أيضا التطلع المستقبلى والتخطيط للمستقبل التربوى فى ضوء دراسة الماضى والحاضر التربوى برسم الخطة للمستقبل .

خدمات الإرشاد التربوى :

غالبا ما تقدم خدمات الإرشاد التربوى فى المدرسة ، وتتضمن المساعدة فى تشخيص وعلاج المشكلات التى قد تعترض المسيرة التربوية للفرد بشكل يساعد فى تحقيق التكيف للمواقف التربوية بصورة أفضل .

من هنا سيتضح لنا أن الأهداف الرئيسية للإرشاد التربوى تتضمن معرفة الطلاب ، وفهم سلوكهم ، ومساعدتهم فى الاختيار السليم لنوع الدراسة ومناهجها ، وتحقيق الاستمرار فى الدراسة والنجاح فيها ، وحل ما قد يعترض ذلك من مشكلات .

وتشتمل خدمات الإرشاد التربوى على محاولات التعرف على حالات التكيف فى المدرسة مبكراً ، وبصفة خاصة عند الطلاب ، يظهر لديهم مظهر أو أكثر من مظاهر التكيف السيئ .

ويمكن الاستعانة هنا بمستوى تحصيلهم ونشاطهم المدرسى وانتظامهم وتوافقهم المدرسى العام ، وتبذل مع هؤلاء الجهود الوقائية بالتعاون مع الأسرة، وتقدم لهم خدمات الإرشاد العلاجى إذا لزم الأمر .

يجب أن تقدم خدمات الإرشاد التربوى مندمجة فى البرنامج التربوى والعملية التربوية ، ومتكاملة معها ، حيث يقوم الطالب والمدرس والمدرسة بدور متكامل فى عملية الإرشاد التربوى .

وإذا كان الإرشاد النفسى حقا لكل مواطن ، فهو بالتالى حق لكل طالب فى مدارسنا وباستعراض واقع مدارسنا نلاحظ أنه حتى الآن . لا توجد برامج الإرشاد فى مدارسنا وكل ما يوجد فى الوقت الحاضر عبارة عن : بعض الجهود والخدمات تبذل وتقدم ولكن بطريقة ينقصها التنظيم والتخطيط وهو ما يؤكد ضرورة وجود برنامج الإرشاد النفسى فى مدارسنا باعتباره برنامجاً منظماً فى ضوء أدلة علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المدرسة بهدف مساعدة الطلاب فى تحقيق النمو السوى والقيام بالاختيار الواعى المتعقل ولتحقيق التوافق النفسى داخل المدرسة وخارجها .

ولكى تقدم خدمات الإرشاد النفسى والتربوى فى مدارسنا بصورة أفضل ، فلابد أن تكون فى إطار ، وفى شكل برنامج مخطط منظم يناسب المدرسة التى يقدم فيها يتعاون فى تنفيذه المسئولون عن الإرشاد فى المدرسة ، وهم : المدير والمدرس - المرشد ، والأخصائى الاجتماعى ، ويساعدهم الإداريون ، ويتعاون معهم الوالدان ، وكلهم يركزون عملهم حول الطالب .

المدرس ـ المرشد :

المدرس هو أقرب شخص إلى الطلاب فى المدرسة وهو أخبر الناس بهم وهو الذى يعرفهم عن كثب ، وهو حلقة الوصل بينهم وبين باقى أعضاء فريق الإرشاد . والطلاب يحتاجون إلى رعاية النمو وتحقيق التوافق والمساعدة فى حل المشكلات إلى جانب حاجتهم للتعليم والتحصيل . والمدرس وهو يدرس ملاة يحتاج من طلابه إلى الإرشاد . والمدرس فى كثير من الأحيان يكون أقدر على مساعدة طلابه حتى من بعض الخبراء المختصين الذين قد يكون الطالب مجرد شخص غريب بالنسبة لهم قبل جلسات الإرشاد التى قد تكون قصيرة ومحددة .

إن المدرس – المرشد هو : التطور الجديد لشخصية المدرس التقليدى الـذى يهتم فقط بتدريس مادة تخصصه .

وهو دور جديد للمـدرس العصـرى المتطـور الـذى يـدرب علـى خدمـات الإرشاد ... المدرس المرشد ليس حلاً وسطا بين المدرس مـن جهـة والمرشـدين من جهة أخرى وهو ليس توليفة من الدورين .

إن وجود المدرس المرشد اتجاه له ما يبرره ، وذلك لاعتبارين رئيسين أولهمـا : أن التربية التقدمية الحديثة تتطلـب قيـام المـدرس بـدور مـزدوج (التدريـس – الإرشاد) باعتباره أقرب الأشخاص فـى المدرسـة إلى الطـالب ، وثانيـهما : هـو نقص عدد المرشدين النفسيين فى المدارس حتى الآن ، وهـى اعتبـارات تجعـل المدرس المرشد محور العملية التربوية الإرشادية.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن المدرس المرشد هو المـدرس الحـالى نفسـه ، ولكنـه يقوم إلى جـانب التدريـس ببعـض الخدمـات والأعمـال الإرشـادية البسـيطة ، فالمدرس المرشد هو الأول وقبل كل شىء مدرس مادة وليس متفرغاً . إنه يقـوم بعملية التدريس وفى نفس الوقت يقوم ببعض عمليات الإرشاد ، ليـس فقـط فى حالة غياب المرشد ولكن أيضا للتعاون معه فى فريق الإرشاد .

ورغم ممارسة المـدرس المرشـد بعـض عمليـات الإرشـاد ، إلا أنـه يجـب ألا يتحول إلى مرشد عن طريق الممارسة . وحتى وهو يعمل كمدرس مرشد هنـاك حدود يجب ألا يتخطاها ، فمثلا لا يستخدم إلا ما يجيد من وسائل الإرشـاد ولا يحاول الدخول فى مجال الإرشاد العلاجى . فالمدرس المرشد حين يقـوم بمـا يجـب أن يقوم به فى حدود إعداده واختصاصه ثم إحالة ما يحتاج إلى تخصص أكثر إلى المرشد .

إعداد المدرس المرشد :

يعد المدرس المرشد فى كليات ومعاهد إعداد المعلمين مع ضـرورة الاهتمـام بانتقاء وتدريب المدرسـين فـى تلـك المعـاهد والكليـات ، فبالإضافـة إلى مـواد التخصص وبالإضافة إلى مواد الإعداد التربوى والنفسى ، وبالإضافـة إلى مـواد الإعداد الإرشادى يجب الاهتمام فى إعداد المدرس المرشد بالتطبيقات التربويـة

لكل مواد الإعداد ، ويجب الاهتمام أثناء التربية العملية بقيام الطالب - المدرس بالعملية الإرشادية وليس بالعملية التربوية فقط .

ويضاف إلى تلك الدراسة التدريب على بعض المهارات التربوية الإرشادية الخاصة ، مثل ما يمكنه من التعرف المبكر على التفوق والضعف العقلى والتأخر الدراسى ، وغير ذلك من مشكلات سوء التوافق المدرسى .

ويجب العناية بالتدريب أثناء الخدمة للمدرسين القائمين ليصبحوا مدرسين- مرشدين عن طريق برامج تقدم لهم أثناء الخدمة لفترات قصيرة ، ولعلنا نتساءل قبل أن نتناول دور المدرس المرشد فى عملية الإرشاد النفسى للتلاميذ ، وهل كل مدرس يصلح أن يكون مدرساً مرشداً ؟ أم أن هناك خصائص معينة تؤهله لذلك؟

خصائص المدرس المرشد :

يجب أن يتحلى المدرس المرشد بمجموعة من الصفات الشخصية والخصائص الذاتية إلى جانب كفايته العملية وتأهيله الأكاديمى وخبرته العملية فى ميدان الإرشاد النفسى، وتتركز معظم هذه الخصائص الشخصية فى : أن يكون المدرس المرشد إنساناً ملتزماً بالقيم الاجتماعية مؤمناً بأن من يتعامل معهم أيضاً أشخاص يجب احترامهم وتقدير قدراتهم ومساعدتهم على حل مشكلاتهم كما يعرف كيف ومتى يحول الطلاب إلى المتخصصين الذين يستطيعون تقديم المساعدة لهم حينما يشعر أنه ليس بإمكانه هو القيام بذلك .

إن الاهتمام بالآخرين ، والتحلى بالصبر والحساسية لردود فعل الآخرين واتجاهاتهم والموضوعية فى التعامل مع الناس ، والثبات الانفعالى ، واللياقة والعدل ، والتحمل والهدوء وسعة الأفق ، والذكاء الاجتماعى والاتزان والاهتمام بالطلاب ، والإيمان بقدراتهم وفهم طموحاتهم والرغبة فى عملية التربية والتمتع بصحة جسمية ونفسية جيدة ، إلى جانب المظهر العام اللائق وروح المرح والتفاؤل والأمل وحسن الإصغاء والمودة والإخلاص والجدية وبذل أقصى جهد فى العمل كلها صفات أكد العلماء على ضرورة توافرها فى الشخصية الإرشادية .

المدرس والإرشاد النفسى :

يقوم المدرس المرشد فى المدرسة بعدد كبير من الأدوار التى تحدد أهم معالم الدور الإرشادى الخاص به والتى يمكن تلخيصها فى الآتى :

١- تهيئة مناخ نفسى صحى فى الفصل . وفى المدرسة بصفة عامة يساعد الطلاب على تحقيق أحسن نمو ممكن وبلوغ أفضل مستوى للتوافق النفسى، والتحصيل الدراسى .

٢- تيسير وتشجيع عملية الإرشاد فى المدرسة ، وتعريف الطلاب بخدمات الإرشاد النفسى وقيمته وتنمية اتجاه موجب لديهم نحو برنامجه وتشجيعهم على الاستفادة من خدماته .

٣- مساعدة الطلاب العاديين فى الإرشاد نمائياً ووقائياً ، ورعاية نموهم النفسى ومساعدتهم فى معرفة الذات ، ونمو مفهوم موجب للذات ، والقيام بالدور السليم فى عملية التنشئة الاجتماعية ، وتوقى المشكلات ، وتعليمهم كيفية حلها مستقلين .

٤- تطويع واستغلال مادة تخصصه فى خدمة الإرشاد بحيث تفيد أكاديميا وإرشاديا فى نفس الوقت .

٥- المساعدة فى إجراء الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية لتحديد استعدادات وقدرات الطلاب وتنميتها والمساعدة فى إعداد السيرة الشخصية والسجلات المجمعة والبطاقات المدرسية والاشتراك فى مؤتمرات الحالة الخاصة لطلابه ، وتقديم الملاحظات والاقتراحات .

٦- دراسة وفهم الطلاب كل على حدة وكجماعة ، واكتشاف حالات سوء التوافق المبكرة فيهم ومساعدة من يمكن مساعدته وإحالة من لا يستطيع مساعدته إلى المرشد النفسى أو غيره من المتخصصين .

٧- العمل بطريقة الإرشاد خلال العملية التربوية ، والعمل على تدعيم تكامل وربط التدريس بطريقة مخططة ، واكتشاف النقاط والمواقف التى يجب عندها تحول الموقف الدراسى إلى موقف إرشادى .

٨- الاشتراك فى الإرشاد الجماعى مع زملائه أعضاء فريق الإرشاد فى المدرسة .

٩- الإسهام بقدر كبير فى مجال الإرشاد التربوى والمهنى للطلاب وممارسة عملية الإرشاد فيما يتعلق بالإعداد بالمعلومات التربوية والمهنية والخاصة بالمستقبل التربوى والمهنى وحل المشكلات التربوية ، مثل : مشكلات التحصيل والنظام وسوء التوافق التربوى ومشكلات المتفوقين والمتأخرين عقلياً ودراسياً ... الخ .

١٠- تقديم المقترحات لتطوير البرنامج التربوى والمناهج الدراسية فى ضوء دراسته لاستعدادات وقدرات وميول واتجاهات الطلاب بحيث تصبح البرامج والمناهج مركزة حول العميل .

١١- تدعيم الصلة بين المدرسة والأسرة ، والاتصال بالوالدين عن طريق مجالس الآباء والمعلمين .

١٢- إن الدور الأساسى الذى ينبغى أن يراه كل مدرس مرشد لنفسه هو قدرته على إبداء النصح وإعطاء المعرفة لكل من يطلبها فى المدرسة . إن كل مدرس مرشد ينبغى أن يرى أن أهم واجباته هو مساعدة كل طالب على أن يفهم نفسه بطريقة أفضل ، وأن ينظر نظرة واقعية تحليلية إلى مشكلاته ، ويحاول أن يسهم هو فى حلها ، هذا إلى جانب المشاركة فى تقويم كل سلوك غير سوى عند الطلاب عن طريق إقامة علاقة ودية بينهم ، وبين أصحاب المشكلات ، أو السلوك غير السوى من تلاميذ المدرسة .

بعد أن نتناول دور المدرس المرشد فى الإرشاد النفسى للتلاميذ ، وقبل أن نتناول الإجراءات التطبيقية للعملية الإرشادية فى المدرسة نتساءل فى محاولة للإجابة عن هذا التساؤل : هل للإرشاد النفسى طريقة واحدة أم عدة طرق ؟ وإذا ما وجدت أكثر من طريقة فما هى محددات اختيار طريقة الإرشاد النفسى المناسبة ؟

الطرق المناسبة :

تتعدد طرق الإرشاد النفسى ، وتختلف فيما بينها كما هو الحال بين

الطريقتين : الإرشاد الفردى والإرشاد الجماعى وبين طريقتى الإرشاد المباشر والإرشاد غير المباشر ... وهنا نقول : إن فى اختلافها فائدة .

لا توجد طريقة إرشاد واحدة تعتبر طريقة الطرق ، أو الطريقة المثلى التى تصلح مع كل المرشدين وكل العملاء (المسترشدين) ، وكل المشكلات ، وكل الظروف . ولكن الطرق تتعدد وتختلف لتناسب المرشدين المختلفين والمسترشدين المتباينين والمشكلات المتعددة وحتى البيئات والمجتمعات والظروف المختلفة ، ومن هنا يكون فى التعدد والاختلاف فائدة ، أما أسباب الاختلاف والتباين لطرق الإرشاد ، فأهمها ما يلى :

١- تعدد مفاهيم الإرشاد :

وهذا واضح فى تعدد المدارس التى تؤكد نواح معينة دون الأخرى ، ومدارس تؤكد على الإرشاد النفسى كعلم أكثر منه فناً ، ومدارس تؤكد عليه كفن أكثر منه علماً ، وثالثة تأخذ موقفاً وسطاً فتعتبره فن تطبيق العلم .

٢- تعدد نظريات الإرشاد :

واختلاف وجهات نظر العلماء أصحاب هذه النظريات من حيث بحوثهم ودراساتهم وحتى ثقافاتهم وجنسياتهم ودياناتهم . وكل نظرية يبحث فيها البعض ويفضلون طريقة الإرشاد المرتبطة بها .

٣- تعدد مجالات الإرشاد :

فمنها الإرشاد العلاجى ، والإرشاد التربوى والإرشاد المهنى ... إلخ . وكل من المجالات المتعددة يتناول مشكلات خاصة بها تناسبها بعض الطرق بدرجة أفضل من طرق أخرى .

وإزاء هذا التعدد والاختلاف فى طرق الإرشاد النفسى يجب أن نتذكر جيداً أن الهدف واحد بالنسبة لطرق الإرشاد المتعددة المختلفة وهو تحقيق أهداف عملية الإرشاد .

أما عن محددات اختيار طريقة الإرشاد فهناك محددات تتعلق بالمرشد ، ومحددات تتعلق بالعمل (المسترشد) ، ومحددات تتعلق بالمشكلة ، ومحددات

تتعلق بالظروف العامة لعملية الإرشاد .

٤- المرشـــد :

أهم المحددات هى تعدد شخصيات واتجاهات المرشدين وخلفياتهم العلميـة وتدريسهم ... فمثلا تدخل شخصية المرشـد وخبرتـه فـى العلاقـة الإرشـادية كعامل ، يؤدى إلى ضرورة وجـود بعـض الاختلافـات فـى طريقـة الإرشـاد بمـا يناسب هذه الاختلافات لدى المرشدين ... فقـد تـؤدى طريقـة معينـة إلى آثـار ونتائج ناجحة فى يد مرشد ، بينما قد تفشل ولا تثمر فى يد مرشد آخر .

كذلك فإن الوقت المتاح للمرشد يحدد الطريقة ، فمن الطـرق مـا يحتـاج إلى وقت طويل ، وقد يكون وقت المرشد محدوداً أو محـدداً ، ونحـن نعلـم أن مـدى توافر المرشدين أيضا يحدد الطريقة كما حدث فى الإرشـاد الجمـاعى الـذى نمـا نتيجة لنقص عدد المرشدين .

وتلعب الخبرة والممارسة دوراً فى تحديد طريقة الإرشاد ، فأحياناً نجـد المرشـد يميل إلى طريقة مارسها وخبرها دون غيرها من الطرق .

٥- العميل (المسترشد) :

هناك من العملاء من يكون منطوياً أو منبسطاً ، ونحن نعرف أن التعامل مع الشخصية المنطوية يختلف عن الشـخصية المتوسـطة ، وتختلـف طـرق الإرشـاد التى تناسب كلاً منهما . وهناك نقطة أخرى خاصة بمدى سهولة التعامل معـه ، هل هو عميل صعب أو عميل سهل ؟ ومن أمثلة العميل الصعب الذى يلجأ إلى المقاومة والكذب والذى معه الإرشاد غير المباشر مثلاً ... وتوجد اختلافات فى اتجاهات وتوقعات وشخصيات العملاء ، فبناء شخصيات العمـلاء يختلـف بين التكامل والانهيار ... والذكاء يـتراوح بـين الضعـف والشـدة والخـبرات تتنوع فى الحياة اليوميـة حسـب مرحلـة النمـو وحسـب المسـتوى الاجتمـاعى والاقتصـادى ... إلخ . ونجـد مـن العمـلاء المتعجلـين مـن يـأتى أول جلسـة ، ويتعجل الأمور وكأنه يتوقع أن يتعامل معه المرشد كما يعامله الطبيب فيكتـب له (روشتة) دواء لكى تتغير شخصيته ، ويحل بها مشكلاته .

٦- المشكلة :

والمشكلة بدورها تحدد أيضا اختيار طريقة الإرشاد ... فالمشكلات أنواع ، منها : مشكلات خاصة وشخصية جداً ، لا يصلح لها الإرشاد الجماعى مثلا ... وهناك بعض المشكلات الاجتماعية يصلح لها الإرشاد الجماعى أكثر من الفردى ، وهناك مشكلات تربوية يصلح لها الإرشاد خلال العملية التربوية ، ومشكلات وقت الفراغ يصلح لها إرشاد وقت الفراغ ... وحتى المشكلات السطحية الوقتية العابرة يصلح لها الإرشاد العرضى ... ومن المشكلات ما يكون بسيطاً أو حديثاً وسهل الحل ولا يحتاج أكثر من الإرشاد المختصر ، ومنها ما يكون معقداً ، وقد يتكون من عدة مشكلات فرعية ضاربة بجذورها فى ماضى العميل ، وتتمكن منه ، وهذه تحتاج إلى إرشاد طويل .

٧- الظروف العامة لعملية الإرشاد :

هناك مدارس وكليات ومؤسسات يوجد بها مكاتب أو مراكز أو عيادات إرشاد ذات إمكانات ، تساعد على اختيار طرق إرشاد تستغرق وقتا ، ويتعاون فيها فريق إرشاد وتستخدم أجهزة .... إلخ . وفى نفس الوقت هناك مدارس وكليات ومؤسسات كثيرة لا يوجد بها مكاتب أو مراكز أو عيادات إرشاد ، ويعتمد فيها على نظام (المدرس - المرشد) وهذه تحتم استخدام طرق الإرشاد المختصر ، أو حتى العرضى مثلاً .

وهكذا نرى أن محددات طريقة الإرشاد تتعلق بمتغيرات خاصة بالمرشد والعميل والمشكلة والظروف العامة لعملية الإرشاد .

العملية الإرشادية :

رأينا فيما سبق كيف أن الإرشاد هو محاولة للتغلب على مظهر أو أكثر من مظاهر التكيف السيئ لدى الأفراد ... والآن نحاول تطبيق كل ما مر فيما نسميه (العملية الإرشادية) فمثلما هناك أسس علمية ونماذج نظرية تقوم عليها هذه العملية فإن للعملية الإرشادية مجموعة من الإجراءات الأساسية التى يمكن اعتبارها ملامح رئيسية لا تتم العملية الإرشادية إلا بها كما تتضمن العملية الإرشادية كذلك عدداً من المراحل المرنة .

إن عملية الإرشاد النفسى عملية علمية فنية تقوم على أسس علمية ونظريات متعددة كذلك فهى عملية لها إجراءات أساسية تعتبر معالم فى الطريقة لا تتم إلا بها.

وينبغى أن نعرف أن هذه الإجراءات ضرورية لإتمام عملية إرشاد متتالية ، وهى ليست إجراءات فى شكل خطوات مسلسلة رقمياً ، أى أن الأولى تليها الثانية ، ثم الثالثة وهكذا ، أو أنه إذا لم تتم خطوة فقد انفرط العقد .

عملية الإرشاد النفسى تتطلب إعداد المرشد لها ، وإعداده للعميل ، ومعرفة توقعاته ، وتقديم عملية الإرشاد النفسى له ، وتنمية مسئوليته إزاء العملية .

الإعداد للعملية الإرشادية :

إن أساس عملية الإرشاد النفسى هو الإقبال والقبول والتقبل ، والإقبال من قبل العميل أمر هام جداً وضرورى لنجاح عملية الإرشاد وهنا نجد رأيين : فأصحاب طريقة الإرشاد غير المباشر يرون أن أفضل العملاء هو الذى يقبل على عملية الإرشاد بنفسه دون أن يدفعه أو يحيله أحد ، حيث يكون لديه استبصار بمشكلته ويعرف قيمة الإرشاد ويدرك حاجته إليه ... أصحاب طريقة الإرشاد المباشر يعارضون هذا الرأى : إنه لا يجوز أن نقف موقف المتفرج من فرد لديه مشكلة ولكنه لا يبحث عن مساعدة وقد تزداد المشكلة وتكبر ... وقد يكون الشخص نفسه غير مدرك لمشكلته وأبعادها ونتائجها ، وعلى المرشد فى هذه الحالات أن يبحث عن أى وسيلة أو طريقة لبقة ومتدرجة لإشعار الفرد أنه فى حاجة إلى المساعدة مما يؤدى إلى إقباله على عملية الإرشاد .

أما القبول ، فهو قبول العميل لعملية الإرشاد دون شروط واستعداده لها عقلياً وانفعالياً وهو أمر يحتاج إلى استثارة دافعيه العميل لقبولها وبدئها إلى أقصى حد ممكن .

والتقبل أيضاً يجب أن يكون متبادلا دون شروط من جانب العميل والمرشد، ويلى هذا أيضاً الاحترام المتبادل والثقة المتبادلة بين الطرفين .

نضيف هنا أن تأكيد الألفة مع العميل أمر ضرورى لبداية عملية الإرشاد

بداية حسنة ، ويتطلب ضمان نجاح تكوّن وتأكيد الألفة توافر بعض الخصائص الشخصية فى المرشد ، منها : الاهتمام بالعميل ، ووجهات نظره ، والثبات الانفعالى ، والفهم والتفاهم والتعاطف والتعاون ، والمظهر الشخصى المريح .

بهذا يتضح أن العلاقة الإرشادية علاقة مهنية أى أن لها حدوداً ، وليست علاقة صداقة ، وهى علاقة احترام موجب متبادل ، وغير مشروط ، هذا إلى جانب أن البدء بعلاقة إرشادية سليمة والحفاظ على سلامتها يحتاج جواً نفسياً صحياً وهو ما يتطلب الثقة المتبادلة القائمة على (السرية المطلقة) وهى من أهم أخلاقيات الإرشاد النفسى وأبسط قواعده ومما يؤسف له أن عدداً غير قليل من المرشدين والمرشدات فى المدارس يقعون ضحية لإغراء الحديث عن مشكلات مسترشديهم وهو مما يسهم مساهمة كبيرة فى فشل جهود الإرشاد فى المدارس .

هذه هى أهم الخصائص التى إن توافرت فى الجلسة الإرشادية أسهمت فى نجاحها ونذكر هنا أن تحديد مواعيد الجلسات الإرشادية والزمان والمكان اللذين تتم فيهما هذه الجلسات من الأمور الهامة فى إنجاح هذه الجلسات كذلك .

خطوات العملية الإرشادية :

فى ظل الجو النفسى الذى وصفناه والعلاقة الإرشادية التى تنمو وتتطور فيه تسير عملية الإرشاد فى مراحل ست ، هى : تحديد الأهداف ، وجمع المعلومات ، وتحليلها ، والتشخيص ، واتخاذ قرار حلول البرنامج الإرشادى المناسب ، وتنفيذ هذا البرنامج ، والتقويم . وهى مراحل ليست جامدة بل هى مرنة يمكن تعديلها .

١- تحديد الأهداف :

إن تحديد الهدف بدقة ووضوح يساعد كلا من المرشد والمسترشد على البحث عن سبل تحقيقه وتحديد مسئولية كل منهما ، ومسئولية أطراف آخرين إذا احتاج الأمر ذلك .

٢- جمع المعلومات وتحليلها :

يمكن أن يتم التشخيص فى مستويات ثلاثة هى : التشخيص المسحى ، والتشخيص المحدد ، والتشخيص المركز ، وفى الأول تتم غربلة المعلومات التى تتجمع حول مشاكل المسترشد بحيث يمكن تحديد قدرة المسترشد الكلية على العمل والإنجاز ، وتحديد المجال العام الذى تقع فيه مشكلته ... أما المستوى المحدد من التشخيص فيرمى إلى تعرف المشكلات المحددة التى يعانى منها المسترشد والعوائق التى تحول دون قدرته على حل تلك المشكلات ، وفى التشخيص المركز يتم الفحص الدقيق للمعلومات لتحديد دقة أى نوع من المشكلات يشكو منه المسترشد .

٣- اتخاذ القرار (وضع برنامج إرشادى مناسب) :

إن عملية اتخاذ القرار حول البرنامج الإرشادى المناسب هى فى جوهرها مساعدة للمسترشد فى وضع الخطوات والإجراءات التى تمكن من وضع المشكلة موضع التنفيذ مع ملاحظة أن الاختيار بين برنامج إرشادى وآخر يتوقف على عدة عوامل ، منها : شخصية المسترشد والبيئة الملابة التى يعيش فيها ، والعوامل الاجتماعية والثقافية التى قد تسهل تنفيذ برنامج ما وتعيق تنفيذ برنامج آخر .

٤- المعالجة والإرشاد :

ونقصد هنا وضع الخطة الإرشادية التى سبق أن اتخذ المرشد والمسترشد قراراً حولها موضع التنفيذ فى مجموعة طرق الإرشاد .

٥- التقويم :

هو محاولة لتحديد قيمة البرنامج الإرشادى الذى تم التخطيط له وتنفيذه ولا تنس أن هذا البرنامج كان قد وضع لتحقيق أهداف محدثة ، وأن أية عملية تقويمية لا تتم إلا فى ضوء مجموعة من المحكمات .

مثال تطبيقى : (نموذج إرشاد جماعى لتعديل السلوك) :

فى إحدى غرف الصف الأول لاحظ المعلم – المرشد أنماطاً سلوكية كثيرة ، منها : التصفير والرقص داخل غرفة الدراسة .. والصياح على الآخرين ، كلام متبادل عالٍ ، أطفال يضرب بعضهم بعضاً ... صوت الصف عالياً جداً .

اتبع المعلم المرشد الإجراءات التالية :

تقديم تعليمات توضح للتلاميذ السلوك الذى يرغب المعلم فى أن يقوموا به ، وقد استلزم هذا أن يجعل المعلم تلك التعليمات واضحة محددة بحيث يعرف التلاميذ بالضبط ما هو متوقع منهم ، وقد كان على المعلم المرشد أن يعيد هذه القواعد كلما رأى ذلك ضروريا .

تجاهل السلوك غير المرغوب فيه وذلك بعدم الانتباه للسلوك الذى كان المعلم المرشد يود أن يتناقص حدوثه ، وقد صاحب ذلك بأن ينبه التلاميذ الآخرين الذين يقومون بسلوك مرغوب فيه .

مدح التلاميذ على التحسن فى سلوكهم وذلك بمحاولة (تصيد) التلاميذ وهم يقومون بسلوك مرغوب فيه بدل (تصيدهم) وهم يقومون بسلوك غير مرغوب فيه وقد كان المعلم يخبر التلاميذ ما الذى يعجبه فى سلوكهم ويقدر أحيانا الجوائز للذين يسلكون سلوكاً جديداً .

وقد تغير سلوك التلاميذ بحيث أصبح الصف أكثر هدوءاً وتعلم التلاميذ أن يمضوا فترات من الوقت أطول مما كانوا يمضونه من قبل فى مهمات تعليمية ، كما وجد المعلم أن لديه الآن وقتاً أكثر ليقضيه فى الدرس ، إذ قل الوقت الذى كان عليه أن يمضيه فى تهدئة التلاميذ .

وفى دراسة تتبعية لهذا الصف وجد أن مجرد الإعادة اللفظية لقواعد السلوك المرغوب فيه غير كافية ، بل كان من الضرورى استخدام مدح السلوك الذى يتمشى مع هذه القواعد وتجاهل السلوك الذى لا يتمشى معها .

الفصل الرابع

دور الأخصائى النفسى المدرسى فى علاج التأخر الدراسى لدى التلاميذ

إن مأسلة التربية تأتى من بعض الاعتقادات الخاطئة الشائعة بين المعلمين عن تكون فكرة سيئة من مجرد ملاحظة بعض جوانب التأخر فى تحصيل بعض التلاميذ بدون الرجوع إلى وسائل قياسية موضوعية ، كما أن التسرع فى إصدار الحكم على ذكاء وغباء التلاميذ لمجرد أنه حصل على درجات منخفضة يؤدى إلى عواقب وخيمة قد تعمل على ضياع مستقبل بعض التلاميذ .

ويعنى ذلك أن الله قد خلقنا بقدرات متفاوتة وعلينا نحن أن نكشفها وأن نوجه تلاميذنا فى ضوء القياس النفسى السليم . فقد لا يصلح التلميذ فى تعلم موضوعات معينة أو متابعة نوع معين من التعليم ولكنه يمتلك قدرات خاصة رائعة فى الرسم أو فى الميكانيكا .. الموسيقى .. الفنون ... إلخ . و هى لا تقل أهمية عن القدرات الأخرى.

ولأن التعليم يمثل مشكلة فى كل أسرة فإن موضوع التأخر الدراسى يثير اهتمام المعلمين فى مراحل التعليم المختلفة ، فما هو التأخر الدراسى؟ وكيف يمكن علاجه ؟

حول مفهوم التأخر الدراسى :

يختلف مفهوم التأخر الدراسى عن صعوبة التعلم فى أن الأول يعتبر نتيجة لوجود أسباب متعددة يدخل من بينها وجود صعوبات فى عملية التعلم (ارجع إلى موضوع صعوبات التعلم) ومصطلح التأخر يعنى أن عجلة الإنجاز فى المواد الدراسية تعانى من وجود بعض المشكلات التى تؤخر التلميذ عن مواصلة مخططات الانتقال من فرقة دراسية لأخرى .

فالتأخر لا يعنى التخلف ، فالمتخلف دراسيا سوف يصل إلى بعض أهدافه إن آجلاً أو عاجلاً ، فالكثير منا صادف حالات من الأفراد لم يعرفوا فى حياتهم الدراسية من المذاكرة مما أدى إلى تأخرهم الدراسى فترة من الوقت قد تقصر أو تطول قليلا عن الوضع المعتاد ، وبعد أن يقوم المعلم أو الأخصائى الأمين بتوجيهه وإخباره بفن التحصيل الدراسى ويدربه عليه ينجح فى الوصول إلى بر الأمان .

ولقد ساعدت نظريات البناء العقلى فى وضع الأساس العلمى لتشخيص وقياس التأخر الدراسى وذلك على أساس إمكانية وقياس العوامل العقلية التى توصل إليها كل من "ترستون" و "سبيرمان" .

وقياسا على تلك العوامل فإن التحصيل قد يمتد ليشمل جميع مواد الفرقة الدراسية ، ومن ثم يكون التأخر الدراسى عاما ، وقد يشمل فقط فئة أو طائفة من المواد الدراسية ويصبح التأخر فى هذه الحالة طائفيا ، وقد يقتصر على مادة دراسية محددة دون غيرها وفى هذه الحالة يكون التأخر الدراسى خاصا .

ومحاولة إيجاد تعريفات دقيقة لتلك المشكلات يمثل دائما أمام وضع الاستراتيجيات الخاصة بالعلاج ، ولا سبيل أمامنا سوى الاعتماد على درجات التحصيل فى المواد المختلفة شريطة أن تكون موضوعية فى عملية تقدير الدرجات ، وفى ضوء ما تم توضيحه عن علاقة العوامل العامة والطائفية والخاصة بالتحصيل الدراسى فإن ثمة اختبارات عامة للتحصيل تحدد موقع الفرد بالنسبة لزملائه فى مستوى التحصيل الكلى للمواد الدراسية أو مستوى تحصيل مادة بعينها ، هذا بالإضافة إلى وجود اختبارات تشخيصية نوعية، تخص مثلا القراءة الصامتة أو كتابة الإنشاء أو معرفة المفردات ... إلخ . التى تمثل اللغة العربية فى التشخيص العام ، وقد تكون هناك اختبارات تشخيصية نوعية فى الرياضيات (حساب ، جبر ، هندسة ... إلخ) .

و لما كانت اختبارات الذكاء تمثل مؤشرا هاما للتحصيل الدراسى والعكس صحيح فإن المتأخر دراسيا هو ذلك الذى يصل فى تحصيله إلى المستوى المتوسط، بينما تكون نسبة ذكائه للمستوى المتوسط ، ولا يعتبر التلميذ متأخرا

إذا كانت نسبة ذكائه أقل من المتوسط ، وفى نفس الوقت يميل تحصيله إلى المستوى المتوسط .

و جدير بالذكر أن : التأخر الدراسى يختلف عن التأخر العقلى (تزداد وحدات ذكائه بمعدل أقل من أقرانه) والتخلف العقلى (تصل نسبة ذكاء الفرد عنده حوالى ٧٠) وهؤلاء لابد من رعايتهم فى مؤسسات خاصة .

دور الأخصائى النفسى المدرسى :

الأخصائى النفسى المدرسى هو أفضل مسئول يمكنه تقييم مستوى تحصيل التلاميذ ؛ لذلك فإن الناجح لابد وأن يمتلك لنفسه "بنكا" للأسئلة فى كل مقرر دراسى يدرسه يبدأ فى إعداده حتى قبل تخرجه ، حيث وضع امتحانات تحصيل موضوعية فى الملاة الدراسية بحيث تتضمن أسئلة تتدرج من أبسط الأشياء لتصل إلى أصعبها ، لكى يتمكن من عمل التشخيص المناسب اللائق فى ضوء معايير الفرقة الدراسية التى يعمل فيها .

أسباب التأخر الدراسى :

"إن التلميذ هو محور عملية التعلم" ؛ لذلك فإن أسباب التأخر الدراسى لابد وأن تكون فى محيط التكامل مع التلميذ وهى :

أسباب تعزى إلى الأسرة (مشكلات أسرية خاصة كالطلاق ، المستوى الاقتصادى ، حجم الأسرة - إهمال الوالدين) .

أسباب تعزى إلى المدرس والمدرسة (عدد التلاميذ داخل الفصل - الإمكانات).

أسباب تتعلق بالتلميذ نفسه (حواسه ، أمراض تعرض لها ، غذاؤه ، مكونات شخصيته ، القلق ، التوتر ، الاضطراب الانفعالى) .

وتعتبر مشكلة التأخر الدراسى من المشكلات الشائعة التى يعرفها جميع المدرسين والآباء الذين يعانى تلاميذهم أو أطفالهم من قصور فى التعلم ونقص فى الأداء المدرسى ، وضعف فى دافعية التعلم وتخلف عن زملائهم ممن هم فى مثل أعمارهم .

وهناك أساليب متعددة لعلاج التأخر الدراسى وذلك تبعا لتعدد العوامل المؤدية إليه . ومن بين هذه الأساليب ما يلى:

١- الأسلوب الجسمى .

٢- الأسلوب العصبى .

٣- الأسلوب الاجتماعى .

٤- الأسلوب النفسى .

أما الأسلوب الأول فيهتم بالعوامل الجسمية بالنمو الجسمى ، وبالنمو الحركى والتوافق أو التآزر العضلى العصبى وكذلك بالحواس المختلفة ، وأهم محاولات العلاج عن هذه الطريق ما قامت به "يوجين روتش" و "كيفارت" من وضع نظرية تتابع مراحل النمو الإدراكى وتسلسلها بطريقة هرمية تتبنى فيها العمليات الإدراكية الأولى فى الطفولة المبكرة . وقد قدم الباحثان نموذجا يوضح تتابع النظام الإدراكى وحركته الديناميكية ، وتفاعله ، والتداخل الذى يتم بين العمليات الإدراكية فى نفس الوقت ، وعلى مدى مراحل النمو ، كما قرر الباحثان أهمية تكوين الأسس فقد يؤدى إلى إعاقتها وبالتالى إلى إعاقة العمليات العقلية المهنية عليها . ولذا فمن الضرورى معرفة مكان الخطأ أو الحلقة التى توقف عندها تتابع نمو السلسلة الإدراكية . حتى يمكن تصحيح هذا الخطأ واستئناف عملية تتابع النمو الإدراكى من جديد ، وذلك عن طريق التدريبات الحركية المختلفة التى صممها الباحثان للكشف عن نواحى القصور وعلاجها . وتشمل هذه التدريبات ما يلى :

١- تدريبات المشى - إلى الأمام - إلى الخلف - إلى الجانبين .

٢- تدريبات على القفز .

٣- على أجزاء الجسم .

٤- للتوافق العضلى والعصبى وتقليد الحركات .

٥- تفادى العقبات أثناء الحركة وضبط التوازن .

٦- اللياقة الجسمية العضلية .

٧- المكان والاتجاه والتمايز العضلى العصبى .

٨- الرسم بالطباشير - رسم الدائرتين .

٩- الكتابة الإيقاعية والتعرف على التوافق العضلى البصرى اليدوى .

١٠- حدقة العينين فى جميع الاتجاهات .

١١- رسم الأشكال ونسخها .

ويؤكد المؤلف على نجاح هذه التدريبات فى الكشف عن الخطأ فى نمو المكونات الإدراكية الأولى وفى علاجها .

أما الأسلوب العصبى فيؤكد أهمية نمو المخ والجهاز العصبى المركزى فى عملية التحصيل الدراسى وخاصة فى القراءة ، ويقرر أنه فى حوالى سن الرابعة ينبغى أن تتم سيطرة أحد جانبى المخ وقيامه بوظائف ضبط السلوك الحركى وأن يكون الجانب الآخر غير عامل - فإذا حدث وكان الجانبان عاملين بدرجة واحدة أو متقاربة ترتب على ذلك اضطراب فى التوافق العضلى العصبى ، وقد يفشل الطفل فى تنمية الجانبين ، أى أنه لا يصبح بعد أيمن أو أيسر . وقد يؤدى ذلك إلى اختلال فى التوافق الحركى البصرى الذى يظهر أثره فى الإعاقة اللغوية ، وفى التخلف فى القراءة والكتابة وبالتالى الدراسى .

أما الأسلوب الاجتماعى فيهتم بالبيئة وأثرها على نمو الطفل بصفة عامة وما فيها من عوامل سلبية تسبب التأخر الدراسى ، ويحاول هذا الأسلوب دراسة الحالة الاجتماعية واقتراح التغير أو التعديل الضرورى لعلاج الحالة .

ويجمع أسلوب الإرشاد النفسى بين هذه الأساليب المتقدمة ويأخذ فى الاعتبار جميع النواحى الجسمية والحركية والاجتماعية والانفعالية ، ويهتم بنمو الطفل ككل ، فهو فى الحقيقة أسلوب متكامل ، حيث يجمع المعلومات عن الجوانب السابقة ويتطلب اشتراك الأخصائيين للمختلفين فى عملية التعرف على التلميذ المتأخر ، وفى عمليات التشخيص والعلاج ، ويقوم المرشد

النفسى المدرسى فى هذا الأسلوب بدور الوسيط الذى يتحمل مسئولية جمع المعلومات الضرورية من بقية الأخصائيين ودراستها .

وقد يعقد جلسة مشتركة تجمع بينهم لدراسة الحالة وإصدار الحكم ووضع خطة للعلاج ، ولا يقتصر عمل المرشد النفسى فى مواجهة مشكلات التأخر الدراسى على عمليات التعرف وعمليات التشخيص والعلاج ، ولكنه يمتد يشارك فى عمليات تجميع التلاميذ داخل الفصول الدراسية واختيار المنهج وطريقة التدريس التى تلائم المتأخرين ، ويستثمر وجودهم بالمدرسة فهو يوجههم تربويا ومهنيا ويعدهم نفسيا لمواجهة الحياة والتكيف مع المجتمع ، شأنهم فى ذلك شأن غيرهم من التلاميذ العاديين .

وسوف نعرض فيما يلى لما يستطيع أن يقوم به الإرشاد النفسى فى علاج المشكلات النفسية المؤدية إلى التأخر الدراسى والمترتبة عليه ، أو بمعنى آخر ماذا يستطيع المرشد أن يقوم به خلال الجلسات الإرشادية لمواجهة مشكلات التلميذ المتأخر . هذا ما سوف نحاول الإجابة عنه فى الصفحات التالية :

يضع المرشد نصب عينيه تحقيق الأهداف التالية خلال الجلسات الإرشادية لمواجهة مشكلات التلميذ المتأخر .

١- تغيير الاتجاهات السلبية نحو التعليم ونحو المدرسة والمجتمع بصفة عامة .

٢- تغيير المفهوم السلبى للذات وتكوين مفهوم جديد أكثر إيجابية .

٣- تنمية الدوافع وخلق الثقة فى نفس التلميذ المتأخر .

وتنبغى الإشارة إلى أن تحقيق هذه الأهداف يستلزم تعاون المدرسين والمدرسة والأبوين مع المرشد . وبدون هذا التعاون لا يمكن أن تتحقق تلك الأهداف المرجوة للعلاج .

وغالباً ما تكون سلبية الاتجاهات نحو التحصيل المدرسى أو نحو المدرسة بصفة عامة ناتجة عن سلبية اتجاهات الأبوين أو البيئة التى يعيش فيها الطفل ، فقد تكون هذه البيئة جاهلة ثم تتذوق طعم التعليم ، وقد يستطيع بعض الآباء أن يحققوا نجاحا اقتصاديا على الرغم من عدم معرفتهم القراءة والكتابة ،

وبهذا لا تحتل المدرسة ولا التعليم المدرسى قيمة فى نظرهم ، وليس التعليم عندهم طريقا للنجاح فى الحياة ، وسرعان ما يمتص الأبناء هذه الاتجاهات وينعكس أثرها على تحصيلهم الدراسى ويصبحون فى عداد التلاميذ المتأخرين.

وهناك أسباب كثيرة لسلبية الاتجاهات المدرسية عند التلاميذ ، ومنها : التأخير الدراسى نفسه وما يترتب عليه من إخفاق وفشل وإحباط متكرر وشعور بالنقص بسبب العجز عن مسايرة الزملاء أو الأقران ، وقد تكون الإدارة المدرسية أو سوء العلاقة بين المدرسين والتلاميذ ، أو طريقة التدريس نفسها أساسا لتكوين الاتجاهات السلبية التى تؤدى إلى انخفاض مستوى التحصيل أو التأخر الدراسى .

وتدل الدراسات على فعالية الإرشاد النفسى فى تغيير هذه الاتجاهات عن طريق الجلسات الإرشادية ، وعن طريق إدخال بعض التعديلات والتحويرات على المنهج وعلى الطريقة وعلى أسلوب المعاملة المنزلية أو المدرسية ، وقد يقتضى ذلك عقد جلسات إرشادية لفترة طويلة ليس فقط مع التلميذ المتأخر ولكن مع الوالدين وأفراد الأسرة والمدرسين والإدارة المدرسية.

أما تغيير مفهوم الذات لدى التلاميذ المتأخرين فيمثل أهمية خاصة فى علاج التأخر الدراسى وانخفاض مستوى التحصيل المدرسى ، وينبغى أن نعرض فى إيجاز لنظرية مفهوم الذات وتطبيقها فى الحقل المدرسى حتى تتيح للقارئ فرصة الفهم لاستخدامها فى علاج التأخر .

وتقرر هذه النظرية أن احتكاك الطفل بمن حوله وتفاعله معهم يؤدى إلى أن يكون مفهوما عن ذاته أو فكرة عن قدراته الذاتية .

فالمحيطون بالطفل والذين يمثلون أهمية خاصة فى حياته ، كالأبوين وأفراد الأسرة والمدرسين ، يعتبرون المرآة التى يرى فيها التلميذ نفسه ويمتص منها صورته ، فما يستطيعه فى نظرهم يصبح هو ما يستطيعه فى نظر نفسه . ويطلق على ما يكونه الآباء والأمهات والمدرسون من فكرة عن الطفل وعن

قدراته وذكائه وإمكاناته "التوقعات" أى ما يتوقعه هؤلاء من الطفل والدور الذى يمكنه أن يقوم به من وجهة نظرهم .

فإذا اتفقت هذه التوقعات للأفراد المحيطين بالطفل أو تقارب بعضها من بعض وبمضى الوقت - يتمثلها الطفل ويمتصها وتصبح تلك الصورة التى يحملها هؤلاء الأفراد فى نفوسهم صورته هو عن نفسه ، وهذا هو ما يطلق عليه مفهوم الذات ، وقد أكد كوميز وسنج (١٩٥٩) على أن أهمية "مفهوم الذات" ليس قاصرا على النواحى التعليمية ، إذ أن الدراسات الكثيرة والأبحاث التى أجريت فى هذا الصدد تقرر أن لهذا المفهوم دوراً كبيراً فى جميع أنواع السلوك الإنسانى ولكننا سنكتفى هنا بمناقشة تأثيره على التحصيل المدرسى . وبناء على ما ذهب إليه كوميز وسنج فإن مفهوم الذات وتصور التلميذ لقدرته أو لعدم قدرته على تعلم المواد المدرسية أو بعضها يشكل عاملا إيجابيا أو سلبيا دافعا أو محددا ومعوقا لتحصيله المدرسى ، وفى حالة المفهوم السلبى يمكن اعتباره معوقا وظيفيا وليس عضويا ، ونورد فيما يلى مثالا توضيحيا لبيان مدى تأثير مفهوم الذات على التحصيل المدرسى .

واجهت إحدى التلميذات فى أول العام الدراسى بالسنة الأولى الإعدادية صعوبة فى مادة الحساب ، وأصبحت تقضى أوقاتا طويلة فى حل الواجبات المنزلية ولمست الأم ما تعانيه ابنتها من صعوبات فيها .

وفى أحد الأيام حاولت الأم أن تسلى ابنتها بحسن نية ، وأن تخفف عنها فأخبرتها بأنها لا تتوقع منها أن تسير بنجاح فى الحساب لأنها ، أى الأم لم تستطع أن تحقق فيه نجاحا من قبل ، وهنا دخل الأب الذى أدرك خطورة ما فعلته الأم واشترك فى الحوار ، وشرح للأم خطورة ما تفعل ، وحاول أن يوضح لابنته فى رفق أنها تستطيع أن تحقق نجاحا ، بل وأن تتفوق فى هذه المادة كما فعلت فى بعض المواد الأخرى وذلك على الرغم مما قالته الأم ، وفى المساء تناقش الأب مع الأم وأقنعها بوجهة نظره واتفقا على اتباع طريقة جديدة مع الابنة ليس فيها أى توقعات سلبية ، بل يستخدم فيها أساليب التشجيع وبث الثقة ، وخلق مفهوم إيجابى للذات عند الطفلة ، وبالتدريج تغلبت الابنة على الصعوبات فى مادة الحساب واستطاعت أن تجتازها بنجاح فى جميع المراحل

التعليمية دون مشقة ، ويوضح التقرير السابق كيف يمكن أن يتكون مفهوم سلبى عند الطفل وتصور خاطئ عن قدرته على التحصيل فى المواد الدراسية أو فى بعضها ، ويبدو أنه كان من غير الممكن فى المثال السابق أن تحقق التلميذة نجاحا أو تفوقا فى مادة الحساب لو تمادت الأم فى التعبير أمامها عن توقعاتها السلبية نحوها أو لم يكن هناك حولها آخرون يبطلون آثار توقعات الأم على مفهوم الذات لدى الطفلة .

ومن أهم الدراسات التى أجريت بقصد التعرف على طبيعة العلاقة بين مفهوم الذات وبين التحصيل المدرسى تلك الدراسة التى قام بها بروك أوفر ، وبانرسون ، وطومسون على أكثر من ألف تلميذ من تلاميذ الصف الأول الإعدادى ، وقد استخدم فى هذه الدراسة اختبار "جتمن" بعد تعديله ، وقد اشتمل الاختبار المعدل على مجموعات المواد الدراسية الإعدادية واستخدم الباحثون اختبارا مماثلا لقياس إدراك هؤلاء التلاميذ لما يتوقعه منهم آباؤهم وأمهاتهم ومدرسوهم ، وكانت بعض الأسئلة تقضى أن يدون التلميذ ما يتوقعه كل واحد من الأفراد المشار إليهم منه فيما يتعلق بقدرته على النجاح الدراسى حتى نهاية المرحلة الجامعية وقد أمكن بهذه الطريقة مقارنة تصور التلميذ لقدرته ومفهومه عن ذاته بتصور الآخرين له كما يراه التلميذ ويشعر به أو يدركه ، كما أمكن مقارنة تصور التلاميذ لقدراتهم على التحصيل بتحصيلهم الحقيقى فى المواد الدراسية المختلفة .

وتوضح الدراسة السابقة أن توقعات الآخرين الذين يحتلون أهمية فى حياة الأطفال قد تتفق أو تتقارب وقد تختلف أو تتضارب . فإذا اتفقت عزز بعضها بعضا وارتفع معامل الارتباط بينها وبين مفهوم الذات عند هؤلاء الأطفال وينخفض هذا العامل إذا اختلفت توقعات الأفراد المشار إليها أو تضاربت .

وأخيراً فإنه ينبغى أن يلاحظ أن انخفاض نسبة التحصيل لدى تلميذ لا تعنى بالضرورة انخفاض نسبة الذكاء ، وإنما تقتضى الكشف عن العوامل المختلفة التى تؤثر على التحصيل وتهبط بمستواه .

نسبة الذكاء :

تعتبر نسبة الذكاء من الموضوعات التى كثر حولها الجدل بين الباحثين ولقد كان السائد أنها ثابتة لا تتغير ، ولكن الدراسات الحديثة تفيد أن المقصود بالثبات هو أن تظل هذه النسبة تتردد فى مجال أو مدى معين . فإذا كان هناك طفل متوسط الذكاء فثبات نسبة ذكائه يعنى أنها تتراوح بين (٩٠ - ١١٠) وهذا هو المدى أو المجال المحدد للذكاء المتوسط ، ولكن ينبغى أن يؤخذ فى الاعتبار أن هناك فوارق بين الأطفال الذين تقع نسبة ذكائهم فى مدى واحد أو فى مجال معين .

وينبغى أن يلاحظ أنه ليس هناك دليل قاطع على مدى تغير أو ثبات نسبة الذكاء بين مجموعات التلاميذ المتأخرين . وتبين الأرقام التى اقتبسها "تشايلد من لويد" والمتعلقة بنسب ذكاء التلاميذ المتأخرين خلال المرحلة الإعدادية أن (٣٤٪) من هؤلاء التلاميذ قد ارتفعت نسبة ذكائهم ، بينما انخفضت نسبة ذكاء (١٩٪) منهم ، كما اضطربت نسبة ذكاء (٥٠٪) بين الارتفاع والانخفاض وبقيت نسبة ذكاء (٧٪) فقط دون تغير .

وتدل الدراسة السابقة على أن نسبة الذكاء يمكن أن تتغير ، وأن الاعتقاد السائد عن ثباتها غير دقيق إلا أنه لا يمكن القطع بمدى التغير ولا بعدد النقط التى تتحرك داخلها نسبة الذكاء إلى أو إلى أسفل . ولا تزال البحوث قاصرة فى هذا الصدد.

وينبغى أن يؤخذ فى الاعتبار أيضا أن نسبة الذكاء على الرغم من أهميتها فى عملية التعرف على الطفل المتأخر وقيمتها فى ملاحظة الفروق الفردية بين التلاميذ ، وكذلك على الرغم من بساطة موضوعيتها إلا أنها ليست هى الطريق الأمثل لتقدير الاستعداد العقلى للطفل والحكم عليه ، فهى لا تقدم الكثير من المعلومات الضرورية عنه ، ولا تدل الاختلافات بين الأفراد الذين يحصلون على نفس النسبة ولا على الطريقة التى سوف يستجيبون بها للمواقف المختلفة ، ولهذا فإنه لا ينبغى اعتبار نسبة الذكاء بديلا عن المعلومات التى يمكن الحصول عليها عن طريق ملاحظة الطفل خلال المواقف

التعليمية وغيرها ، وكل ما يمكن أن تفيده نسبة الذكاء هو بيان مستوى الطفل بالنسبة إلى الأطفال الآخرين ، مثل : سنه ، ويجب أن تفسر نسبة الذكاء دائما فى ضوء المعلومات التى يمكن جمعها عن النواحى الجسمية والنفسية والاجتماعية والتحصيلية ، وكذلك فى ضوء المعرفة بالاتجاهات والقيم التى تسيطر على الطفل أو على بيئته ، وفى ضوء مفهوم الذات لديه ، وذلك لما سبق الإشارة إليه من أن هناك بعض العوامل أو الدوافع الخاصة التى يمكن أن ترفع نسبة تحصيل التلميذ ، وهذا بدوره يؤكد الحاجة إلى مزيد من الدراسات فى هذا المجال ، وذلك للكشف عن طبيعة هذه العوامل وعن الوسائل التى تؤدى إلى رفع مستوى التحصيل ، ويقرر (فرنون) أنه من المحتمل أن تستطيع المدرسة الممتازة التى تشجع التلميذ على استخدام طاقاته وتعمل على تنمية قدراته وتدربه على الانتباه واليقظة وتقوى فيه الدافع إلى التحصيل والرغبة فى المنافسة ، تستطيع أن ترفع مستوى أداء الوظائف العقلية ومستوى التحصيل وخاصة لدى التلاميذ المتأخرين .

وقد يسبب تضارب التوقعات واختلافها إحباطا للتلميذ واضطرابا فى تحصيله المدرسى ، إذ أنه تارة يدرك على أنه قادر على النجاح تبعا لما يراه بعض المحيطين به وتارة يدرك نفسه على أنه فاشل أو عاجز عن النجاح تبعا لما يراه البعض الآخر عنه ، وأحياناً يتغلب الطفل على هذا التناقض ويعتنق مفهوما معينا إيجابيا كان أم سلبيا ، وينبذ ما عداه وفى هذه الحالة يرتفع معامل الارتباط بين هذا المفهوم وبين تحصيله الدراسى .

وينبنى على المعلومات التى قدمتها الدراسة السابقة أن تجميع التلاميذ المتفوقين فى مدارس أو فى فصول خاصة بهم قد يؤدى إلى انخفاض مفهوم الذات لديهم حيث ستختفى إلى حد كبير الفوارق بينهم بما يقلل من شعورهم بالتفوق ، كما أن تجميع التلاميذ المتأخرين دراسيا فى مدارس أو فى فصول خاصة بهم غير مستحب لهذا السبب أيضا . إذ بمضى الوقت سوف يتقبل المتأخرون أنفسهم على أنهم كذلك . ويستسلمون لهذه الحقيقة أو لهذه الصورة التى يراها الآخرون عنهم ويكونون بسبب ذلك مفهوما سلبيا لذواتهم يضاعف من مشكلاتهم ويزيد من تأخرهم الدراسى .

وقد أكدت الدراسة المشار إليها أيضا وجود علاقة هامة بين متوسط درجات التحصيل وبين مفهوم التلاميذ عن قدراتهم . ويبلغ معامل الارتباط متوسط درجات التلميذ وبين درجات مفهوم الذات لديه ٠,٥٧ بالنسبة للذكور والإناث، أما معامل الارتباط بين متوسط درجات التحصيل وبين نسبة الذكاء فيبلغ ٠,٦١ بالنسبة للذكور ، و ٠,٦٥ بالنسبة للإناث ويبلغ معامل الارتباط بين مفهوم التلاميذ عن قدراتهم وبين نسبة ذكائهم ٠,٤٦ بالنسبة للذكور ، و ٠,٤٨ بالنسبة للإناث ، وتدل معاملات الارتباط المشار إليها على وضوح العلاقة بين مفهوم التلاميذ عن ذواتهم وقدراتهم وبين متوسط درجات تحصيلهم وذلك عند تثبيت أو عزل عامل الذكاء .

كما يلاحظ أن العلاقة بين درجات مفهوم الذات وبين درجات الذكاء منخفضة بالقياس إلى معاملات الارتباط الأخرى ، أى أن معاملات الارتباط بين درجات التحصيل ودرجات الذكاء ، وكذلك بين درجات التحصيل ودرجات مفهوم الذات أعلى منها بين درجات مفهوم الذات وبين الذكاء وذلك عند تثبيت أو عزل العوامل الأخرى ، وبتحليل نتائج الدراسة المشار إليها تبين أن التلاميذ حصلوا على مستويات مرتفعة فى التحصيل ، وحصلوا كذلك على مستويات أعلى فى درجات مفهوم الذات .

ومما سبق يمكن القول بأنه على فرض أن الفروق فى درجات التحصيل ترجع إلى فروق فى الذكاء فإن الفروق فى درجات التحصيل عند تثبيت عامل الذكاء ترجع إلى الفروق بين التلاميذ فى مفهوم الذات ، وقد ظهر أثر الفروق الفردية فى مفهوم الذات ليس فقط فى المتوسط العام لدرجات التحصيل ولكن أيضا فى بعض المواد الدراسية .

وهناك دراسات أخرى تعزز النتائج التى توصلت إليها الدراسة السابقة ، فقد وجد أن مفهوم الذات يعتبر عاملا مفرقا بين التلاميذ ذوى التحصيل المرتفع وذوى التحصيل المنخفض ، وفى سنة ١٩٥٩ استنتجت "روث" من بحثها عن دور مفهوم الذات فى التحصيل المدرسى وجود علاقة هامة بينهما وذهب "يدوين" (١٩٥٧) إلى أن هناك علاقة بين المفهوم السلبى وغير الناضج للذات وبين التأخر الدراسى فى القراءة ، ويبلغ معامل الارتباط بين سلبية

مفهوم الذات وبين العجز أو التخلف فى القراءة ٠,٧٢ فى الصف الثانى الابتدائى كما يبلغ ٠,٦٢ فى الصف السادس .

وتفيد التجربة التى قام بها "فيديك" (١٩٦٠) صحة الفرض القائل بأن مفهوم الذات مكتسب وأن توقعات الأفراد المحيطين بالطفل وردود أفعالهم نحوه وخاصة الأحكام التقويمية التى يصدرونها عليه تلعب دوراً هاماً فى تحصيله الدراسى ، وفى التطبيق العملى لنظرية مفهوم الذات سواء فى العملية التعليمية أو فى علاج التأخر الدراسى المشار إليها وغيرها . وهو أن القدرات التعليمية ليست جامدة تماما وليست ثابتة إلى حد لا يقبل التغير الإيجابى أو السلبى كما تذهب إليه نظرية أصحاب المواهب والاستعدادات العقلية الثابتة والتى تجعل التعليم ومواصلة الدراسة الأكاديمية وقفا على نسبة ضئيلة من الأطفال الموهوبين ، وعلى العكس من ذلك فإن نظرية مفهوم الذات تفتح الأبواب أمام الأعداد الهائلة من التلاميذ وتمد حاجة المجتمعات الحديثة بفيض من القدرات والخبرات الضرورية وذلك لأنها تقرر أنه من الممكن رفع مستوى التحصيل وتحسين الأداء عن طريق استخدام مفهوم الذات الإيجابى وعن طريق تعديل وضبط توقعات الأفراد المحيطين بالتلاميذ ، أى عن طريق تعديل البيئة وتغييرها ، ويستلزم ذلك تعاونا كاملا من جميع المحيطين بالطفل وخاصة هؤلاء الذين يحتلون أو يمثلون أهمية خاصة فى حياته .

وفى علاج حالات التأخر الدراسى يستطيع المرشد النفسى أن يعمل على تحسين مفهوم الذات لدى التلاميذ المتأخرين عن طريق تعديل توقعات وتصورات الأفراد المحيطين بهم وتعديل أسلوب التعامل أو التفاعل معهم بما يحقق تغير المفهوم السلبى وخلق مفهوم إيجابى جديد ، وقد يقترح المرشد تغيير البيئة ووضع التلميذ المتأخر فى بيئة جديدة وإحاطته بأشخاص آخرين يساعدون فى تحقيق الهدف وفى خلق مفهوم إيجابى جديد .

ويقتضى تطبيق نظرية مفهوم الذات فى علاج التأخر الدراسى تنظيم المدرسة وتنظيم العملية التعليمية وطريقة التدريس وتنظيم البيئة وأسلوب معاملة المنزل والأسرة للطفل بما يضمن إيجابية التوقعات منه من جميع المحيطين

به وما يترتب عليه من تحسين مفهوم الذات لديه وخاصة خلال المراحل الدراسية الأولى .

ويتطلب تطبيق هذه النظرية فى الحقل المدرسى تغييراً جذرياً ليس فقط فى النظرية التعليمية السائدة والتى تعتنق فكرة أن القدرات ثابتة ومحددة بحدود الذكاء والاستعدادات العقلية أو الفطرية وحدها . ولكن ينبغى أن يمتد التغيير ليشمل البرامج والمناهج التى تأخذ فى الاعتبار تلك البيئات المحرومة اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا . والتى تعتبر المصدر للغالبية العظمى من التلاميذ المتأخرين، كما يتطلب تطبيق النظرية الجديدة التى يطلق عليها البعض اسم النظرية الاجتماعية النفسية للتعليم وتطوير أساليب التعامل مع التلاميذ بما يضمن تنمية التوقعات الإيجابية فى الوسط الذى يتعاملون معه حتى تتحقق إيجابية مفهوم الذات لديهم بطريقة طبيعية تؤدى إلى رفع المستوى التحصيلى وإلى زيادة حصيلة المجتمع من المتعلمين الذين يسدون حاجته ويحققون غاياته ، أما تنمية الدافع وخلق الثقة فى التلاميذ المتأخرين فتعتبر من أصعب العمليات التى يواجهها المرشد النفسى ، وقد دلت التجارب التى أجريت فى هذا الصدد على أن درجة النجاح فى رفع الدوافع المنخفضة المحدودة لا تكاد تتجاوز ٥٪ وهناك اختلاف حول ما يمكن تحقيقه فى هذا الصدد ، وقد اختار (١٩٦٢) أن يكون هدف العلاج بقصد إحداث الحد الأدنى من التغيير ويسميه الباحثان المشار إليهما الإرشاد المتقطع أو "القطّاعى" وفيه ينبغى على المرشد أن يراعى ما يلى :

١- يمتنع عن ذكر قيمة التربية أو النجاح الدراسى فى نظره أمام العميل .

٢- يجعل العميل يحس أو يدرك أهمية الإقبال على الدراسة لنفسه لا من أجل أى شخص آخر .

٣- تقتصر مادة الحديث خلال الإرشاد على أعراض المشكلة فقط ، أى على انخفاض الدافع .

٤- إعادة تنظيم الشخصية غير مطلوب فى هذا اللون من الإرشاد .

٥- يجب ألا يستغرق الإرشاد مدة طويلة .

٦- يجب ألا يسمح المرشد بعملية التحويل فى هذا النوع من الإرشاد .

٧- يسمح بالتعرض للمشكلات السطحية ذات الصلة بمشكلة انخفاض الدافع .

أما الباحث فقد فضل أن تكون فترة الإرشاد مع التلاميذ المتأخرين بسبب فقد الدافع أو انخفاضه ، طويلة وذلك لأن المرشد يحتاج إلى وقت طويل قبل أن يدرك هؤلاء التلاميذ أن لديهم مشكلة وأنهم يحتاجون إلى المساعدة .

محاذير الإرشاد التقليدى فى حالات انخفاض الدوافع :

١- يعتبر الوقت من أهم عيوب الأساليب التقليدية فى إرشاد التلاميذ المتأخرين فقط لا تسمح تلك الأساليب بفترة أطول من عشرة أسابيع ولكن إرشاد هذا النوع من التلاميذ قد يحتاج إلى وقت أطول كما سبقت الإشارة إليه .

٢- يعتبر الأسلوب غير المباشر أسلوبا غير فعال مع هؤلاء التلاميذ ؛ لأن هذا الأسلوب يتوقف على وجود دافع سابق وإحساس بالحاجة إلى العلاج وإلى تحسين الذات ، وهذا ما يهدف المرشد إلى خلقه فى نفس العميل المتأخر . هذا بالإضافة إلى أن ما يعانيه التلاميذ المتأخرون من إحباط وقلق وخوف وغضب ونحو ذلك من المشاعر السلبية الأليمة والعميقة يجعل من الصعب عليهم تحقيق القدرة على الاستبصار وحل المشكلة بعيدا عن الانفعالات المعوقة ، فضلا عما يقتضيه هذا الأسلوب من طلاقة لفظية وفكرية بدرجة تساعد الطالب على التنفيس وتسهل عملية الاتصال بينه وبين المرشد ، الأمر الذى قد لا يتوافر فى الكثير من هؤلاء التلاميذ .

٣- تعترى بعض التلاميذ المتأخرين دراسيا بسبب انخفاض الدافع أو انعدامه ألوان من الوهم ، وهى نوع من الحيل النفسية التى يحاول بها العميل أن يقنع نفسه بأنه ليس فاشلا وإنما هو لا يرغب فى التحصيل ، ومما يساعد على وقوع الكثير من هؤلاء التلاميذ ضحية هذا الوهم هو أنهم لا يعرفون حقيقة قدراتهم .

٤- تسيطر على هؤلاء المتأخرين فى أغلب الأحيان الرغبة فى الهروب من المواقف التى تكشف عن تأخرهم ، ونظراً لأن الكثيرين منهم يعانون من قصور فى بعض المهارات الأساسية ، كالقراءة ، والكتابة والتى ينعكس أثر القصور فيها على جميع المواد الدراسية فإنهم لا يجدون فائدة من بذل أى جهد إضافى فى دراسة المواد المقررة لانعدام الأمل فى النجاح ، مما يجعلهم غير متحمسين للإقدام على العمل .

٥- على الرغم من تعدد وتعقيد الأسباب المؤدية إلى انخفاض الدوافع وبالتالى إلى التأخر الدارس . فإن الأساليب التقليدية للإرشاد الجمعى تضع نموذجاً واحداً لعلاج جميع الحالات مما يؤدى إلى عدم الوصول إلى التغير العلاجى المطلوب .

خصائص التلاميذ ذوى الدوافع المنخفضة :

ينبغى أن يلاحظ أن انخفاض الدافع ليس صفة مستقلة وإنما هو ناتج عن أسباب أخرى مختلفة ، وفيما يلى بعض الخصائص السلوكية المصاحبة لانخفاض الدافع إلى التحصيل الأكاديمى :

١- العدوانية : ومعنى ذلك أن التلميذ قد يستخدم هذه الحيلة كوسيلة عقابية أو عدوانية موجهة نحو بعض المحيطين به .

٢- عدم المبالاة بالمكافآت غير الفورية : فالنجاح فى آخر العام أو المستقبل البعيد أمور لا تهمه ، لأنه لم يجرب النجاح كثيرا ، ولذا فآماله محدودة وأهدافه سريعة ووقتية دائما .

٣- المفهوم السلبى للذات من أهم خصائص هؤلاء التلاميذ كما سبقت مناقشته .

٤- انخفاض مستوى التحصيل صفة سائدة وثابتة تقريبا .

٥- فقد الحماس ليس قاصرا على المدرسة بل قد يمتد إلى بعض الالتزامات الخارجية ويصبح طابعا سلوكيا عاما .

٦- عدم تقبل أهداف المدرسة وعدم الإيمان بها .

ديناميات الدوافع المنخفضة :

يبرر التلميذ المنخفض الدافع فشله بادعاء عدم الرغبة فى التحصيل أو بأنه لا يريد أن يحاول العمل .

وقد يستسلم لهذا الوهم ، ويحاول بذلك أن يثبت لنفسه قوة وهمية ولكنه لا يتقدم خطوة واحدة لاختيار هذا الوهم وتحقيقه ، وإذا تعرض لضغط من الكبار المحيطين به ، فإنه يثور وينقلب عدوانيا : إما عدوانا واضحا أو مكتوما ، وكأنه يدافع بهذا العدوان عن الوهم اللذيذ الذى يعيش فيه أو يهرب به من الواقع المؤلم الذى لا يستطيع مواجهته، ومن مظاهر النزعة إلى العدوان ما يلى:

١- عدوان ظاهر يقصد به تأكيد ما يدعيه من القدرة على التحصيل ، ولكنه لا يريد أو لا يحتاج ذلك بأن يتقن نقطة يضمن فيها النجاح ويقوم بعرضها بطريقة تؤكد الوهم الذى يعيش فيه وهذا سلوك استعراضى عدوانى .

٢- عدوان سلبى خفى ، وذلك بأن يقبل على العمل دون دافع ، ويكون الفشل نتيجة طبيعية ، وعندئذ يلقى باللائمة على الذين اضطروه وضغطوا عليه ، وكأنه يعاقبهم عن طريق إثبات أن المحاولات لا تفيد لأن تنتهى بالفشل .

هذه بعض الصور التى يمكن أن يتصف بها سلوك التلميذ المتأخر بسبب فقد الدافع وانخفاضه .

هذه هى الديناميات السطحية الظاهرة . أما الديناميات الأساسية الخفية والتى تعمل من تحتها وتحركها ، فهى مزيج من الخوف والغضب والشك العميق فى الذات وفى القدرات ، والمهارات التحصيلية .

فإرشاد أو علاج هذا النوع من التلاميذ يستلزم وضع هذه الديناميات فى الاعتبار ويقتضى ذلك مراعاة مايلى :

١- أن يعزل المرشد الأغراض الدالة على القدرة الحقيقية من تلك التى تدل على القدرة الوهمية .

٢- أن يجعل أساس التعامل مع العميل هو التحصيل الحقيقى وليس المتوهم .

٣- أن يعاون العميل إذا قرر هذا الأخير أنه يحتاج العون لنفسه لا للآخرين .

وفيما يلى بعض القواعد التى تفيد فى عملية إرشاد هؤلاء التلاميذ:

١- الحياد إزاء ما يبديه العميل فى بداية العلاج من تعليلات ، وعدم إظهار القبول أو الرفض لها .

٢- مكافأة التغير الإيجابى الذى يحدث العميل أو يبدو فى تحصيله فور حدوثه .

٣- إذا حدث التغير الإيجابى فلا يصح أن يقول له أحد المحيطين به .

انظر ... ها نحن أخبرناك بأنك تستطيع التحصيل ، فلم تصدق ؛ لأن ذلك يعنى سلبه الفضل فيما حدث من تغيير .

الأدوات التى يمكن أن يستخدمها المرشد لإحداث التغيير المطلوب :

فيما يلى بعض الأدوات التى يمكن الاستعانة بها لإحداث التغيير وهى ليست مرتبة تصاعديا ولا تنازليا كما أنها ليست شاملة . وقد تبدو أحيانا متداخلة وليس استخدامها قاصرا على التلاميذ المتأخرين :

١- النماذج الاجتماعية للسلوك المرغوب ، من بين الأقران والكبار ، وذلك لتوضيح أنماط السلوك والاتجاهات الإيجابية .

٢- أفعال الأقران وإنجازاتهم كنماذج لما يمكن تحصيله .

٣- الضغوط الإيجابية - وذلك باستخدام الحب والتقبل والاستحسان ممن يحيطون به كقوى لإحداث التغيير .

٤- المبادئ العامة لعمليات التعلم كالمكافأة ، والاقتران الشرطى ، والتعميم ، وانتقال أثر التدريب ، ومحاولة الاستفادة منها فى تثبيت الاستجابات المرغوبة وإبطال غيرها .

٥- التجارب المضبوطة - وذلك بأن يكلف بالعمل تحت إشراف المدرس أو المرشد حتى يوفر التعزيز إذا أصاب ، وتجنب الإحباط عند الفشل وذلك بفتح الطريق إلى الصواب .

٦- إمداد العميل بمعارف جديدة عن نفسه وعن بيئته وعن مستقبله ومطالبته بالعمل طبقا لهذه المعارف .

٧- العمل على زيادة الثقة بالنفس ، ذلك بالبحث عن النواحى الإيجابية فى ذات العميل وشخصيته وتعريفه بها ، وبيان كيف يمكن استغلالها فى تحقيق النجاح .

٨- جعل الأهداف تبدو ممكنة ، وذلك عن طريق تفتيتها إلى أهداف صغيرة وخطوات أولية يسهل تحقيقها .

٩- الوصول بالعميل إلى مرحلة الاستبصار والمعرفة ، وذلك بأن يفهم أن الحيل الدفاعية ، كالوهم الذى يلازمه مثلا يعطل ويهدد التغيير المطلوب ، وكذلك العدوان والاتجاهات السلبية والنزعات الهروبية كالخوف من المحاولة مثلا ، وينبغى العمل على اكتشاف البدائل الممكنة لتخفيف وطأة الفشل إذا حدث بوجود بدائل أخرى.

١٠- استخدام أساليب تكرار التدريب ووضع ما يراد تكراره تحت عناوين جديدة لتوفير عنصر الجدة والتخلص من الملل.

١١- استخدام العلاقة الإرشادية مع العميل كقوى مساعدة على تحقيق التغير وذلك بالوصول إلى مستوى يدرك فيه العميل ما يلى :

(أ) أن المرشد يفهم انفعالاته ومشكلاته ، وكذلك انفعالات الآخرين المحيطين به

(ب) أنه مقبول بكل ما له وما عليه من غير خوف أو قلق .

(ج) أنه يستطيع فى ثقة كاملة التنفيس والتعبير عن كل ما يدور بخاطره ، وخاصة انفعالاته المكبوتة .

(د) أن يشعر بحرية اختيار ما يريد التحدث عنه ، أو الخوض فيه .

عقبات فى طريق التغير المطلوب فى سلوك العميل :

- هناك بعض العقبات التى قد تعرقل التغير ، أو تعطله ، والتى ينبغى أن

يضعها المرشد فى الاعتبار ، ومنها :

- أن التغيير مخيف ، ومثير للقلق دائما .

- التوقعات الكبيرة منه والتى لا تتفق مع الواقع ، ولا مع مستواه الحقيقى.

- عجز العميل عن الالتزام بخطوات العلاج .

- الرتابة والروتينية التى أحيانا ما تجذب العميل إلى الوراء بدلا من أن تدفعه إلى الأمام .

نحو نموذج جديد لإرشاد ذوى الدوافع المنخفضة من التأخر دراسيا :

يهتم علاج التأخر الدراسى الآن بتاريخ الحالة ، وتتبع نموها ، ويعتمد النموذج الجديد - الذى لم يصل بعد إلى درجة الصدق الامبيريقى - على فرضين أساسيين هما :

١- أنه من المرغوب فيه أن يستخدم التلاميذ قدراتهم على التعلم لتنمية أنفسهم ومسئولياتهم الاجتماعية .

٢- أنه من الواجب أن يحصل كل تلميذ على المساعدة التى تمكنه من التكيف الدراسى إلى الحد الذى يستطيع معه مواصلة النمو .

ويقتضى ذلك النموذج الجديد التشخيص والعلاج على النحو التالى :

أولاً : التشخيص :

ويجب أن يكون شاملا للعوامل التى قد تسبب انخفاض الدافع ، ومنها :

١- الصحة والتغذية : ويقتضى ذلك فحصا طبيا شاملا وتوجيه الاهتمام إلى طريقة التغذية .

٢- المهارات الأساسية كثيرا ما يكون انخفاض التحصيل راجعا إلى قصور فى بعض المهارات الأساسية ، وخاصة مهارتى القراءة والكتابة ، ولهذا ينبغى أن يبدأ العلاج بهذه المهارات وتنميتها . ومن المهارات الأساسية التى كثيرا ما يغفل أمرها - كيفية أو طريقة الدراسة أو التحصيل ... أن التلاميذ

يحتاجون إلى تعلم استراتيجيات التحصيل وهى التركيز والتركيب والتمييز والتلخيص ونحوها .

٣- الاتجاهات والقيم ، وقد سبق الحديث عنها فى أول هذا الفصل .

٤- ضغوط الأبوين : يلاحظ أنه قد يكون من أسباب فقد الدافع وانخفاضه تطرف الأبوين فى الضغوط على التلميذ وحمله على التحصيل .

ثانياً : العلاج :

تعتبر الوسائل الإرشادية التالية من النماذج الجديدة فى علاج انخفاض الدوافع لدى التلاميذ المتأخرين .

١- أسلوب ملاحظة رد الفعل :

ويقضى هذا الأسلوب أن يسجل المرشد ما يدور فى المقابلة ثم يتيح فرصة سماع التسجيل ويقوم هو بملاحظة رد الفعل لدى العميل تجاه حديثه المسجل . ويقدم هذا الأسلوب الفرصة لمراجعة النفس والتعليق على بعض النقاط ، كما يتيح النظرة الموضوعية للذات ويفيد فى التقليل من الحيل الدافعية ويحدد المظاهر التى تحتاج إلى تغيير .

٢- أسلوب التعدد أو الكثرة :

ويستخدم فى هذا الأسلوب أكثر من مرشد وأكثر من عميل ، وغالبا ما يستخدم فى الإرشاد الجمعى ويفضل أن يكون هناك مرشد ومرشدة وذلك لإضفاء جو الأسرة على الجلسة الإرشادية التى غالبا ما تجمع المشكلات المتشابهة .

٣- أسلوب المدى الطويل :

وهو نوع من الإرشاد الشامل الذى يستغرق زمنا طويلا ، ويهدف أولا إلى تخفيف الانفعالات والتوترات . ثم إلى تخليص العميل من الحيل الدفاعية كالعدوان ، أو الهروب ونحوها مما سبقت الإشارة إليه ويساعد هذا الأسلوب على تنمية الأمانة فى الاتصال ، وفى عرض المشكلة دون لف أو دوران كما

يكشف عن المشاعر الدفينة للغضب والعدوان ويتعلم العميل كيف يتعامل بكفاءة مع تلك الانفعالات السلبية.

٤- أسلوب لعب الأدوار المتعارضة :

ويقتضى هذا الأسلوب تحديد بعض الأدوار المقننة ومطالبة التلميذ بأن يقوم بأدائها وذلك كأن يطالب بأداء دور المدرس مع التلميذ ، ثم بأداء دور التلميذ مع المدرس . ويتيح هذا الأسلوب الفرصة للتعبير عن الأدوار كما يدركها التلميذ ويتصورها وقد يكون من الممكن إحضار المدرس أو المدرسين موضع الشكوى ليلاحظوا التلميذ وهو يقوم بهذه الأدوار من وراء ستار وذلك ليعاونوا فى تحقيق العلاج .

٥- الأسلوب السلوكى :

ويقتضى هذا الأسلوب بناء منهج يتضمن أنواع السلوك المراد تعليمها للتلميذ ووضعه بطريقة مبرمجة بحيث تتخلله المكافأة عقب كل خطوة ناجحة ، ويتطلب هذا الأسلوب وقتا طويلا واتصالا يكاد يكون يوميا أو على فترات ، وينبنى هذا الأسلوب على الفرض القائل بأن السلوك المرغوب فيه إذا وقع فإنه سوف يصبح عادة وتكرار وقوعه يؤدى إلى تعزيزه وتثبيته ، إذ أن النجاح فيه يعتبر أحسن المكافآت التى تثبت الاستجابة .

وأخيراً فإنه لابد من الاحتفاظ بالانتباه الكامل للعميل طوال الجلسة الإرشادية ، وقد يقتضى ذلك استخدام الأدوات واللعب والمباريات والأنشطة التى تطلق التوترات الجسمية والانفعالية وتخففها دون أن تقطع أو تعرقل سلسلة التفكير خلال العملية الإرشادية .

التعلم حتى التمكن :

يقرر بلوم (١٩٧٤) نستطيع أن ندرك بحكمة وتدبر أنه لو أمكننا إمداد المتعلم بالوقت والمساعدة اللازمة مع وجود الدافعية فإن أغلب التلاميذ سيصل إلى مستوى المحك المطلوب للتحصيل ، وقد أشار فى بحثه عن الخصائص الإنسانية والمدرسة إلى أن غالبية الطلاب يمكنهم تعلم ما يدرس لهم داخل الفصل بكفاءة تامة لو وفرنا لهم سبل التغلب على صعوبات التعلم

التى تواجههم بشرط إتاحة الوقت اللازم لتعلمهم على أساس مستوى الأداء الذى نتوقعه ونريد تحقيقه .

ويعنى ذلك أن منحنى الجرس يمكن أن يتحرك عليه التلاميذ الضعفاء ليتجهوا نحو المستوى المتوسط وهذا الأخير يمكنه الانتقال إلى المستوى المرتفع . أما المرتفعون فيمكن باستخدام البرامج الخاصة بهم أن ينتقلوا إلى مستوى المتفوقين الموهوبين .

وخلاصة تلك الفكرة تنحصر فى عدم التقيد بوضع التلاميذ على منحنى الجرس وتلك هى الأسس العلمية لنظرية التعلم حتى التمكن .

ويوضح "كارول" وهو من تلاميذ "سكنر" وأحد الرواد الأساسيين لنظرية التعلم حتى التمكن – ضرورة توافر العوامل الآتية لتحقيق التعلم حتى التمكن :

١- استثارة الدافعية لدى التلاميذ نحو تعلم المواد الدراسية المختلفة .

٢- تحديد الوقت الكافى طبقا لخصائص المتعلم .

٣- تشخيص الاستعداد لنوع التعلم .

٤- قدرة التلميذ على فهم المهمة المطلوبة منه بمساعدة المعلم .

٥- وتتلخص فكرة "كارول" الأساسية فى المعادلة الآتية :

$$\text{درجة الاستعداد للتعلم} = \text{دالة وظيفية} \times \frac{\text{الوقت الذى يقضيه التلميذ فعلا}}{\text{الوقت الذى يحتاجه التلميذ للتعلم}}$$

ويمكن تلخيص الخطوات الأساسية اللازمة لإتمام تدريس أى محتوى دراسى يهدف للوصول بالمتعلمين إلى مستوى التمكن فيما يلى :

١- تقسيم محتوى أى مادة دراسية إلى المفاهيم الأساسية والوحدات الجزئية ، بحيث تشكل تنظيما هرميا ينتقل بالمتعلم من البسيط إلى المركب ، أو من

السهل إلى الصعب . بحيث لا ينتقل التلميذ إلى الوحدة التالية قبل أن يتمكن من الأولى .

٢- اختيار مستوى التمكن (مستوى محكى المرجع فى المادة) هو مستوى لا يعتمد إطلاقا على مقارنة التلميذ بمستوى زملائه ولكنه يقوم على مدى تقدم التلميذ على أساس مقارنته بنفسه فى ضوء مستوى يتم تحديده عن طريق الاختبارات التشخيصية .

٣- صياغة الأهداف الإجرائية لكل وحدة .

٤- إعداد أساليب التدريس العلاجية ، منها :

أ- التعلم المبرمج - الآلة التعليمية - الحاسب الآلى - الكتاب المبرمج .

ب- استخدام طريقة الكروت مع التغذية الرجعية .

جـ- استخدام طريقة التقييم والتدعيم الذاتى .

وعادة ما يتم تقسيم الفصل إلى مجموعات علاجية يكون المستهدف فيها التلاميذ المنخفضون فى التحصيل .

يقوم المعلم بإعداد الاختبارات التشخيصية لتحديد مجال الضعف ونقاط الضعف ومستوى التلاميذ الضعفاء .

يتم تطبيق برنامج التدريس العلاجى .

يقوم المدرس بعد إجراء العلاج بتطبيق اختبار بعدى مكافئ لمعرفة من الذى تمكن من المقرر .

وبعد أن يتم التحرك على مستويات المنحنى الاعتدالى يعاد بناء المنحنى من جديد وتكرر الخطوات السابقة ، وعادة لا يجد المعلم المتمرس الذى لديه "بنك الأسئلة" فى مادته الدراسية أى صعوبة فى مساعدة الضعفاء ، كما أنه يجب على المعلم الناجح تحديد المستويات التى تقيسها الأسئلة : تعرف ، تذكر ، فهم، تطبيق ... إلخ .

دراسة المشكلات الأسرية :

أوضحت الدراسات أن التوافق بمكوناته يلعب دورا هاما فى التحصيل الدراسى فالمناخ الأسرى ، قد لا يوفر الظروف الملائمة لعملية الاستذكار ، بالإضافة إلى طبيعة مفهوم الذات عند الأبناء (فكرته عن نفسه ، وتكوينه الخلقى وخلافه) . وقد توصل عبد الوهاب (١٩٨٠) وإبراهيم قشقوش وطلعت منصور (١٩٧٩) ، وليوم (١٩٦٠) أن هناك العديد من العوامل اللامعرفية مستوى الطموح ، دافع الإنجاز ، القلق والعصابية ، تؤثر بشدة على التحصيل ، فانخفاض مستوى الطموح مع ارتفاع القلق والعصابية تؤدى إلى انخفاض التحصيل ، كما أوضحت الدراسات أن انخفاض التوافق الذاتى والمنزلى المدرسى والاجتماعى يؤثر سلبيا على التحصيل ، ومن ثم فإن وضع برنامج سلوكى لمشكلات التلاميذ النفسية يعمل على ارتفاع درجاتهم فى التحصيل .

الفصل الخامس

دور الأخصائى النفسى

فى علاج صعوبات التعلم

مقدمة و تعريف بالمصطلح :

كانت "التربية الخاصة" حتى وقت قريب تهتم بشكل أساسى بالأطفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية لأسباب تعود إما : إلى الإعاقة السمعية ، أو البصرية والتخلف العقلى والاضطرابات الانفعالية الشديدة ، أو اضطرابات التواصل فى الجانب اللغوى والكلام ، وغيرها من الحالات الجسمية والصحية الأخرى ، لذا قامت المدارس بتطوير مناهج متنوعة لتربية وتعليم هذه المجموعات بطرق وأشكال مختلفة ، أما الأطفال الذين لم يتعلموا فى المدرسة وليسوا بمكفوفين أو متخلفين عقليا فإنهم لم يتلقوا خدمات خاصة بسبب عدم توافر برامج مناسبة لهم .

ونتيجة لهذا الوضع أدرك علماء النفس أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال الذين يظهرون فى تعلم الكلام واستخدام اللغة بشكل جيد ، وكذلك فى تطوير إدراك بصرى أو سمعى عادى أو القراءة والكتابة ، والهجاء ، والحساب . فبعض هؤلاء الأطفال لا يفهمون اللغة ولكنهم ليسوا بمكفوفين وليسوا بمتخلفين عقليا . هذه المجموعات من الأطفال أصبحت تندرج تحت ما يسمى "بالصعوبات الخاصة بالتعلم " ، ولقد أصبحت صعوبات التعلم مصطلحا مقبولا يضم أنواعا كثيرة من المشكلات غير المتضمنة فى الفئات الخاصة

التقليدية (الصم ، وكف البصر ، والمتخلف العقلى وغيرها من أشكال العجز المعروفة) .

تعريف ذوى صعوبات التعلم :

تعتبر معرفة الصعوبات الخاصة بالتعلم كنمط من أنماط الإعاقة حديثة العهد نسبيا ، فقد اكتسب هذا المصطلح شيوعا فى عام ١٩٦٣ عندما التقى ممثلون عن منظمات أهلية تهتم بالأطفال المعوقين إدراكيا وممن لديهم تلف مخى فى مدينة شيكاغو الأمريكية لمناقشة مشكلاتهم المشتركة ومن أجل تأسيس منظمة وطنية . وفى هذا الاجتماع قرروا استخدام مصطلح الصعوبات الخاصة بالتعلم . وقد أطلق على المنظمة التى تم تأسيسها اسم " جمعية الأطفال ذوى صعوبات التعلم " .

إن مفهوم " صعوبات التعلم " يشمل مجموعة كبيرة من الأطفال الذين لا يدخلون ضمن فئات الأطفال المعوقين ، ولكنهم بلا ريب بحاجة إلى مساعدة لاكتساب المهارات المدرسية . ويعتبر استخدام مصطلح " الصعوبات الخاصة بالتعلم " أفضل من التسميات المحددة ، مثل عثر ، أو احتباس قصور اللغة ، العجز عن القراءة ، العجز عن إجراء العمليات الحسابية البسيطة ، العجز عن الكتابة وغيرها من المسميات .

منذ عام ١٩٦٣ حاول عدد كبير من الأفراد تعريف " صعوبات التعلم " ولكن أحدا لم يضع تعريفا مقبولا للجميع ، وكذلك الحال بالنسبة للمهنيين العاملين مع الأطفال ذوى " صعوبات التعلم " فهم يميلون إلى تعريف "صعوبات التعلم " من خلال وجهات نظرهم المهنية الخاصة . ولهذا اقترحت عدة تعريفات من قبل العديد من المهنيين ، فى ١٩٦٨ وضعت اللجنة الاستشارية الوطنية للمعوقين فى المكتب الأمريكى للتربية تعريفا "لصعوبات التعلم " أصبح بعد تنقيحه متضمنا فى القانون العام رقم ٩٤ – ١٤٢ عام ١٩٧٥ الذى دعا إلى تربية جميع الأطفال المعوقين .

وينص التعريف على أن مصطلح " الأطفال ذوى الصعوبات الخاصة بالتعلم " يعنى أولئك الأطفال الذين يعانون من قصور فى واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التى تدخل فى فهم أو استخدام اللغة المنطوقة ، أو المكتوبة ، ويظهر هذا القصور فى نقص القدرة على الاستماع أو الكلام ، أو القراءة ، أو الكتابة ، أو الهجاء أو أداء العمليات الحسابية . وقد يرجع هذا القصور إلى إعاقة فى الإدراك أو إلى إصابة فى المخ ، أو إلى " الخلل الوظيفى المخى البسيط " ، أو إلى عثر القراءة أو إلى حبسه الكلام . ولا يشتمل الأطفال ذوى " صعوبات التعلم " الناتجة عن إعاقة بصرية ، أو سمعية ، أو حركية ، أو تخلف عقلى أو اضطراب انفعالى ، أو حرمان بيئى وثقافى واقتصادى .

ومع أن تعريف الحكومة الاتحادية لعام ١٩٦٨م قد لاقى قبولا واستحسانا من قبل الكثيرين ، إلا أنه لم يسلم من نقد الآخرين ، وقد تركزت الانتقادات الأساسية حول :

١- غموض عبارة "الاضطرابات النفسية " .

٢- عدم التعرض للنظام العصبى المركزى كإطار مرجعى يؤثر على النواحى الإدراكية الحركية وبالتالى على المهارات الأكاديمية .

٣- استبعاد الإعاقات الأخرى ، إذ يؤمن بعض الخبراء بأن الأطفال الذين يعانون من إعاقات حسية أو المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة (أو إعاقات أخرى) قد تكون لديهم " صعوبة فى التعلم " ولهذا يتم اعتبارهم متعددى الإعاقة .

ونتيجة لهذه الانتقادات ، قدم كثير من المهنيين تعريفات بديلة ، إلا أنها لم تصل إلى تعريف الحكومة الاتحادية . وفى السنوات القليلة الماضية ، عملت لجنة مشتركة لعدة جمعيات مهنية على إدخال تحسينات على مصطلح "صعوبات التعلم " ، وقد توصلوا إلى تعريف الحكومة الاتحادية . وقد عرفوا " صعوبات التعلم " على النحو التالى :

يعتبر مصطلح " صعوبات التعلم " مصطلحا عاما يرجع إلى مجموعة متباينة من الاضطرابات التى تظهر من خلال صعوبات واضحة فى اكتساب واستخدام قدرات الاستماع ، والكلام والقراءة والكتابة ، والاستدلالات أو القدرات الرياضية ، وتعتبر هذه الاضطرابات أصلية فى الفرد ويفترض أن تكون ناتجة عن " خلل وظيفى فى الجهاز العصبى المركزى " ، وإذا ظهرت "صعوبات التعلم " متلازمة مع حالات إعاقة أخرى (مثل إعاقة حسية ، أو تخلف عقلى ، أو اضطراب انفعالى واجتماعى) أو متلازمة مع مؤثرات بيئية (مثل : الاختلافات الثقافية ، التعليم غير الملائم ، وعوامل نفسية) فإن "صعوبات التعلم " ليست نتيجة مباشرة لتأثير هذه الإعاقات .

وفى ختام النقاش حول سبب تقديم هذا التعريف وموافقتهم عليه ، اعترفت اللجنة بأن التعريف ليس كاملا ، ولكنه يعتبر خطوة لتحسين التعريفات السابقة ، ووفقا لما ذهبت إليه اللجنة المشتركة فإن هذا التعريف يمكن تغييره من خلال تقديم أفضل فى المستقبل .

وقد حاولت التعريفات الأخرى المقدمة التفريق بين صعوبات التعلم وبين الظروف الأخرى التى تؤدى إلى انخفاض التحصيل الأكاديمى . إذ يوجد فى أى مدرسة ما بين ١٠ – ١٢٪ من الأطفال ينخفض تحصيلهم بدرجة كبيرة لسبب أو لآخر .

مظاهر حالات صعوبات التعلم :

تتعدد مظاهر صعوبات التعلم ، فقد تبدو هذه المظاهر فى المظاهر السلوكية أو البيولوجية أو اللغوية ، ويعتبر الفرد عاجزاً عن التعلم إذا بدت عليه واحدة أو أكثر من المظاهر الرئيسة التالية :

أولاً : المظاهر السلوكية :

١- صعوبة الإدراك والتمييز بين الأشياء .

٢- الاستمرار فى النشاط دون توقف .

٣- اضطراب المفاهيم (المضادات ، الأطوال ، الأشكال ، الاتجاهات) .

٤- الاضطراب السلوكى ، الحركى ، والسلوك الزائد (يظهر اضطراب فى التوازن الحركى أو المشى ، صعوبة القبض على الأشياء) .

ثانياً : المظاهر العصبية (البيولوجية) .

تعتبر الاضطرابات اللغوية أكثر المظاهر وضوحاً واهتماماً من قبل الباحثين فى ميدان صعوبات التعلم ، فقد صنفت " لى " ١٩٧٤ Lee ، مظاهر الاضطرابات اللغوية التى تقع ضمن ميدان العجز عن التعلم ، وأهمها "الديسلكسيا " (Dyslexia) أو صعوبة القراءة والكتابة ، وتعتبر الديسلكسيا من الموضوعات البارزة والمميزة لمظاهر الاضطرابات اللغوية لذوى الصعوبات ، الطفل الذى يعانى من العجز القرائى ويكون هذا الضعف دون مستوى قدراته الفعلية بالرغم من توافر ظروف التعلم المختلفة ، يمكن تمييز نوعين من الضعف القرائى :

أ- الضعف القرائى الناتج عن ظروف بيئية خارجية ، وتشمل الحالات التالية :

١- تَدنٍ فى مستوى الذكاء .

٢- الظروف الأسرية التى تؤثر على الجوانب الانفعالية .

٣- الغياب عن المدرسة وتكرار الغياب .

ب- الضعف القرائى الناتج عن ظروف داخلية :

نستطيع أن نميز نوعين منها :

١- ديسلكسيا عضوية .

٢- ديسلكسيا نمائية أى تطورية .

أما بالنسبة إلى العجز القرائى العضوى : وهو ضعف القراءة والكتابة المسبب من عوامل عضوية تلف دماغى ، وهذا الأثر البسيط لا يترك أثراً مباشراً على الطفل وإنما تكون له آثار بعد السنة الأولى أو عند دخول الطفل المدرسة ، ومن أهم أسبابه :

١- عسر الولادة .

٢- الولادة المبكرة .

٣- تعرض الأم خلال فترة الحمل إلى ارتفاع ضغط الدم أو النزيف .

٤- نقص الأكسجين من الدماغ عند الطفل أثناء عملية الولادة .

ديسلكسيا القراءة النمائية أو التطورية : هى عبارة عن العجز فى الكتابة والقراءة عند الطفل ، والتى لا ترتبط بأى تلف دماغى وإنما يلعب العامل الوراثى دوراً فى تكوين هذه الحالة حيث يتكرر حدوث هذا العجز فى عائلة الطفل .

إذا كان فشل الطفل فى المدرسة مقتصراً على بعض الجوانب التى تتضمن القراءة والكتابة بشكل خاص دون وجود الأسباب السابقة الذكر (العضوية) فإننا يمكن القول بأن الطفل يعانى من ديسلكسيا نمائية وفى هذه المرحلة يجب أن أبحث عن محكات وعن جوانب قصور أخرى تؤكد مثل هذا الاضطراب ومنها (محكات التعرف على الديسلكسيا النمائية) .

١- استمرار العجز فى القراءة والكتابة حتى مرحلة النضج .

٢- وجود طبيعة غريبة فى أخطاء القراءة والكتابة مثل الكتابة العكسية .

٣- تكرار حدوث العجز فى عائلة الطفل .

٤- تكرار حدوثها عند الذكور أكثر من الإناث .

٥- اضطراب إدراكى ، واضطراب نفسى .

٦- فشل مستمر فى القراءة بالرغم من وجود تدريس مناسب .

٧- غياب التخلف العقلى أو بطء التعلم ، أى وجود درجة عادية للذكاء .

ما هى الأخطاء الشائعة فى القراءة والكتابة عند الطفل الذى يعانى من الديسلكسيا :

١- عدم القدرة على لفظ أى كلمة غير مألوفة مع الميل إلى التخمين عند قراءتها .

٢- صعوبة فى التمييز للكلمات المتشابهة فى الكتابة أو الصوت ، مثل (توت، حوت) (قلم ، علم) .

٣- صعوبة فى تمييز الفرق بين الكلمات ، أو الأحرف عن أساس سمعى .

٤- صعوبة فى تتبع مكان الوصول فى القراءة .

٥- الحيرة والارتباك عند الانتقال من نهاية السطر الأول إلى بداية السطر الثانى أثناء القراءة .

٦- الميل إلى تحريك الشفاه أثناء القراءة الصامتة .

٧- "الفشل" فى الحصول على فهم جيد خلال القراءة الصامتة .

٨- لفظ غير صحيح لأحرف العلة .

٩- لفظ غير صحيح للأحرف الساكنة .

١٠- قلب وتبديل الأحرف ، وهى من أهم الأخطاء الشائعة فى الديسلكسيا كالكتابة المقلوبة للحرف .

والكتابة المعكوسة أو قلب الكلمة مثل باب لبـ لبـ وإبدال بعض الأحرف وقلب الكلمات مثل حسن – نسح .

١١- إضافة أو استبعاد لفظ حرف من كلمة (مثل صعوبانى التعالومى) أو حذف عدد من أحرف الكلمة تدريس – درس .

١٢- إبدال بعض الكلمات بأحرف تحمل معناها ، مثل رأيت قطة جميلة – رأيت بسه جميلة أو يعطى الكلمة التى تكون مقاربة فى المعنى التى تكون كتابة أو رمزا مثل : شمس – نار – دِفْء .

١٣- إعادة بعض الكلمات أكثر من مرة عند القراءة بدون مبرر .

١٤- حذف أو إضافة كلمات من أشكال مختلفة ، مثل فى قديم الزمان ، يقول بدلا منها : يمكن أن فى أقدم الأزمان ، الارتباك فى الاتجاهات من اليمين إلى اليسار ...

١٥- صعوبة فى القدرة على القراءة والتى تعود إلى أسباب طبية تتمثل فى الخلل الوظيفى للدماغ .

١٦- صعوبة فى القدرة على الكتابة والتى تسمى ديسكرابيا Dysgraphia والتى تعود إلى أسباب تتعلق بالقدرة الحركية الدقيقة ، ونقل المادة المنظورة إلى مادة حركية مكتوبة أو إلى عجز فى التآزر البصرى الحركى أو إلى عجز القدرة على إدراك الرموز .

١٧- تأخر ظهور الكلام ، يقصد بذلك تأخر وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل الذى يتصف بصعوبات التعلم حتى سن الثالثة.

١٨- سوء تنظيم وتركيب الكلام ، يقصد بذلك أن يتحدث الطفل بجمل غير مفيدة ، كما قد يستخدم الكلمات والأفعال فى الأماكن غير المناسبة لها ، فقد يضع الفعل مكان الفاعل أو المفعول به ويؤخر حروف الجر وهكذا .

١٩- فقدان القدرة المكتسبة على الكلام وتعنى فقدان القدرة على الكلام بعد تعلم اللغة ، وذلك بسبب إصابة الدماغ الوظيفية .

عندما يطلب من الطفل أن يرسم وجه الساعة وأن يضع الأرقام عليها تبين الأرقام والساعة فإنه يركز على جزء من وجه الساعة واضعاً اثنتى عشرة إشارة فى النصف الأيمن مع إهمال الجزء الأيسر .

هذه الأخطاء يجب عدم الأخذ بأهميتها عندما تصدر من طفل حتى خمس أو ست سنوات لأنها أخطاء شائعة فى الست سنوات الأولى من العمر حتى أنها ستبقى لعمر ٨ سنوات .

الأمور التى يجب مراعاتها فى تدريس الطفل الذى يعانى من ديسلكسيا (أساليب عامة فى تدريسهم) :

طريقة التعليم يجب أن تكون مركزة ، أى : أن يتلقى الطفل تعليمه فى صفوف صغيرة .

يجب أن يتم التعليم بالتدريج ، وببطء أى البدء من الأسهل إلى الأصعب .

يجب أن يستبدل أسلوب التعليم المعتمد على طريقة انظر واقرأ إلى "أسلوب تحليلى تركيبى" .

أن تكون الوسائل التعليمية ممتعة ومثيرة والتركيز على أسلوب التعلم عن طريق اللعب .

فى الحالات المعقدة عندما تصاحب الديسلكسيا مشاكل عصابية يجب أن يطبق البرنامج تدخلاً علاجياً .

تصنيفات (صعوبات التعلم) :

بما أن ميدان " الصعوبات الخاصة " فى تعلم الأطفال يتألف من حالات متنوعة واسعة ، فمن المهم توضيح أنواع المشكلات التى يظهرها الأطفال ذوو الصعوبات الخاصة بالتعلم .

ولقد أكد بعض المهنيين بأن مشكلات القراءة واللغة تعتبر جوهر "صعوبات التعلم " فى حين ذهب بعض المهنيين إلى أن الصعوبة فى الانتباه تعتبر الأساس الذى يجب أن يتوافر فى " الاضطرابات النفسية " الأخرى ، مثل مشكلات الذاكرة وإدراك الشكل والخلفية ، أو مشكلات الإدراك البصرية أو السمعية إذ هى الأساس أيضاً . وقد حددت تعليمات الحكومة الاتحادية

الأمريكية (القرار الحكومى عام ١٩٧٧م) ثلاثة أنواع من المشكلات :

١- مشكلات لغوية (التعبير الشفهى والفهم المبنى على الاستماع) .

٢- مشكلات القراءة والكتابة (التعبير الكتابى ومهارات القراءة) .

٣- مشكلات رياضية (إجراء العمليات الحسابية والاستدلال الرياضى) .

وفى ضوء ذلك يمكن تصنيف صعوبات التعلم إلى مجموعتين :

١- صعوبات التعلم النمائية التى أشير إليها فى تعريف الحكومة الاتحادية "بالعمليات النفسية الأساسية " .

٢- صعوبات التعلم الأكاديمية التى يواجهها الأطفال فى المستويات الصفية المختلفة.

أولاً : صعوبات التعلم النمائية :

تشمل صعوبات التعلم النمائية على تلك المهارات السابقة التى يحتاجها الطفل بهدف التحصيل فى الموضوعات الأكاديمية فحتى يتعلم الطفل كتابة اسمه لابد أن يطور كثيراً من المهارات الضرورية فى الإدراك والتناسق الحركى وتناسق حركة العين ، واليد والتسلسل والذاكرة وغيرها ، وحتى يتعلم الطفل الكتابة أيضاً فلابد أن يطور تمييزا بصريا وسمعيا مناسبا ، وذاكرة سمعية وبصرية، ولغة مناسبة وغيرها من العمليات الحسابية .

وتظهر كثير من هذه الصعوبات قبل دخول الطفل المدرسة وقد تتم معرفتها حين يبدأ الطفل "بالفشل" فى تعلم الموضوعات الأكاديمية المدرسية . وقد تم وضع صعوبات الانتباه ، والذاكرة والصعوبات الإدراكية – الحركية ضمن الصعوبات الأولية . إذ تعتبر وظائف عقلية أساسية متداخلة مع بعضها البعض فإذا أصيبت باضطرابات فإنها تؤثر على التفكير واللغة الشفهية . وقد سميت صعوبات اللغة والتفكير بصعوبات ثانوية ، إذ أنها تتأثر بشكل واضح بالصعوبات الأولية . وكثيراً ما تكون لها علاقة بصعوبات الانتباه ،

والتذكر ، والوعى بالمفاهيم والأشياء والعلاقات المكانية . وفيما يلى توضيح ذلك :

ـ الانتباه : هو القدرة على اختيار العوامل المناسبة ووثيقة الصلة بالموضوع من بين مجموعة من المثيرات الهائلة ، سمعية ، أو لمسية ، أو بصرية أو الإحساس بالحركة التى يصادفها الكائن الحى فى كل وقت . فحين يحاول الطفل الانتباه والاستجابة لمثيرات كثيرة فإننا نعتبر الطفل مشتتا .

و يصعب على الأطفال التعلم إذا لم يتمكنوا من تركيز انتباههم على المهمة التى بين أيديهم .

ـ الذاكرة : هى القدرة على استدعاء ما تم مشاهدته ، أو سماعه أو ممارسته أو التدريب عليه . فالأطفال الذين يعانون من مشكلات واضحة فى الذاكرة البصرية أو السمعية قد تكون لديهم مشكلة فى تعلم القراءة والهجاء والكتابة وإجراء العمليات الحسابية .

ـ العجز فى العمليات الإدراكية : التى تتضمن إعاقات فى التناسق البصرى – الحركى ، والتمييز البصرى ، والسمعى واللمسى ، العلاقات المكانية ، وغيرها من العوامل الإدراكية .

ـ اضطرابات التفكير : تتألف من مشكلات فى العمليات العقلية ، الحكم والمقارنة ، وإجراء العمليات الحسابية والتحقق ، والتقويم والاستدلال ، والتفكير الناقد وأسلوب حل المشكلة ، واتخاذ القرار .

ـ اضطرابات اللغة الشفهية : ترجع إلى الصعوبة التى يواجهها الأطفال فى فهم اللغة ، وتكامل اللغة الداخلية ، والتعبير عن الأفكار لفظيا .

ثانياً : صعوبات التعلم الأكاديمية :

أما صعوبات التعلم الأكاديمية ، فهى المشكلات التى تظهر أصلا من قبل أطفال المدارس ، ويشتمل مصطلح صعوبات التعلم الأكاديمية على :

١- الصعوبات الخاصة بالقراءة .

٢- الصعوبات الخاصة بالكتابة .

٣- الصعوبات الخاصة بالهجاء والتعبير الكتابى .

٤- الصعوبات الخاصة بالحساب .

فحين يظهر الطفل قدرة كامنة على التعلم ، ولكنه يفشل فى ذلك بعد تقديم التعليم المدرسى الملائم له ، عندئذ يؤخذ فى الاعتبار أن لدى الطفل صعوبة خاصة فى تعلم القراءة أو الكتابة أو الهجاء ، أو التعبير الكتابى .

و بعد صفحات قليلة فى الفصل القادم سوف يتناول المؤلف كلا من "صعوبات الكتابة والقراءة " بشىء من التفصيل باعتبارها أكثر الصعوبات الأكاديمية انتشارا ، ومن جانب آخر فهى قد تسهم بشكل أو بآخر فى إظهار صعوبات تعلم أكاديمية أخرى .

الخصائص السيكولوجية للأطفال ذوى (صعوبات التعلم) :

تشير " فاليت " ، ١٩٦٩م ، إلى سبع خصائص (صفات) غالبا ما تكون شائعة لدى " ذوى صعوبات التعلم " وهى :

١- تاريخ لتكرار الفشل الأكاديمى فى ملاحقة (مواصلة) المراحل التعليمية حيث يوجد تاريخ من تكرار مرات رسوب هذا الفرد أو فشله فى التحصيل الأكاديمى ومن خلاله يمكن توقع الفشل أو الرسوب مرة أخرى .

٢- وجود عجز ، أو خلل بيئى أو فيزيقى يؤثر على (يتفاعل مع) صعوبات التعلم ، حيث إن بعض العوامل ، مثل : الشذوذ فى البيئة أو النواحى الفيزيقية ، مثل : الاضطراب البسيط فى الرؤية ، اضطراب أو فقد السمع يمكن أن يتسبب فى حدوث عادات تعليم خاطئة أو تعلم غير منتج والتى بدورها تتسبب فى إحداث " صعوبات تعلم " كبرى تفوق حدود المشكلة الفيزيقية الأصلية .

٣- اضطراب وشذوذ فى الدافعية : حيث إن تكرار الفشل والرسوب ، والنبذ من جانب المدرسين والرفاق ، ونقص التدعيم كل هذه العوامل مجتمعه أو بعضها من شأنه أن يعمل على إضعاف السلوك الصحيح عندما يظهر من الطفل وبالتالى فهى تؤدى إلى انخفاض الدافعية لدى هؤلاء الأطفال .

٤- القلق المستمر وغير المحدد : والذى ينشأ ربما نتيجة لتكرار الفشل ومرات الرسوب وبالتالى فإن الأطفال ذوى " صعوبات التعلم " ينشأ لديهم توقع بالفشل ليس فقط فى مجال التحصيل الأكاديمى ، بل أيضاً فى باقى المجالات الأخرى (تعميم التوقع بالفشل) وبالتالى أيضا فإن توقع مجىء الفشل وتوقع تكراره من شأنه أن ينشأ لدى الطفل حالة من التوتر النفسى والقلق ، والشعور بعدم الارتياح ، وبعض مظاهر اضطراب الانتباه والانسحاب ، مثل استغراق الطفل فى أحلام اليقظة ، تبدو عليه علامات عدم الاهتمام وعدم اليقظة .

٥- سلوكيات شاذة وعنيفة (غير مستقرة) : حيث تظهر على الأطفال بعض السلوكيات المتغيرة فجأة (المتقلبة) بصورة أكثر من المتوقعة بالنسبة للعمر الزمنى لهذا الطفل ، أيضا اليقظة وسعة الانتباه ، أيضا تكون متقلبة : أحيانا يقظ ومنتبه ، وأحياناً أخرى عكس ذلك .

٦- أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تقييم كامل لتحديد الصفات والخصائص السلوكية لديهم لأنهم من خلال الملاحظة غير الدقيقة من الممكن أن يتم تشخيصهم بأنهم من المتخلفين عقليا .

٧- القصور فى القدرة على التعلم : حيث إن ذوى " صعوبات التعلم " لديهم قصور فى القدرة على متابعة الخبرات التعليمية التى تقدم للعاديين (بمعنى أنه يحتاج إلى نظام معين فى تقديم المعلومات حتى يمكنه متابعة العملية التعليمية) ، ومن ثم يمكنه إنتاج سلوك غير شاذ ويمكنه الاستفادة من العملية التعليمية .

إذ أن المشكلة تكمن فى الافتقار إلى التطابق بين الأنشطة السائدة فى حجرة الدراسة وحاجات الطفل ذى " صعوبات التعلم " اللازمة لمتابعة هذه الأنشطة ، وغالبا تأتى المشكلة من المدرس الذى يقول بطريقة ما : إن الذى نفعله فى حجرات الدراسة أننا لا نعمل فقط من أجل متابعة مثل هذا الطفل وحده .

كما أشار " كيرك " ، ١٩٨٣ إلى ثلاثة جوانب أساسية لابد أن تؤخذ بعين الاعتبار عند دراسة " صعوبات التعلم " التى تعتبر عائقا نفسيا وعصبيا يتدخل فى تعلم الكلام واللغة المكتوبة أو الإدراك والمعرفة أو السلوك الحركى وهذه الجوانب هى :

ظهور تباين ما بين سلوكيات محددة ، والتحصيل أو التباعد ما بين القدرة والتحصيل .

عدم تعلم الطفل باستخدام الطرق والمواد التعليمية الملائمة لمعظم الأطفال مما يستدعى توفير إجراءات خاصة .

أن صعوبات التعلم ليست ناتجة بشكل أساسى عن تخلف عقلى شديد وإعاقات حسية ، أو مشكلات انفعالية أو نقص فرص التعلم .

الأسس السيكوفسيولوجية (لصعوبات التعلم) :

لما كان المخ هو عضو النشاط النفسى الراقى بما فى ذلك التعلم ، وبالنظر إلى ذلك العضو باعتباره كما ورد فى بعض الدراسات أن نظام عمله يشبه نظام عمل الحاسب الآلى من حيث استقبال وتشغيل المعلومات ، ثم إصدار الاستجابات فإن الوحدة المركزية الأساسية التى تشغل هذه المعلومات وتتعامل معها بعد استقبالها هى المخ ، إلا أن هناك تخصصا وظيفيا لهذا العضو وهذا التخصص يأتى فى إطار البناء التركيبى للمخ إذ ينقسم المخ من الناحية التشريحية البنائية إلى نصفين كرويين متماثلين تماما فى البناء ولكن بينهما

اختلافا وتخصصا فى وظيفة كل منهما .

١- نصف الكرة الأيسر :

ويطلق عليه أحياناً نصف الكرة المهيمن ، وقديما سمى بنصف الكرة الأرسطالى نسبة إلى أرسطو وعلم المنطق وتشترك أجزاء هذا النصف أساساً فى الوظائف التحليلية ، الوظائف اللفظية ، عمليات الإدراك المتتالية ، كالكتابة واللغة والكلام .

وكذلك فإن نصف الكرة الأيسر يعتمد كنمط إدراكى على المنطق الرقمى ذلك أن المعلومات التى تصل إلى نصف الكرة الأيسر يتم تشفيرها بصورة أقرب ما تكون إلى المنطق الرقمى .

كما يشترك فى عملية الاستدلال المنطقى والوظائف العلاقية ، وكل من العمليات السابقة تصلح لاتخاذ القرار المنطقى الذى يحقق البقاء .

٢- نصف الكرة الأيمن :

ويطلق عليه أحيانا غير المهيمن أو نصف الكرة الأفلاطونى نسبة إلى أفلاطون ، أما النمط الإدراكى المعرفى لمحتوى المعلومات المرتبطة به والذى ظهر من نتائج الأبحاث التجريبية فى هذا الصدد ليتصف بأنه يقوم على المحاكاة (فى شكل كميات فيزيقية بخلاف نصف الكرة الأيسر الذى يعتمد فى برمجة المعلومات على نظام رقمى قانون الكل أولا شيء .

كذلك فإن نصف الكرة الأيمن يغلب على عملياته طابع التخليق ومن جهة أخرى يظهر ارتباطه بالأداء غير اللفظى .

وإذا ما تناولنا المعلومات البصرية – المكانية وجدنا أن نشاط نصف الكرة الأيمن يتصف بنمط التأثير الماسح للصيغ "الجشطلتية" التى تشترك فى الدلالات الرمزية والتحورية .

وبالنسبة للتفكير يتصف بأنه حدسى ، وأخيراً يرتبط نصف الكرة الأيمن

بعمل الصورة من جانب ، وبالنمط الموسيقى من جانب آخر .

وعلى الرغم من أن هناك الكم الهائل من الأبحاث التى تؤكد ذلك التوظيف التخصصى لعمل النصفين الكرويين إلا أن العلم مازال يتطلب المزيد من الأبحاث العلمية التى تبحث فى نظام الشفرة التى يتحدث بها كل من النصفين الكرويين .

ولا يصح على الإطلاق أن نفصل بين الوظيفة التكاملية لعمل كل منهما فأى نشاط لابد وأن يصدر عن "!التكامل الوظيفى لعمل المخ" فعملية تشغيل المعلومات لا يمكن أن تصل إلى أعلى مستوى من الكفاءة إلا بالتكامل الوظيفى بين جميع أجزاء المخ ومن المسئول عن المعلومات التى تصل إلى النصفين الكرويين وبالتالى المسئول عن التكامل الوظيفى لها ؟ والإجابة العامة تتمثل فى التربية كعملية يتم من خلالها حدوث التعلم ، فالتربية كما يوضح "أ . ليى ماك كاب " ، ١٩٧٧ تلعب دوراً هاماً ورئيساً فى المدخلات التى تقدم إلى الفرد فى مراحل النمو المختلفة .

وكثير من المتاعب والمشاكل داخل المجتمع بجميع أفراده ترجع إلى الفشل فى أحداث التكامل بين كلا النمطين المرتبطين بكل من نصف الكرة الأيسر والأيمن.

ويبدو أن عدم الوصول إلى نظام اجتماعى متكامل يقترن بقصور التكامل بين النصفين الكرويين على مستوى الفرد وعلى مستوى المجتمع ، والتربية تمثل نقطة البداية من خلال تغير المدخلات التى تتمثل فى محتوى المنهج الذى يدرسه التلميذ ونسبة الذكاء I.Q كمفهوم أساسى فى علوم التربية التقليدية مغزاه هو النسبة بين العمر العقلى ، أو المعرفى والعمر الزمنى ، وفى الحقيقة بعد أن أصبح مصطلح الذكاء يتم تحديده وتعريفه بصورة متزايدة بلغة مقدرة كل من نصفى الكرة الأيسر والأيمن ، فإن نسبة الذكاء I.Q أصبحت تعنى فى جوهرها نسبة مقدرة نصف الكرة الأيسر إلى مقدرة نصف الكرة الأيمن

منسوبة للعمر ، والأطفال فى أغلب النظم التربوية يتم انتقاؤهم على أساس نسبة الذكاء (التحيز إلى نمط نصف الكرة الأيسر) ثم يتم وضعهم فى تلك المواقف التعليمية التى تعمل على استثارة نشاط نصف الكرة الأيسر ويتم تدعيم استجاباتهم على هذا النحو أيضا حتى يمكن أن تظهر عليهم الفائدة من استقلال تنشيط نصف الكرة الأيسر وبالتالى فهم يخرجون إلى المجتمع الذى قد يتوقع أن يتصرفوا غالبا فيه وكأن ليس لهم نصف كرة أيمن كان من الممكن أيضا استغلاله والاستفادة منه.

أما هؤلاء الذين لا يحصلون على درجات فى اختبارات الذكاء لتقدير نسبة الذكاء I.Q (بلغة علم النفس الفسيولوجى) أو قد يكون لديهم عدم كفاءة بالنسبة لنصف الكرة الأيسر بينما يكون نصف الكرة الأيمن فى حالة تامة يمكن توظيفها إذا ما تعرض إلى محتوى يستثير نشاطه الوظيفى .

وفى كلتا الحالتين فإن ما تعرضوا له من خلال عملية التربية لم يتح لهم الفرصة لتنشيط وتشغيل المعلومات بالنصفين الكرويين مما أدى إلى انخفاض ما حصلوا عليه من نتائج الاختبار .

والنتيجة النهائية لهذا الانتقاء غير الطبيعى هى فقدان لمصادر الإنسان وفقدان لإمكاناته (أى إمكانات عمل النصفين الكرويين لو تم تغذيتهما بالمعلومات الخاصة بهما) وبالتالى ضياع للطاقة الإنسانية .

وعموما إذا لم نضع فى الاعتبار خصائص عمل النصفين الكرويين والفترات الحرجة التى يمكن أن تسبب فوات الأوان لاكتساب المهارات العقلية المعينة ، فإننا بذلك لا نعطى الفرصة للاستفادة من ذلك البناء المعجز للقشرة المخية .

وبعد هذا العرض عن التخصص النوعى ومحتوى المعلومات بكلا النصفين الكرويين فإنه من الضرورى طرح تساؤل عن دور محتوى المنهج الذى يدرسه التلميذ . إن المناهج الدراسية لابد وأن تهتم بالدرجة الأولى وبلا قيد

أو شرط بوظيفة تداخل العلوم ذلك هو المخرج لبناء العقل والشخصية الإنسانية بأقصى ما توفره إمكانات المخ .

لابد وأن يوضع محتوى كل مادة فى ضوء محتوى المواد الأخرى حتى يتكون فى النهاية سيمفونية ذات هارمونى وانسجام تحقق التكامل الوظيفى لتشغيل المعلومات بالمخ ، هل آن الأوان لوحدة جميع فروع العلم داخل المدرسة ؟

فالاختلافات الحادة بين أفراد مجتمع ما تظهر نتيجة أن محتوى المنهج فى أغلب نظم التربية يعمل على استثارة وتنشيط نصف الكرة الأيسر بالمخ ، بدون وعى من القائمين على وضع المناهج وتنظيمها . إن للمنهج دوراً رئيساً وخلاقاً فى الوقاية النفسية للفرد عندما تتيح المناهج بمحتواها المتسلسل والمنظم الفرصة لتكامل وظائف كل من النصفين الكرويين بالمخ ، وبذلك نكون قد حققنا أعظم شروط الصحة النفسية للفرد ، وبالتالى أيضا يمكن حل العديد من المشاكل التطبيقية للوصول إلى أقصى صورة للاستفادة من إمكانات الإنسان .

بناء على ما تقدم تتضح لنا ثلاث حقائق أساسية هى :

١- أن المخ هو الذى يتعلم فعلا ، فهو عضو النشاط العصبى الراقى (إدراك – تخيل – تذكر – وعى) .

٢- أن المخ بطبيعته يعمل : إما بصورة كلية متكاملة كوحدة شاملة كما أن هناك تمركزا دقيقا فى وظيفة كل جزء منه .

٣- أن الوسائل النفسية من اختبارات ومقاييس الأداء ضرورة حتمية تسير فى خط متبادل مع المؤثرات الفسيولوجية والاختبارات النيورلوجية حتى تنجح التطبيقات العملية فى التنبؤ والعلاج الضرورى لحالات اضطراب السلوك الإنسانى ، فالعصر الحالى يمثل عصر التكامل والتداخل بين التخصصات .

وبناء على ما تقدم نجد أن انخفاض كفاءة الوصلات العصبية فى نقل

المعلومات وتشغيلها فى أحد النصفين الكرويين أو فى أحد المراكز العصبية المتخصصة (وظيفياً) فى القشرة المخية ينتج عنه اضطرابات فى الاستجابات الملائمة الصادرة عن الكائن الحى ، ومن ثم يصعب لديه تكوين علاقات عصبية جديدة ثابتة كالتى تنشأ لدى الأسوياء كنتيجة لأثر التعلم ، إذ أن التعلم من الناحية السيكوفسيولوجية يوصف بأنه تكوين وصلات عصبية سيكوفسيولوجية جديدة من شأنها إصدار استجابات محددة من الفرد عند تعرضه لمثيرات محددة ومن ثم فإن انخفاض كفاءة الوصلات والاتصالات العصبية بين خلايا الجهاز العصبى يؤدى إلى اضطرابات فى تمثيل المعلومات لدى الفرد ومن ثم ظهور مؤشرات " صعوبات التعلم " المختلفة بأنواعها.

المحكات المستخدمة فى معرفة وتحديد الأطفال ذوى صعوبات التعلم :

لتمييز صعوبات التعلم عن حالات الإعاقة الأخرى أو من أشكال التخلف التربوى ، فمن الضرورى وصف أو تحديد الحالات التى تميز هذه الفئات من الأطفال . وتوجد ثلاثة محكات يجب التأكد منها قبل أن نحكم بأن لدى الطفل " صعوبات خاصة فى التعلم " .. وهذه المحكات هى : محك التباعد أو التباين ، محك الاستبعاد ، محك التربية الخاصة .

أولاً : محك التباعد أو التباين :

يظهر الأطفال ذوو " صعوبات التعلم ": تباعدا فى واحد أو أكثر من المحكات الآتية :

١- تباعدا واضحا فى نمو العديد من السلوكيات النفسية (الانتباه ، التمييز ، واللغة ، والقدرة البصرية الحركية ، والذاكرة ، وإدراك العلاقات ... وغيرها).

٢- تباعدا بين النمو العقلى العام أو الخاص والتحصيل الأكاديمى ، ففى مرحلة ما قبل المدرسة عادة ما يلاحظ عدم الاتزان النمائى ، فى حين يلاحظ

التخلف الأكاديمى فى المستويات الصفية المختلفة .

٣- التفاوت فى النمو ، لقد لوحظ تفاوت النمو فى الوظائف النفسية واللغوية عند بعض الأطفال فى مستوى ما قبل المدرسة . وفى هذه الحالات كان الطفل ينمو بشكل عادى فى بعض الوظائف ويتأخر فى وظائف أخرى . فعلى سبيل المثال فإن الطفل الذى ينمو بشكل ملائم فى اللغة ولكنه يتأخر فى المشى ، والتناسق الحركى ، والقدرات البصرية – الحركية يكون لديه تباعدا فى عملية النمو .

وكمثال لأطفال ما قبل المدرسة ممن لديهم " صعوبة تعلم نمائية " حالة الطفلة التى وضعت وهى فى سن الرابعة بشكل خاطئ مع الأطفال المتخلفين عقليا من فئة القابلين للتدريب نتيجة لانخفاض التعبيرات اللفظية لديها وكذلك حصولها على نسبة ذكاء غير صادقة تقع دون الخمسين .

وتوجد أنواع كثيرة من صعوبات التعلم النمائية عند الأطفال ، فقد كان لدى طفلة تبلغ من العمر ٦ سنوات صعوبة فى معرفة الأشياء المشاهدة على الرغم من أن حدة إبصارها كانت عادية ، فهى تعرف زملاءها عندما يتكلمون وليس من خلال حاسة الإبصار . ففى هذه الحالة نلاحظ أن قدرات الإدراك البصرى كانت منخفضة فى حين كانت قدراتها الإدراكية السمعية تقع ضمن المتوسط ، فى حين نجد أن بعض الأطفال خاصة أولئك الذين يصابون بعجز فى الدماغ من مثل الشلل الدماغى سواء كان ذلك فطريا أو مكتسبا (من خلال مرض أو حادث) قد تكون لديهم " صعوبات تعلم نمائية " . ففى هذه الحالات تعمل بعض الوظائف بشكل عادى فى حين تتصف بعض الوظائف الأخرى بالعجز الواضح .

التفاوت بين التحصيل الأكاديمى والأداء المتوقع ، حيث يعطى الطفل دليلا على أن قدرته العقلية تقع ضمن المتوسط ، ويحقق تقدما عاديا أو قريبا من العادى فى الحساب وفى اللغة، ولكنه لم يتعلم القراءة بعد فترة كافية من

وجوده فى المدرسة ، فعندئذ يمكن اعتبار الطفل أن لديه صعوبة تعلم فى القراءة . وشبيه بذلك إذا تعلم الطفل القراءة ولكنه متخلف بشكل واضح فى (الرياضيات) .

ثانيا : محك الاستبعاد :

لقد وجدت دراسات مسحية متعددة هدفت إلى التعرف على نسبة شيوع التخلف الأكاديمى فى المدارس وتوصلت هذه الدراسات إلى أن نسبة ١٠-١٢٪ من طلاب المدارس كان أداؤهم منخفضا عن عمرهم الزمنى فى واحد أو فى جميع الموضوعات الأكاديمية المتعلقة فى القراءة ، والهجاء ، والحساب ، والكتابة . ومع ذلك فقد يكون الطفل متخلفا أكاديميا أو نمائيا ولكنه لا يعتبر ضمن الذين يعانون من " صعوبات التعلم " .

ويجب أن نتذكر أن تعريفات " صعوبات التعلم " تستبعد تلك الصعوبات التى يمكن تفسيرها بتخلف عقلى عام ، أو إعاقة سمعية أو بصرية ، أو اضطراب انفعالى ، أو نقص فرص التعلم ، وأن السبب فى استبعاد هذه الحالات قد يكون واضحا ، فالطفل الأصم لا يطور لغة بشكل طبيعى ، مع أن قدرته البصرية والعقلية قد تكون عادية . والحقيقة أن هناك تباعدا بين تعلم اللغة وأنواع التحصيل الأخرى يمكن تفسيرها بحالة الصمم . وفى هذه الحالة قد يحتاج الطفل إلى برنامج تربوى للصم بدلا من برنامج لصعوبات التعلم . وكذلك فإن الطفل الذى لم يتطور فى اللغة ، وفى الإدراك البصرى ، وفى التكيف الاجتماعى أو فى مهارات العناية بالذات ، يحتاج إلى برنامج عام فى النمو يقدم للأطفال المتخلفين عقليا ، ومن جانب آخر فإن الطفل الكفيف الذى لديه عجز فى إعطاء معان لما يحس به (نقص الشعور والإحساس فى الأصابع) قد يعتبر متعدد الإعاقة (صعوبة تعلم وكف بصر) ، وعند تصنيف الأطفال لأغراض تعليمية يجب الحذر لتجنب التشخيص الخاطئ .

إن هناك حالات عديدة ينتج عنها تخلف تربوى قد تصنف ضمن

'صعوبات التعلم " بشكل خاطئ ، وتتضمن هذه الحالات :

١- الإعاقة الذهنية .

٢- الإعاقات الحسية .

٣- الاضطرابات الانفعالية الشديدة .

٤- نقص فرص التعلم .

٥- الحرمان الاقتصادى والثقافى .

١-الإعاقة الذهنية :

ينتج عنها عادة انخفاض فى تحصيل الطفل فى الموضوعات الأكاديمية . فالطفل المعاق ذهنياً يعانى من صعوبة كبيرة فى تعلم القراءة والهجاء ، أو إجراء العمليات الحسابية فى مستوى عمره . إن كثيراً من هؤلاء الأطفال لا يبدءون القراءة على سبيل المثال حتى يصلوا إلى سن ٨ – ١٠ سنوات . ومن ثم يبدءون التعلم ولكن بمستوى ينخفض عن تعلم الطفل العادى . ولقد راجع " كيرك " وآخرون (١٩٧٨) الدراسات التى تناولت آثار التخلف العقلى على التحصيل الأكاديمى ، وقد توصلوا إلى " أنه وفقاً للعمر فإن الأطفال بطيئى التعلم يميلون إلى القراءة فى مستوى ينخفض عن عمرهم العقلى " .

فإذا كانت نسبة ذكاء الطفل ٥٠-٦٠ أو ٧٠ فإن مستواه العقلى يقع بين ٣-٤ سنوات عندما يكون عمره الزمنى ٦ سنوات .

وهذا يعنى بأن الطفل يمتلك المهارات الأساسية للقراءة حتى يبلغ من العمر ٩ – ١٢ سنة . وبما أن التخلف الأكاديمى هو نتيجة للتخلف العقلى ، فإن تربية الطفل يجب أن تكون عامة وعملية ، وتعدل لتتناسب مع معدل النمو المنخفض فليس هناك تباعد بين التحصيل والتوقع كما حددته القدرة العقلية ، واللغة والعمليات الحسابية عند مثل هذا الطفل .

٢- الإعاقات الحسية :

تؤثر الإعاقات السمعية والبصرية الواضحة أيضا فى القدرة على التعلم ، فالأطفال الصم متخلفون فى القراءة بسبب أن الصمم يتدخل فى تطور اللغة، ومن غير الممكن أيضا للأطفال المكفوفين أن يتعلموا قراءة المادة المطبوعة ، إلا أنهم يستخدمون طريقة برايل فى القراءة . ولا يعتبر الأطفال المعوقون حسيا ضمن فئة " صعوبات التعلم " بسبب أن هناك برامج صممت خصيصا للأطفال الصم أو المكفوفين ، وكذلك فإن بعض الأطفال المعوقين حسيا قد تكون لديهم صعوبة فى التعلم ، ويمكن اعتبارهم متعددى الإعاقة .

٣- الاضطرابات الانفعالية الشديدة :

يمكن أيضا أن تؤثر الاضطرابات الانفعالية الشديدة فى التحصيل الأكاديمى، ولقد أظهرت الدراسات بأن الأطفال المضطربين انفعاليا بدرجة خطيرة هم فى الوقت نفسه متخلفون تربويا . ومن الضرورى إجراء تحليل لأولئك الأطفال لتحديد ما إذا كانت صعوبة التعلم قد أثرت أم لا فى عدم التكيف الاجتماعى والانفعالى ، وكذلك فى الجوانب الأكاديمية .

٤- نقص فرص التعلم :

تعتبر نقص فرص التعلم سببا آخر فى تخلف الأطفال تربويا ، فالطفل الناضج اجتماعيا ، ومهنيا ، ولغويا ولكنه متخلف أكاديميا فإن تخلفه قد يكون ناتجاً عن عدم توافر فرص التعلم المقدمة إليه ، ومع أن هناك تفاوتا بين قدرته وتحصيله ، إلا أن الطفل لا يعتبر ضمن فئة " صعوبات التعلم " .

تخيل طفلا عمره ١٠ سنوات قدم إلى المدينة من منطقة نائية لم يسبق له أن التحق بمدرسة ، أو أنه التحق بمدرسة ولكن بشكل متقطع ، فقد يقع ذكاء هذا الطفل ضمن المتوسط ، وقد تكون قدرته السمعية والبصرية عادية ، ولكنه غير قادر على القراءة أو الهجاء ، أو حل المسائل الحسابية ، وقد لا يكون لدى

الطفل أى صعوبة نمائية ، وبالرغم من أن هناك تباينا واضحا بين قدرته وتحصيله وهو ليس متخلفا عقليا أو معوقا بدرجة خطيرة فإنه لا يصنف ضمن فئة " صعوبات التعلم "، إذ لم ينطبق عليه المحك الثالث ، وهو الحاجة لتربية خاصة . إن مثل هذا الطفل سوف يستفيد من عملية التعليم إذا توافرت له الفرصة التعليمية المناسبة ، فهو لا يحتاج إلى طرق علاجية خاصة ، وأن كل ما يحتاجه برنامج عادى فى القراءة .

٥- الحرمان الاقتصادى والثقافى :

فى بعض الأحيان يؤثر الحرمان الاقتصادى والثقافى سلبا فى الدافعية للتعلم ، فقد نجد أن بعض الأطفال ليست لديهم الدافعية للتعلم ، وذلك بسبب عدم اهتمام البيت بما يحصل مع الطفل فى المدرسة ، فقد يكون هناك تباعد بين القدرة والتحصيل ، ولكن انخفاض التحصيل قد يكون ناتجا عن الاتجاهات السلبية نحو المدرسة .

إن بعض أطفال المناطق الفقيرة والمحرومة اقتصاديا ليست لديهم الدافعية للتعلم بسبب ما يواجهونه من إحباط وعدم تشجيع .

ثالثا : محك التربية الخاصة :

الأطفال ذوو " صعوبات التعلم " هم أولئك الأطفال الذين يحتاجون لطرق خاصة فى التعليم تصمم خصيصا لمعالجة مشاكلهم وبتعبير آخر ، فإن الأطفال الذين لم تتح لهم فرصة للتعلم – ولهذا كانوا متخلفين تربويا – فإنهم سوف يتعلمون بالطرق العادية فى التعلم والتى تستخدم مع غالبية الأطفال . فالأطفال المتخلفون تربويا بسبب عدم التحاقهم بالدراسة أو لأنهم التحقوا بها بشكل متقطع سيتعلمون باستخدام الطرق العادية المستخدمة مع الأطفال جميعا . ومن جانب آخر ، إذا كان الطفل متخلفا تربويا ولديه صعوبة تعلم نمائية ، فإن ذلك الطفل يحتاج وذلك من خلال طرق تعليم متميزة لا تستخدم

بشكل عام مع الأطفال جميعا . ومن طرق التربيـة الخاصـة قـراءة الشـفاه التـى تعلم للأطفال المعوقين سمعيا . وتعتبر هذه الطريقـة خاصـة إذ لا تسـتخدم مـع الأطفال العاديين ، ومن الأمثلة الأخرى استخدام طريقة الحس – حركية (كتابة كلمات وجمل مـن الذاكـرة) مـع الأطفـال ذوى " صعوبـات التعلـم الخاصـة بالقراءة " .

إن الحاجة إلى طريقة خاصة بسبب وجود بعض الاضطرابات النمائيـة التـى تمنع أو تعيق قدرة الطفل على التعلم تعتبر محكا مهما على الرغم من إهمالـه غالبا – ويعتـبر هـذا المحـك ضروريـا إذ يتوجـب علـى الفـاحص بعـد القيـام بـإجراءات التشـخيص المناسـبة للكشـف عـن درجـة التبـاعد بـين القـدرة والتحصيـل وكذلـك اسـتبعاد كـل الظـروف التـى لا تنـدرج تحـت مسـمى "صعوبات التعلم " أن يحدد برنامجا علاجيا خاصا ومناسبا .

لقد وضع " كيرك " و " جالجر " (١٩٨٣) ثلاثة جوانب أساسـية لابـد أن تؤخذ بعين الاعتبار عند دراسة " صعوبات التعلم " التى تعتبر عائقـا نفسـيا وعصبيا يتدخل فى تعلـم الكـلام ، واللغـة المكتوبـة أو الإدراك ، والمعرفـة أو السلوك الحركى . وهذه الجوانب :

١- ظهور تباين ما بين سلوكيات محددة والتحصيل أو التباعد مـا بـين القـدرة والتحصيل .

٢- عدم تعلـم الطفـل باسـتخدام الطـرق والمـواد التعليميـة الملائمـة لمعظـم الأطفال مما يستدعى توفير إجراءات خاصة .

٣- صعوبات التعلم ليست ناتجـة بشـكل أساسـى عـن تخلـف عقلـى شـديد وإعاقات حسية ، أو مشكلات انفعالية ، أو نقص التعلم .

ويمكـن اسـتخدام الوصـف السـابق كمرشـد لتشـخيص الأطفـال ذوى صعوبات التعلم وذلك بتحديد :

- وجود تباعد واضح بين القدرة الكامنة ، والتحصيل الدراسى .
- التخلف التربوى ليس ناتجاً عن إعاقات أخرى .
- الطفل لا يتعلم بالطرق العادية ، ويحتاج إلى طرق خاصة فى التعلم .

تشخيص (صعوبات التعلم) :

اهتم المربون وعلماء النفس والآباء منذ فترة طويلة بتشخيص الصعوبات التى تقابل المتعلم فى عملية التعليم والتعلم ، وهناك عدة محاولات لتقديم بعض المقترحات العلمية لعلاج نواحى القصور ، ونقاط الضعف التى تواجه العملية التعليمية آملين فى زيادة كفاية وفعالية العملية التعليمية ، وقد حظى مجال " صعوبات التعلم " بوسائل وفنيات متقدمة للغاية بالنسبة لتقدير درجة ومجال الصعوبة . وتشخيص " صعوبات التعلم " لا يعنى وجود هذه الصعوبة أو تجنبها فحسب بل يعنى تحديد درجتها أيضا ، أى أن عملية تشخيص " صعوبات التعلم " تهدف إلى تحديد هذه الصعوبات والتعرف على أسبابها ومن ثم وضع البرامج العلاجية المناسبة لها .

وتحتاج عملية التعرف على حالات " صعوبات التعلم " إلى تجميع بيانات إضافية واسعة المدى عن الطفل قبل تقرير ما إذا كان يعانى حقيقة من إحدى هذه الصعوبات أم لا ؟ نظراً لأن الطفل صاحب صعوبة التعلم يظهر تباعداً وتنوعاً واسعين فى الخصائص العامة ، ولهذا فعند تقييم هذا الطفل لابد لأخصائى التشخيص والتقييم أن لا يعتمد على اختبار واحد بل عليه أن يختار مجموعة من الاختبارات أو الأساليب التى تعتمد على المدخلات البصرية والسمعية حيث تسمح للطفل صاحب " صعوبة التعلم " بالاستجابة بطرق متعددة مثل الكلام ، الإشارة ، والكتابة ووضع الخطوط وغيرها من الاستجابات .

وتحكم عملية تشخيص " صعوبات التعلم " عدة مبادئ ، منها : الوصف

التفصيلى للصعوبة وما يرتبط بها من أعراض ومصاحبات ويتضمن هذا الوصف معلومات عن التاريخ التحصيلى لصاحب " صعوبة التعلم " ، وكيف ظهرت وتطورت هذه الصعوبة ، بالإضافة إلى التعرف على الإمكانات الفعلية للتلميذ التى يمكن الإفادة منها فى علاج " صعوبة التعلم " لديه .

ويتضمن ذلك استخدام أدوات ملائمة لتقدير مدى سلامة حواسه ، وتناسقه الحسى – حركى وسلامة المخ والجهاز العصبى ومستواه الصحى العام.

وعادة ما يتم جمع المعلومات التشخيصية عن حالة الطفل صاحب صعوبة التعلم عن طريق إجراء مجموعة من الاختبارات والمقاييس المعروفة فى ميدان "صعوبات التعلم" ، ومن أهم هذه الاختبارات ما يلى :

١ــ اختبارات التحصيل المقننة :

تعد اختبارات التحصيل المقننة من أكثر الاختبارات الشائعة الاستخدام فى مجال " صعوبات التعلم " ، وذلك لأن انخفاض مستوى التحصيل يعتبر من أكثر المظاهر التى يمكن ملاحظتها وقياسها عند الأطفال أصحاب " صعوبات التعلم " وتستخدم نتائج هذه الاختبارات فى تحديد جوانب القوة وجوانب الضعف العامة فى التعلم المدرسى ، ومن أكثر هذه الاختبارات شائعة الاستخدام فى قياس مستوى التحصيل فى القراءة اختبار " دراييل " التحليلى، ١٩٦٢ لصعوبات تعلم القراءة ، واختبار " جيتس ميكلب " ، ١٩٦٨ لتشخيص صعوبات القراءة ، واختبار " موترو " لتشخيص القراءة .

كما أن هناك بعض الاختبارات التى تستعمل باستمرار فى قياس مستوى التحصيل فى الحساب ومنها اختبار " ستانفورد " لتشخيص صعوبات تعلم الحساب . وغيرها من الاختبارات التى يمكن استعمالها بشكل جيد من قبل المعلم فقط لأنه صاحب الدور الرئيس فى ذلك .

إذ لا يجوز للمعلم أن يستعمل نتيجة هذه الاختبارات من أجل مقارنة التلميذ بأقرانه ، بل يجب عليه أن يتحرى الأخطاء التى وقع فيها الطفل حتى يتمكن من اقتراح الحلول الملائمة لعلاجه .

٢- اختبارات القدرة العقلية :

يشير " فاروق الروسان " ، ١٩٨٧ إلى أن الهدف من استخدام اختبارات القدرة العقلية العامة ، مثل مقياس "وكسلر" لذكاء الأطفال هو تحديد مدى الكفاية العقلية للطفل ، إذ يعتبر تحديد القدرة العقلية للطفل المعيار الأول فى تشخيص مظاهر " صعوبات التعلم " التى يعانى منها الطفل ، فإذا أثبتت اختبارات الذكاء أن القدرة العقلية للطفل تقع ضمن حدود الاعتدال ، أى ما بين نسبة ذكاء (٨٥) إلى (١٢٥) وأظهر الطفل فى الوقت نفسه قصوراً واضحاً فى التحصيل الأكاديمى فإن ذلك يعد مؤشراً أولياً على وجود حالة من حالات " صعوبات التعلم " .

وقد أوضح " عبد الوهاب كامل " ، ١٩٩١ أن مقياس "وكسلر" لذكاء الأطفال من المقاييس التى شاع استخدامها فى تشخيص " صعوبات التعلم"، حيث إنه يتميز عن الاختبارات والمقاييس الأخرى ، فى أنه يمد المعلم وأخصائى التشخيص بثلاثة مكونات للذكاء هى : الذكاء اللفظى ،والذكاء العملى ، والذكاء الكلى ، وأنه غالباً ما يعتمد فى تشخيص " صعوبات التعلم " باستخدام هذا المقياس على المقارنة بين درجات الذكاء اللفظية ودرجات الذكاء الأدائية (العملية) بالإضافة إلى أن هذا المقياس يتضمن وجود درجات موزونة للاختبارات الفرعية تصلح لإعطاء درجات كمية عن مجال الصعوبة التى يمكن قياسها باستخدام هذا المقياس ، ولصياغة قرار بشأن وجود الصعوبات فى أى مجال لابد من عمل بروفيل (رسم بيانى) لأداء الأطفال على الاختبارات الفرعية للمقياس ، وذلك بتمثيل الدرجات الموزونة على المحور الصادى والاختبارات الفرعية على المحور السينى .

٣- اختبارات العمليات النفسية :

يعتبر استخدام اختبارات العمليات النفسية فى تشخيص الاضطراب فى العمليات الأساسية التى تدخل فى التعلم واحدة من الابتكارات التى دخلت ميدان التربية الخاصة بعد أن أصبح موضوع " صعوبات التعلم " ضمن هذا الميدان ، وهناك نموذجان من اختبارات العمليات النفسية هما :

أ ـ اختبار الينوى للقدرات السيكولغوية :

يعد هذا الاختبار واحدا من الاختبارات المعرفية التى ظهرت فى ميدان "صعوبات التعلم" ، إذ يستخدم هذا الاختبار فى قياس المظاهر المختلفة "لصعوبات التعلم " وتشخيصها ، وقد قام بتصميم هذا الاختبار " كيرك " وآخرون ، ١٩٦٨ ، ويتكون من (١٢) اختباراً فرعيا ويصلح للفئات العمرية من (٣) إلى (١٠) سنوات ، ويتضمن هذا الاختبار ثلاثة تصنيفات رئيسة هى :

١- قنوات الاتصال : سمعية ، صوتية ، بصرية .

٢- العمليات السيكولغوية : الإدراك ، والتنظيم ، والتعبير .

٣- مستويات التنظيم : التصور ، الآلية .

وترتبط قنوات الاتصال بالحواس المختلفة والتى عن طريقها تتم عمليتا دخول وخروج المعلومات ، وترجع العمليات السيكولغوية إلى القدرة على استيعاب المعلومات ، أما التنظيم فيرجع إلى التوجيه الداخلى للمفاهيم والمعلومات اللغوية ثم التعبير عنها ، وإذا حدث اضطراب فى واحدة أو أكثر من هذه التصنيفات فإن الطفل سوف يجد صعوبة فى التفاعل مع بيئته ومن ثم معاناته من صعوبة فى التعلم .

ب - بطارية كاوفمان لتقييم الأطفال :

تعتبر هذه البطارية من أحدث الأدوات المستخدمة فى قياس الذكاء والتحصيل وتعتمد فى قياسها على مفاهيم معاصرة مستمدة من علم النفس

الفسيولوجى . وقد قام بتصميم هذه البطارية " كاوفمان " و " كاوفمان " ، ١٩٨٣ بالاعتماد على نظرية نفس عصبية وتتكون من (١٦) مقياساً فرعياً وتصلح للفئات العمرية من (٢ - ٦) إلى (٦ - ١٢) سنة لذا فهى تعطى مرحلة ما قبل المدرسة وسنوات المدرسة الابتدائية ، ويتم تطبيقها بطريقة فردية ، وينظر للذكاء طبقاً لهذه البطارية على أنه القدرة على تشغيل (تجهيز) المعلومات بكفاءة وفعالية كوسائل لحل المشكلات غير المألوفة ، ونحصل من البطارية على نسبة ذكاء انحرافية بمتوسط (١٠٠) وانحراف معيارى (١٥) فى (٤) مجالات عامة تتناولها مقاييسها الفرعية هى : عمليات التتابع وعمليات التزامن والعمليات العقلية المركبة (من التتابع والتزامن) ، والتحصيل .

و يشير " عبد الوهاب كامل " ، ١٩٩٢ أنه طبقاً لتعليمات البطارية يتم حساب الدرجة الخام لكل مقياس فرعى ، وفى ضوء الأداء على المقاييس الفرعية يتم تشخيص "صعوبات التعلم " ونقاط القوة والضعف فى تشكيل المعلومات ومن ثم تحديد البرنامج الإرشادى والعلاجى المناسب .

مؤشرات تشخيص (صعوبات التعلم) :

تعتمد عملية تشخيص " صعوبات التعلم " على عدة مداخل مختلفة ، ومن أهم هذه المداخل ما يلى :

أولاً : المؤشرات السلوكية المرتبطة أو المميزة لأصحاب صعوبات التعلم :

يقوم هذا المدخل على أساس أن هناك خصائص سلوكية مشتركة يشيع تكرارها وتوافرها لدى أصحاب " صعوبات التعلم " ، ويمكن للمعلم داخل الفصل الدراسى ملاحظتها ومن ثم القيام بالتصفية المبدئية والكشف المبكر عن أصحاب " صعوبات التعلم " .

ثانياً : المؤشرات العصبية :

ويقوم هذا المدخل على أساس أنه يمكن التعرف على أصحاب " صعوبات

التعلم " فى ضوء المؤشرات العصبية البسيطة التى ترتبط بالأنماط السلوكية التى تصدر عنهم ، حيث يظهر بعض الأطفال أصحاب " صعوبات التعلم " علامات نيورولوجية بسيطة تتمثل فى : الاضطرابات الإدراكية والأشكال غير الملائمة من السلوك ، وصعوبات الأداء الوظيفى الحركى .

ثالثاً : مؤشر التباعد بين الأداء المتوقع ، والأداء الفعلى للتلميذ :

و يقوم هذا المدخل على أساس المقارنة بين الأداء الفعلى للتلميذ والأداء المتوقع منه فى ضوء قدراته العقلية ، ومن ثم فإنه يمكن تشخيص " صعوبات التعلم " فى الحالات التى يبدو فيها واضحا أن مستوى تحصيل التلميذ يقل عن معدل تحصيل التلاميذ الآخرين من نفس سنه ، والحالات التى يظهر فيها تباعد وانحراف حاد بين المستوى التحصيلى للتلميذ وبين قدراته العقلية فى واحد أو أكثر من المجالات الآتية : القدرة على التعبير اللفظى ، القدرة على التعبير الكتابى ، فهم واستيعاب المادة المسموعة ، فهم واستيعاب المادة المقروءة، المهارات الأساسية فى القراءة ، والعمليات الحسابية ، والاستدلال الحسابى ، مع التأكد من أن التلميذ – فى جميع الحالات – يتلقى خبرات تعليمية ملائمة لعمره الزمنى وقدراته العقلية .

وقد ركزت معظم التعريفات التى تناولت مفهوم صعوبات التعلم على التباعد : بين التحصيل الأكاديمى الحالى ، والتحصيل الأكاديمى المتوقع من التلميذ فى ضوء قدراته العقلية كمظهر رئيسى " لصعوبات التعلم " ومن الطبيعى أن يكون هذا التباين شديداً لكى ننتهى إلى أننا أمام صعوبة فى التعلم . وهناك طريقتان لتحديد حجم هذا التباين هما :

١- وضع نسبة مئوية ، أو درجة معيارية للتباعد :

تضع المدارس نسبة مئوية ، أو درجة معيارية للانحراف بحيث إذا تأخر تحصيل الطفل عن هذه الدرجة يعد صاحب صعوبة فى التعلم ، وتفترض مدارس ولاية نيويورك مثلا تباينا بين القدرة العقلية والتحصيل مقداره (٥٠٪)

حتى يعد الطفل صاحب صعوبة فى التعلم ، وتعنى هذه النسبة أن مستوى تحصيل الطفل لا يتعدى نصف ما هو متوقع منه فى ضوء قدراته العقلية ، ويختلف هذا التباعد باختلاف الصف الدراسى ، فهو فى الصفوف الأولى أكثر خطورة منه فى الصفوف العليا .

٢- تحديد مستوى صف دراسى قاطع :

يلجأ بعض المربين إلى تقرير التباعد بين التحصيل الأكاديمى الفعلى والتحصيل الأكاديمى المتوقع من التلميذ باستخدام مقاييس لمدى ابتعاد التحصيل الحالى للتلميذ عن مستوى صف دراسى معين ، وغالباً ما يكون السبب فى ذلك هو التخلف عاماً واحداً عن مستوى الصف الأول حتى الثالث والتخلف عامين عن مستوى الصف الرابع وما بعده .

وقد ظهرت بعض الطرق التى تقيس التباعد بين التحصيل الأكاديمى الفعلى والتحصيل الأكاديمى المتوقع من التلميذ ، حيث وضع بعض المشتغلين بمعالجة صعوبات تعلم القراءة معادلات لتقدير القراءة الذى يتوقع أن يكون التلميذ قادراً على الوصول إليه فى ضوء قدراته العقلية ، ومن هذه المعادلات ما يلى :

(أ) العمر العقلى الصفى :

تعتبر طريقة "العمر العقلى الصفى" من أبسط الطرق المستخدمة فى حساب مدى التباين بين قدرة الطفل المتوقعة على القراءة وبين قدراته العملية على القراءة ، ولا تستخدم هذه الطريقة العمر العقلى الحالى للطفل بطرح (٥) سنوات عقلية (سن دخول المدرسة) ويمكن صياغة المعادلة التى قدمها "هاريس" ، ١٩٦٢ لتشخيص صعوبات تعلم القراءة على النحو التالى :

صف القراءة المتوقع = العمر العقلى – (٥)

وقد توصل هاريس عن طريق استخدام هذه المعادلة إلى تقديرات المستويات

المتوقعة فى القراءة وفقاً للفرقة الدراسية للأطفال ذوى نسب الذكـاء المختلفـة وأعمار زمنية مختلفة .

(ب) طريقة عدد السنوات التى قضاها الطفل فى المدرسة :

يشير " سميث " ، ١٩٨٣ إلى أن الطفل الذى قضى عدة سنوات فى المدرسـة أو فى صف دراسى معين يتوقع أن يحصل على معلومات أكثر مـن تلـك التـى يحصل عليها الطفل الذى يتلقى تعليماً فـى سـنوات أقـل . وفـى ضـوء ذلـك اقترح " بوند " و " تنكر " ، ١٩٦٧ معادلة لحساب صف القراءة المتوقع تعطى عدد السنوات التى قضاها الطفل فى المدرسة فى حساب التبـاين فـى القـراءة والتى أغفلتها معادلة " هاريس " السابقة ، وقد صاغا هذه المعادلة على النحو التالى:

$$\text{صف القراءة المتوقع} = \frac{\text{عدد السنوات التى قضاها الطفل فى المدرسة} \times \text{نسبة الذكاء}}{١٠٠} + ١$$

مراحل تشخيص حالات الصعوبات الأكاديمية :

١- التعرف على الطلاب ذوى الأداء المنخفض .

٢- ملاحظة وصف السلوك المراد تعديله .

٣- العمل على حل المشكلة داخل الصف (إجراء تقييم غير رسمى) .

٤- قيام فريق خاص بالتقييم لإجراء تقييم رسمى .

٥- كتابة نتائج التشخيص .

٦- العمل على تخطيط برنامج علاجى .

يمكن وصف الطرق المتبعة فى التعرف على التلميذ بطىء التعلـــم فيما يلى :

١- فحص سجل الأعمار الخاص بالصف فى المدرسة .

٢- فحص السجل الخاص بالتحصيل ، والتعرف على الذين تأخروا أكثر من عام فى دخول المدرسة ثم تأخروا أكثر من عام فى التحصيل .

٣- فحص سجل التحصيل المدرسى السابق لهؤلاء التلاميذ ثم أخـذ متوسـط تحصيلهم .

٤- تطبيق اختبارين مـن الاختبـارات الجمعيـة للذكـاء أو صورتـين متبـادلتين لاختبار واحد على جميع التلاميـذ إن أمكـن ، أو يطبـق علـى الأقـل علـى الذين وضعوا فى القائمة نتيجة الخطوة رقم ١ ، ٢ ، ٣ .

٥- أعط اختبارات فردية لكل تلميذ أو لهؤلاء الذين أظهرت الحقائق السـابقة أنها متناقضة أو مضللة أو غير دقيقة .

وجميع الخطوات السابقة لن تؤدى إلى نتيجة إلا بعد أن نتـأكد مـن أسـباب بطء التعلم الوظيفية والمسببات المختلفة التى تتعلق بالتلميذ خارج المدرسة .

الخصائص التعلمية للأطفال ذوى صعوبات التعلم :

فى حالة صعوبات التعلم الأكاديمية فإن الطالب غالباً مـا ترتبـط مشـكلاته التعليمية بالقراءة والحساب ، بالنسبة لمشكلات القراءة فـهى تشـمل العـادات الخاطئة وأخطاء تتصل بالاستيعاب القرائى ، ومعرفة الكلمات ، ومن العـادات الخاطئة فى القراءة لدى الأطفال ذوى الصعوبات التعليمية ، حركـات متكـررة فى الرأس وإيماءات تنم عن التوتر وعدم الرغبة فـى القـراءة ، فقـدان المكـان وتكرار المادة المقروءة ، أما المشكلات المرتبطـة بالاسـتيعاب فـهى تشـمل عـدم القدرة على تذكر الفكرة الرئيسة أو تسلسل الأحـداث أو الحقـائق الأساسـية فى المادة ، أما الأخطاء ذات العلاقة بمعرفة الكلمات فهى تتمثل بحذف كلمة أو

إضافة كلمة أو استبدال كلمة بأخرى ، أو ارتكاب الأخطاء فى لفظ الكلمات .

وفيما يتعلق بمشكلات الحساب التى قد يعانى منها الأطفال ذوو الصعوبات التعليمية ، فهى تشمل عدم القدرة على تصنيف الأشياء حسب الحجم ، أو مطابقة الأشياء أو فهم لغة الحساب والمنطق الرياضى ، وقد تحدث أيضاً مشكلات فى العمليات الحسابية الأساسية بسبب استخدام عمليات خاطئة أو عدم تذكر الحقائق الرئيسة أو تقديم إجابات عشوائية .

وكغيرها من حالات الإعاقة تستدعى الصعوبات التعليمية تطوير أساليب تدريس خاصة ، فالأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة يعانون مشكلات حقيقية وصعبة جداً فى أكثر من جانب وبخاصة فيما يتعلق بالكتابة والقراءة والحساب والانتباه والتذكر والتفكير ، وإذا كان التوجه التربوى الحديث ينادى بتدريس الأطفال ذوى الصعوبات التعلمية فى الصف العادى فذلك لا يعنى أبداً عدم الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة ، فإذا تبين أن العملية التربوية لم تحقق الأهداف المرجوة منها ، أصبح على النظام التربوى تكييف ذاته لتوفير البدائل التعلمية الأخرى ، ولعل البديل الرئيس للصف العادى هو الصف الخاص والذى يعرف فى كثير من الأحيان باسم غرفة المصادر ، رغم أن الصف الخاص وغرفة المصادر ليسا نفس الشئ ، ففى الصف الخاص غالباً ما يبقى الأطفال خارج الصف العادى فهم يتلقون تعليمهم فى صفهم الخاص كاملاً ، أما فى غرفة المصادر فالأطفال يتلقون الخدمات التعليمية فى الصف العادى معظم الوقت ويذهبون إلى غرفة مكيفة خصيصاً لتلقى تعليمهم فيها لجزء من الوقت على يد أخصائية تربية خاصة .

نستطيع القول : إن الطفل بطىء التعلم يتعلم بنفس الطريقة الأساسية التى يتعلم بها الأطفال الآخرون ، وهى أنهم يتعلمون باستعمال خبراتهم السابقة ، فهم يقلدون ويضعون الأهداف والخطط ويفكرون ويرجعون إلى

خبراتهم الماضية وينقلونها ويعيدون تشكيلها إذا استدعت الضرورة ذلك ، وحتى يواجهوا المواقف الجديدة .

مجموعة خصائص ذوى صعوبات التعلم التى اتفق المدرسون عليها وهى :

١- ضعف التمييز البصرى وتذكر الكلمات .

٢- ضعف فى الذاكرة السمعية فيما يتعلق بالكلمات وأصوات الكلام .

٣- عند الكتابة أو القراءة أو الكلام يقومون بعكس الكلمات أو المقاطع... إلخ .

٤- قصور فى استدعاء الأشكال الهندسية البسيطة .

٥- ضعف فى تذكر التسلسل السمعى أو البصرى .

٦- قصور فى الاعتماد على يد واحدة .

٧- قصور فى التحكم باليد .

٨- قصور فى التعبير اللفظى .

٩- حركة زائدة وقابلية لشرود الذهن .

صعوبة التعلم مقابل التخلف التربوى :

يعتبر توضيح هذين المفهومين ذا أهمية كبيرة بالنسبة للتربويين ، فجميع الأطفال هم مؤهلون للتعلم إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم . فالطفل المتخلف تربويا يعتبر مؤهلا لتلقى الخدمات التربوية بغض النظر عن سبب المشكلة .

أما الأطفال الذين يطلق عليهم ذوو " صعوبات التعلم " فلابد أن تنطبق عليهم ثلاثة محكات :

١- يظهر تفاوتا بين التحصيل الأكاديمى ، وما هو متوقع منه ، أو تفاوتا فى

المجالات النمائية .

٢- التخلف لا يفسر بانخفاض القدرة العقلية ، أو الإعاقات الحسية أو الاضطرابات الانفعالية .

٣- يحتاج إلى إجراءات تربوية خاصة ، حيث إن كثيراً من المهنيين وواضعى تعريفات " صعوبات التعلم " التى عرضت سابقا لا يعتبرون الطفل المتخلف تربويا طفلا لديه صعوبة فى التعلم ما لم يكن عنده إعاقة نفسية أو عصبية داخلية للتعلم . وعلى النقيض من ذلك فإن الأطفال المتخلفين تربويا قد يكونون متخلفين عقليا ، أو معوقين حسيا ، أو مضطربين انفعاليا أو تنقصهم فرص التعليم ، أو ينقصهم التعليم المناسب ، أو محرومين ثقافيا واقتصاديا أو تنقصهم الدافعية . ولا يعنى هذا بأن الأطفال المتخلفين عقليا أو المضطربين انفعاليا بدرجة شديدة أو المعوقين حسيا لا تكون لديهم صعوبة فى التعلم ، فهؤلاء الأطفال يمكن اعتبارهم متعددى الإعاقة ويعالجون وفق ذلك .

ومن المهم التفريق بين الأطفال ذوى " صعوبات التعلم " والأطفال المتخلفين تربويا ، وذلك بسبب أن نمط التعلم المطلوب يعتمد على طبيعة الصعوبة . فالطفل ذو "صعوبة التعلم" يحتاج إلى طرق خاصة فى التدريب تتضمن : علاج العجز الأكاديمى والمهارات النمائية الأساسية أو الصعوبات النمائية فى البرنامج نفسه . أما الطفل المتخلف تربويا بسبب التخلف العقلى والصمم ، وكف البصر أو الاضطراب الانفعالى ، أو نقص فرص التعليم ، وغيرها سوف يحتاج إلى نوع مختلف من البرامج التعليمية .

النظريات المفسرة (لصعوبات التعلم) :

تشير التعريفات المختلفة التى تناولت مفهوم " صعوبات التعلم " إلى تعدد زوايا النظر إلى العوامل المفسرة لوجود هذه الصعوبات لدى بعض التلاميذ ، فليس هناك اتفاق بين علماء النفس والمشتغلين بالمجال على الأسباب

الفعلية لصعوبات التعلم ، حيث يرى البعض أن السبب الرئيس فى "صعوبات التعلم " هو العوامل الفسيولوجية والتى تتمثل فى إصابة المخ ، أو " خلل المخ الوظيفى البسيط " ، بينما يعتقد آخرون أن غالبية الأطفال أصحاب " صعوبات التعلم " يعانون من اضطراب نيورولوجى المنشأ فى المجال الإدراكي – الحركى وأن هذا الاضطراب هو السبب فى عدم قدرة الطفل على التعلم وهناك فئة ثالثة من العلماء يفسرون " صعوبات التعلم " فى ضوء الطرق غير الملائمة التى يستخدمها أصحاب " صعوبات التعلم " فى تجهيز (معالجة) المعلومات فى حين يرى آخرون أن الواجبات والمهام التعليمية التى يكلف التلاميذ بأدائها تسهم فى " صعوبات التعلم " لأنها تفرض عليهم مطالب تفوق مستويات نضجهم ، أو لا تتفق مع أساليب التعلم الخاصة بهم (تتطلب المهام المطلوبة منهم قدرات أعلى من مستوى أعمارهم)، وفيما يلى عرض لأهم النظريات التى تناولت تفسير صعوبات التعلم :

١ ــ النظرية النيورولوجية :

وتتضمن هذه النظرية " الخلل الوظيفى البسيط أو إصابة المخ " ، كتفسيرات لصعوبات التعلم ، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن إصابة المخ ، أو خلل المخ البسيط من الأسباب الرئيسة " لصعوبات التعلم " إذ يمكن أن تؤدى الإصابة فى نسيج المخ إلى ظهور سلسلة من جوانب التأخر فى النمو فى الطفولة المبكرة وصعوبات فى التعلم المدرسى بعد ذلك فى حين أن خلل المخ الوظيفى يمكن أن يؤدى إلى تغير فى وظائف معينة تؤثر – بالتالى – على مظاهر معينة من سلوك الطفل أثناء التعلم مثل عسر القراءة واختلال الوظائف اللغوية ، وترجع إصابة المخ إلى أسباب عديدة ، منها : نقص الأكسجين الذى يحدث أثناء حالات الغيبوبة ، أو الاختناق ، أو نقص التغذية ، أو حالات سيولة الدم ، ويحدث ذلك قبل أو أثناء أو بعد الولادة . ويمكن تحديد إصابة المخ أو الخلل البسيط به من خلال مؤشرات طبيعية تظهر فى رسم موجات النشاط الكهربى للمخ .

وقد سادت هذه النظرية فترة من الوقت وانعكست على بعض تعريفات "صعوبات التعلم " ، فقد استخدم " كليمنتس " ، ١٩٦٦ مصطلح " خلل المخ الوظيفى البسيط " للإشارة إلى الأطفال الذين يظهرون علامات نيورولوجية بسيطة مصاحبة " لصعوبات التعلم "

على حين استخدم " جونسون " و " ميكلبست " ، (١٩٦٧) مصطلح العجز عن التعلم السيكونيورولوجى ، ليشمل مشكلات التعلم التى تنتج عن وجود خلل فى وظائف الجهاز العصبى المركزى .

٢ ــ نظرية الاضطراب الإدراكى - الحركى :

تفترض هذه النظرية أن جميع أنماط التعلم تعتمد على أساس حسى حركى- ثم تتطور هذه الأسس من المستوى الإدراكى - الحركى إلى مستوى التنظيم الإدراكى المعرفى ولذا يرى أصحاب هذه النظرية أن معظم الأطفال أصحاب " صعوبات التعلم " يعانون من اضطراب نيورولوجى المنشأ فى المجال الإدراكى - الحركى ، وأن هذا الاضطراب هو السبب فى عدم قدرة الطفل على التعلم ، وحتى يتمكن الطفل من التعلم بشكل طبيعى يستلزم ذلك البدء فى علاج جذور المشكلة وهى الاضطراب فى المجال الإدراكى - الحركى .

وقد تأثر بهذه النظرية كل من : " بارش " ، ١٩٦٥ و " جتمان " ، ١٩٦٥ و " كيفارت " ، ١٩٧١ فيرى " كيفارت " فى نظريته أن الأطفال العاديين يتم نموهم الإدراكى - الحركى بشكل ثابت وسليم بحلول الوقت الذى يبدأ فيه نشاط التعلم المدرسى ، أى فى حوالى سن السادسة فى حين يضطرب هذا النمو عند بعضهم ، ويتكون لديهم إدراك غير مطابق للواقع ، مثل : هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبة فى التعامل مع الأشياء الرمزية لافتقادهم إلى إدراك واقعى وثابت للعالم الذى يحيط بهم.

ويعتبر ذلك سببا فى الصعوبات الدراسية فإنه يجب البدء فى تحسين

المهارات الإدراكية – الحركية وذلك كشرط مسبق وخطوة أولية لعلاج العجز عن التعلم (صعوبات التعلم) .

وفى ضوء ذلك نجد أن الأنشطة المقترحة فى البرامج العلاجية المبنية على نظرية الاضطراب الإدراكى – الحركى تتضمن التدريب على الأنشطة الحسية– الحركية ، والبصرية – الحركية ، والرسم ، والتدريب على التوازن ، وأنشطة لتقوية الإحساس بالاتجاهات ، وكذلك الأنشطة المرتبطة بتكوين الأشكال وغيرها .

٣ ـ نظرية تجهيز المعلومات :

تفترض هذه النظرية أن هناك مجموعة من مكيانيزمات التجهيز أو المعالجة داخل الكائن العضوى كل منها يقوم بوظيفة أولية معينة وأن هذه العمليات تفترض تنظيما وتتابعا على نحو معين . وتسعى هذه النظرية إلى فهم سلوك الإنسان حيث يستخدم إمكاناته العقلية والمعرفية أفضل استخدام فعندما تقدم للفرد المعلومات يجب عليه انتقاء عمليات معينة وترك أخرى فى الحال من أجل إنجاز المهمة المستهدفة .

وتنظر نظرية تجهيز المعلومات إلى المخ الإنسانى باعتباره يشبه جهاز الحاسب الآلى ، فكلاهما يستقبل المعلومات ويجرى عليها بعض العمليات ثم يعطى وينتج بعض الاستجابات المناسبة ، لذا تركز هذه النظرية على كيفية استقبال المخ للمعلومات ومن ثم تحليلها وتنظيمها ، وفى ضوء ذلك ترجع " صعوبات التعلم " وفقاً لهذه النظرية إلى حدوث خلل أو اضطراب فى إحدى العمليات التى قد تظهر فى التنظيم أو الاسترجاع أو تصنيف المعلومات .

ويشير " عبد الوهاب كامل " ، ١٩٩١ إلى أن " صعوبات التعلم " ترجع إلى وجود درجة ما من درجات إصابات المخ والتى تعتبر شرطاً معوقاً يؤدى إلى ظهور مشكلات فى تجهيز المعلومات سواء كانت متتابعة أو متزامنة ، ويتم تشغيل المعلومات بصورة متتالية أو متتابعة عن طريق التعامل مع المثيرات

بنظام معين محدد مسبقاً بهدف الوصول إلى حل مشكلة ما ، أما تجهيز المعلومات المتزامن والمتواقت فإنه يتم فى حالة وجود المعلومات أو المثيرات كوحدة متكاملة (مسألة رياضية مثلاً) أو إيجاد علاقات متداخلة كالتعرف على الوجوه أو مصفوفة المتشابهات ... إلخ ، وأخيراً فهناك تشغيل المعلومات المركب أو المتكامل وهو الذى يقوم على الوحدة بين المدخلين السابقين .

٤ ــ النظريات المتصلة بمهام التعلم :

وتركز هذه النظريات على حقيقة أن العمل المدرسى غالبا يكون ملائماً للأنماط المميزة للأطفال فى القدرة على أساليب التعلم ، وأنه يمكن أن تسهم هذه المهام فى صعوبات التعلم إذا كان ما يدرسه المعلم والكيفية التى يدرسه بها لا يضاهى أو لا يناسب – ما يعرفه التلميذ والكيفية التى يتعلم بها (الأسلوب المعرفى للتلميذ) ، وتتضمن هذه النظريات اتجاهين لتفسير صعوبات التعلم هما :

(أ) تأخر فى النضج (بطء فى النمو) :

ويذهب أصحاب هذا الاتجاه فى تفسير " صعوبات التعلم " إلى أنها تعكس بطئاً فى نضج العمليات البصرية والحركية واللغوية وعمليات الانتباه التى تميز النمو المعرفى ، وأنه نظراً لأن كل طفل يعانى من " صعوبات تعلم " لديه مظاهر مختلفة من جوانب بطء النضج فإن كلا منهم يختلف فى معدل وأسلوب اجتياز مختلف مراحل النمو . ونظراً لأن المنهج المدرسى يفوق مستويات استعداد الأطفال الذين يعانون من عدم كفاءة المخ بدرجة ما فإن هؤلاء الأطفال يفشلون فى المدرسة .

ويركز المشتغلون بنواحى التأخر فى النضج على أن المهام التحصيلية ينبغى أن تتلاءم مع ما لدى الطفل من استعداد للتمكن فيها ، وليس مع عمره وما يتوقع منه وفقا لمطالب الصف الدراسى الذى ينتمى إليه ، وحين يتعلم الأطفال ما هم مستعدون لتعلمه تقل الحاجة إلى أساليب تدريس خاصة .

(ب) الأساليب المعرفية :

ويفترض أصحاب هذا الاتجاه فى تفسير " صعوبات التعلم " أن كثيراً من التلاميذ أصحاب " صعوبات التعلم " ذوو قدرات سليمة، ومع ذلك فإن أساليبهم المعرفية غير ملائمة لمتطلبات حجرة الدراسة وهى تتداخل مع – وتؤثر فى – النتائج التى يتوصلون إليها من التعلم ويرون أن الطفل صاحب صعوبة التعلم يختلف عن – وليس أقل قدرة من – أقرانه فى أساليبهم فى استقبال المعلومات وتنظيمها والتدريب على تذكرها ، وأن هؤلاء الأطفال يتعلمون بشكل جيد حين تتناسب المهام المدرسية مع أساليبهم المعرفية المفضلة، وحين يدرس لهم باستراتيجية تعلم أفضل ، أو حيث يمكنهم نضجهم من تطوير استراتيجية أكثر ملاءمة .

برامج رعاية وتدريب ذوى (صعوبات التعلم) :

لتدريب ورعاية ذوى "صعوبات التعلم" توجد ثلاث استراتيجيات تربوية هى :

١ ـ التدريب القائم على تحليل المهمة حيث يتم التركيز فيها على تسلسل وتبسيط المهمة التى سيتم تعلمها .

٢ـ التدريب القائم على العمليات النفسية ، حيث يتم التركيز على علاج صعوبات تعلم نمائية محددة .

٣ـ التدريب القائم على كل من تحليل المهمة ، والعمليات النفسية ، حيث يتم دمج الأسلوب الأول والثانى فى برنامج علاجى واحد ، وإليك البيان :

أولاً : التدريب القائم على تحليل المهمة :

يقصد بهذا الأسلوب التدريب المباشر على مهارات محددة ضرورية لأداء مهمة معطلة أن أحد الاستراتيجيات الأساسية التى دائما ما يستخدمها المدرس مع الأطفال ممن يعانون من صعوبة فى تعلم القراءة أو الكتابة أو الحساب فى المدرسة تتمثل فى :

١- تحديد الأهداف .

٢- تجزئة المهمة التعليمية إلى وحدات صغيرة أو عناصر المهمة الفرعية المكونة لها .

٣- تحديد المهارات الفرعية التى يتمكن الطفل من أدائها وتلك التى يعجز عن القيام بها .

٤- بدء التدريس بالمهارة الفرعية التى لم يتقنها الطفل ضمن مجموعة المهارات الفرعية المتسلسلة للمهارة التعليمية .

و يطلق على هذا الأسلوب أسلوب تحليل المهمة الذى يسمح للطفل بأن يتقن عناصر المهمة ، ومن ثم يقوم بتركيب هذه العناصر أو المكونات مما يساعد على تعلم وإتقان المهمة التعليمية بأكملها وفق تسلسل منظم .

و ينطبق ذلك على الموضوعات الأكاديمية ، مثل : القراءة ، والرياضيات ، أو الكتابة حيث تبسط استراتيجية ، أو أسلوب تحليل تلك المهمات المعقدة مما يساعد بالتالى على إتقان مكوناتها بشكل مستقل ، إذ تختصر المهمة إلى النقطة التى يتمكن الطفل من الاستجابة لها بشكل مريح ومن ثم ينتقل خطوة بعد خطوة إلى السلوك الأكثر تعقيداً . فالمدرس - على سبيل المثال - قد يجزئ المهمة المعقدة لقراءة قطعة قراءة إلى تعلم الجملة ، وتعلم وضع الكلمات المنفصلة فى جملة ، وتعلم مقاطع الكلمة أو مكوناتها الصوتية ، ومن ثم ينمى المهارات إلى الحد الذى يسمح للطفل فى النهاية من قراءة الكلمة والجملة وقطعة القراءة . ولا يفترض أسلوب التدريب القائم على تحليل المهمة وجود أى مشكلة تعلم نمائية خاصة عند الطفل ، أو عجز فى أى قدرة داخل الطفل عدا نقص الخبرة بالمهمة نفسها ، وقد تم دعم وجهة النظر هذه من قبل محللى السلوك التطبيقى حينما أشاروا إلى أهمية هذا الأسلوب من حيث :

١- الكشف عما يستطيع الطفل عمله وما لا يستطيع فى مهارة معينة .

٢- تحديد ما إذا كان الطفل سيمتلك السلوكيات الضرورية للنجاح فى أداء المهمة أم لا .

٣- تحديد الأهداف بعبارات إجرائية قابلة للملاحظة .

٤- تنظيم برنامج علاجى منظم يستخدم أساليب التعزيز .

ولا يفسر محللو السلوك التطبيقى العمليات والقدرات التى تشكل أساس الصعوبات ، ولكنهم يعتمدون فقط على التاريخ التفاعلى للطفل ، وعلى السلوك الحالى والظروف البيئية . فهم يؤمنون بأن أسلوبهم – وهو أسلوب المهمة الموجهة والقابلة للملاحظة – هو أكثر الأساليب فعالية ، ويؤمن البعض الآخر بأنه الأسلوب الوحيد الذى نحتاج إليه فى أى نمط من "صعوبات التعلم " .

ثانياً : التدريب القائم على العمليات النفسية :

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب العلاجية الرئيسة ، ويتطلب هذا الأسلوب أن يحدد المعلم أو الأخصائى العلاجى عجزا نمائيا معينا لدى الطفل فإذا لم يتم تصحيح ذلك العجز فإنه يمكن أن يستمر فى كبح عملية التعلم . وهناك اختلاف وتعارض فى الآراء حول أسلوب تدريب العمليات ويعزى السبب فى ذلك إلى عدم وجود اتفاق على ما يتضمنه هذا المصطلح من معنى حيث يمكن فهمه بطرق مختلفة .

ويعزو البعض تدريب العمليات إلى تحسين القدرات العقلية الأساسية ، أن بعض التربويين تبنوا هذا الأسلوب بشكل متطرف مما أدى إلى جدل عنيف .. فعلى سبيل المثال قد تبين أن بعض ضعاف القراءة يثبتون أعينهم لمرات عديدة على نفس السطر ، بينما الجيدون فى القراءة يثبتون أعينهم لمرات أقل . وبعد ذلك يتم تحديد عملية تثبيت العين من أجل التدريب ، ويعتمد ذلك على افتراض أنه إذا كان فى الإمكان تدريب العين على التثبيت ثلاث أو أربع مرات على الخط الواحد يمكن أن يصبح الأطفال أسرع فى القراءة . وقد تم بناء المواد التعليمية بحيث تشتمل الصفحة على خمس نقاط ويطلب من

الطالب أن يثبت عينيه على النقاط عبر الصفحة ، والقسم الثانى يتضمن أربعة فقط فى كل سطر وفى القسم الثالث ثلاث نقط فى السطر .

هذا إجراء (تدريب حركات العين) يتم تقديمه فى المدرسة لتحسين سرعة القراءة ، والهدف من هذه الطريقة هو مساعدة ضعاف القراءة والذين يثبتون أعينهم (٦) أو (٧) مرات فى السطر الواحد والعمل على تقليل تثبيت العين إلى ثلاث أو أربع مرات فى السطر الواحد .

إن تدريب العين على الحركة لزيادة سرعة القراءة لم تحقق أهدافها وبالتالى لم يستمر العمل فى هذه الطريقة .

لقد وجد بأن زيادة سرعة القراءة يمكن تحقيقها بدرجة أفضل باستخدام استراتيجيات مباشرة فى مهمة القراءة نفسها . إن كثيراً من أنظمة سرعة القراءة قد قدمت العديد من الأساليب التى تساعد على زيادة سرعة القراءة .

ويعتبر تدريب العمليات أو تدريب قدرات التعلم النمائية جزءا من منهج مرحلة ما قبل المدرسة ، حيث لا يعترض أحد على تدريس الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة على النظر والاستماع والمقارنة والفهم لما يسمعونه ويتكلمونه ويعملونه ويحفظونه وينتبهون إليه ، أو حل المشكلات والتى تمثل قدرات تعلم نمائية ، إن كثيرا من الأفراد قد يعتبرون مهارات الاستعداد هذه ضرورية للتعلم ولكنهم لا ينظرون إليها على أنها وظائف من العمليات النفسية . إن الأنشطة التى تتضمنها المناهج فى معظم رياض الأطفال ومرحلة ما قبل المدرسة قد اعتبرت على أنها متطلبات سابقة من المهارات تساعد فى التعلم اللاحق .

ويجب على المدرس الذى يقوم بعملية التشخيص والعلاج أن يأخذ بالاعتبار العملية السابقة المطلوبة لكل واحدة من هذه المهارات ويحاول تحسينها من خلال تدريس المتطلبات السابقة لتلك المهارة .

فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل بحاجة إلى تعلم تمييز الشكل لحل الألغاز ، فإن على المدرس الذى يقوم بعملية التشخيص والعلاج أن يركز على التدريس المنظم فى تمييز الشكل فى تلك المهمة بحيث يكون غرض التدريب فى مثل هذه الحالة تحسين القدرة على التمييز فى المهارة المعقدة ، وإذا كان الطفل يعانى من مشكلة تمييز بصرى ، فمن المفيد تدريس التمييز البصرى للأحرف ، والكلمات والتركيز عليه أكثر من تدريس التمييز للدوائر والمربعات .

ثالثا : الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية :

فى كل مرة يطلب فيها المدرس من الطفل القيام بمهمة معينة ، فإن على الطفل القيام بمتطلبات محددة لأداء تلك المهمة . يركز الأسلوب القائم على تحليل المهمة على المهمات الفرعية المتضمنة فى تلك المهمة فى حين يركز مدربو العمليات جهودهم على تحسين العمليات العقلية ويعتمد أسلوب التدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية على دمج المفاهيم الأساسية لكل من أسلوب تحليل المهمة والعمليات النفسية .

وفى الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية لم يتم النظر إلى العمليات النفسية على أنها قدرات عقلية منفصلة يمكن التدريب عليها بشكل منفصل ، وقد ننظر إلى العمليات النفسية على أنها سلسلة من العمليات العقلية المتعلمة والسلوكيات أو الاستجابات الشرطية فيما يتعلق بمهمة معينة . إن معرفة سلسلة من العمليات العقلية أو السلوكيات المطلوبة لأداء مهمة مّا تعتبر محددة ، وهى بذلك قابلة للقياس والتعديل من خلال عملية التدريب .

وبدلا من تدريس التمييز البصرى على شكل رموز بصرية لا معنى لها فإن على المدرس الذى يستخدم الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية أن يدرب التمييز البصرى باستخدام الحروف والكلمات ، ويعتمد

الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية على دمج معالجة الخلل الوظيفى للعملية مع المهمة التى سيتم تعلمها ، ويطلق على التربويين الذين يستخدمون هذا الأسلوب المدرسون المعالجون أو المدرسون الذين يستخدمون التدريس العلاجى .

ويمكن وصف الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية على أنه يضم ثلاث مراحل :

- **الأولى** : تقييم نواحى القوة والعجز لدى الطفل (تحليل الطفل) .
- **الثانية** : تحليل المهمات التى يفشل فيها الطفل وذلك من أجل تحديد تسلسل المهارات السلوكية والمعرفية المطلوبة لأداء تلك المهمات (تحليل المهمات) .
- **الثالثة** : تتمثل فى الجمع بين المعلومات الخاصة بتحليل الطفل ، وتحليل المهمات من أجل تصميم الأساليب التدريسية ، والمواد التربوية التى سيتم تقديمها بشكل فردى.

و يوضح المثال التالى فى مادة القراءة استخدام الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية فى عملية علاج الطفل . " توم " كان مواظبا فى حضوره إلى المدرسة حتى سن التاسعة ، ثم تم تحويله لإجراء التشخيص المناسب لأسباب تتعلق فى عدم مقدرته على تعلم القراءة على الرغم من أن نسبة ذكائه قد بلغت ١٢٠ ، وقد أظهرت نتائج تحليل قدرات الطفل من خلال المعلومات وقدراته فى العمليات عجزا فى الذاكرة البصرية ، فقد كان غير قادر على إعادة كتابة كلمات من الذاكرة بعد أن عرضت عليه ، ومن ثم فقد أظهر عجزا فى الذاكرة البصرية عند تطبيق الاختبارات ذات المعايير المرجعية وذات المحكات المرجعية ، وتستدعى إجراءات علاج هذه الحالة تطوير برنامج يعتمد على التمييز البصرى للكلمات والجمل ، وتعتبر هذه الإجراءات التى تقتضى تدريب قدرة الذاكرة البصرية على المهمة بحد ذاتها تدريبا على تحليل المهمة

والعمليات النفسية .

ويعتبر أسلوب " فيرنالد " الحسى – الحركى نظاما يهدف إلى التدريب على الذاكرة للكلمات غير المجردة ، وهو أيضا موجه إلى التدريب على الكلمات والجمل التى يحتاجها الطفل فى تعلم القراءة ، وبذلك فإن هذا الأسلوب يقوم على تحليل المهمة والعمليات النفسية ، حيث إنه يدرب الذاكرة البصرية باستخدام الكلمات والجمل .

وقد أيد " راسك " و " ينج " ، ١٩٧٦ أسلوب التدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية ، وبعد مقارنتهم لنموذج تحليل السلوك بنموذج العمليات القائم على التشخيص والعلاج ، فقد اقترحوا ما يسمى بالأسلوب القائم على الحوار ، وأكدوا بأن هذا الأسلوب يجمع ما بين الأسلوبين السابقين ، وبشكل أساسى يدعو هذا النموذج المدرس للقيام بتقييم قدرات الطفل وصعوباته والقيام بتحليل المهمة للمهارات المقدمة ، وبالتالى وصف العلاج للوظائف والمهارات التى يلزم تطويرها ، وقد أكد الباحثان أن هذا الأسلوب يسمح للمدرس القيام بالتقييم والبرمجة والتدريس ، وتقييم خصائص الطفل النفس لغوية .

وقد تم فيما سبق وبشكل مختصر عرض استراتيجيات ثلاث مختلفة لعلاج الأطفال ذوى " صعوبات التعلم " وهى الأسلوب القائم على تحليل المهمة والأسلوب القائم على العمليات النفسية والأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية ، ويعتبر كل واحد من هذه الأساليب ملائما فى مواقف مختلفة ومع أطفال مختلفين لكل واحد منها قيمة كبيرة عند استخدامه فى الأوضاع المناسبة ، فالأسلوب القائم على تحليل المهمة المباشر يعتبر كافيا لمعالجة المشكلات الأكاديمية البسيطة لدى الأطفال وخاصة منهم الذين يعانون من عجز نمائى وقد تعزى صعوباتهم فى القراءة والحساب إلى نقص فى الدافعية وعدم كفاية التدريس وعدم الحضور الكافى للمدرسة .. إلخ .

ويعتبر الأسلوب القائم على العمليات النفسية مناسبا للتدريب على القدرة بحد ذاتها وعلى الأخص فى مرحلة ما قبل المدرسة . أما الأسلوب الثالث فقد يكون ضروريا لمعالجة الحالات الشديدة التى تعانى من عجز متعدد وعجز نمائى محدد وعجز أكاديمى .

وأخيرا فإن الجزم والادعاء بفعالية أحد هذه الأساليب على الأخرى يعتبر أمرا غير مقبول . فقد يحتاج المدرس إلى تطبيق الأسلوب الأكثر ملاءمة للطفل وحاجاته فى مرحلة نمائية محددة ومن الناحية العملية فقد ينصح بمحاولة استخدام تحليل المهمة المباشر فى البداية فإذا لم تكن نتائج تطبيقه مرضية فإنه يتم الانتقال إلى الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية .

الفصل السادس

دور الأخصائى النفسى المدرسى

فى علاج فرط النشاط واضطراب الانتباه

مقدمة وتعريف :

يعد فرط النشاط ، واضطراب الانتباه مجموعة مختلطة من الأعراض تتميز بضعف الانتباه والذى لا ينتج عنه ضعف فى التركيز مع زيادة ملحوظة فى النشاط الحركى ، وهذه الأعراض يجب أن تلاحظ لمدة لا تقل عن ٦ شهور وقبل سن السابعة ، وفيما يلى سوف أقدم بعض التعريفات التى وردت فى بعض الدراسات حول هذا الموضوع :

اضطراب الانتباه :

يعرف " اضطراب الانتباه " فى " الموسوعة الفلسفية " ، ١٩٦٠ بأنه الاضطراب الذى يشمل كلا من الشكل التلقائى والإرادى للانتباه ويدور حول الضعف فى القدرة على تركيز العمليات العقلية فى الاتجاه المطلوب ، عدم القدرة على التأثر بالأحداث ، قصور فى عدد الصور المتغيرة المنطبعة فى الذهن .

ويذكر " دليل التشخيص الأمريكى " DSM III ١٩٨٠ ، أن الأطفال "مضطربى الانتباه " داخل حجرة الدراسة يواجهون صعوبات انتباهية واندفاعية ، فيجد هذه الفئة أنهم لا ينصتون ولا يسمعون ما يقال لهم ، وتتسم أعمالهم بعد الدقة ويندفعون فى الاستجابة عند أدائهم المهام كما تزداد أخطاؤهم فى الاختبارات التى يتم تطبيقها عليهم ، أما فى المنزل فتتضح المشكلات الانتباهية فى عدم الاستجابة للتعليمات العامة ، بالإضافة إلى عدم

القدرة على الاستمرار فى أى نشاط لمدة تناسب سنهم ، وقد ميز الدليل بين فئتين من الاضطراب فى الانتباه هما :

١- فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه مع فرط النشاط وتتسم هذه الفئة بعدم القدرة على الانتباه ، والاندفاعية ، وفرط النشاط .

٢- فئة الأطفال الذين لديهم اضطراب فى الانتباه فقط : وتتسم هذه الفئة بنفس خصائص الفئة الأولى ، ولكن لا تظهر عليهم أعراض فرط النشاط، أيضا فهذه الفئة لديها مشكلات فى الاحتفاظ بالانتباه ، وفى تحويل الانتباه ، وتنتشر هذه المشكلات بشكل واضح فى الفصل وفى أماكن أخرى .

ويشير " كارنيلى " ، ١٩٨٤ ، إلى أن الأطفال الذين لديهم " اضطراب فى الانتباه سواء كان لديهم " فرط فى النشاط " أم ليس لديهم ، يكون أداؤهم منخفضا على مقياس القدرة على القراءة والتحصيل .

كما يعرف الطفل " مضطرب الانتباه " فى " موسوعة علم النفس " ، ١٩٨٦ بأنه الطفل الذى ليس لديه القدرة على تركيز انتباهه ويتسم بالخصائص الآتية :

الاندفاعية ، ولديه فرط فى النشاط ، وتزداد هذه الأعراض شدة فى المواقف التى تتطلب من الطفل التعبير عن ذاته ، أو التحكم الذاتى ، وأيضا يظهر الطفل الذى لديه اضطرابات فى الانتباه قصورا فى مدى ونوعية التحصيل الأكاديمى ، وقصورا فى الوظائف الاجتماعية .

ويشير " بريور " . م ، وآخر ، ١٩٨٦ إلى أن الأطفال الذين لديهم "اضطراب فى الانتباه " يكون لديهم خصائص تميزهم عن غيرهم من الأطفال فى الفصل الدراسى حيث تتميز هذه الفئة بصعوبة التركيز ، بالإضافة إلى مشكلات فى القدرة على استمرار الانتباه والاحتفاظ به ، وأيضا تركيز الانتباه لمدة طويلة ، وصعوبة تنظيم الأعمال والمهام التى تعطى لهم ، وعدم قدراتهم على إنهائها ويعانون من التشتت والاندفاعية ويحتاجون إلى سيطرة وإشراف خارجى .

كما يشير " كافل " ك . أ . وآخر ، إلى أن معرفة الأطفال الذين لديهم "اضطراب فى الانتباه " تتطلب تتبعا لسلوك الأطفال ونماذج استجاباتهم حيث يلاحظ على الطفل الذى لديه اضطراب فى الانتباه .

١- صعوبة فى توجيه إدراكه ، ويشمل ذلك تعلم شكل ومحتوى الإشارة التى تدخل فى فهم الطفل .

٢- صعوبة فى إنهاء الأعمال التى تطلب منه فى الوقت المحدد .

٣- التناقض والتشتت فى الأخطاء التى تظهر فى الاختبارات التى تطبق عليه.

ويظهر الطفل الذى لديه اضطراب فى الانتباه اضطرابا فى كل من الذاكرة والإدراك وفى التركيز وتكوين المفاهيم .

ويشير كل من " كوج " و " مرجلس " ، ١٩٧٦ ، إلى أنه يوجد نموذج له ثلاثة أبعاد " لمشكلات الانتباه " ، وهذا النموذج يمثل المدخل الهام فى اختيار الطفل الذى لديه " اضطراب فى الانتباه " ، وهذه الأبعاد هى :

١- عدم القدرة على الانتباه .

٢- ضعف اتخاذ قرار يعتمد على المدخلات الانتباهية ، وهذا الضعف فى اتخاذ قرار على أساس المدخلات الانتباهية ربما يكون بسبب الاندفاعية أو الاستجابات السريعة .

٣- ضعف فى الاحتفاظ أو الاستمرار فى الانتباه ، وتعزى عدم القدرة على استمرار الانتباه لدى فئة الأطفال الذين لديهم " اضطراب فى الانتباه " إلى مشكلات فى القدرة على الاحتفاظ بالانتباه ، أو التيقظ أثناء القيام بعمل معين ، ويؤدى ذلك إلى ضعف فى القدرة على القراءة .

كما يشير " كارلسون " ن ز ر . ، ١٩٨٨ ، إلى أن الأطفال الذين لديهم اضطراب فى الانتباه تواجههم مشكلات كثيرة منها : صعوبة الجلوس مدة طويلة ، وعدم القدرة على التركيز فى عمل واحد ، ويكون هؤلاء الأطفال مندفعين ومتحيزين فى الاستمرار فى نشاط واحد ويعارض هؤلاء الأطفال

مدرسيهم عندما يحاولون توجيههم لأن ينظموا أعمالهم .

وقد أشار " مارشال " ، ١٩٨٩ ، فى دراسته أن " كـواى " أشـارت إلى عـدة خصائص يتصف بها الأطفال الذين لديهم " اضطراب فـى الانتبـاه " منـها : الضعف فى التركيز ، قصر مدى الانتباه ، عدم القدرة على الانتبـاه ، فـرط فـى النشاط ، الاندفاعية ، ضعف فـى التناسـق الحركـى ، التعـب بسـرعة والتوتـر الحركى ، عدم القدرة على المثابرة ، ونقص فى القدرة على إنهاء الأعمال التـى تعطى لهم ، مستغرقون فى أحلام اليقظة ، السلبية .

من التعريفات السابقة يمكـن اسـتخلاص اتفاقـها علـى أن الأطفـال ذوى "الاضطرابات فى الانتباه " يظهر عليهم مجموعة من الأعراض الدالة تتمثـل فى:

١- صعوبة فى التركيز ، وتنظيم وإنهاء الأعمال التى تسند إليه .

٢- قصور فى نوعية التحصيل الأكاديمى .

٣- صعوبات فى الاستمرار فى الانتباه والاحتفاظ به .

٤- اضطرابات فى الذاكرة ، والإدراك ، والـتركيز وتكويـن المفـاهيم ، كمـا أنهم يحتاجون إلى سيطرة وإشراف خارجى .

فرط النشاط :

يشير " روز " د . م ، وآخر ١٩٧٦ ، إلى أن الطفل ذى " فرط النشاط " على أنه الطفل الذى دائما ما يبدى مستويات مرتفعة وعالية من النشاط حتـى فـى المواقف التى لا تتطلب ذلك ، أو حتى عندما يصبح ذلك غير مناسب ، أو غير ملائم للموقف ، كما أن هذا الطفل دائما غير قادر علـى اخـتزال - تثبيـط - هذا المستوى العالى مـن النشـاط عندمـا يتلقـى الأمـر بذلـك ، ودائمـا تظـهر استجاباته بنفس السـرعة ، هـذا بالإضافـة إلى أنـه يتسـم ببعـض الخصـائص الفسيولوجية ، ومشكلات فى التعلم ، وأعراض سلوكية ومشـكلات خاصـة ، وهو طفل يقاوم التدريب ، كما يقترن لديه فرط النشاط بالاندفاعيـة ، وسـرعة

الاستثارة والانفعال ، والمزاج المتقلب .

كما يشير " روز " أ . و ، ١٩٨٠ إلى أن مصطلح " فرط النشاط " يشير إلى حالة يكون فيها الطفل نشيطا بدرجة عالية جدا ، ومن المفترض أن مستوى سلوك هذا الطفل يفوق المعيار السوى ، ويتضح أن ما يميز الطفل المفرط فى النشاط عن ذلك المعيار السوى ليس النشاط الزائد ، بقدر ما هو نشاط يعده الكبار غير ملائم وفى غير محله ومثير للقلق وإزعاج الآخرين.

ويذكر " عمر شاهين " ، ١٩٨٥ ، أن فرط النشاط يمكن تحديده من خلال المظاهر والأعراض الآتية : مدى انتباه قصير ، القابلية لتشتت الانتباه ، زيادة فى الحركات غير المنتظمة والتى يصعب تنظيمها فى فترة المراهقة ، الاندفاعية ، مزاج متقلب بصورة واضحة ، تأخر فى نمو المهارات الدقيقة ، ضعف فى العلاقات الاجتماعية ، عدم إتقان كثير من المهارات ، صعوبات فى القراءة .

أسباب (اضطراب الانتباه وفرط النشاط) :

الأسباب العصبية الحيوية :

أغلبية الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يوجد لديهم دليل على وجود تلف كبير فى المخ عند الكشف عليهم بالطرق المستخدمة فى الكشف عن الأمراض العصبية .

ومن ناحية أخرى ، معظم الأطفال المصابون بالأمراض العصبية أو تلف فى المخ لا يظهرون أى نوع من زيادة النشاط الحركى والأبحاث التى أجريت لإيجاد أى قاعدة عصبية كيماوية أو عصبية حيوية لم يتم التوصل إليها وبعض الأطفال المصابين بهذا المرض يمكن أن نجد لديهم تلفا بسيطا بالمخ ناتجا عن سموم أو مواد ناتجة عن عمليات بنائية والتى تنتقل إلى المخ فى مرحلة تكوين الجنين ، وهذا يفسر انخفاض التعلم على الوجه الأكمل فى هؤلاء الأطفال .

الأسباب الوراثية :

أشار بعض العلماء إلى أن القاعدة الوراثية " لاضطراب الانتباه وفرط

النشاط " أحد الأسباب المؤدية إلى هذه الاضطرابات حيث يلاحظ ظهورها فى التوائم.

كما يلاحظ أن الأب الحامل للمرض عند إنجابه لأطفال تكون الإصابة فى أطفاله جميعا وليس لنصفهم كما يبدو ذلك فى معظم الأمراض الوراثية .

تلف المخ :

وجد تلف بسيط فى المخ فى بعض الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وذلك فى مرحلة الأجنة وقبل الولادة ، وهذا التلف ناتج عن سموم أو مواد بنائية أو ميكانيكية مثل الضغط العصبى أو البدنى الذى يصل إلى المخ فى مرحلة الطفولة نتيجة لعدوى ، أو التهابات أو إصابات ، ويعتبر تلف المخ سببا فى ظهور " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " .

تأخر النضج :

من الطبيعى أن مخ الإنسان ينضج فى أعوام معينة من ٣ – ١٠ شهور ، ٢ – ٤ سنة ، ٦ – ٨ سنة ، ١٠ – ١٢ سنة ، ١٤ – ١٦ سنة وبعض الأطفال يتأخر لديهم هذا النمو ، وبالتالى تظهر عليهم أعراض " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وتكون هذه الأعراض وقتية بحيث تنخفض عندما يستطيع أن يحقق نموا يصل به إلى قرينه .

العوامل النفسية :

يلاحظ أن الأطفال المصابين " باضطراب الانتباه وفرط النشاط " ناتج عن إحباط عاطفى مستمر سرعان ما يختص بزوال العوامل المحيطة ، مثل الضغوط النفسية واضطراب التوازم العائلى أو العوامل المؤدية إلى التوتر .

الأسس السيكوفسيولوجية (لفرط النشاط واضطراب الانتباه) :

بالنظر إلى التركيب التشريحى البنائى للمخ من منظور طولى (رأسى) نجد أنه يتكون من طبقتين الخارجية العليا تمثل القشرة المخية والداخلية (السفلى)

تمثل تكوينات ما تحت القشرة المخية ، وبالنظر إلى هذه التركيبات من الناحية الوظيفية نجد أن تكوينات القشرة المخية تتخصص المراكز المكونة لها باستقبال وتشغيل المعلومات الراقية وهى المسئولة عن التعلم ، إذ يؤدى تنشيط المراكز بالقشرة المخية إلى تهيئة الفرد لاستقبال المثيرات الموجودة حوله والتعامل مع هذه المثيرات بالاستجابات المناسبة ، وهذا ما افترضه " عبد الوهاب محمد كامل " ، ١٩٩١ فى أن تنشيط وسيطرة مكونات القشرة المخية يؤدى إلى زيادة تركيز الانتباه واحتفاظ الفرد بحالة الهدوء النسبى والتروى وانخفاض ميله إلى العنف الحركى فى حين أن تنشيط وسيطرة مكونات ما تحت القشرة المخية من شأنه يؤدى إلى زيادة السلوك العدوانى والإفراط فى النشاط والهوس والعنف الحركى والاندفاعية مع التشوه الإدراكى للمواقف الاجتماعية وسيطرة الانفعال دائما .

ومن ثم يمكن تفسير الأسس السيكوفسيولوجية لفرط النشاط واضطراب الانتباه على أساس أن هؤلاء الأفراد تظهر لديهم سيطرة تكوينات ما تحت القشرة المخية مقابل انخفاض سيطرة تكوينات القشرة المخية ، ومن ثم فلديهم اضطرابات فى عملية التهيؤ لاستقبال المعلومات ، ومن ثم انخفاض عام فى العمليات العقلية العليا وتشغيل المعلومات المجردة والراقية .

السمات المرضية :

قد تظهر بعض أعراض " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " فى مرحلة الطفولة .. ويتصف هؤلاء الأطفال بالإفراط فى الحساسية فهم ينزعجون بسهولة من الضوضاء أو الضوء والحرارة أو أى تغييرات بيئية أخرى .

إلا أنه أحيانا يحدث العكس فيتسم الأطفال بالهدوء كما أنهم ينامون لفترات طويلة ويظهرون تقدما فى الأشهر الأولى ، وفى الغالب يقل نومهم ، ويزيد صياحهم ونشاطهم عند وضعهم فى السرير .

الأطفال مفرطو الحركة لديهم قدرة أقل على خفض مستوى النشاط عن الأطفال العاديين وذلك عندما تحكم البيئة المحيطة بهم بقيود اجتماعية ، وفى

المدرسة قد يقبل الأطفال ذوو " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " على إجراء الاختبارات ولكنهم لا يستطيعون سوى الإجابة عن سؤالين ، وقد لا تتوافر لديهم المقدرة لانتظار النداء عليهم بالمدرسة بل يستجيبون عند نداء شخص آخر ... أما فى المنزل فلا يمكن السيطرة عليهم ولو لدقيقة واحدة .

مثل هؤلاء الأطفال يتسمون بسرعة التأثر والانفعال ولو بسبب غير مؤثر يؤدى بهم إلى الارتباك والضيق وهم غير مستقرين عاطفيا ومن السهل إضحاكهم وإبكاؤهم فأمزجتهم وتصرفاتهم متقلبة وغير متوقعة .

ومن سماتهم المميزة الاندفاع والقصور اللذان يؤديان إلى عدم الشعور بالإشباع والمشاكل العاطفية الملازمة للطفل دائمة الحدوث ... وهناك حقيقة ثابتة أن الأطفال الذين ينشئون بعيدا عن مثل هذا النوع من السلوك لا يستغرق نموهم نفس المدة الزمنية التى يحتاجها الأطفال ذوو النشاط الحركى الزائد ...

وهؤلاء الأطفال يتصفون بتناقص فى الأداء والاستجابة المؤقتة للضغوط كما يصدر عنهم سلوك غير مبرر ... وكل هذه الصفات السابقة تؤدى إلى ضغوط وحالة من عدم الرضا عند البلوغ .. مما يؤدى إلى الفهم الخاطئ عن الذات والعداء اللذين يزداد أثرهما سوءا بسبب إدراك الأطفال المتكرر لهما .

السمات المميزة لهذه الفئة مرتبة حسب تكرارها :

١- نشاط زائد .

٢- ضعف الإدراك الحسى والحركى .

٣- تقلب عاطفى .

٤- قصور فى ملكة التنسيق .

٥- اضطرابات فى الانتباه " ضعف فى التركيز - قصر فترة الانتباه " .

٦- الاندفاع " التصرف يسبق التفكير " ، دورات غير مترابطة للنشاط ،

خلل فى التنظيم ، ككثرة الحركة فى الفصل .

٧- اضطرابات فى التفكير والذاكرة .

٨- عدم القدرة على تعلم أشياء معينة .

٩- اضطراب فى الحديث والاستماع .

١٠- أعراض عصبية غير حاسمة وتذبذب فى منحنى رسم المخ .

ويظهر ٧٥٪ من هؤلاء الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " تصرفات عدائية ... إلا أنه عند ارتباط التحدى والعدوانية بالعلاقات الأنسجية غير السوية فإن النشاط الزائد يرتبط أكثر بخمول التنسيق الحسى الحركى واللغة والأداء الضعيف فى الاختبارات الخاصة بالتأمل التى تتطلب مزيدا من التركيز .

وتؤكد بعض الدراسات أن العديد من أقارب الأطفال المفرطى النشاط يظهرون سمات تدل على شخصية غير اجتماعية ، والمشاكل المدرسية سواء الخاصة بالتعليم أو بالسلوك تكون شائعة وأحيانا ما تصاحب بانخفاض مستوى التقدم فى اللغة ، أو اضطراب فى التعلم أو من ارتباك الأطفال وتقلب انتباههم والذى بدوره يعوق اكتساب وتذكر وإبراز المعرفة .

هذه المشاكل تمثل اضطرابا فى التعلم خصوصا عند إجراء عمليات التقييم ، ومن العوامل التى تجعل المدرسة مصدرا للإحباط لهؤلاء الأطفال ردود الأفعال المعاكسة من العاملين بالمدرسة ، والتقليل من قيم ذواتهم مقترنا ذلك بالتعليقات السخيفة من أقرانهم بالمدرسة ، وهذا بدوره يؤدى إلى سلوك غير اجتماعى وإحباط ذاتى وعقاب للنفس .

مراحل و تطورات هذا الاضطراب والتنبؤ باحتمالاته :

تطورات هذه الحالة مختلفة كثيرا ، فيمكن أن تستمر الأعراض فى مرحلة البلوغ والنضوج وأيضا يمكن أن تختفى عند البلوغ أو يختفى زيادة النشاط الحركى ولكن مع استمرار نقص تركيز الانتباه .

وزيادة النشاط الحركى يعتبر أول عرض يختفى ، أما الأخير وهو التشتت فى الانتباه فلا يختفى قبل سن ١٢ سنة وإذا حدث فيكون بين ١٢ – ٢٠ سنة ومعظم ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " يمكنهم الشفاء جزئيا من الاضطرابات الشخصية واضطرابات الحالة النفسية ولكن اضطرابات التعلم تستمر وحوالى ١٥ – ٢٠٪ من ذوى " اضطرابات الانتباه وفرط النشاط " يمكن أن تستمر فى مرحلة النضج .

وهؤلاء الأطفال يمكن أن نجد فيهم نقصا فى النشاط الحركى إلا أنهم يظلون مندفعين وبالرغم من أن مستوى تعليمهم أقل من الأشخاص غير المصابين بهذا الاضطراب فإن تاريخهم الوظيفى لا يختلف كثيرا عن أمثالهم فى التعلم .

الاضطرابات التى تشابه (اضطراب الانتباه وفرط النشاط) :

من الصعب التفرقة بين الأعراض النفسية والأعراض الأساسية لذوى "اضطرابات الانتباه وفرط النشاط " قبل سن ٣ سنوات نتيجة الأعراض المتداخلة للجهاز العصبى غير الكامل النمو وتأخر الاستقبال البصرى الظاهر بكثرة لدى ذوى " اضطرابات الانتباه وفرط النشاط " والحالة القلقة للطفل لابد من تقييمها ، حيث إن القلق يمكن أن يصاحب ذوى " اضطرابات الانتباه وفرط النشاط " كظاهرة ثانوية والقلق نفسه يمكن أن يتصف بزيادة النشاط وسهولة التشتت ويعانى كثير من الأطفال ذوى " اضطرابات الانتباه وفرط النشاط " من الاكتئاب الناتج عن إحباطهم المستمر نتيجة لفشلهم فى التعلم وقلة الثقة بالنفس ، لذا لابد من التمييز بين ذلك المرض ومرض الإحباط نفسه كمرض أساسى والذى يكون مصاحبا لقلة النشاط والانعزال الكامل عن المجتمع .

المشكلات النفسية المرضية لدى الوالدين :

العديد من الدراسات حاولت دراسة آباء الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وذلك للتعرف على ما إذا كان لدى هؤلاء الآباء علامات أكبر

على : الانضغاط النفسى Stress أو حتى احتمال وجود اضطرابات نفسية أكثر من الموجودة لدى آباء الأطفال العاديين ، وذلك بناء على احتمال وجود استعداد وراثى مورث لدى الأطفال من الآباء بارتفاع نسبة احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية .

الانضغاط النفسى (الانعصاب النفسى) حيث وجد لدى آباء الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " خاصة الأمهات خبرات تعبر عن الانعصاب النفسى خاصة فيما يتعلق بدورهن من حيث العناية بالأبناء ذوى "اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وذلك مقارنة بالأمهات للأطفال العاديين .

مثل هذا الإحساس بالإنعصاب النفسى وجد بشدة بالتحديد لدى أمهات الأطفال الصغار فى السن ، حيث تم تقييم تقدير الذات لدى الوالدين كما يدركونه هم كآباء ، خاصة فيما يتعلق بتربيتهم للأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " والعاديين ، حيث ضمت الدراسة مجموعتين من الأطفال العاديين وذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " كل من المجموعتين يضم مجموعتين مقسمتين على أساس العمر الزمنى (٣-٦) سنوات ، (٧-١٠) سنوات فى كل مجموعة من المجموعتين العادية وذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وقد أوضحت نتائج الدراسة ما يلى :

١- وردت فى تقارير الأمهات للمجموعة ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " انخفاض دال فى مستوى تقدير الذات كوالدة .

٢- ارتفاع دال فى درجة الاكتئاب ، لوم الذات ، الانعزال الاجتماعى لدى أمهات الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " مقارنة بالأمهات للمجموعة العادية ، أيضا الإحساس بالانضغاط النفسى كان أعلى لدى أمهات الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " الأكبر سنا .

٣- إن الأمهات الأكثر انخفاضا فى تقدير الذات كانت فى المجموعات التى تمثل الأطفال لديها أكثر انحراف سلوكى بدرجة كبيرة .

٤- الارتفاع فى درجة إقرار الوالدين بالإحساس بالانضغاط النفسى يرتبط

ارتباطا إيجابيا بالارتفاع فى درجة الانحراف السلوكى لدى الأطفال ذوى "اضطراب الانتباه وفرط النشاط " .

٥- أيضا الطريقة التى يصف بها الآباء درجة الانحراف السلوكى لدى أولادهم ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " قد تعمل كوظيفة فى تغيير المستوى الحقيقى للمشكلات السلوكية لدى الأبناء ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " .

٦- وفى نفس الوقت فإن إدراك الآباء للانحراف السلوكى لدى أبنائهم ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " يعمل كموجة لرد فعل (تفاعل) الآباء مع سلوك الطفل فى بعض المواقف . ويجعل من الآباء حساسين لأقل اضطراب أو سلبه فى سلوك أبنائهم ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " ، من الممكن أيضا أن يكون الإحساس بالانضغاط النفسى والاكتئاب والانخفاض فى تقدير الذات لدى الآباء والأمهات أن يرجع بصورة دالة إلى بعض العوامل (الأحداث الضاغطة) والتى لا ترجع إلى دورهم كآباء أو أمهات ، مثل :

شكل العلاقة الزوجية بين الآباء والأمهات ، حيث إن آباء وأمهات الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " لديهم احتمال انتشار اختلال - اضطراب - فى العلاقة الزوجية مقارنة بالأسر فى الأطفال العاديين ، وهذا بدوره يؤثر فى العلاقة الوالدية (الأب ،الأم) بالطفل .

أيضا ورد فى تقارير الآباء والأمهات اضطراب العلاقة بينهم وبين بعض أفراد العائلة (من خارج الأسرة) ، وفشل الاستعانة بهؤلاء الأقارب ، والذين يتعاملون معهم فى تنظيم سلوك الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وهذا بدوره له تأثير سلبى قد يؤدى إلى إحساس بالانعزال الاجتماعى لدى الآباء والأمهات وبالتالى هذا له تأثيره السلبى على إدراكهم لدورهم وقدراتهم كآباء لهؤلاء الأطفال وله تأثيره السلبى على الآباء من الناحية الانفعالية .

الاضطرابات النفسية والعقلية :

تشير الدراسات إلى أن بعض الآباء والأقارب للأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " كان لديهم هم أنفسهم " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " .

حيث إن نسبة ٥٪ من الأمهات ، ١٥٪ من الآباء فى المجموعة التجريبية التى تشمل أطفالا ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وجد " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " لدى الآباء فى مقابل ٢٪ فقط من الآباء فى المجموعة الضابطة التى تحوى أبناء عاديين .

أيضا بعض الدراسات أكدت هذه النتائج ، حيث تشير إلى أن آباء الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " هم أنفسهم عندهم ، وتظهر عليهم علامات " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " أو على الأقل لديهم بعض الأعراض التى تعبر عن وجود هذا الاضطراب .

كما تشير إلى أن نسبة ١٥ إلى ٢٠٪ من الأمهات ، ٢٠ – ٣٠٪ من الآباء للأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " ربما يوجد لديهم أنفسهم "اضطراب الانتباه وفرط النشاط " ، أيضا بالنسبة لإخوة الأطفال ذوى "اضطراب الانتباه وفرط النشاط " وجد أن نسبة ٢٦٪ منهم ربما يوجد لديهم نفس الاضطراب) أيضا احتمال وجود نفس الاضطراب لدى الأقارب من الدرجة الأولى للأطفال ذوى "اضطراب الانتباه وفرط النشاط " احتماله يصل إلى نسبة ٢٥ – ٣٣٪ .

أيضا فإن الوالدين ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " ترتفع لديهم احتمال وجود بعض الاضطرابات العقلية الأخرى مثل :

السلوك ضد الاجتماعى لدى الوالدين	٢٥ – ٢٨٪
تعاطى الكحوليات	١٤ – ٢٥٪
الهستيريا	١٠ – ٢٧٪

وصعوبات فى التعلم لدى الوالدين .

أيضا فإن الوالديـن للأطفـال ذوى " اضطـراب الانتبـاه وفـرط النشـاط " يتعاطون الكحوليات بصورة أكثر مقارنة بالوالدين للأطفال العاديين .

التشخيص :

الغرض الأساسى لذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " والـذى يجـب أن ينتبه إليه المعالجون هو أهمية التفاصيل التاريخية لمراحل نمو الطفل وولادتـه حيث عادة ما توضح مؤشرات التنبؤ بالنشاط الحركى الزائد ، ويمكـن ملاحظـة هذا النشاط الزائد فـى بعـض المواقـف (مثـل المدرسـة دون غيرهـا) (مثـل مشاهدة برنامج تليفزيونى محبب).

وعلى أى حال يجب ألا تكون الأعراض منعزلة أو مختصـرة أو مؤقتـة تحـت ضغط معين ، ولكنها يجب أن تكون موجودة ومستمرة ولفترة طويلة .

وفى المدرسة لا يستطيع هؤلاء الأطفال متابعة التعليمات ، وغالبا ما يتطلب ذلك من المدرسين مزيدا من الانتباه لهؤلاء ، وفى البيت لا ينفذون مـا يطالبـهم به آباؤهم وهم ميالون للتصرف باندفاع ، مظهرين بذلك تقلبا عاطفيا وسرعة فى انفعالاتـهم ... والاضطرابـات الخاصـة بـالتعلم مثـل تلـك التـى تتصـل بالقراءة والرياضة واللغة والتنسيق ربما قد تكون مترابطة مـع اضطرابـات فـى الانتباه وتاريخ الاضطراب وتقارير المدرسين هامة جدا حيث تعطينا إيضاحـات عن العوامل الخاصة لمرحلة ما قبل الولادة (تشمل الجينات الوراثية) ومرحلـة الولادة ومرحلة ما بعد الولادة والتى قد تؤثـر فـى الجـهاز المركـزى سـواء فـى التركيب أو الوظيفة .

ويجب أن نأخذ فى الاعتبار معدلات النمـو والانحـراف الحـادث فـى النمـو وردود الأفعال والتحولات السلوكية الناتجة عن الضغـوط فـى مرحلـة الـولادة تساعدنا فى توضيح إلى أى مدى يمكن للآباء أن يتفاعلوا مـع خلـل الوظـائف العقلية التى تظهر لدى مثل هذه الحالات مثل اضطرابات التفكير ، ويمكن أن

توجد أيضا صعوبة فى السمع والإبصار واللغة ، وعند الفحص العصبى للطفل نجد اضطرابا فى الاستقبال البصرى وعدم تمييز سمعى أو ضعف فى الإبصار والسمع ... كما يمكن أن نجد لدى هؤلاء الأطفال عدم توافق عضلى مع صعوبة فى رسم الأشكال المناسبة مع حركات متضادة سريعة واضطراب التمييز بين الشمال واليمين . وهذا الطفل فى المدرسة يمكن أن تلازمه زيادة فى النشاط الحركى .

الأعراض التى تقود إلى تشخيص هذه الحالات :

ملحوظة : (لكى يمكن القول بوجود هذا الاضطراب لدى طفل ما لابد مقارنة تصرفاته مع تصرفات طفل قرينه فى نفس العمر العقلى ، فإذا لوحظ وجود اضطرابات وفروق واضحة بين الطفلين دلنا ذلك على وجود المرض) .

أما عن الأعراض التى يمكن أن تقودنا إلى تحديد هذه الفئة من الأطفال فتتمثل فى :

أولا : ظهور الاضطرابات لمدة ستة شهور على الأقل مع توافر ٨ أعراض من الأعراض التالية :

١- يحرك يديه أو رجليه بعصبية أو يتقلب فى المقعد (فى فترة البلوغ يمكن أن تنحصر فى الشعور من الشخص بعدم الاستقرار) .

٢- يجد صعوبة فى الجلوس لمدة طويلة عندما يطلب منه ذلك .

٣- يشتت بسهولة بأى مؤثر خارجى .

٤- يجد صعوبة فى انتظار دوره بالألعاب .

٥- يجيب على الأسئلة قبل استكمال السؤال .

٦- يجد صعوبة فى متابعة التعليمات (وهذا السلوك ليس ناتجا عن معارضة أو صعوبة فى الفهم) مثل الفشل فى عمل روتينى.

٧- يجد صعوبة فى استمراره منتبها فى الألعاب .

٨- عند قيامه بأحد الألعاب لا يستطيع استكمالها ، وسرعان ما ينتقل إلى لعبة أخرى .

٩- يجد صعوبة فى اللعب بهدوء .

١٠- يتكلم كثيرا .

١١- يقاطع الآخرين دائما ، ويتدخل فى الألعاب الأخرى فجأة .

١٢- لا يبدو أنه ينصت لما يقال .

١٣- دائما يفقد الأشياء الضرورية المختلفة سواء بالمدرسة ، أو المنزل ، مثل أدوات اللعب والدمى والأقلام والكتب .

١٤- أحيانا يرتكب أحداثا خطيرة دون اعتبار للنتائج المحتملة (مثلا يجرى فى الشارع دون أن يلتفت حوله) .

ثانيا : بداية ظهور هذه الأعراض قبل سن السابعة .

ثالثا : يجب أن تكون هذه الأعراض ليس ناتجا عن عدم النمو الصحيح .

أشار البعض إلى أن الحساسية لبعض الأطعمة كالمعلبات والأطعمة المحفوظة أحد أسباب هذا المرض ... ولكنها ادعاءات لم يتم إثباتها علميا بعد .

أساليب العلاج

أولا : العلاج باستخدام العقاقير :

العقاقير المختصة بهذه الحالة عبارة عن محفزات للجهاز العصبى المركزى (المخ) ويمكن للطفل أن يستجيب لأحد هذه العقاقير ولا يستجيب لآخر وقد يستجيب أكثر لأحدهما دون الآخر ، كما تختلف الجرعة المناسبة لكل طفل وميكانيكية التأثير الدوائى تتمثل فى تنشيط القشرة المخية للسيطرة على تكوينات ما تحت القشرة المخية وبالتالى تؤدى إلى خفض أعراض " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " ، حيث إن تكوينات ما تحت القشرة المخية من شأنها

إذا نشطت بدرجة ما أن تؤدى إلى زيادة النشاط الحركى العشوائى والعدوانية واضطرابات الانتباه وهذه العقاقير غير مستحبة لأن محفزات المخ غالبا ما تسبب إيقاف نمو الأطفال فى الوزن والطول وبعض الأبحاث أثبتت رجوع الوزن والطول إلى وضعهما الطبيعى بعد إيقاف تناول هذه العقاقير كما تسبب تعود الطفل عليها أو إدمانها ، وعموما لو استطعنا أن نضبط الجرعة جيدا تكون فائدة هذه العقاقير أكثر من آثارها الجانبية .

ثانيا : العلاج النفسى :

استعمال الأدوية نادرا ما يكفى كعلاج لذوى "اضطرابات الانتباه وفرط النشاط " لذلك يجب أن يصاحب بالعلاج النفسى وعلى الأقل هذا العلاج النفسى يجب أن يعطى للطفل الفرصة ليتبين الغرض من استعماله للعقاقير حتى يمكن إزالة اعتقاده الخاطئ (مثل أنا مجنون) ؛ لأن العلاج بالعقاقير يستخدم كعامل مساعد ليس إلا ، ويحتاج هؤلاء الأطفال أن يفهموا أن الكمال ليس هو الهدف وأن لهم من الحقوق ما للآخرين ، وعندما نساعد هؤلاء الأطفال لمعايشة بيئتهم يقل قلقهم ، لذلك يجب على مدرسيهم وآبائهم اتباع نظام الثواب والعقاب مستخدمين نموذجا محددا للسلوك بحيث يكافأ عند اتباعه وعند الخروج عنه يعاقب .

وهناك مطلب عالى لمساعدة الآباء لمعرفة أن التساهل مع الأبناء ليس فيه مصلحتهم فلابد من مساعدتهم ، كما يجب مساعدة الآباء فى معرفة أنه بالرغم من أن الأطفال يعانون من نقص فى بعض الوظائف إلا أنهم لابد أن يواجهوا واجبهم الطبيعى فى النضوج مشتملا الحاجة لغرس المثاليات لتكوين الأنا العليا حتى تكون طبيعية ومرنة.

لذلك يجب على الأطفال ذوى " اضطراب الانتباه وفرط النشاط " ألا يستفيدوا من كونهم مميزين عن الأطفال الآخرين ويشمل العلاج النفسى الطرق الآتية :

العلاج بالاسترخاء :

حيث يتم تدريب الطفل على الاسترخاء العضلى فى برنامج محدد تختص كل مجموعة من الجلسات فيه بالتدريب لمجموعة محددة من عضلات الجسم ثم فى النهاية يضم عددا من الجلسات لتدريب كل عضلات الجسم على الاسترخاء الذى يحل تدريجيا محل التوتر العضلى وفرط النشاط ، كما أنه يساعد على اكتساب وتنمية التريث بدلا من الاندفاع وبالتالى ينمو تركيز الانتباه بصورة أفضل .

العلاج بالتدريب على جلسات للعائد البيولوجى :

تتم جلسات التدريب على برنامج للعائد البيولوجى لنشاط المخ الكهربى لتعديل التنشيط القشرى ، بمعنى تعديل صورة النشاط الكهربى للقشرة المخية، لتتم سيطرتها على نشاط مكونات ما تحت القشرة المخية وبالتالى يزداد تركيز الانتباه وتقل الحركات العشوائية الزائدة ، والسلوك العدوانى أيضا يمكن استخدام التدريب على جلسات العائد البيولوجى لنشاط العضلات الكهربى للمساعدة على خفض التوتر والنشاط العضلى الزائد .

العلاج من خلال التدريب على برنامج للتحكم الذاتى :

وهو يشمل مجموعة من الجلسات يتم تدريب الطفل خلالها على التحكم الذاتى فى مجموعة سلوكيات مستهدفة ، ومحددة وذلك بمتابعة كل من الأسر فى المنزل والمدرس فى المدرسة ، أيضا يمكن الاستعانة بالتدريبات على العائد البيولوجى والاسترخاء كوسائل مساعدة لهذا البرنامج .

الفصل السابع

دور الأخصائى النفسى المدرسى

فى علاج - الأوتيزم - (التوحد)

مقدمة :

التوحد.. الإعاقة الغامضة .. الطفل الذي يعاني من التوحد نسميه بالعربية " الطفل التوحدى " أو كما يُسمّى أيضًا " الذاتوية " ، و كل طفل يعاني من التوحد فهو حالة فردية خاصة ، و لذلك على الآباء أن يتفهموا حالة طفلهم جيدًا حتى يتسنى لهم الوصول إلى مفتاحه ، لأنه من الصعب على الوالدين اقتحام عالم " طفل التوحد " أو ما نسميه " قوقعته " دون أن يأذن لهم طفلهم ، فذلك الطفل يعيش في حالة من الاضطراب التى يحتاج فيها إلى من يساعده على فهمها بفهم ما في داخله أو حوله ، ثم يشرحه له و يفهمه ما يدور بداخله ، ثم يساعده على أن يتأقلم بنفسه مع هذا الاضطراب الذي يموج داخله .

ما هو التوحد :

هو إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل .

وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ ، و يقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة ١ من بين ٥٠٠ شخص .

و تزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤:١ ، و لا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية ، أو اجتماعية ، حيث لم يثبت أن لعرق

الشخص، أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

و يؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل لديه ، حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي ، و التفاعل الاجتماعي ، وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية . حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين و في الارتباط بالعالم الخارجي .

حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية ، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر ، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر ، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس من حولهم ، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية ، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر و بصورة غير طبيعية ، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً ، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير .

و في بعض الحالات ، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير ، أو تجاه الذات.

أشكال التوحد :

عادة ما يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص ، و لذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد ، و يختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر ، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل ، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد ، كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر.

هذا و يستخدم المتخصصون مرجعاً يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين ، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد .

و في هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالية :

اضطرابات النمو الدائمة ، التوحد ، اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر ، و اضطراب الطفولة التراجعي .

و يتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض ، و ليس كل، علامات التوحد ، فمثلاً يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد" حينما يظهر عدداً معينا من أعراض التوحد ، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر حينما يظهر الشخص أعراضاً يقل عددها عن تلك الموجودة في " التوحد "، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد ، لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين الاختصاصيين حول هذه المسميات ، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر.

أسباب التوحد :

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد ، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذى تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب ، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بيضتين مختلفتين) ، و من المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية ، كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة ، مثل تصوير التردد المغناطيسي وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ ، بما في ذلك حجم المخ ، و نظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد ، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب .

كما أن التوحد ليس مرضاً عقلياً ، و ليست هناك عوامل مادية في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تكون هي التي تؤدي إلى إصابته بالتوحد.

تشخيص التوحد :

كيف يتم تشخيص التوحد ؟ و لعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور و أكثرها تعقيداً ، و خاصة في الدول العربية ، حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد ، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص ، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل ، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة .

حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ، ولمهارات التواصل لديه ، و مقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو و التطور. و لكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى .

و لذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة ، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق : أخصائي أعصاب ، أخصائي نفسي أو طبيب نفسي ، طبيب أطفال متخصص في النمو ، أخصائي علاج لغة و أمراض نطق ، أخصائي علاج مهني ، و أخصائي تعليمي، و المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد .

هذا و قد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد ، وهي للاستخدام من قبل المتخصصين فقط.

أعراض التوحد :

ما هي أعراض التوحد ؟ و كيف يبدو الأشخاص المصابون بالتوحد ؟

عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن ٢٤- ٣٠ شهراً، حينما يلاحظ الوالدان تأخراً في اللغة ، أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي ، و عادة ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية :

١ــ التواصل :

يكون تطور اللغة بطيئاً ، و قد لا تتطور بتاتاً . يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين ، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة

لهذه الكلمات ، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات ، يكون الانتباه و التركيز لمدة قصيرة.

٢ــ التفاعل الاجتماعي :

يقضي وقتاً أقل مع الآخرين ، يبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين ، تكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون .

٣ــ المشكلات الحسية :

استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية ، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس ، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم ، أو النظر ، أو السمع، أو الشم .

٤ــ اللعب :

هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري ، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين ، و لا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة .

٥ــ السلوك :

قد يكون نشطاً أو حركاً أكثر من المعتاد ، أو تكون حركته أقل من المعتاد ، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط ، أو يعض) دون سبب واضح ، قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما ، أو التفكير في فكرة بعينها ، أو الارتباط بشخص واحد بعينه ، هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة ، و قد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانيا ، أو مؤذياً للذات .

و يمكن أن نورد مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد على النحو التالى :

١- يتصرف الطفل و كأنه لا يسمع ، لا يهتم بمن حوله .

٢- لا يحب أن يحضنه أحد .

٣- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم .

٤- لا يخاف من الخطر .

٥- يكرر كلام الآخرين .

٦- إما نشاط زائد ملحوظ ، أو خمول مبالغ فيه .

٧- لا يلعب مع الأطفال الآخرين .

٨- ضحك و استثارة في أوقات غير مناسبة .

٩- بكاء و نوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة .

١٠- يقاوم التغيير في الروتين .

١١- لا ينظر في عين من يكلمه .

١٢- يستمتع بلف الأشياء .

١٣- لا يستطيع التعبير عن الألم .

١٤- تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة .

١٥- فقدان الخيال و الإبداع في طريقة لعبه .

١٦- وجود حركات متكررة و غير طبيعية ، مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين.

١٧- قصور أو غياب في القدرة على الاتصال و التواصل .

الاكتشاف المبكر لحالات التوحد :

تظهر سمات الطفل التوحدى قبيل إتمامه العام الثالث ، و إذا لوحظ على الطفل أى منها يجب الاهتمام بمتابعة الطفل و عرضه على أخصائي ، و من هذه السمات:

١- عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع الذي يدل على رغبته في أن يحمل .

٢- تصلب الطفل عندما يحمل و محاولة الإفلات .

٣- يبدو كما لو أنه أصم لا يسمع ، فهو لا يستجيب لذكر اسمه أو لأي من الأصوات حوله .

٤- فشل الطفل في التقليد كباقي الأطفال في المرحلة العمرية نفسها .

٥- قصور أو توقف في نمو القدرة على الاتصال اللغوي وغير اللغوي .

و قد تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر ، و بدرجات متفاوتة .

مشكلات اللغة والتواصل لدى الأطفال ذوى التوحد :

كما أوضحت تقارير الدراسات اللاحقة والتى تم عرضها فى الفصل الأول أن تطور اللغة لدى ذوى " الأوتيزم " يمثل عاملاً حاسما وهاما جداً بالنسبة للتطورات المحتملة من اضطرابات للأفراد ذوى " الأوتيزم " ، حيث إنه إذ لم يكن هناك أى حصيلة لغوية لدى الطفل ذى " الأوتيزم " يكون قد اكتسبها من البيئة المحيطة به حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره فإن نمو قدراته وتطورها فى المستقبل سوف يكون محدوداً ، إذ أنه من خلال تقارير الدراسات التى أجريت على حالات " الأوتيزم " توضح أن أفرادا قليلين جداً هم الذين ينجحون فى التحدث بلغة مفهومة فى هذا السن أو فى استخدام اللغة المركبة فى المستقبل . كما تشير التقارير الواردة من خلال الدراسات السابق عرضها فى الفصل الأول إلى أن بعض حالات " الأوتيزم " لم تبدأ فى اكتساب اللغة والتحدث حتى وصلت سن البلوغ ومرحلة المراهقة .

عموماً فإن حوالى ٣٠ ٪ تقريباً من الأفراد ذوى " الأوتيزم " يظلون لا يستخدمون اللغة بشكل مفيد حتى بين هؤلاء الذين تعلموا الكلام والتحدث، وثمة معوقات واضحة قد تستمر لدى هؤلاء الأفراد خلال فترة البلوغ والمراهقة .

وفى تقرير عن " سزاتمارى " وآخرين Szatmari & etals ، ١٩٨٩ ، ب ، قرر فيه أن هذه الصعوبات فى اكتساب اللغة تظهر لدى كل من ذوى القدرات العقلية المحدودة أو المرتفعة على حد سواء ، حيث وجد فى دراسته أن ثلثى أفراد العينة تقريبا من الشباب الصغير من ذوى " الأوتيزم " استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة غير العادية ، بالإضافة إلى أن ثلث أفراد العينة كانت اللغة لديهم فى انحدار مستمر وكان لديهم صعوبات فى إجراء محادثة كاملة مع الآخرين .

كما يقرر " ريمسى " وآخر Rumsey & etal ، ١٩٨٥ ، أن ٥٠ ٪ من الحالات التى تم دراستها استمروا فى استخدام اللغة المحدودة ونفس النسبة أظهرت أشكالا وأنماطا مكررة فى استخدام بعض الكلمات دون غيرها ، أعلى من ٤٠ ٪ من بين أفراد عينة الدراسة ما زالوا يستخدمون نسبة أو قدرا ضئيلا من الحديث المتواصل والتجويد غير العادى .

" ماوهود " Mawhood ، ١٩٩٥ ، وجد أيضاً أن خمسة أفراد فقط من بين ١٩ شابا يمكن وصفهم أن لديهم مهارات اتصال جيدة ، وقد تم تحديد ذلك من خلال هؤلاء الأفراد على الإنشاء الجيد باستخدام قواعد صحيحة والقدرة على الاشتراك فى حوار متبادل ، أما باقى أفراد العينة ، فقد تم وصفهم على أن مستواهم فى التعبير اللغوى أو استخدام اللغة يتراوح بين الضعيف أو الضعيف جداً فى القدرة على التعبير عن الأفعال وذلك بسبب انخفاض مستواهم فى استخدام قواعد اللغة كما أنهم لا يمكنهم الدخول فى الحوار أو المناقشة حتى البسيطة منها وليس لديهم القدرة على التعبير .

وفى الصفحات القادمة يعرض المؤلف أكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند ذوى " الأوتيزم " .

أولا : مشكلات التعبير اللغوى :

١ ــ التعارض بين استخدام وفهم اللغة :

يعد التعبير اللغوى ـ الإنشاء ـ من الموضوعات ذات المستوى الرفيع فى اللغة العربية والذى يحتاج عادة إلى قدرات لغوية خاصة ، وغالبية الأفراد العاديين عادة ما يمتلكون مفردات لغوية عند مستوى معين تمكنهم من بناء جمل تعبيرية بشكل جيد ، أما فى حالات " الأوتيزم " نجد أن بعض هؤلاء الأفراد يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد إلا أنهم لديهم غالباً مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة فى المضمون الاجتماعى والتعبير عنه ، وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء اختبارات اللغة .

أيضاً فإن ذوى " الأوتيزم " يمكن أن يتطور فهمهم للكلمات الشخصية

بشكل أفضل مقارنة بقدرتهم على فك شفرة تراكيب لغوية ومفاهيم معقدة ، وبسبب هذا الأسلوب غير الثنائى للتوظيف اللغوى يصبح من الصعب على الأفراد الآخرين التعامل مع ذوى " الأوتيزم " بسبب فهمهم الضيق المحدود لمعنى الكلمات والألفاظ المستخدمة فى اللغة ، كما يصبح أيضاً من الصعب التقييم الحقيقى لاضطرابات وصعوبات اللغة الموجودة لدى هؤلاء الأفراد ، أيضاً فإن فشل الأفراد ذوى "الأوتيزم " فى الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم يمكن أن تفسر بشكل خاطئ أنهم غير متعاونين ، أو يسلكون بأسلوب فظ أو أغبياء .

والمشكلات من هذا النوع يمكن أن تزداد مع التقدم فى العمر الزمنى كما تزداد معها احتمالات توقعات الفشل فى التفاعل الاجتماعى .

أيضاً لوحظ على مدى واسع الانتشار أن الأطفال ذوى " الأوتيزم " يعانون من مشكلات فى كتابة موضوعات الإنشاء وتستمر تلك المشكلات مع الزيادة فى العمر الزمنى لهم ، إلا أنه فى بعض الأحيان مع النضج يحدث تفاوت بين مستوى اللغة المنطوقة واللغة المكتوبة ، حيث يظهر بعض الأفراد ذوى " الأوتيزم " قدرات لغوية منطوقة أفضل من القدرات اللغوية المكتوبة وتنخفض لدى هؤلاء الأفراد دلائل نقص فهم اللغة وعيوبه .

٢ ــ الحرفية :

ثمة صعوبة أخرى تظهر مرتبطة بالإنشاء الضعيف والتعبير اللغوى المضطرب والتى تستمر فى خلق العديد من المشاكل فى فترة البلوغ وهو الميل لتفسير ما يقال لهم حرفياً ، تلك الاستجابات الناتجة عن الفهم والتفسير الحرفى للغة تجعل هؤلاء الأشخاص فى مشكلات اجتماعية عميقة عند تفاعله مع الآخرين ، مثال : عندما سألت المدرسة الطفل" إريك " متى ولد ومتى يحتفل بعيد ميلاده ؟ فكانت استجابته أن نظر إليها باستنكار وأجاب بلوم شديد ، فى كل عام بالطبع !! .

ثانياً : المشكلات فى اللغة المنطوقة :

١ ــ الاضطرابات فى دلالات الألفاظ والكلمات :

حيث نجد أن معانى مفردات الكلمات لدى الأفراد ذوى " الأوتيزم " تستمر لتكون فى نطاق محدود جداً ، إذ يتصف هؤلاء الأفراد بالقصور فى فهم كثير من المفاهيم أو معانى الكلمات التى يتلقونها من الآخرين ، كما يظهر لديهم أيضاً قصور فى تعميم المفاهيم التى يتعاملون معها أو يتلقونها من الآخرين ، ومن ثم فإنه يظهر بوضوح لدى هؤلاء الأفراد انخفاض واضح فى قدراتهم التعبيرية ، فهم يعانون من مشكلات فى إيجاد الشكل الصحيح من الكلمات من أجل التعبير عن أفكارهم الخاصة لدرجة تصل إلى أنه يمكن وصف حديثهم بأن ما يقال منهم قد يبدو غريباً قليلاً أو فى غير الموضوع المحدد للحديث عنه .

إلا أن بعض الأفراد ذوى القدرات العقلية العالية من ذوى " الأوتيزم " قد يظهرون تحسناً ملحوظاً فى قدراتهم التعبيرية عن أنفسهم وأفكارهم بمرور الوقت .

٢ ــ طريقة استخدام الكلمات :

حيث أن ذوى " الأوتيزم " يغلب عليهم الاستخدام المضطرب للكلمات أو الطريقة غير المناسبة فى التحدث ، حيث يشير " أسبرجر " فى كتاباته إلى أن كثيرا من الأفراد ذوى " الأوتيزم " يتحدثون بأسلوب يمكن وصفه على أنه كوميدى وآخرين يمكن وصف أسلوبهم فى التحدث بالدكتاتورية أو الصوت المرتفع ، وفيهم من يميل إلى استخدام بعض الكلمات أو الألفاظ والتعليقات التى كانت مستخدمة قديماً منذ فترات طويلة فى مجتمع ما من المجتمعات ولم تعد مستخدمة فى العصر الحالى ، أيضاً يمكن وصف أسلوب بعض الأفراد ذوى " الأوتيزم " بأنه متطاول على الآخرين .

أيضاً بعض الأفراد ذوى " الأوتيزم " قد يوصف على أنه لديه حصيلة جيدة من المفردات اللغوية إلا أن هذه الحصيلة تزيد من صعوبة المشكلة لدى

هؤلاء الأفراد خاصة عند اختلاطهم بأفراد المجتمع أو تواجدهم وسط مجموعة ما من الأفراد العاديين ؛ لأنه بسبب الاستخدام غير المناسب لتلك المفـردات فـى الوقت المناسب لها فإن هذا يؤدى إلى تعقد الموقف الاجتمـاعى وزيـادة صعوبـة التفاعل الاجتماعى لدى هؤلا الأفراد ذوى " الأوتيزم " .

تلك المشكلات فى طريقة استخدام الكلمـات لا تنطبـق فقـط علـى ذوى الكفاءات أو القدرات العقلية المنخفضة مـن ذوى " الأوتـيزم " ، بـل أيضـاً تنطبق على ذوى القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع من هؤلاء الأفراد .

٣ ــ ترديد الكلام (الحديث) :

ترديد الكلام سواء فى الحال أو فيما بعد ذلك هو صفة مشتركة للغـة عنـد الأفراد ذوى " الأوتيزم "وهى صفة غالباً مـا تكـون معوقـة للتواصـل لـذوى "الأوتيزم " مع الأفراد الآخرين .

الدراسات التى أجراها كل من " ريدل " وآخر Rydell & etal ، ١٩٩٥ ، " ميرندا " وآخر Mirenda & etal ، ١٩٩٤ ، " بريزانـت " وآخـر Prisant & etal ، ١٩٨٧ ، أوضحت أن تكرار وترديد الكلام لدى ذوى" الأوتـيزم " ـ الأفراد الأكبر فى العمر الزمنى والأقل فى الاضطرابات الإدراكية ـ يشـير إلى رغبة هؤلاء الأفراد فى توضيح متطلباتهم أو التعبـير عـن أنفسـهم فـى وقـت معين ، إلى أنـه يشـير فـى نفـس الوقـت إلى انخفـاض القـدرات التعبيريـة أو الإنشائية لدى هؤلاء الأفراد وإن كان يشير إلى رغبة الأفراد ذوى " الأوتـيزم " فى التواصل مع المحيطين بهم .

وغالباً ما تظهر تلك الاضطرابات ـ ترديد الكلام ـ عندما يكون الأفـراد ذوو " الأوتيزم " تحت ضغط معين أو تشويق أو فى مواقف عالية التناقض .

وفى بعـض الأحيـان يعـد ترديـد الكـلام دليـلاً ينبـئ علـى أن الفـرد ذا "الأوتيزم" يحاول استخدام لغة أكـثر إبداعـاً ومحكمـة المفـردات ، مثـل أى سلوك أو عرض من أعراض " الأوتيزم " يكون من الصعب التنبؤ بالدور الذى يلعبه ترديد الكلام بالنسبة للأفراد قبل وجود أى محاولات لتعديله .

وهنا تجدر الإشارة إلى أنه يجب تحرى الدقة والحذر عند تقييم القدرات اللغوية للأفراد ذوى " الأوتيزم " إذ أن ترديد الأفراد ذوى " الأوتيزم " للكلام المنقول عن الآخرين يمكن أن يؤدى إلى المغالاه فى المستوى الحقيقى للفرد ومن ثم تصبح النتائج مضللة وغير صادقة .

٤ ـــ استخدام " تكرار أ و ترديد " الكلام :

قد يظهر الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة بسبب مجموعة من الأسباب : فقد يكون هذا الأسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد ذى " الأوتيزم " للاتصال بالآخرين باعتباره طلبا معتمدا لاستحواذ انتباه الآخرين ،أيضاً يمكن أن يحدث هذا الأسلوب تعرض الفرد ذو" الأوتيزم " للاستثارة الزائدة أو عدم إحساسه بالأمان فى موقف معين ، يمكن أيضاً أن يكون هذا الأسلوب مرتبط بالنظام اليومى الروتينى الذى يوجد فيه الفرد ذو " الأوتيزم " ، أو قد يظهر هذا الأسلوب بسبب تعرض الفرد ذى " الأوتيزم " لتلك العوامل مجتمعة مع بعضها أو بعضاً منها .

أياً كانت الأسباب التى تكمن وراء ذلك ، فإن ظهور هذا الأسلوب من الحديث يمكن أن يؤدى إلى مشكلات يجب أخذها فى الاعتبار ، إذ أنه يعمل على تعطيل وإعاقة التواصل الاجتماعى العادى لأنه يسبب الضيق للأفراد الآخرين الذين يتعامل معهم ذو " الأوتيزم " فى موقف معين .

الأفراد ذوو " الأوتيزم " وعلى وجه الخصوص ذوو الكفاءات والقدرات اللغوية المنخفضة يظهرون مستويات مرتفعة من ترديد الكلام فى المواقف التى يشعرون فيها بعدم الأمان أو الإثارة ، أيضا فإن تعرض هؤلاء الأفراد إلى تغيرات مفاجئة أو مواقف لا يحسبونها قد يثير تساؤلات ملحة مكررة لديهم .

وهنا تجدر الإشارة إلى أن أسلوب ذوى " الأوتيزم " فى تكرار ترديد الكلام أو الأسئلة والتى قد تكون متصلة أو فى كثير من الأحيان ليس لها علاقة بالموقف الحالى الموجودين فيه يعد عائقا غير بسيط ، إذ يعطل المحاولات التى تشجع المحادثة الطبيعية لهؤلاء الأفراد ، كما أن هذا الأسلوب من جانب آخر يؤدى بالمحيطين بالأفراد ذوى " الأوتيزم " إلى الإحباط والرغبة فى تجنب

استمرار الحديث مع هؤلاء الأفراد ذوى " الأوتيزم " .

أيضاً أثبتت تقارير الدراسات فى هذا المجال أنه كلما ازداد نمو العمر الزمنى للأفراد ذوى " الأوتيزم " فإن بعض الأفراد يمكنهم التحكم فى ترديدهم الدائم للحديث أو توجيه الأسئلة ، خاصة عندما يدركون أن مثل هذا الأسلوب يقلل فرصتهم فى تكوين صداقات مع الآخرين كما يمكن أن يؤدى إلى سخرية الآخرين منهم .

٥- الفظاظة أو التبلد الذهنى :

ثمة مشكلة كبرى تظهر لدى الأفراد ذوى " الأوتيزم " تتمثل فى انخفاض الحصول اللغوى المناسب اجتماعياً الموجود لديهم ، بمعنى نقص الملائمة للقواعد الاجتماعية المناسبة فى أسلوب الحديث مع الآخرين فالأفراد ذوو "الأوتيزم " غالباً ما يخفقون فى تقدير تأثير حديثهم - سواء كان فى الأسلوب أو فى المحتوى - على الآخرين ، وبالتالى فإن الفرد ذا " الأوتيزم " غالباً ما يوصف فى كثير من المواقف - التى تتطلب مهارات اجتماعية معينة أو تفاعل اجتماعى بأسلوب محدد - على أنه فظ أو متبلد ذهنياً ، وبالتالى فإن هذا الأسلوب غالباً ما يقلل من فرص النضج الاجتماعى لدى الأفراد ذوى "الأوتيزم " لأنه يولد عدم التقبل الاجتماعى لهذا الفرد .

إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للأفراد الذين هم على دراية باضطرابات "الأوتيزم " وآثارها على السلوك ، إذ أنه من غير المتوقع أن ينفر هؤلاء الأفراد من ذوى " الأوتيزم " كنتيجة لأسلوبهم غير اللائق اجتماعياً .

ومن جهة أخرى فإنه يوجد بعض الأفراد ذوى " الأوتيزم " الذين يمتلكون حصيلة جيدة من المفردات اللغوية مع انخفاض فى صعوبات التعلم الظاهرة لدى هؤلاء الأفراد ، كل هذه العوامل لو اجتمعت من شأنها أن تقلل من حدة هذه المشكلة لدى هؤلاء الأفراد .

ثالثاً : التعامل مع المفاهيم المعنوية :

١ــ التحدث عن المستقبل :

المفاهيم المعنوية أو الافتراضية غالباً ما تمثل مصدر صعوبة كبرى بالنسبة للأفراد ذوى " الأوتيزم " خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم المرتبطة بالزمن المستقبل، فعلى سبيل المثال تعد بعض الاستجابات الشائعة بين الأفراد العاديين غامضة جداً أو غير مؤكدة بالنسبة للأفراد ذوى"الأوتيزم " فمثلاً الإجابة على الأسئلة باستخدام بعض الكلمات مثل : قريباً أو من الممكن أو سأفكر فى هذا يمكن أن تؤدى إلى استثارة هائلة لغضب الأفراد ذوى "الأوتيزم " ، حيث إن هؤلاء الأفراد ليست لديهم القدرة على استيعاب مفهوم مثل هذه الاستجابات أو الكلمات إذ ليس لديهم القدرة على الاستدلال من تلك الإجابات على استنتاج أى معلومات حقيقية أو أين أو متى سيحدث هذا الحدث الذى يسألون عنه بالتحديد .

كما أن انخفاض القدرة على مواكبة الأحداث التى سوف تحدث فى المستقبل يمثل مصدر صعوبة حتى لو بدا الفرد متفهماً للشرح الذى يقدم له ، كما أن الأفراد ذوى " الأوتيزم " ليس لديهم القدرة على وضع خطط مستقبلية لتنظيم موضوع ما وإذا تم ذلك واستطاعوا بمساعدة آخرين وضع مثل هذه الخطط فإنه يعد من المستحيل بالنسبة لهم أن ينتظموا فى تنفيذ مثل هذه الخطط أو الأعمال المستقبلية .

٢ ــ التعبير عن المشاعر والأحاسيس :

يعد الفشل فى التعامل مع المفاهيم المعنوية متعدد الآثار على السلوك لدى ذوى " الأوتيزم " إذ يؤثر هذا الاضطراب أيضاً على القدرة عن التحدث عن المشاعر والأحاسيس التى يمر بها الفرد ذو " الأوتيزم " أو حتى التحدث عن الألم الجسمانى الذى يمكن أن يشعر به أو يتعرض له مثل هؤلاء الأفراد .

حيث يشير " بيرس دورف " Biersdorff ، ١٩٩٤ ، إلى أن عددا من الأفراد ذوى " الأوتيزم " أصبحوا مرضى بشدة سواء بخراج فى الأسنان أو

أمراض فى المعدة أو حتى التهاب الزائدة الدودية ، ولم يكن لديهم القدرة على توضيح أنهم يشعرون بآلام معينة ، وبالطبع فإن هذه الحساسية الضعيفة للألم يمكن أن يكون لها مضاعفات خطيرة .

المشكلة تبدو أكثر تضخماً لدى الأفراد ذوى " الأوتيزم " الذين يعانون من صعوبات شديدة فى التعلم مع ندرة أو انخفاض القدرة على الكلام .

أيضاً فإن الاضطرابات العاطفية أو النفسية من الممكن أن تكون أكثر صعوبة فى الاكتشاف فضلاً عن اضطرابات اللغة المنطوقة أو اضطرابات التعبير اللغوى السابق الإشارة إليها والتى تزيد جميعها من حدة صعوبة التحدث عن المشاعر .

٣ ــ حس الدعابة :

من المثير للدهشة أن يغلب على أسلوب ذوى " الأوتيزم " ولغتهم وتفكيرهم روح الدعابة التى يستمتعون بها هم أنفسهم كثيراً جداً .

إذ باعتراف كثير من أفراد الأسر التى تضم الأبناء ذوى " الأوتيزم " أن الميل إلى الدعابة عند هؤلاء الأفراد يصل نوعاً ما إلى حد غير المعقول ، إذ يمكن أن تصبح الفكاهات والألعاب وبعض الألغاز التى تقدم لهؤلاء الأفراد مصدراً للاستمتاع لدى هؤلاء الأفراد والمحيطين بهم من أفراد الأسر التى تضمهم .

وقد قام " فان بورجوندين " وآخر Van Bourgondien & etal ، ١٩٨٧، بدراسة الاستجابات للدعابة عند الأفراد ذوى " الأوتيزم " البالغين وقد توصلت الدراسة إلى أن المعدل الحالى من الألغاز او الألعاب الفكاهية البسيطة يؤدى إلى متعة حقيقية بالنسبة لكل الأفراد ذوى " الأوتيزم " ، وبناء عليه فقد استنتجت تلك الدراسة أنه يمكن استخدام هذه الأساليب كمدخل له تأثير فعال فى تشجيع التدخلات العلاجية الإيجابية ذات المغزى الاجتماعى.

إلا أنه فى بعض الأحيان يعد الميل إلى الدعابة لدى الأفراد ذوى"الأوتيزم " مصدراً لظهور بعض الصعوبات فى التفاعل الاجتماعى خاصة إذا كانت تلك السلوكيات الصادرة عن هؤلاء الأفراد غير ملائمة اجتماعياً أو كثيرة

التردد والتكرار فإنها تصبح مصدر للإزعاج بالنسبة للآخرين .

٤ ــ النقص فى القدرة على تبادلية الحديث :

بالرغم من أن الأفراد ذوى " الأوتيزم " يمكن أن تظهر لديهم الكثير من المشكلات التى ذكرت سالفاً سواء كان ذلك بدرجة مرتفعة أو منخفضة ، فإن المشكلة الطاغية والأكثر ظهوراً تقريباً لدى كل الأفراد من هذه الفئة فى أى مستوى لغوى يكونون قد وصلوا إليه هى النقص فى القدرة على تبادلية الحديث بمعنى الفشل فى الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عنهم ، وسماع آراء الأفراد الآخرين ، والسبب فى ذلك ببساطة هو رغبة هؤلاء الأفراد من هذه الفئة فى الشعور بأنهم فى حالة تواصل مع الأفراد الآخرين ، وتظهر تلك المشكلة فى الأسلوب غير المناسب فى تبادل الحديث مع الآخرين وتزداد فى الحدة مع تطور العمر الزمنى للأفراد ذوى " الأوتيزم " ، إذ أن الكثير من هؤلاء الأفراد يكون شديد التوق للاختلاط بالآخرين إلا أنه ليس لديهم القدرة على التحكم فى أنفسهم لتنظيم طريقة المحادثة مع الآخرين ، وهؤلاء الأفراد أيضاً غير قادرين على الدخول فى الحديث المرتب رغم أن هذا هام جداً بالنسبة للاختلاط والتفاعل الاجتماعى الجيد ، فأفراد هذه الفئة ليس لديهم القدرة على الاستدلال متى يبدءون فى الحديث ومتى يتوقفون عن التحدث من أجل الاستماع للطرف الآخر .

وغالباً ما يؤدى أسلوبهم هذا فى الحوار إلى النقص فى الاهتمام من جانب الطرف الآخر الموجود معهم ، فهم غالباً لا يثيرون إلا القليل أو عدم الاهتمام من الطرف الآخر .

كما أن أسلوبهم هذا ــ عدم التوقف عن الحديث فى الوقت المناسب ــ يؤدى بهم لأن يكونوا غير واعين بالتلميحات التى توضح أنهم أصبحوا مملين وأنهم يعطلون النقاش المفتوح أو القائم أو أنهم يسيطرون على المحادثة بصورة غير مقبولة .

ويعد النقص فى القدرة على تبادلية الحديث والإخفاق فى الاقتراب من الطريق المناسب لتبادل أطراف الحديث (الاستماع فى الوقت المناسب

والتحدث فى الوقت المناسب) أكبر دليل أو مؤشر هام للأفراد المعاقين ذهنياً و ذوى " الأوتيزم " والذين يميلون إلى إمطار الأشخاص الذين يقابلونهم بأسئلة أو عبارات مكررة غالباً بغض النظر عن الإجابات التى يحصلون عليها.

ماذا يمكن أن نفعل من أجل تعديل مشكلات اللغة والتواصل ؟

كما يتضح من الدراسات السابق عرضها فى الفصل السابق أن المشكلات المتعلقة باللغة والفهم عموماً تستمر فى الظهور فى مرحلة البلوغ حتى فى أكثر الأفراد ذوى " الأوتيزم " كفاءة ، وكثير من الأبحاث والدراسات توضح أن اضطرابات التواصل لدى ذوى " الأوتيزم " تعد اضطرابات مركزية وأساسية وتؤثر بدورها فى ظهور اضطرابات أخرى ، مثل التفاعل الاجتماعى أم غيره من الاضطرابات التى تتأثر باكتساب اللغة على النحو الصحيح ، وعلى هذا فإن محاولات التدخل العلاجية أو التدخل من أجل إعادة التأهيل وتعديل سلوك هؤلاء الأفراد فى هذا المجال غالباً ما تكون محدودة الفائدة ومحكومة بعدة قواعد .

ومع ذلك يشير " هولين " Howlin ، ١٩٨٩ ، إلى أن هناك العديد من الأساليب التى يمكن اتباعها من أجل تعديل التواصل اللفظى فى مرحلة البلوغ للأفراد ذوى " الأوتيزم " ، حتى بالنسبة للأفراد الذين يمتلكون القليل أو تنعدم لديهم اللغة المنطوقة ، والتدخل فى مثل هذه الحالات يكون من أجل مساعدة هؤلاء الأفراد على تطوير طرق أكثر كفاءة وقدرة للتعبير عن احتياجاتهم أو لفهم أفضل لما يدور حولهم .

أولاً: العمل على زيادة الفهم وتقليل التعبير اللفظى غير الملائم :

مثل أى برنامج ناجح يهدف إلى التدخل من أجل تعديل سلوك معين ، لابد وأن يعتمد هذا البرنامج على خطة تطورية تعتمد على فهم الأسباب المؤدية للسلوكيات المستهدفة ومعرفة الأساليب التى يمكن أن نتعامل بها مع الفرد من أجل تعديل تلك السلوكيات المستهدفة .

وهنا يمكن القول أن الكثير من مشكلات التواصل التى تناولناها سابقاً ، مثل انخفاض تعاون ذوى " الأوتيزم " مع الآخرين ، أو الأسئلة المكررة التى

يمكن أن تكون بسبب الفشل فى فهم ما هو المطلوب أو بسبب سوء التفسير أو شدة الشوق لما يمكن أن يحدث ، لهذا كله فى السطور القادمة يعرض المؤلف بعض الأساليب التى تساعد ذوى " الأوتيزم " على زيادة فهم ما يدور حولهم أو ما يقال لهم فى حديث كما يساعد على خفض الحديث غير الملائم الصادر عنهم ومن ثم تساعد هؤلاء الأفراد على تعديل بعض جوانب الاضطرابات فى التواصل اللفظى واللغة المنطوقة لديهم ، وذلك من خلال مساعدة ذوى "الأوتيزم" على فهم ما يدور حولهم بشكل أفضل من خلال الأساليب الأتية:

١ ــ تعديل أسلوب التواصل الذى يقوم به الآخرون معهم:

فى كثير من الأحيان يمكن أن يتحسن مستوى التفاعل الاجتماعى للأفراد ذوى " الأوتيزم " ويزداد تعاونهم واتباعهم للتعليمات المقدمة لهم إذا ما قدمت للفرد مساعدة أكبر لفهم المطلوب منه . وهذا يتطلب تغيير فى الأسلوب الذى يتبعه المحيطين بالأفراد ذوى " الأوتيزم " فى تفاعلهم معه اجتماعيا أكثر من كونه يحتاج إلى تغير فى الفرد ذى " الأوتيزم " فى حد ذاته .

على سبيل المثال إذا حدثت استجابات غير ملائمة للموقف عند اقتراح أنشطة أو أحداث جديدة غير مألوفة بالنسبة للأفراد ذوى " الأوتيزم " ، فإن هذا يعنى أن الرسالة المقصودة لم تصل إلى هؤلاء الأفراد أو حدث بها سوء فهم بشكل ما وأنها تحتاج إلى إعادة توضيح بشكل مختلف .

إذ أنه فى بعض الأحيان يكون تعديل استجابات ذوى " الأوتيزم " تجاه الموقف ببساطة إذا ما أعيدت صياغة ما قيل من إرشادات وتعليمات بصورة أبسط تساعد على فهم أوضح .

٢ــ العمل على رفع مستوى التأكد لدى هؤلاء الأفراد :

كما هو موضح سابقا أن نقص الفهم لدى ذوى " الأوتيزم " قد يكون سببا أوليا ورئيسيا لتكرار طرح الأسئلة مرات ومرات من جانب هؤلاء الأفراد، أيضا فإن طرح تلك الأسئلة وإعادة طرحها هو الطريق الطبيعى للحصول على المعلومات التى تؤدى إلى الفهم ، ولكن إذا كانت الإجابات المقدمة غير مفهومة ، فإن ذوى " الأوتيزم " سوف يستمرون فى طرحها ، وفى بعض

الأحيان تكون إعادة صياغة المعلومات المقدمة لهؤلاء الأفراد كافية لأن تقدم الإجابات المطلوبة ولكن فى أغلب الأحيان تحتاج المعلومات المقدمة إلى طرق بديلة من أسلوب الشرح والتوضيح أو حتى الاستعانة ببعض الأساليب غير اللفظية كوسائل مساعدة للفهم .

حيث يشير " ماك دوف " وآخر Mac-Duff & etal ، ١٩٩٣ إلى أن تقديم المعلومات فى صورة مرئية تكون أكثر فعالية بتقديم نفس المعلومات من خلال وسائل لفظية فقط .

على سبيل المثال : تقديم الصور الفوتوغرافية عن الأماكن المحتمل زيارتها ، الأشخاص الذين سوف يتم مقابلتهم ، الأنشطة التى سوف يتم اتباعها ، يعد تقديم المعلومات بهذا الأسلوب أكثر فعالية من استخدام الكلمات وحدها .

إنه فى كثير من الحالات بمجرد أن يفهم الفرد ذو " الأوتيزم " المعلومات المقدمة له تكون النتيجة الطبيعية انخفاض معدل تكرار الأسئلة المطروحة بدرجة كبيرة .

أكثر من ذلك أن فائدة الاستعانة بوسائل غير لفظية (صور مثلا) تظهر فى حالة إذا ما استمر " الفرد " فى طلب التأكد من معنى المعلومات المقدمة له فإنه بسهولة سوف يتم توجيهه إلى النظر فى الصور أو التعليمات المكتوبة..... إلخ ، كمصدر للمعلومات أكثر من استمرار اعتماد هذا الفرد على التأكيد المباشر والكلامى فقط ،أيضا فإن هذا الأسلوب يعد فعالا وذا قيمة وفائدة فى التعامل مع كل من ذوى"الأوتيزم" ذوى الكفاءات والقدرات العقلية المرتفعة والمنخفضة ، كما أنه يعد أسلوبا فعالا فى التعامل مع المواقف المعقدة أو المعنوية .

٣ــ تقليل الاهتمام بالحديث غير الملائم :

يعد تكرار الأفراد ذوى " الأوتيزم " للحديث بصورة مستمرة أحد الأساليب التى يلجئون إليها لنيل اهتمام المحيطين بهم من الأفراد العاديين .

وفى مثل هذه الأحوال فإن عدم الاهتمام الزائد من جانب الأفراد العاديين بالأفراد ذوى " الأوتيزم " فى تلك الحالة من شأنه أن يقلل من هذا

الأسلوب، إذ يعمل عدم الاهتمام هـذا إلى الانطفـاء التدريجى لسـلوك تكـرار الحديث غير الملائم .

إلا أن هذا الأسلوب لكى يصبح فعالا لابد من أن يسـتخدمه كـل المحيطـين بالأفراد ذوى " الأوتيزم " للاهتمام الزائد مـن جـانب أحـد الأشـخاص مـن وقت لآخر فإن هذا يعمل بمثابة مدعم يساعد على ظهور مثل هذه السـلوكيات مرة أخرى .

٤ - وضع القواعد :

يعـد أسـلوب وضـع قواعـد محـددة للتفـاعل الاجتمـاعى للأفـــراد ذوى "الأوتيزم" أحد الأساليب الفعالة ، والذى يفضل أن يتم فـى السـنوات الأولى من العمر ، والمثال على هذا الأسلوب وضع قواعد خارجيـة ، مثـل :(أيـن ـــ متى ـ كم مرة ، مـــع مـن) لإرشـاد ذوى " الأوتـيزم " لاسـتعمال مثـل هـذه الكلمات فى اللغة ، وإذا أمكـن تعليـم الأطفـال منـذ السـنوات الأولى ، فـإن الأسلوب الوسواسى للحديث المتكرر سوف يظـهر علـى بعـض الأفـراد فـى بعض المواقف فى وقت معين من اليوم أو فى فترة معينة فقـط ، وبـهذا يمكـن السيطرة على تلك السلوكيات المضطربة أو الأسلوب غير الملائم فى الحديـث وقت ظهور مثل هذه الاضطرابـات ، إذ أنـها وفقـا لهـذا النظـام تعـد محصـورة بدرجة معينة .

حيث إن إخبار ذوى " الأوتيزم " أن مثل هذا الأسلوب فى الحديث سـوف يسمح به فى أوقات معينة ، أو فى مواقف معينة سوف يقلل الإثارة التى تنتهى بغضب شديد من جانب ذوى " الأوتيزم " لو أن هذه السـلوكيات تم العمـل على منعها تماما بشكل مفاجئ ، رغم أنه من الممكن تدريب الأفراد الأكبر فـى العمر الزمنى مـــن ذوى "الأوتـيزم " علـى مثـل هـذا الأسـلوب إلا أن هـذا يتطلب وقتا زمنيا طويلا .

ومن جانب آخر تكون الصعوبة فى التعامل مع هؤلاء الأفـراد أقـل لـو أن الخطوات قد تم اتخاذها فى الوقت المناسب فى فترة الطفولة ، بمعنـىأنـه لـو تم التدريب على وضع قواعد ثابتة ، ثم تم اتباع مثل هذا الأســلوب مـع الأفـراد

ذوى " الأوتيزم " الأكبر فى العمر الزمنى منذ الطفولة فإن هذا يعد فعالا إذا ما قورن بتدريب هؤلاء الأفراد فى مرحلة عمرية متأخرة عن مرحلة الطفولة .

وهنا يجب التأكيد على أهمية أن يقدم الآباء المساعدة المبكرة بعد استشارة متخصصين لمعرفة المرحلة التى سوف تظهر فيها مثل هذه السلوكيات التى تمثل مشكلة وكيفية التعامل معها ، والأكثر أهمية أنه على أيدى المتخصصين يمكن توفير المساندة الملائمة التى تمكن أولياء الأمور من التدخل بفعالية .

أيضا لابد من التأكيد على الوعى بأن أشكال الاتصال المقبولة فى فترة الطفولة تكون أقل قبولا كلما تقدم الفرد فى العمر .

إلا أنه فى بعض الأحيان قد يتم وضع قواعد ثابتة للموضوعات الملائمة وغير الملائمة للحوار والتى يتم التأكيد عليها بصورة مبالغ فيها ، مثل هذه القواعد قد يكون لها عيوب ، إذ أن الاتصال الاجتماعى الطبيعى يجب أن ينظم بطريقة معقولة فى وجود درجة عالية من المؤثرات والمحاولات المرنة التى تسمح بوضع خطوط عريضة وفعالة فى أغلب الأوقات .

ثانيا : تدريس المهارات البديلة :

كما يتضح من العرض السابق اضطرابات اللغة والنطق لدى ذوى "الأوتيزم " أن قدراتهم اللغوية محدودة ، وحصيلتهم منخفضة إذا ما قورنت بأقرانهم العاديين فى نفس العمر الزمنى ، ومن ثم فإن أسلوب تدريس المهارات البديلة للأفراد ذوى " الأوتيزم " يعد بمثابة إمداد هؤلاء الأفراد بحصيلة لغوية جديدة تضاف إلى ما لديهم من محصول لغوى كما تساعدهم على تعلم بعض السلوكيات والمهارات الاجتماعية الجديدة والتى يمكن أن يؤدى تعلمها إلى خفض الاضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لدى هؤلاء الأفراد بدرجة ما .

ويعتمد أسلوب تدريس المهارات البديلة للأفراد ذوى " الأوتيزم " على أسلوب لعب الأدوار الاجتماعية من خلال إشراك هؤلاء الأفراد فى بعض الأنشطة مثل لعب دور فى مسرحية أو الاشتراك فى تجمعات ذات مهارات

اجتماعية معدة مسبقا من أجل أن تساعد فى تدريس مهارات حوارية ملائمة لهؤلاء الأفراد .

توضح أبحاث " مسيبوف " Mesibov ، ١٩٨٦ ، أن مثل هذه التدخلات تساعد الأفراد ذوى " الأوتيزم " ذوى المستويات المختلفة من الكفاءة فى القدرات اللغوية ، والقدرات العقلية ، حيث تم تدريب بعض الأفراد من ذوى الإعاقة الشديدة وأمكن تعليمهم المصافحة باليد مع الآخرين وقول كلمة أهلا وتقديم أنفسهم بالاسم للآخرين .

ويضيف " مسيبوف " Mesibov ، ١٩٩٢ ، أن تدريس المهارات البديلة للأفراد ذوى " الأوتيزم " ذوى الكفاءات العقلية المرتفعة من البديهى أن يكون أكثر تعقيدا حيث إن الاهتمام سوف ينصب على موضوعات ومهارات اجتماعية أكثر تنوعا وأكثر تعقيدا ، إذ أنه متى انتهت المراحل الأولى من التدريبات لبعض المهارات البديلة للسلوكيات البسيطة عند الانتقال إلى المهارات الاجتماعية المركبة يصبح من الصعب جدا تقديم خطوط عريضة مفصلة عن كيفية السلوك أو التصرف .

ومع ذلك فإن مساعدة الأفراد ذوى " الأوتيزم " لتطوير مهارات الاستماع نحو الأفضل والقدرة على التقاط الإشارات الواضحة سواء باهتمام الآخرين أو مللهم ومساعدة هؤلاء الأفراد أيضا فى تطوير خطط للحوار مع الآخرين حول أحداث عامة ، مثل الأخبار أو بعض الأفلام أو البرامج التليفزيونية الرياضية أو الموسيقية ، من الممكن أن يكون هاما ومفيدا جدا لهؤلاء الأفراد .

ويؤكد " هولين " وآخر Howlin & etal ، ١٩٩٥ ، على فعالية إشراك الأفراد ذوى " الأوتيزم " فى لعب الأدوار الاجتماعية فى تعلم المهارات البديلة بصورة فعالة أكثر إذا ما قورن هذا الأسلوب بالتغذية المرتدة لهؤلاء الأفراد سواء كانت تلك التغذية المرتدة من خلال وسائل سمعية ، أو بصرية ، إذ أن أسلوب لعب الأدوار الاجتماعية لتعلم مهارات بديلة يساعد على تحسين أسلوب تبادل الحوار وبعض السلوكيات المحددة فى طريقة التحدث ، مثل نبرة الحديث ، أو سرعة نطق الكلمات .

وهنا تجدر الإشارة إلى أن التعميم غير الملائم للمهارات المكتسبة حديثا يمكن أن يضع الأفراد ذوى " الأوتيزم " فى بعض المشكلات الاجتماعية لذا يجب أن يكون تدريس المهارات البديلة وتدريب الأفراد ذوى " الأوتيزم " على هذا الأسلوب مشمولا بالشرح الوافى ، والتأكد من أن هؤلاء الأفراد قد تعلموا جيدا متى وكيف وأين يستخدمون تلك المهارات المكتسبة حديثا ؟

ثالثا : تعديل التعبير عن المشاعر والتعامل مع المفاهيم المعنوية :

يعد تعبير ذوى " الأوتيزم " عن مشاعرهم وانفعالاتهم من المشكلات الرئيسة لدى هؤلاء الأفراد ، إذ أن الفهم الكامل للمفاهيم المعنوية ، مثل المشاعر أو الأحاسيس أو حتى الألم أو التعبير عنه يعد صعبا للغاية حتى لدى ذوى القدرات العقلية والكلامية العادية من ذوى " الأوتيزم " ، حيث يشير "هوبسون " Hobson ،١٩٩٣، إلى وجود بعض العيوب والاضطرابات لدى ذوى " الأوتيزم " فيما يتعلق بالفهم والتعبير عن المشاعر والانفعالات لدى هؤلاء الأفراد .

وكنتيجة حتمية لتلك الاضطرابات إذا لم يتم تقديم المساعدة لهؤلاء الأفراد لتطوير المهارات التى تتلاءم معهم لمساعدتهم فى التعبير عن المشكلات البدنية والانفعالية وحالتهم النفسية فى المراحل اللاحقة من الحياة فإنه يمكن أن تظهر مشكلات مختلفة مرة ثانية .

والحل الأمثل كما يذكر " هادوين " وآخر Hadwin & etal ، ١٩٩٦ ، يتمثل فى البدء فى التدريبات لهؤلاء الأفراد منذ الصغر ، إذ أنه أمكن إثبات جدوى تقديم بعض الجلسات التدريبية للأطفال ذوى " الأوتيزم "الذين تتراوح أعمارهم بين (٤) و (٩) أعوام ، حيث أمكن تدريب هؤلاء الأطفال ليتعلموا كيف يستخدمون مفاهيم عقلية مرتبطة بمعتقدات الآخرين ومشاعرهم ، أيضا أمكن التوصل إلى أن التدريبات المختصرة كانت لها نتائج فعالة ، إلا أن " هادوين " يقترح فى دراسته أن التدخل المطول والتدريبات المتكررة تؤدى إلى تحسن ملحوظ فى مهارات هؤلاء الأفراد سواء فيما يتعلق بالاتصال أو الفهم .

ويشير " كيرك هودجسون " Hodgson ــ Quirk ، ١٩٩٥ ، إلى أن العمل مع الأفراد الأكثر إعاقة من ذوى " الأوتيزم " يوضح أنه حتى مع هؤلاء الأفراد يمكن أن يتعلموا بعض المفاهيم البسيطة عن المشاعر لو تم تقديم التدريبات والمساعدة لهم ، وهنا يمكن الاستعانة ببعض الوسائل المساعدة ، مثل الصور الزيتية والفوتوغرافية أو الشرائط الصوتية والمرئية إذ أنه أمكن استخدام كل هذه الوسائل لمساعدة الأفراد فى فك شفرة الحالات النفسية والانفعالية لديهم وفى التوضيح لهم كيف ومتى ولماذا ، المشاعر المختلفة فى مواقف معينة ، حيث إن تعليم ذوى " الأوتيزم " أن يتعرفوا على المشاعر المختلفة فى مواقف تجريبية قد يساعدهم عندما يحتاجون إلى التعبير عن مشاعرهم الخاصة ، وبالتالى فإن الهدف الحالى هو تدريب هؤلاء الأفراد على التعبير عن مجموعة معقدة من الانفعالات والمشاعر وذلك لتوسيع نطاق مجال التعبير لديهم وذلك من خلال الاستعانة ببعض الوسائل المساعدة .

ولكن لسوء الحظ أن مثل هذه التدريبات فى الوقت الحالى لا يتم توفيره إلا فى وقت متأخر من حياة الأفراد ذوى الأوتيزم ، وبالتالى فإن النتائج المتوقعة هى تطور أقل فى قدرات هؤلاء الأفراد إذا ما قورن بالتطور المتوقع لقدرات الأطفال إذا ما تم تقديم مثل هذه التدريبات منذ المراحل الأولى من حياة هؤلاء الأفراد ــ فى مرحلة الطفولة ــ حيث يمكن أن يؤدى هذا إلى مزيد من النجاح والتطور فى قدرات مثل هذه الحالات .

مواجهة بعض الأسباب الأخرى للحديث المكرر من ذوى"الأوتيزم" :

الحديث المكرر يمكن أن يظهر كنتيجة لمجموعة أخرى من الأسباب المختلفة عن الأسباب سالفة الذكر ، ومن هذه الأسباب :

١ ــ فى المراحل الأولى لتعلم اللغة يلعب التكرار دورا مهما فى مساعدة الأطفال للتأكيد على ما يسمعونه ، كذلك يلعب دورا مهما فى زيادة فهم الأطفال للكلمات الجديدة ، ومن ناحية ثانية يعمل التكرار فى بداية تعلم اللغة على توفير الفرصة للتدريب على كلمات جديدة أو ألفاظ وتعبيرات جديدة بالنسبة للطفل ، حتى بالنسبة للبالغين من ذوى المهارات اللغوية

المحدودة يمكن أن يستمر التكرار ليؤدى وظيفة مهمة ولا ينبغى عدم تشجيع التكرار فى مثل هذه الحالات بطريقة آلية .

٢ ــ يعد التكرار بالنسبة لنا جميعا عامل مهم للتدرب على بعض المواقف خاصة المواقف الصعبة ، مثل التعامل مع شعور الغضب أو فى مساعدة الفرد لتهدئة ذاته أثناء الاستثارة الانفعالية ، على سبيل المثل عند التدرب على ما سوف نتحدث به عند مقابلة شخص ما فى اليوم التالى لو أننا نعرف أن موقفا صعبا سوف يحدث أو أن مشكلة شخصية سوف تقع وتحتاج إلى حل ، حيث يساعد التكرار على استخدام الجمل وإعادتها ويعد ذلك ذا قيمة وفائدة فعالة فى مثل هذه المواقف .

إن مشكلة الأفراد ذوى " الأوتيزم " ليست فى أن سلوكياتهم غير مألوفة ولكنها تتحدد فى أنهم لا يستطيعون أن ينفذوا ما يدور فى أذهانهم فى صمت كما يفعل العاديون ، وبالتالى فإنه مع فهم المحيطين بهم لماذا تحدث مثل هذه السلوكيات ، ومع معرفة مدى ملاءمة مثل هذه السلوكيات للمستوى الطبيعى والتى توضح أهميتها فإن هذا يساعد الآخرين المحيطين بذوى " الأوتيزم " على أن يكونوا أكثر تقبلا لمثل هذه السلوكيات من ذوى " الأوتيزم " ومن ثم فإن فهم المحيطين بالأفراد ذوى " الأوتيزم " للمزيد عن سلوكيات أفراد هذه الفئة من الممكن أن يساعد فى أن يقوم المحيطون بتقديم خطط بديلة وتوجيه أفضل لذوى " الأوتيزم " يمكن أن يساعدهم فى التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم ومتطلباتهم بصورة أوضح وبالتالى يمكن أن يقلل من تكرار الحديث لدى ذوى " الأوتيزم " خاصة أثناء الغضب أو الانفعالات أو الرغبة فى التعبير عن متطلبات معينة من أفراد هذه الفئة .

ومرة أخرى فإن توفير المعلومات المادية والدائمة بواسطة الصور والتعليمات المكتوبة أو الوسائل المساعدة الأخرى يمكن أيضا أن يساعد فى توضيح المواقف عندما تكون التعليمات اللفظية وحدها غير كافية وبالتالى فهى تقلل الحاجة لدى ذوى" الأوتيزم"للحديث المكرر أو الأسئلة المكررة .

رابعا : تطوير مهارات الاتصال لدى ذوى القدرات المنخفضة من ذوى "الأوتيزم" :

يمثل تواصل ذوى " الأوتيزم " مع المحيطين بهم مشكلة متعددة الجوانب ؛ إذ أن أفراد هذه الفئة لديهم اضطرابات متعددة والتى سبق الإشارة إليها فى الصفحات السابقة ، تظهر فى صورة انخفاض فى مهارات الاتصال ومشكلات فى التعبير عن المشاعر والانفعالات والحالات النفسية التى يمرون بها ، ومن ثم تظهر لدى هؤلاء الأفراد بعض السلوكيات المتحدية أثناء الاستثارة الانفعالية أو الغضب ، مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيدا ، أو قذف ما يكون بأيديهم ، وما شابه ذلك من السلوكيات العدوانية ، وتعد مثل هذه السلوكيات تعبيرا عن الرغبة فى جذب انتباه المحيطين بهم لأحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها وقد تعد تعبيرا عن إحباطات معينة يمرون بها وقد يصل الحال بهؤلاء الأفراد ، كنتيجة لتلك الإحباطات وعدم القدرة المناسبة للتعبير عن أنفسهم ، إلى إيذاء الذات .

ومن تحليل الأسباب التى يمكن أن تكمن وراء مثل هذه السلوكيات يمكن تعديل مثل هذه الاضطرابات فى التواصل وتغيير تلك السلوكيات بطرق متتابعة من خلال تعليم هؤلاء الأفراد أساليب بديلة لتوصيل مشاعر الأسى أو الإحباط أو الإحساس بالتجاهل إلخ .....

حيث يشير " أوليفر " Oliver ، ١٩٩٥ ، إلى أنه لو تم تعليم ذوى "الأوتيزم" طرقا بديلة لتوصيل نفس الرسالة سواء عن طريق (التحدث) أو من خلال مجموعة من الحركات الجسيمة أو بالإشارات أو باللمس أو حتى بالضغط على زر صغير يحمل رسالة معينة ، فإن هذه الأساليب منفردة أو مجتمعة سوف تعمل على زيادة الاتصال الملائم من ذوى " الأوتيزم " مع المحيطين بهم وفى نفس الوقت سوف تعمل على خفض مرات ظهور السلوكيات المتحدية سالفة الذكر .

كما يشير كل من " كار " وآخر Carr & etal ، ١٩٩١ ، " ديوراند "

Durand ، ١٩٩٠ ، فى عدد من الدراسات المختلفة أن تعليم ذوى " الأوتيزم " التعبير عن حاجاتهم للمساعدة عن طريق كلمات أو عبارات أو إشارات أو صور بسيطة تعبر عن طلب المساعدة أو إعطائهم الفرصة للحصول على الاهتمام أو الأشياء المرغوبة أو حتى الهروب من المواقف غير المرغوب فيها لدى ذوى" الأوتيزم " بأساليب شبيهة بذلك له آثار سريعة وفعالة فى تعديل سلوك ذوى " الأوتيزم " فى الاتصال والتواصل مع المحيطين بمن حولهم .

وهنا نجد أنه كلما زادت الوسائل المساعدة على الاتصال وكلما زاد تدرب ذوى " الأوتيزم " على مثل هذه الوسائل نلاحظ انخفاضا ملازما فى معدل السلوكيات المتحدية سالفة الذكر .

إلا أنه يجب هنا أن نذكر أن نتائج الدراسات السابقة والتى أشارت إلى نجاح مثل هذه الأساليب السابق ذكرها فى تعديل اضطرابات الاتصال لدى ذوى " الأوتيزم " قد ظهرت تحت ظروف وشروط تجريبية محددة وتعميم مثل هذه النتائج لابد وأن يستلزم المزيد من التدريبات والوقت .

أيضا يمكن الاستعانة ببعض الوسائل التى تمكن الأفراد ذوى " الأوتيزم " من التفاعل مع الآخرين بصورة أفضل وفى نفس الوقت تسمح لهم بالاتصال بشكل مباشر مع البيئة المحيطة بهم ، مثل استخدام بعض القوائم التى تعلق على الحوائط وبها صور توضح الجدول الزمنى لكل يوم والأنشطة المتضمنة خلال هذا اليوم وموعد بدايتها ونهايتها بشكل مبسط ، أيضا يمكن توضيح نوعية الطعام الذى سوف يقدم فى هذا اليوم وأوقات الوجبات على مثل هذه القوائم المعلقة على الحائط ، حيث إن مثل هذا الأسلوب يمكن أن يوفر فهم أفضل لهؤلاء الأفراد عن البيئة المحيطة بهم كما يساعدهم على تحديد اختياراتهم بطريقة أكثر فعالية ، أيضا يمكن الاستعانة بعرض بعض الصور الشخصية للعاملين فى مراكز رعاية هؤلاء الأفراد ذوى " الأوتيزم " والمسئولين عن قضاء بعض الحاجات الأساسية لهؤلاء الأفراد ، على أن يتم - على سبيل المثال صورة المسئول عن إحضار بعض المشروبات ، المسئول عن الذهاب لدورة المياه بمرافقة الفرد ذى " الأوتيزم " ، المسئول عن اصطحاب الفرد للخارج - على أن يتم وضع مثل هذه الصور فى أماكن واضحة

بالنسبة لكل أفراد المجموع داخل مركز الرعاية لهؤلاء الأفراد .

ومن ضمن الأساليب المستخدمة أيضاً مع الأفراد ذوى " الأوتيزم " بعض وسائل الاتصال المباشرة التى يمكن حملها مع الفرد ذاته مثل بعض العبارات البسيطة التى تعبر عن رسالة محددة أو طلب مساعدة للقيام بعمل معين ، أيضاً يمكن الاستعانة ببعض الصور ذات المغزى المحدد والتى يحملها الفرد ذو "الأوتيزم" معه ، وهنا يجب أن تتوافر عدة شروط فى مثل هذه الوسائل التى يحملها الفرد ذو " الأوتيزم " وهى :

١ ــ أن تكون هذه الوسائل آمنة على الحياة وتسمح بالاستخدام المتكرر كأن تصنع من رقائق البلاستيك الذى يتحمل الاستعمال المتكرر .

٢ ــ يجب أن تتضمن هذه الوسائل أثناء استخدامها مهارات التفاعل من جانب الفرد ذى " الأوتيزم " مع الأفراد الآخرين المحيطين به وذلك لتجنب أن يقتصر الاتصال على الفرد ذى " الأوتيزم " والآلة فقط .

٣ ــ لابد أن يكون التعامل مع هذه الوسائل سهلاً بحيث يضمن من خلال التدريب الجيد لذوى " الأوتيزم " على استخدامها أن يكون هذا الاستخدام بصورة صحيحة ومناسبة تعبر عما يريدونه بالفعل حتى تؤدى الغرض المفترض من استخدامها على نحو ملائم وصحيح .

وفى مجال تقييم الاضطرابات فى التواصل لدى ذوى " الأوتيزم " والعمل على تقييم السلوكيات غير المرغوب فيها ورصد تلك السلوكيات المتحدية التى تصدر عن ذوى " الأوتيزم " قدم " ديوراند " وآخر Durand & etal ، ١٩٨٨ ، مقياسا لتقييم الدافعية ، وهذا المقياس يمكن أن يستخدم بواسطة المهتمين والمحيطين بذوى " الأوتيزم " لتصنيف الوظائف الأساسية للسلوكيات غير المرغوب فيها والصادرة عن ذوى " الأوتيزم " ، حيث يقترح " ديوراند " أن غالبية هذه السلوكيات يمكن أن تصنف على أنها طلب الاهتمام من المحيطين أو أنها رغبة فى الهروب أو تجنب موقف أو أحداث محددة أو كدليل على الحاجة لطلب المساعدة وأنه بمجرد التعرف على الوظيفة الأولية للسلوك .

بهذا الأسلوب يمكن أن يـزود الفـرد ذا " الأوتـيزم " بأسـاليب وأشـكال مختلفة من وسائل الاتصال (الإشارات ، الكلمات ، الجمل البسيطة ، الصور ، الرموز أو الإشارات الجسمية) للوصول إلى نفس النتيجة .

إلا أن هذا المقياس المقترح بواسطة " ديوراند " قد لقى بعـض النقـد مـن جانب بعض الباحثين فى هذا المجال ، مثل " نيوتون " وآخرNewton & etal ، ١٩٩٠ و " زاركون " وآخر Zarkone & etal ، ١٩٩١ ، و" سـيجافوس " وآخر Sigafos & etal ، ١٩٩٤ ، من حيث إنه غالبا ما يوجد صعوبة لمختلـف المقدرين للوصول من خلال هذا المقياس إلى اتفاق حول الأسباب الكامنـة وراء السلوكيات الظاهرة من ذوى " الأوتيزم " ، حيث إن الأربعة مجموعـات التـى تم تلخيصها فى المقياس لا يمكن أن تشمل كل الأسباب الممكنـة الكامنـة وراء السلوكيات المتحدية والتدميرية التى يأتى بها أفراد هذه الفئة .

هناك أيضا محاولة أخرى قد قدمها " سكولر " وآخر Schuler & etal ، ١٩٨٩ ، وهى عبارة عن مقياس يتمثل فى مجموعة مـن الأسـئلة المنظمـة لتقييـم كيف يعبر الفرد عن حاجته للقيام بفعل معين (مثلا : الجلوس مع الآخريـن ، رغبته فى الحصول علـى الطعـام أو أى شـىء آخـر ، الاعـتراض إذا أخـذ منـه شىء.... إلخ) .

مثل هذا التقييم قد يساعد على التعرف على السـلوكيات التـى يمكـن أن توصف على أنها غير ملائمـة (الصـراخ ، العـدوان ، ترديـد الكـلام ، جـرح الـذات .... إلخ) ، أيضـا فـإن المعلومـات المتحصـل عليـها مـن خـلال رصـد الاستجابات على تلك الأسئلة الواردة فى هذا المقيـاس يمكـن أن تسـاعد ، أو تستخدم فى التخطيط لرسم طرق واستجابات بديلة أكثر ملاءمة وأكثر قبـولا لتدريب الأفراد ذوى " الأوتـيزم " عليـها بـدلا مـن تلـك الاسـتجابات غـير المرغوب فيها .

تعليم الأطفال ذوى التوحد :

يشير " هولن " ١٩٩٤ ، إلى أن الجدل حول مـا إذا كـان الأطفـال المعوقـون يجب أن يلتحقوا بالمدارس العاديـة ، أو يتلقـوا تعليمـا متخصصـا كـان محـورا

للنقاش فى العديد من الحقب ، إلا أن كلا من التعليم المتخصص أو السائد له منافعه ومساوئه وهذه تختلف حسب حاجات الأطفال ومدى إعاقتهم ، و مع ذلك فكل رأى له أسانيده .

مدى ملاءمة تسهيلات التعليم المتخصص :

بالطبع سوف يختلف محتوى موضوعات التعلم التى يتلقاها الطفل على مدار الحياة التعليمية له ، و مع ذلك فإن الوسائل المتخصصة لهؤلاء الذين يعانون من مشاكل الإعاقة على وجه الأخص قد تكون مفيدة فى السنوات الأولى للدراسة وقد تكون أقل فائدة فى سن المدرسة الثانوية عندما يكون التأثر بالمنهج الدراسى العادى مهما فى الدخول إلى الفرص التعليمية والوظيفية الأعلى .

فى الكثير من بلدان أوربا و أمريكا و أستراليا التشريع بدأ فى الاتجاه لتوحيد التعليم لكل الأطفال ونتج عنه إغلاق وإلغاء كل مدارس الفئات الخاصة ، الواجب الذى يحتم إلحاق كل الأطفال حتى فى أقل البيئات تحفظا بغض النظر عن شدة الإعاقة كان له تأثير درامي على الوسائل التعليمية فى أمريكا خلال الحقبتين الأخيرتين ، اتجاهات متشابهة حدثت فى بلدان أخرى فى بريطانيا ، وويلز ، و الواقع التعليمى ١٩٨١ قد وضع الكثير من توصيات لجنة " ويرنوك " (١٩٧٨) والتى استنتجت أن غالبية الأطفال ذوى الحاجات الخاصة يجب تعليمهم وخدمتهم فى مواقف طبيعية كلما أمكن ذلك .

الواقع التعليمى الحديث ١٩٩٣ يضع كل سلطات التعليم العادى تحت الواجب المتخصص لتأمين مواكبة ذوى الحاجات الخاصة للتعلم مع الاتجاه العام للتعليم مع وضع ما هو صحيح للطفل ، الواقع يتطلب تحسين فى الاختيار الأبوى لمواقع أبنائهم فى الدراسة و نشر مثل جديدة وقواعد جديدة لتمكن من التعرف على حاجات التعليم المتخصص ، كل المدارس يجب أن تطور وتنشر سياستها الخاصة لحاجات التعليم الخاص .

مع ذلك فإن التعرف الدقيق على حاجات الأطفال ذوى الحاجات الخاصة فى

التعليم عملياً مازال أمامه الكثير من أجل تطويره . فى عام ١٩٨٨ " إليزابيث نيوسن" وآخرون أوضحوا تقييما لوسائل التعليم للأطفال ذوى " الأوتيزم" فى إنجلترا وويلز ، ناتج (١٠٥) سلطة تعليمية فقط (١٢) قالوا إنهم يعلمون الأطفال ذوى " الأوتيزم " فى المدارس العادية ، فقط (١٧) طفل من بين (٧٨٠٠) من ذوى " الأوتيزم " وجد أنهم يتلقون التعليم العادى ، أكثر من ذلك أنه من الواضح أن غالبية هذه الحالات لم يكن المدرسون لديهم معرفة سابقة عن " الأوتيزم " والمشاكل التى تنتج عنه ، كمية المساعدات الخارجية الموجودة تراوحت بين الاختفاء أو طوال اليوم ، فقط(١١) طفلا من بين (١٧) طفلا يتلقون مساعدة إضافية لنصف الوقت أو أقل(نادراً ما تكون متخصصة).

فشل الخدمات الاتحادية لتوفير الخدمات الإضافية والتى غالباً ما تكون عالية التخصص للأطفال ذوى " الأوتيزم " كما هو مطلوب ظهرت نتائجه على الآباء الذين يستخدمون الفعل ليحصلوا على الوسائل المتخصصة بدلاً من العادية .

حتى هؤلاء الذين يدعمون الاتحاد وجدوا أنه بسبب الفشل فى توفير هيئة تدريس ذات تدريب أو تدعيم متخصص فإنه من المفضل أن يكون التعليم فى السنوات الأولى من خلال وحدات متخصصة إذا ما تم السيطرة على المشاكل الكبرى من خلال هذه الطريقة . الاتحاد التدريجى يكون من الممكن فى المراحل الأولى من الحياة .

بالطبع القضية الصعبة ليست ما إذا كان التعليم الموحد أو المتخصص هو الأفضل ولكن ماذا يمكن عمله للتأكد من أن النظام التعليمى الذى يتم إعطاؤه للأطفال ذوى " الأوتيزم " ليواجهوا حياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعليمية .

البحث فى البيئات المدرسية الفعالة أوضح أن الأطفال يعطون نتائج أفضل عندما يكونون فى مواقف جيدة التخطيط مع توفير البرامج الشخصية والتأكيد على الأنشطة المتضمنة مهمة ما ، و وجود الأهداف التى تكون

واضحة لكل من التلاميذ والأساتذة ويمكن تعديلها حسب حاجات الأطفال .

منذ عشرين عاماً مضت أكد كل من " روتر " و " باتريك "،١٩٧٣ ، على أهمية البرامج المخططة التى تركز مباشرة على كل من الأهداف التعليمية التى تحسن كل من الكفاءة الأكاديمية والاجتماعية ، و التدريس المخطط والذى يمثل الأساس لبرامج TEACCH والتى أثبتت فعالية شديدة .

" ايجل " ، " كويجل " و "شيرمان " ، ١٩٨٠، أكدوا على أهمية النماذج السلوكية والتى تظهر فعاليتها فى التدريس أكثر من الخطط المأخوذة من نماذج التحليل النفسى أو نماذج العيوب الحسية ، أيضاً تدريس المهارات الاتصالية والاجتماعية يكون مهما ويساعد على تشجيع التقدم لدى ذوى " الأوتيزم " ، مع ذلك فإن تطوير البرامج الفعالة يتطلب تخمينات شخصية مفصلة و تقنيات تدريسية عالية التخصص و بيئات مخطط لها

بينما الاقتراب المخطط و الذى يعتمد على الأساس السلوكى للتدريس يكون مهما ، فالحذر يكون مهما أيضاً لتفسير الادعاءات التى تقال على برامج التعليم الخاص ، مثل برامج " ديلى ليف ثيوبن " و التى يتم استخدامها فى مدارس " هيجاش " فى اليابان " كيتهارا " ، ١٩٨٣ ، نتج عنها تقدم غير متوقع فى تعليم واتحاد الأطفال ذوى " الأوتيزم ".

مؤخراً " لوفيز " و آخرون ، ١٩٨٧ ، فى كاليفورنيا أوضحوا أن تحسنات شديدة طرأت على مجموعه من الأطفال ذوى " الأوتيزم " تم تعرضهم لتدريس سلوكى وتعليمى مكثف (٤٠ ساعة أسبوعياً على مدار عامين) منذ المراحل الأولى للحياة . ادعى أن الكثير من التغيرات الظاهرة فى ناتج الذكاء كانت على التوالى لا يمكن تميزها عن أقرانهم الطبيعيين .

حقاً من المرجح أن أكثر من ٤٠٪ من التلاميذ من ذوى " الأوتيزم " فى المجموعة المختارة قد تحسنت حالتهم ، و مع ذلك فإن المشاكل فى المجموعة المختارة و الإجراءات المستخدمة تجعل تفسير النتائج صعبا جداً .

المدارس المتخصصة للأطفال ذوى " الأوتيزم " :

فى إنجلترا المجتمع الدولى " للأوتيزم " يكون مسئولا مباشرة عن خمس مدارس للأطفال ذوى " الأوتيزم " وخارج إنجلترا و ويلز هناك(٧) مدارس إضافية يتم إدارتها بتجمعات إقليمية " للأوتيزم " توفر حوالى (٤٠٠) مكان . هناك أيضاً عدد من الوحدات أو الفصول التى تدار بواسطة السلطات التعليمية المحلية التى توفر حوالى (٦٠٠) مكان لهؤلاء الأفراد ، مع ذلك فى تعداد خاص عن (٧٨٠٠) طفل من ذوى " الأوتيزم " فى هذه البلدان (التوحد فى أوربا ١٩٨٨) حوالى (١٠٠)(١٢,٥٪) من ذوى " الأوتيزم " يستعينون بوسائل متخصصة .

" جونز " و " نيسون " وجدا أن من مجموع(١٠٥) من السلطات التعليمية المحلية فى إنجلترا و ويلز فى عام ١٩٩٢ فقط (٣٧) ٪ من يجدون وسائل متخصصة للأطفال ذوى " الأوتيزم "، (٥٢) ٪ قد يجدون أماكن تمويل خارج السلطة و (١٠) ٪ من التمويل لم يكن لديهم وسائل متخصصة، بل تم وضع كل الطلاب ذوى " الأوتيزم " فى مدارس الأطفال الذين يعانون من صعوبات فى التعليم أو فى بعض الحالات القليلة فى المدارس العادية .

يشير " ميسبوف " ، ١٩٩٢ إلى أنه فى البلاد الأخرى التى يوجد بها قليل من أو ينعدم التعليم المتخصص (سواء لأسباب اقتصادية أو سياسية) غالباً ما يتم عمل فصول أو وحدات صغيرة عن طريق العمل الخيرى أو الأبوى ، نجاح فصول TEACCH أو التى ظهرت فى شمال كارولينا والتى منذ ذلك الوقت تم العمل بها فى عدد من البلدان فى أوربا والذى يوضح أيضا أن البرامج المبنية على البحث يمكن استخدامها فى المدارس مع ذوى "الأوتيزم".

كأى موقف تعليمى فإن منهج ونوعية التدريس الموجود فى المدارس أو الوحدات المتخصصة تكون صغيرة جداً ، رغم وجود محاولات لمعرفة أكثر الأنواع ملاءمة من برامج التدريس والبيئات المدرسية للأطفال ذوى "الأوتيزم"

و يشير " نيسون " و " جونز " ، ١٩٩٤ إلى أن حجم العينات المشتركة فى

هذه الدراسات بالإضافة إلى مشكلات التصميم المعملى يعنى أن الاستنتاجات متضاربة أو غير مؤكدة و لا توجد أدلة حازمة لتعميم الجدل حول أن غالبية الأطفال ذوى " الأوتيزم " يكون تعليمهم أفضل فى مدارس خاصة "بالأوتيزم ". حقاً ! بسبب اختلاف خواص الأطفال ذوى " الأوتيزم " فإنه لن يكون من المدهش أنه لا يوجد نظام فعال عالمياً ، كما أوضح " روتر " ، ١٩٧٣ ، إلى أن الذى يحتاجه ذوو " الأوتيزم " هو التدريس المتكيف وفقاً للمهمة المخطط لها جيداً لمواجهة حاجات الفرد .

مع ذلك فالفائدة الفريدة لمدارس ذوى " الأوتيزم " تكمن فى المعرفة المتخصصة وخبرة الأساتذة الذين يعملون هناك ، إذ أن تدريبهم والخبرة التى تأتى من الاحتكاك اليومى بالأطفال ذوى " الأوتيزم " تضعهم فى مكان متميز عندما نأتى للتعامل مع المشكلات السلوكية ، مثل محاولات تقليل السلوكيات الأنانية والطقسية وتطوير المهارات الاجتماعية والاتصالية وخلق بيئة أفضل لتقليل المشاكل وزيادة القدرات ، إذ أن الدعم والتوجيه من الزملاء الذين تعاملوا مع نفس المشاكل يساعد على الحصول على مستوى عال من التدريس والتأكيد على أهمية الاتصال بين البيت والمدرسة ، إذ يكون هدف هذه المدارس هو التأكيد على الثبات بصورة أكبر فى المعاملة والإدارة .

الحجم الصغير للفصول والنسبة العالية للمدرسين مقارنة بالتلاميذ والتى تعد مزايا أخرى والتى نادراً ما تتوافر فى المدارس غير المتخصصة ، الكثير من هذه المدارس على علاقات وثيقة بأخصائيين ذوى خبرة فى مجالات أخرى ، مثل: العوامل الاجتماعية ، أخصائيو الأطفال ، الأطباء النفسيين الذين يمكنهم توفير مساعدة إضافية للتعامل مع الجوانب الأخرى لاحتياجات الطفل أو الأسرة .

الكثير من الأطفال ذوى " الأوتيزم " حتى هؤلاء الذين يعانون من الاضطراب السلوكى يظهرون تحسنا ملحوظا عندما يوضعون فى مدارس متخصصة لحالات " الأوتيزم " ، مع ذلك على الرغم من هذه المزايا هناك عيوب واضحة لهذه النوعية من الوحدات ، على سبيل المثال ، أولاً مجموعة الأقران أنفسهم بهذه الطبيعة الخاصة لا توفر الفرص لتطوير العلاقات

الاجتماعية ، و هذا لا يعنى بالطبع أن وضع طفل من ذوى " الأوتيزم " مع أقران طبيعيين سوف يؤدى لتحسن الأحوال آلياً . كما هو موضح فيما بعد فى هذا الفصل فإن تطوير التفاعل الاجتماعى يحتاج معلومات عالية عن المهارات تتوافر فى القائمين على رعاية ذوى " الأوتيزم "، مع ذلك إذا كان باقى الأطفال فى المدرسة يعانون من اضطراب اجتماعى عميق حتى أكثر المدرسين خبرة سوف يعانون من مشاكل لتشجيع التفاعل الاجتماعى ، الكثير من الآباء المعنيين بآثار وضع أطفالهم مع آخرين يكونون معوقين بصورة أكبر .

الأطفال ذوو " الأوتيزم " لديهم نزوع لتقليد السلوك غير المرغوب من أقرانهم والآباء يكونون متفهمين مغامرة المشاكل الجديدة المكتسبة عن هذا الطريق .

ربما أهم العيوب للوحدات المتخصصة خاصة للأطفال الأكثر قدرة مع ذلك التسهيلات الدراسية المحدودة التى يمكن توفيرها ، المدارس الصغيرة قد يكون لها ميزة عند تطوير الاقتراب الفردى والمتسق مع التدريس ، ولكن هذه عوامل تجعلها صعبة إذا لم يكن مستحيل توفير منهج تدريسى واسع .

على الرغم من أن حقيقة المدارس المتخصصة يتوقع منها أن تدخل المنهج العادى ليدرس بقدر المستطاع ، ومن الواضح أن المدى الذى يمكن تحقيق هذا فيه يكون محدودا جداً ، فالقليل من مدارس الأفراد ذوى " الأوتيزم " يمكنها توفير الفرصة لطالب من ذوى " الأوتيزم " أن يدخل امتحانات خارجية فى الحساب ، الطبيعة ، استخدام الحاسب أو موضوعات متشابهة ، حيث إنهم لا يجدون هيئة تدريس متخصصة فى هذه النواحى .

الدراسة التى أجريت فى لندن بواسطة " سوجود " و آخرين ، أوضحت أن القليل جداً من الأفراد ذوى " الأوتيزم " حتى هؤلاء ذوى القدرة العقلية الطبيعية يتخرجون من المدرسة ولديهم الكفاءات المطلوبة .

ولكن حيث إن النجاح فى المراحل التالية من الحياة يعتمد بشدة على الكفاءات المكتسبة من المدرسة أو الكلية فإن عدم قدرة مدارس ذوى "الأوتيزم" على توفير مثل هذه الفرص لهم يكون له تداعيات خطيرة على

الأقل على أقلية من الطلاب .

التعليم فى مدارس الأطفال ذوى الإعاقات الشديدة فى التعلم بالطبع غالبية الأطفال ذوى " الأوتيزم " لا يصلون لمستوى مرتفع من البراعة . قرابة نصف الأطفال ذوى " الأوتيزم " يكون لديهم مشكلات شديدة فى التعلم وبسبب هذا فإن الكثير من السلطات التعليمية تجادل ضد وضعهم فى مدارس عالية التخصص (ومكلفة) فى حالات ذوى " الأوتيزم " ، بينما الأماكن قد تكون متوافرة لهؤلاء الأطفال بالفعل فى مدارس الأطفال الذين يعانون من صعوبات فى التعلم .

مدارس الأطفال ذوى الصعوبات المتوسطة فى التعلم أو صعوبات السلوك:

مرة أخرى ، هذه المدارس يجب أن تكون مناسبة لمواجهه حالات الأطفال الأكثر قدرة من ذوى " الأوتيزم " الذين تكون قدراتهم العقلية فى المتوسط (منخفضة أو متوسطة) ، حيث إن الشكل غير السوى لتطور الأطفال ذوى "الأوتيزم" قد يجعل التدريس والتعلم فى هذه المواقف صعب جداً ، بينما تكون المهارات الاتصالية ومهارات العلاقات بين الأشخاص أقل تطوراً عند الأطفال ذوى " الأوتيزم " من زملائهم ، تطورهم الإدراكى قد يكون أكثر تقدماً على الأقل فى بعض النواحى على وجه التحديد والتى تؤدى إلى ظهور المشاكل فى الفصل و مع هيئة التدريس .

من الواضح أن الكثير من التلاميذ فى المدارس يكون لديهم مشاكل سلوكية ولكنها تكون مختلفة جداً فى النوع أو يكون لها أسباب مختلفة عن المشاكل التى تظهر من الأطفال ذوى " الأوتيزم " والتى تتطلب طرقا مختلفة جداً للتدخل . بالمثل الأهداف العامة للمدارس العادية قد تكون غير ملائمة لهؤلاء الأفراد ، و هنا فالتأكيد على تطوير الاستقلال وتحفيز النفس قد تأتى بنتائج عكسية للمراهقين ذوى " الأوتيزم " الذين ببساطة يكونون غير قادرين على مواكبة المستوى العالى للمساندة والإرشاد المستمر من المدرسين . نقص الفهم الاجتماعى عند أفراد هذه الفئة يجعلهم عرضة للتحكم

والسخرية البدنية والكلامية أو يتم استغلالهم بطريقة ما عن طريق بعض زملائهم الأكثر وعياً اجتماعياً . أكثر من ذلك فإنه بسبب المشاكل الاتصالية للطلاب ذوى " الأوتيزم " تجعلهم غالباً غير قادرين على تفسير أنهم يسخر منهم أو يتم استفزازهم حتى أنهم قد يفسرون خطأ هذه السلوكيات على أنها جزء من صداقة أقرانهم ، حقاً ، إنها حتى بعد السنوات التالية عندما يكونون قادرين على وصف مشاعرهم وتجاربهم يدرك الآباء الأذى الذى يرتكبونه .

بالطبع ، السخرية والاستفزاز مشكلات لا تذلل حتى إذا كانت المدارس صغيرة وهيئة التدريس بها جيدة ، و الانتباه لتجنب هذه المخاطر المصاحبة للبرامج التعليمية التى يتم العمل بها خصيصاً لمواكبة الحاجات الإدراكية والاجتماعية والعاطفية للمراهق ذى " الأوتيزم " يمكن أن يساعد على تحقيق الهدف بنجاح ، و هذا بالطبع يعتمد على مهارات و عناية و مرونة هيئة التدريس المعنية أكثر من نوع المدرسة . بالطبع فى بعض الحالات مدارس لأطفال ذوى الإعاقات المتوسطة أو لذوى الاضطراب السلوكى أو العاطفى يمكنها أن توفر بيئة تعليمية فعالة فى بعض الأحيان .

المدارس والوحدات للأطفال ذوى الإعاقات اللغوية :

بسبب انتشار الصعوبات الاتصالية لدى ذوى " الأوتيزم " فإنه من المتوقع أن إلحاق هؤلاء الأفراد بوحدة لغوية خاصه يكون ضروريا جداً على الأقل بالنسبة لبعض الأطفال ذوى " الأوتيزم " ، و مع ذلك فالوسائل المتخصصة فى اللغة للمراهقين تكون محدودة جداً ، والمدارس والوحدات القليلة الموجودة تكون غير راغبة فى قبول الطلاب ذوى " الأوتيزم " بسبب إعاقتهم الإضافية وبالتحديد نقص الدافع عندهم للاتصال ، بينما معظم الأطفال ذوى الاضطرابات اللغوية فقط يظهرون تبادلا اجتماعيا طبيعيا واللعب التخيلى ولديهم فقط اضطراب متوسط فى استخدام الإشارات والمهارات الأخرى غير الكلامية ، و لكن الأطفال ذوى " الأوتيزم " يظهرون تخلفا غير طبيعى فى هذه النواحى ، حتى لو كانت مهاراتهم اللغوية التعبيرية تبدو جيدة ، مرة أخرى المهارات المطلوبة للتدريس فى وحدات لغوية قد تكون

مختلفة جداً عن المطلوبة للتدريس للأطفال ذوى " الأوتيزم "، بالإضافة إلى أن القليل من خريجى المدارس فى وحدات لغوية يحصلون على المهارات المطلوبة وبالتالى فإن الطالب القادر عقلياً من ذوى " الأوتيزم " قد لا يستطيع أن يحصل على أى مزايا أكاديمية من مثل هذه الوسيلة .

حقاً ! هناك بعض الأدلة أن الطلاب ذوى " الأوتيزم " قد يحققون نجاحا أكبر فى المدارس الخاصة بذوى " الأوتيزم " أكثر من وضعهم مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية فقط .

الوحدات المتخصصة فى "الأوتيزم " والمتصلة بالمدارس العادية أو المنهج اللغوى :

البديل للتدريس المعزول ، هو : تطوير الوحدات الصغيرة المصممة خصيصاً لمواجهة حاجات الأطفال ذوى " الأوتيزم " ولكن فى نفس الوقت هذه الوحدات قد تكون فى مدرسة عادية أو فى مدرسة للأطفال المصابين بالأشكال الأخرى من الإعاقات ، مزايا مثل هذه الوحدات أن الأطفال يستفيدون من مزايا التسهيلات الممنوحة فى المدرسة الأم مع الاستمرار فى الحصول على الدعم الفردى والمعرفة المتخصصة من هيئة التدريس الموجودين فى ذوى " الأوتيزم ". مع ذلك لا يوجد دليل قاطع على فعالية مثل هذه الوحدات من هذا النوع ، حيث إنها قد تكون فعالة لبعض التلاميذ ولكن الاتحاد مع المدرسة الأم غالباً ما يكون أقل فعالية عملياً ، هناك أيضاً ميل من المدرسين فى الوحدات الصغيره أن يشعروا بأنهم معزولون عن الهيكل العام للمدرسة.

الأطفال ذوو " الأوتيزم " فى المدارس العادية :

غالبية الأطفال ذوى القدرات الوظيفية العالية من ذوى " الأوتيزم " فرصتهم أن يعيشوا حياة مستقلة تعتمد على ما إذا كانوا قادرين على الحصول على المهارات الأكاديمية من المدرسة والتى بالتالى أن يتقدموا لمزيد من التعليم ، وبالتالى للحصول على وظيفة مع بعض الاستثناءات ، الطريقة الوحيدة لحدوث هذا هو الذهاب لمدرسة عادية .

يشير " هولين " ، ١٩٩٤ ، إلى أن الدفع نحو الاتحاد بالتحديد للأطفال ذوى المشاكل المتوسطة له تأثير خاص فى التعليم فى المستويات الطفولية والأدنى والكثير من المدارس الابتدائية للأطفال ذوى الإعاقات المختلفة على التوالى . الدليل البحثى يرجع أن الأطفال ذوى الإعاقات المتوسطة أو الأقل ظهوراً يميلون إلى أن يتم تقبلهم من أقرانهم ، وبالتالى فالأطفال ذوو الدرجة المتوسطة نسبياً من ذوى " الأوتيزم " يتم تقبلهم بسهولة .

هناك عدد من الدراسات التى توضح أن تفاعل هؤلاء الأفراد من الأقران الطبيعيين يكون له تأثير مفيد جداً على اللعب ، والتفاعل الاجتماعى للأطفال الصغار ذوى " الأوتيزم " (" لورد " ، ١٩٨٤، " ولفبيرج " و"سكيلر " ، ١٩٩٣ ، "كويل " ، ١٩٩٥) مع ذلك مثل هذه التفاعلات تحتاج أن يخطط لها وتدعم بدقة من هيئة التدريس مع اختيار نوعية و أداة اللعب المستخدمة . التخطيط العام للفصل مهم أيضاً وإلا فإن حماس الأطفال الطبيعيين يميل أن يكون قصير العمر .

هناك دراسات قليلة فى الاتحاد بين المدارس الثانوية القديمة ، ولكن مثل هذا الدليل يوضح أن مغامر الرفض تزداد مع العمر ، حيث إن تمييز ذوى "الأوتيزم " بين الأقران والمدرسين المتشابهين يميل للازدياد لعدد من الأسباب :

أولاً : بسبب الضغوط المتزايدة من أجل الأداء الجيد ، للتجمعات الأكاديمية أو الأشكال المشابهة من التوقع ، المدارس أصبحت أكثر تساهلاً فى قبول الطلاب الذين لا يكون أداؤهم جيداً ، فإذا كان الطالب لديه سلوكيات مدمرة أيضاً يكون له تأثير سلبى على عمل الأطفال الآخرين .

ثانياً : فى المراهقين الحاجة للتكيف مع الطبيعيين وأن يتم تقبله من أقرانه تصبح من الحاجات الأساسية ، و هؤلاء الذين لا يصلحون على هذا التكيف غالباً ما يتم استبعادهم .

ثالثاً : التخطيط فى المدرسة الثانوية يكون مختلفا تماماً عن المدرسة الابتدائية

ويؤدى لمشاكل أكبر للطلاب ذوى " الأوتيزم " فى المدرسة الابتدائية ، حيث يبقى الطفل مع قرينه لست سنوات أو أكثر ، حيث يتم تدريس المواد فى نفس الفصل ومع نفس المدرس تقريباً لكل المواد ، والكثير من الأطفال يبقون مع نفس المدرس لعامين أو أكثر .

كثير من المدارس فى هذه الحالات تميل إلى أن تكون أقل حجماً بحيث يصبح الآباء والتلاميذ مألوفين لمعظم المدرسين ، غالباً سوف تتعود هيئة التدريس على تحمل السلوكيات غير العادية ، مثل : التعليق بصوت عال أو تصحيح خطأ المدرس فى الفصل) بمجرد أن يفهموا أن هذا لا يحدث بسبب وقاحة أو إحراج ولكن بسبب نقص الفهم الاجتماعى ، زملاء الفصل غالباً ما يتعودون على تقبل الطرق الغريبة للطفل ، حقاً ! هذه قد تثبت خروجا مقبولا من الملل الطبيعى للدروس فى مثل هذه البيئات أنه من المحتمل غالباً ـــ على الرغم من أنه ليس من السهل دائماً ـــ مراقبة السخرية أو الاستفزاز أو أن تقبل هيئة التدريس الاقتراب المستمر للتدريس والإدارة .

و الوضع يختلف فى المدارس الثانوية ، حيث إنها تكون أكبر وفى بعض الأحيان فى مبان منفصلة على الرغم من وجود بعض الأطفال المألوفين من المدرسة الابتدائية فإن الغالبية يكونون غير معروفين ، الدروس والفصول والمدرسون يتغيرون على فترات زمنية . معظم المدرسين لن يعرفوا التلاميذ جيداً أو يتفهموا المشاكل المرتبطة بالإعاقة غير المألوفة والخاصة بحالات ذوى "الأوتيزم " ، و هنا فإن التعاون بين المدرسين لنشر برنامج تعليمى ملائم للطالب ذى الحاجات الخاصة قد يثبت صعوبة كبيرة . و ذلك بسبب أعداد وأعمار التلاميذ ، يكون من المستحيل على المدرسين الحصول على نفس القدر من التحكم فى السخرية والاستفزاز ، أكثر من ذلك الشكل غير العادى للمهارات والصعوبات التى تظهر على الطفل ذى " الأوتيزم " تبدو مشتتة لتركيز المدرسين ربما يتلفون احترامهم لأنفسهم .

إذا ما كان الطفل ذو " الأوتيزم " له سمعة جيدة كدارس جيد للفرنسية أو كأفضل محاسب فى المدرسة فلماذا لا يحضر الكتب الصحيحة للدرس أو حتى يتعلم أن يربط رباط حذائه بعد اللعب ؟ إذا ما كان هو أو هى صاحب

مفردات لغوية ممتازة فإنه من الصعب تقبل أن التعبير اللغوى يكون أقل تطورا أو أن تكون مشكلات التعاون نتيجة فشل الطفل فى الفهم أكثر من عدم الطاعة المعتمدة ، و بدلا من تقبل هذه المشاكل كعيوب رئيسة التى يكون للطفل تحكم قليل فيها ، فالمدرسون قد يفسرون صعوبات التلميذ على أنها عدم طاعة متعمدة .

كما توضح الأمثلة السابقة فإن مثل هذه الصعوبات قد يتم تفسيرها على أنها تهديد لكفاءتهم كمدرسين . هذه الأمثلة ليست معزولة والكثير من الأفراد ذوى " الأوتيزم " يمكنهم عمل رسم بيانى عن المشاكل التى واجهوها سواء مع المدرسين ، أو الطلاب فى المواقف العادية .

الكثيرون من ذوى " الأوتيزم " قد يكونون مروا بعدد متغير من المدارس بقليل من الفهم أو التخطيط الملائم لمواجهة حاجتهم الدراسية الاجتماعية أو السلوكية . البعض كان محظوظا فى العثور على مدرس متعاطف أو مدرسة توفر لهم الدعم المطلوب وهذا مكنهم من الاستغلال الأمثل لقدراتهم الأكاديمية ، و مع ذلك فإن هذا كان بالصدفة أكثر من التخطيط التعليمى الملائم ، و لكن الكثير غيرهم يكونون قد قاسوا صراعاً مريراً خلال سنوات مراهقتهم بسبب أنهم غير مدعمين يتم فهمهم بطريقة خاطئة ، وغالباً تتم إساءة معاملتهم .

هذا يضع الكثير من الآباء فى ورطة ، رغم علمهم أن المدرسة سوف تكون قادرة على مواكبة قدرات أطفالهم التعليمية أو العاطفية ويكونون قلقين من الضغط الذى سوف ينتج عن هذا ، من ناحية أخرى الأطفال ذوو القدرة الأكاديمية المتوسطة إذا تم إيصالهم بالمنهج العادى فإن فرصتهم فى تحقيق تقدم مراحل حياتهم التالية سوف تكون محدودة جداً .

و تظهر ضرورة عمل المزيد من أجل تحسين الأنظمة المدعمة الموجودة ، وحقاً ! هناك مفاهيم عملية والتى ببعض المرونة والتخيل يمكن استخدامها على الأقل لتقليل نوعية المشاكل التى تم وصفها .

تعليم المدرسين شيئاً عن " الأوتيزم " :

بعيداً عن هؤلاء الذين يعملون فى الوحدات المتخصصة لحالات "الأوتيزم" أو فى مدارس بها نسب عالية من التلاميذ ذوى " الأوتيزم " الكثير من المدرسين فى مدارس الأطفال ذوى الإعاقات المتوسطة أو المختلفة فى التعليم و فى المدارس العادية لا يكون لديهم أى تدريب متخصص فى التعامل مع حالات ذوى " الأوتيزم " ، حتى المدرسين النفسيين إذا لم يكونوا يعملون أساساً مع الأطفال ذوى الحاجات الخاصة لا يكون لديهم معرفة مفصلة عن الحالة ، حيث إن مدى الإصابة " بالأوتيزم " من المنظور الواسع (بما فيهم الأطفال ذوو الذكاء العادى) يكون (٣) أفراد من كل (١٠٠٠) " وينج " ، ١٩٩٣ ، " جيلبرج " ، ١٩٨٤) فإنه من المحتمل جداً أن يصادف المدرسين العديد من الأطفال من خلال مهنتهم .

المجال الواسع للمعلومات عن الحالة وخطط التدخل تكون واضحة الأهمية، رغم أنه منذ بداية الواقع التعليمى ١٩٨١ ، فإن الكثير من دورات التدريب للمدرسين أدخلت نماذج متصلة بالأطفال ذوى الحاجات الخاصة . إجبار الوقت يعنى أن الوقت المخصص لأى حالة خاصة مثل" الأوتيزم " يكون محدودا جداً ، مع ذلك فدورات التطور المهنى المستمرة يكون لها دور هام جداً . التجمع الدولى " للأوتيزم " ومنظمة TEACH تدير دورات لتعليم المدرسين ، البرامج التى يتم إدخالها حديثاً بما فيها دورات التعلم عن بعد قد توفر إمكانات أكاديمية إضافية ، على سبيل المثال فى إنجلترا جامعة بيرمنجهام توفر عددا من الإمكانات الخاصة " بالأوتيزم " للأخصائيين الذين يعملون مع الأطفال الأكبر سناً أو البالغين ذوى " الأوتيزم ".

التدريب المتخصص قد يكون لازما و مهما فى مساعدة المعلمين على معرفة وفهم التلاميذ ذوى " الأوتيزم "، المعرفة فى المدارس الثانوية العادية قد تكون صعبة بعض الشيء بسبب أن معظم التلاميذ أمكنهم البقاء فى رعاية طبيعية إلا أنه حتى هذه المرحلة سوف يظهر عليهم إعاقات شديدة أكثر من هؤلاء الذين تم تشخيص مرضهم فى مرحلة مبكرة ، و على الرغم من أن هؤلاء التلاميذ قد تم عزلهم بتأكيد وصفهم أن لديهم مشكلات سلوكية أو عاطفية

فى الماضى إلا إذا كانت طبيعة هذه المشكلات تندرج تحت مسمى إظهار سلوكيات مدمرة أو وجود اضطراب عاطفى ، إذا ما تم توفير أى مساعدة نفسية فإنها تميل إلى التركيز على المظاهر الخارجية للمشكلات السلوكية أو المشكلات المزمع حدوثها مع العائلة أكثر من مواجهة الأسباب المؤدية لذلك ، مع ذلك إذا ما كان الخلل الكامن قد تم تشخيصه بطريقة صحيحة ومقبولة هذا يمكن أن يكون له تأثير على إمكانيات المدرسين وقدرتهم على مواكبة الموقف التعليمى .

هناك مشكلة لهيئة التدريس فى المدارس العليا ، على سبيل المثال الفظاظة التى تصدر من الطفل ذى " الأوتيزم "، التصحيح الدائم فى الفصل وتوضيح عدم الكمال البدنى أو المواجهة بالرفض الواضح للتعاون تكون غير سهلة أو مشجعه لأن يتعامل معها أى مدرس ، مع ذلك معرفة أن تصرف طفل بهذا الشكل لا يكون عن قصد ولكن نتيجة فشل فى فهم تأثير سلوكه على الآخرين يمكن أن يساعد على تحمل الموقف بعض الشىء .

الصعوبات الأخرى قد تظهر بسبب الاضطراب الاجتماعى للأطفال أو بسبب ميولهم العدوانية . رغم أن هذه الأشياء أساسية فى حالات " الأوتيزم " فهناك طرق كثيرة لتقليل تأثير هذه المشاكل ، والمفهوم للتدخل قد تم تناوله فى الفصول الثلاثة السابقة .

مفهوم التدريس :

بالطبع لا يؤدى مجرد الفهم الجيد لطبيعة الطفل ذى " الأوتيزم " لاختفاء المشكلات السلوكية . التغيرات فى مفاهيم الإدارة القائمة على رعاية ذوى "الأوتيزم " سوف تكون مطلوبة ، وهناك الآن عدد كبير من الكتب والنشرات والممكن الحصول عليها والتى تساعد ، (المسائل السائدة فى "الأوتيزم ") هى سلسلة من المراجع تم إعدادها بواسطة "سكوبلر"و"ميسبوف" (١٩٩٢ ، ١٩٨٦ ، ١٩٨٣) والتى تحتوى على مفاهيم قيمة عن طرق التدريس ، بالإضافة إلى مرجعين قد تم نشرهما حديثاً "لكويل" ١٩٩٥ ، و "جورند " و " بويل " ، ١٩٩٥ ، توفر ثروة من المعلومات على

الخطط التدريسية الأكثر انتشاراً والأكثر تجديداً ، كلها توفر العديد من الأفكار لمساعدة الأطفال ذوى " الأوتيزم " ومدرسيهم فى العديد من المواقف التعليمية ، مع ذلك ، فإن هناك عددا من المبادئ الرئيسة والتى يجب أخذها فى الاعتبار طوال الوقت .

الحاجة للتخطيط :

منذ دراسة " روتر " و " باتريك " منذ العديد من السنين ، فإن هناك العديد من الدراسات التى أكدت على أهمية التخطيط فى تدريس الأطفال ذوى " الأوتيزم " (" هولين " و " روتر " ، ١٩٨٧ ، " شورت " ، ١٩٨٤ ، "جوردن " و " بويل " ، ١٩٩٥) .

برنامج TEACH " لسكوبلر " . أوضح أن برامج التدريس المخطط لها بدرجة عالية يمكن أن يكون لها تأثير إيجابى جداً على السلوك وقدرات التعلم عند التلاميذ ذوى " الأوتيزم " ، نظام التدريس بالكامل بما فيه التصميم البدنى للفصل الدراسى يكون مصمما لتوفير التلميحات المرئية للتلاميذ كوسيلة للفهم ، نواحى العمل تكون واضحة الاختلاف عن نواحى اللعب والمتعة ، نواحى التدريس الفردى يمكن تمييزها عن النواحى الجماعية ، حيث يمكن وصفها بأنها نواحٍ خارج الوقت التى تكون هادئة أو بها تحكم فى النفس ، تقسيم هذه الأنشطة يمكن استخدامه لمعرفة أنواع الأنشطة التى يجب عملها فى بعض الأماكن ، أو حتى أماكن الكراسى والموائد يمكن معرفتة عن طريق شريط لاصق على الأرضية ، مواد العمل يجب أيضاً أن توضح المهام التى يجب القيام بها وموضعها يوضح بأى شكل يجب تكملتها والأوعية المختلفة للألوان توضح أين يجب وضع الأعمال المنتهية ..... إلخ ، رغم توفير هذه الوسائل للإرشاد المفيد للمدرسين فى المدارس المتخصصة العبوات من هذا النوع تكون أقل ملاءمة للأطفال فى المواقف العادية .

تنظيم الوقت :

الدراسات التجريبية مثل التى أجراها " ديراندو " و آخرون ، ١٩٩١ توضح أن المواقف المدرسية و المشاكل التى تحدث يمكن اعتبارها دليلا عما إذا كان

الجدول اليومى غير منظم ، و إذا ما أريد تقليل تلك المشاكل ، فيجب أن يكون البرنامج اليومى لكل المدرسة محددا بوضوح ، حيث تكون المهام المطلوبة لكل فترة زمنية واضحة تماماً ، مع ذلك بالإضافة إلى الجدول العادى للمدرسة فإن الطالب ذا " الأوتيزم " قد يحتاج إلى أن يوفر له جدول شخصى إضافى يوضح كمية العمل المطلوبة فى مرحلة معينة من كل درس . كما هو موضح فى فصل سابق عن المهارات الاتصالية فإن التلميحات من هذا النوع من الممكن أن يتم تشجيعه باستخدام التلميحات المصورة التى توضح المهام التى يجب عملها بالتحديد التى تتطلب فعل مباشر من الطفل ، على سبيل المثال تغير شكل الساعة يوضح مرور ربع ساعة هذا قد يساعد التلاميذ على ملاحقة الوقت بشكل أفضل بدلاً ما إذا قد طلب منهم مشاهدة الساعة .

و بسبب اعتماد ذوى " الأوتيزم " على التخطيط فإن ثمة مشاكل كبرى قد تظهر من الأطفال ذوى " الأوتيزم " خارج أوقات الدرس رغم أن أوقات الراحة من الدروس تكون مصممة لتوفير الفرص للأطفال الطبيعيين التى يحتاجونها ليسترخوا وللاختلاط بالمقارنة بنظرائهم ، فبالنسبة للطفل ذوى "الأوتيزم" مثل هذه الفترات تكون مجهدة للغاية ، الأطفال القابلين أن يكون سلوكهم مقبولا نوعاً ما عندما يكونون مشتركين فى أنشطة تخطيطية وإرشادية والتى غالباً ما تبدو شاذة وغير معتادة فى أوقات اللعب أو السلوكيات المعادية والطقسية قد تكون أكثر ظهوراً وعرضة للسخرية والاستفزاز والتى تكون مخاطرة خاصة بسبب أن إشراف هيئة التدريس فى مثل هذه الأوقات ينخفض بشدة .

تنظيم المواد الدراسية :

مهما كان التنظيم النهائى لليوم الدراسى فإن الأطفال ذوى " الأوتيزم " عموماً سوف يتطلبون إشرافا أكبر إذا ما كان الهدف هو تحقيق تحسن الكثيرين، حتى بين الأفراد الأكثر قابلية يكون لديهم مشاكل فى متابعة تقدمهم بأنفسهم أو حتى الاستمرار فى العمل ما لم يكن هناك إشراف مستمر ، الاهتمام المستمر بالنجاح النهائى لعمل طفل واحد يكون نادر الحدوث حتى فى الوسائل المتخصصة التى يكون بها نسبة هيئة التدريس مرتفعة نسبياً .

كذلك فى أوقات الدرس فإنه يكون من الضرورى التطـرق لتصميـم مـادة العمل من أجل التأكد من أن المهام يتم إنهاؤها بطريقة ناجحة ، المهام البنائيـة أو الأنشطة البسيطة نسبياً يكون من المفضـل تقديمـها للطـلاب فـى صنـاديق تحتوى على كميات صغيرة من المادة أكثر من تركهم يختارونها من مجموعة أكـبر و بمجرد الانتهاء منها فإن المهمة يمكن إفراغها فى وعاء خال آخر ، والرجـوع إلى الوضع الخاص للانتهاء ، إذا ما كانت كميـة المـادة المستخدمة محـدودة فـإن مطالب الانتهاء من المهمة تكـون محـددة بإرجـاع المعـدات لمكـان محـدد ، هـذا النشاط يمكن استكماله بدون الحاجة للتوجيه الدائم .

أيضاً تجزئة مهام أطول لمراحـل أصغـر يوفـر أيضـاً للطـالب فرصـا أفضـل للتدعيم بالإضافة إلى وجود وضع نهائى مرئى يساعد المعلم على توجيه التقدم عن بعد. المـهام أو الاختبـارات للأطفـال ذوى القابليـة الأكـبر يمكـن تجزئتـها بصورة مماثلة .

الواجبات المنزلية قد تكون مشكلة كبرى أخرى حتى إذا نجح الطـلاب ذوو " الأوتيزم " فى اصطحاب الكتب المطلوبة للمنزل فإنهم غالباً ما ينسـون مـا يجب عمله حين يصلون للمنزل ، فى حالات كثيرة إذا لم تكـن مسـاعدة الآبـاء متوافرة فإن الواجب يبقى بدون إنجاز و يمكـن أن يحـدث بـدل مـن إنجـاز ذوى "الأوتيزم " للمهام المطلوبة أن يقوموا بإنجاز تدريبات أخرى غير المطلوبة .

تعلم القواعد :

معظم الأطفال فى المدرسة ينمو لديهم نوع من الحاسة السادسـة لفـهم مـا هو مألوف وما هو غير ذلك ، أى : ألعـاب أو ملابـس ..... إلخ وكيـف يفعلـون ذلك فإن من العسير فهمه ، الشىء المهم أنهم يقومون بـهذا بمنتـهى السـهولة والدقة ، بالنسبة للأطفال ذوى " الأوتيزم " الذيـن يعـانون مـن صعوبـة فـى الفهم أو اتباع القواعد الاجتماعية الخارجية أو فهم هذه القواعد غير المكتوبـة أو المشروحة يكون بناء على ما سبق الإشارة إليـه مـن المستحيل ، أيضـاً فـإن الأطفال ذوى " الأوتيزم " تحدث لهـم عـادةً مشـاكل بسـبب محاولتـهم لعقـد صداقات حيث إنهم يفعلون أى شىء يقوله لهم الآخرون ، إذ أنهم غير قادرين

على التفريق بين الأطفال الآخرين عندما يسخرون منهم وعندما يضحكون معهم .

الحكايات كثيرة عن الأطفال ذوى " الأوتيزم " خاصة فى المدارس العادية، حيث إنهم يدخلون فى مشاكل عويصة بسبب اتباع تعليمات الآخرين ، مثل المناداة على المعلم باسم شهرة مهين أو خلع ملابسهم فى وسط تجمع ، أو حتى فى حالة الهجوم على بيانو المدرسة ، و هم بسهوله و تلقائية يعترفون بذلك مباشرة عند مواجهتهم.

العوامل التى تتحكم فى الروابط الاجتماعية الناجحة تكون غاية فى التعقيد ، حتى أن الأطفال الطبيعيين لا يقدرون على فهمها تماماً رغم أنهم سوف يلاحظون فوراً أى أجزاء صغيرة من القواعد التى توضع لهم ، و مع ذلك فإن فهم أكثر السلوكيات الاجتماعية شيوعاً قد يسبب مشاكل بالنسبة للطفل ذى " الأوتيزم ".

و بسبب الصعوبة لدى ذوى " الأوتيزم " حتى فى التفاعلات الاجتماعية البسيطة فإنه من غير الممكن توفير فهم كامل للطفل عن كيف ولماذا يتصرف بهذا الأسلوب ؟ على سبيل المثال هناك صعوبة فى تعليم الأطفال ذوى " الأوتيزم " حتى بعض السلوكيات العامة مثل ارتداء الملابس بطريقة ملائمة (الذى يعنى أن الآباء يكونون على اطلاع بأحدث موضات الملابس) ، عدم خلع الملابس وسط العامة ، التبول فى دورات المياه ، عدم فعل السلوكيات التى تكون معروفة بأنها شقية أو غبية مهما طلب منهم الآخرون ذلك ، عدم تصحيح المدرسين مهما كانوا مخطئين ، عدم إخبار المدرسين بأنشطة التلاميذ الآخرين قبل مناقشتها أولاً مع الآباء ، عدم التعليق على الخصائص الجسمية للآخرين .

كما هو موضح فى الفصل الذى تناول شرح طبيعة السلوك الاجتماعى لذوى " الأوتيزم " فإن هناك القليل من المنفعة التى يتم الحصول عليها من وراء الشرح المفصل ، لماذا بعض السلوكيات الاجتماعية غير مقبولة ؟ هذا قد لا يكون له تأثير على سلوك ذوى " الأوتيزم " وقد يؤدى إلى مناقشات مرهقة

متعبة ومطولة ، على الأقل فى المراحل الأولى للتعامل مع مشكلة ما فإنه من المفضل إرساء قاعدة بسيطة والإصرار عليها فى حين أن التفسيرات يمكن إبداؤها عندما يتم التحكم فى السلوك ، و بالطبع فإن الصعوبات تنشأ عندما يكون هناك قواعد اجتماعية متغيرة .

مع ذلك رغم هذه المشاكل فإنه من الأفضل عامة أن تكون هناك قواعد غير دقيقة بدلاً من عدم وجودها على الإطلاق .

التعامل مع التغير :

على الرغم من اعتماد ذوى " الأوتيزم " على الروتين فإن هؤلاء الأطفال ذوى " الأوتيزم " يجب عليهم تعلم تحمل الكثير من التغيرات عبر سنوات المدرسة ، غالباً لا يكون التغير نفسه هو الذى يسبب الصعوبات ولكن عدم توقع هذا التغير يسبب المزيد من الإحباط الناتج عن عدم القدرة على التكيف السريع ، و بناء على هذا يكون الإعداد الدقيق للأطفال لمواجهة مثل هذه التغيرات فى البيئة المحيطة بهم مهما ، على الرغم أنه لا يكون سهلا ، حتى الأطفال ذوى " الأوتيزم " ذوى القدرة العالية قد يكون لهم مشاكل مع المفاهيم المعنوية أو الافتراضية والتفسيرات الكلامية عن الأمر الذى يكون على وشك الحدوث غالباً ما يتم فهمها بصورة خاطئة ، حين يلتحق الأطفال العاديون بالمدرسة بمرور وقت قصير لا تكون لديهم مشاكل فى مواكبة التغيرات اليومية فى الجدول لكن بالنسبة للأطفال ذوى " الأوتيزم " هذه التغيرات قد تشكل كابوسا ، وهنا فإن وجود جدول يومى (فى دوسيه أو يومية) يحتفظ به ذوو " الأوتيزم " أينما ذهبوا مع تعليمات عن أين يتم إعطاء الدرس وأى كتب أو أدوات يحتاجونها قد يشكل مساعدة فعالة ، جدول بسيط فى المنزل قد يكون مفيدا فى التذكير بأى الأدوات التى يحتاجون لاصطحابها للمدرسة فى يوم محدد .

المواد المرئية قد تكون لها دور فى مساعدة الأطفال الأقل قدرة فى مواكبة التغيرات فى الروتين .

الصورة السريعة يمكن استخدامها لتوضيح التغيرات فى الجدول المنتظم ،

على سبيل المثال إذا كانت السباحة أو ركوب الخيل أو النزهة تكون فقط فى أوقات مختلفة من الأسبوع فإن احتفاظ ذوى " الأوتيزم " بالرسومات الخاصة بالإرشاد عن هذه الأنشطة يكون له قيمه كبرى فى مساعدة ذوى " الأوتيزم " على الاستمتاع بهذه الأنشطة على نحو أكثر ملاءمة .

الحاجة لتلميحات إضافية وأدوات خاصة :

عامل مهم ومشترك فى الكثير من البرامج التى أسلفناها وهو الحاجة لاستخدام التلميحات البديلة غالباً ما تكون مرئية عند التدريس للأطفال ذوى " الأوتيزم " ، حتى الأفراد الأكثر قابلية يكون لديهم مشاكل فى التعامل مع المعلومات المعقدة أو المعنوية ، والأدوات المساعدة للتعبير قد يكون لها الأثر الأكبر فى مساعدة ذوى " الأوتيزم " ، هذا يكون صحيحا بالتحديد عندما يتعلق الموضوع بترتيب تدريس الأنشطة ، رغم أن الأطفال قد يلتقطون جوانب خفية من المهمة فإنه من غير المحتمل أن يلموا بكل الجوانب المطلوبة .

الأنشطة مثل إعداد الطعام وإعداد المشروبات قد يمكن تجزئتها إلى أجزائها المكونة وهذه يمكن تدعيمها بسهولة .

فى مستوى مألوف من الحث ، أطفال كثيرون يمكنهم إكمال مثل هذه المهام حتى لو كان لديهم صعوبات فى فهم التعليمات اللغوية ، و قد يتطلب الأمر عرض صور المواد المستخدمة أو الأفراد المعنيين للأطفال الأقل قدرة ولكن لذوى القدرات المرتفعة فإن الصور و الرموز أو التعليمات المكتوبة قد تكون كافية ، علماً بأن استخدام نظام مجال كامل من الأنشطة للطفل بدء من وضع أدوات اللعب فى مكانها إلى إكمال التجارب الطبيعية قد يجعلها أكثر سهولة .

حتى أن أبسط مستويات التلميحات البصرية قد تساعد الأطفال على ارتداء ملابسهم بصورة ملائمة أو تساعدهم على معرفة أماكن أشيائهم بصورة أفضل ، على سبيل المثال الكتابات الملونة على قمصان أو مرايل الأطفال قد تساعد على توضيح بأى طريقة يتم ارتداء الملابس ، أو وضع علامة حمراء فى داخل الحذاء الأيمن وعلامة صفراء فى داخل الحذاء الأيسر قد تساعد على منع التداخل .

كذلك فإن العلامات البراقة الواضحة على الحقائب أو أدوات الرياضة أو المتعلقات الأخرى قد تساعد على عدم ضياعها .

التلميحات البصرية قد تساعد بطرق أخرى كثيرة ، وذلك بوضع أدوات العمل فى مجموعة متوالية أو توضيحها بألوان محددة يمكن أن تساعد الطفل على إكمال المهمة بأقل المساعدات المباشرة من البالغين ، على سبيل المثال سلة موضوعة على شمال مكتب الطفل عندما يبدأ العمل فى الصباح وتحتوى على سبيل المثال على ثلاثة صناديق مختلفة ، أحمر وأزرق وأصفر كل منهم يحتوى على نشاط مختلف . عندما يتم الانتهاء من الصندوق الأزرق يمكن تعليم الطالب وضعه على رف أزرق على يمينه ويتم وضع الصندوق الأحمر على الرف الأحمر (أو الرف ذو الملصق الأحمر) وهكذا وبهذه الطريقة يكون واضح للطالب عدد المهام المطلوب إنجازها وما يجب عمله بعد الانتهاء منها . ويكون لدى المدرس معدل معلومات مرئى بسهولة وواضح عن مدى التقدم (الكثير من الأمثلة على هذا النوع من الخطط يوجد فى برامج TEACCH " جوردن " و " بول " ، ١٩٩٥) .

التوجيهات المرئية التى تستخدم فى المواقف التعليمية لتوضيح الأماكن الصحيحة للأشياء قد تكون مساعدة فى اكتساب مهارات جديدة ، وضع سكينة و شوكة وطبق على قطعة بلاستيك للسفرة والتى عليها رسومات لهذه الأشياء يجعل من إعداد المائدة مهمة أسهل ، وإذا تم وضع قطع بلاستيك السفرة لكل الأفراد يتم تحضير المائدة بأكملها بأقل القليل من التوجيه .

مثل هذه التلميحات قد تكون مساعدة فى التأكيد على وضع الأدوات فى أماكنها بطريقة صحيحة أو المساعدة فى أنشطة مثل ارتداء الملابس .

نحتاج أيضا إلى الاهتمام بالمواد المستخدمة أثناء تدريس أنشطة أو مهام جديدة . دورق ذو ضغط لإقفاله يكون آمنا لعمل الشاى عن براد وذلك لشخص إدراكه ضعيف للخطر (أو الميل لإلقاء الأشياء) ، أربطة الأحذية الذاتية والتى آليا تقفل تجعل ارتداء الأحذية أسهل . الأطعمة التى يمكن تسخينها فى الميكروويف بدلا من إعدادها باليد يمكن أن يشجع أكثر التلاميذ

اعتماداً على محاولة إعداد وجبة بأيديهم .

استخدام مصادر إضافية :

هناك بعض المصادر الإضافية التى يمكن للقائمين على رعاية ذوى "الأوتيزم " و تأهيلهم أن يلجؤوا لها و ذلك بغرض إنجاح عملية التدريب وإكساب هؤلاء الأفراد بعض المعلومات و العمل على تأهيلهم بالشكل المناسب ، و من بين هذه المصادر :

أولاً : الاستخدام المتفائل للمساعدات المهنية الإضافية كلما أمكن ، الأطباء النفسيين ، أخصائيو الأطفال ، الأخصائيون الاجتماعيين أو أى من المهنين الآخرين ذوى المعرفة والخبرة فى العمل مع الأطفال ذوى " الأوتيزم " قد تساعد على توفير خطوط رئيسية للعمل أو الاقتراحات لعمل خطط حتى إذا لم يكن لديهم حلول فورية للمشاكل.

ثانياً : لهؤلاء الذين لا يعملون فى وحدات متخصصة لذوى" الأوتيزم " طلب المساعدة من الذين يعملون بالفعل قد يكون ذا جدوى و فائدة ، زيارة وحدة رعاية ذوى " الأوتيزم " أو جعل هيئة تدريس تقوم بزيارة أو توجيه نصيحة تكون مفيدة أكثر من قراءة بعض المراجع (على الرغم أنها توفر بعض الإرشادات) للمدرسين الذين يعملون بالفعل فى مدارس خاصة التحدث مع أعضاء هيئة تدريس من مدارس أخرى قد يوفر أفكارا عن خطط بديلة . الجمعية العالمية " للأوتيزم " توفر التدريب على أشكال مختلفة من الدورات التدريبية لهؤلاء الذين يعملون مع الأطفال ذوى " الأوتيزم " .

ثالثاً : اعتبار استخدام الطلاب الآخرين كمصادر للمساعدة ، كما هو موضح سلفاً العديد من البرامج فى الولايات المتحدة الأمريكية استخدمت الأقران كممثلين للأطفال الأصغر سناً ولا يوجد سبب ــ بالرغم من وجود التخطيط الجيد والدقيق ، و رغم وجود المدرسين وتدعيم هذا العمل ــ يفسر لماذا لا تستخدم هذه الخطط للطلاب الأكبر .

رابعاً : الاهتمام بأى نصيحة أو معلومات قد يوفرها الآباء مهما كانت خبرة

المدرس ، فالآباء و الأمهات يعرفون طفلهم أفضل من أى شخص آخر وكيف يستخدمون الخطط الفعالة للتعامل مع أو تجنب المشاكل .

أخيرا إذا ما أريد تقليل المشاكل فإنه من المهم أن تتفق هيئة التدريس على طرق على الاقتراب من المشاكل و كيفية التعامل مع مثل هذه المشاكل ، و هنا يجب التنبه إلى أن الثبات فى الإدارة يكون ذو أهمية قصوى والاختلاف بين أعضاء هيئة التدريس يعرض أكثر البرامج تنظيما للخطر ، إلا أن الاتفاق بين أعضاء هيئة التدريس قد يكون من الصعب نشره فى المدارس الكبرى حيث يكون المدرسون ذوى خلفيات تعليمية وتدريبية مختلفة جدا .

مرونة الوسائل :

أخيرا تكون مرونة الوسائل المساعدة المستخدمة مهمة للوضع الدراسى الملائم للأطفال ذوى " الأوتيزم " و ينطبق هذا على كل من مجال الوسائل المتاحة ومدى السهولة التى عند الأطفال للانتقال من نوع لآخر من المدارس لبعض الأطفال التعليم المبكر باستخدام وسائل متخصصة يكون مهما ليساعد فى التعامل مع المشاكل السلوكية والمعادية المرتبطة " بالأوتيزم " ، ولكن الانتقال للوسائل العادية لاحقا قد يكون ضروريا للمبادئ الأكاديمية .

الطلاب ذوو " الأوتيزم " ذوو القدرات العقلية المرتفعة قد يكونون قادرين على المواكبة مع المدارس العادية فى السنوات الأولى ولكن يتطلبون تدخلا أكثر خصوصية فى مرحلة المدرسة الثانوية ، حيث إن الانتقال من موقف لآخر يتطلب وقتا وصبرا وتخطيطا دقيقا إذا ما أريد له النجاح .مع ذلك فإنه من المهم أن نكون على وعى بأن الحلَجات التعليمية للطفل ذى "الأوتيزم" قد تختلف و تتغير بشدة بمرور الوقت ، فالتقدم الأكاديمى فى بعض المراحل قد يكون أكبر من المتوقع وبالعكس الصعوبات السلوكية والعاطفية والاجتماعية (أو التغيرات أثناء المدرسة) قد ينتج عنها التدمير فى مواقف كانت ناجحة فى الماضى ، و بصفة عامه فإن العاملين على رعاية ذوى " الأوتيزم " دائماً يحتاجون إلى مراجعة الوسائل المساعدة و التى يمكن تغييرها فى أى وقت لتناسب الموقف .

References

- Cooper, P. Smith C. J. and Upton, G. (1994)Emotional and Behavioural Difficulties. London and New York: Routledge.
- Day, C. (1993) 'Rflection: a necessary but not sufficient condition for professional development', British Educational Research Journal, 19(1),83-93.
- Des (1992) The National Curriculum. London: HMSO.
- Donaldson. M. (1978) Children's Minds. London: Fontana.
  Eliot, J. (1991) 'Human values: a critique of National Curriculum development', Curriculum Journal, 2, 1.
- Furlong, J. (1992) 'Reconstructing professionalism: ideological struggle in initial teacher education', in M. Arnot and L. Barton (eds) Voicing concerns: Socialogical Perspectives on Contemporary Educational Reforms. Oxford: Triangle Books Ltd.
- Gardner, H. and Perkins, D. N. (eds) (1989) Art, Mind and Education: Research from Project Zero. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Hargreaves, D. J.(1977) 'Sex roles in divergent thinking', British Journal of Educational Psychology, 47, 26-32.
- Hargreaves, D. H. Hester, S. K. and Mellor, F. J. (1975) Deviance in Classrooms. London: Routledge and Kegan Paul.
- Harri-Augestein, S. and Thomas, L. (1991) Learning Conversations. London and New York: Routledge.
- Hartley, R. (1986) 'Imagine you're clever', Journal of Child Psychlogy and Psychiary 27,3,383-98.
- Heisenberg, W. (1958) Physics and Philosophy, New York: harper Row: Huggett, F.E.(1986) Teachers. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Hughes, M., Wikely, F. and Nash, T (1993) Parents and their Children's Schools. London: Blackwell.
- Jackson, P. W. (1968) Life in classrooms. Cambridge, Mass: Holt, Rinehart and Winston.
- Kelly, G. A. (1955) The Psychology of personal Constructs. New York: Norton.
- Kelly, G. A. (1978) 'The psychology of aggression'in Fransella, F. (ed.) Personal Construct Psychology 1997, London: Academic Press.
- Kobl, 11. (1971) 36 Children. Harmondsworth: Penguin.
- Lee, L. (1965) Cider with Rosie. London: Hogarth Press.
- Maher, B. (ed.) (1969) Clinical Psychology and Personality: The Selected Papers of George Kelly. New York and London: John Wiley and Sons.
- Phillips, E. M. (1982) 'Developing by design', Vocational Aspects of Education, 34, 31-6.
- Pope, M. and Keen, T. (1981) Personal Construct Theory and Education, London and New York: Academic Press.
- Potts. P. (1984) integrating Pre-school with Special Needs. London: Centre for Studies on integration in Education.
- Rich, A. (1989) 'Invisibility in academic', quoted by R. Rosado in culture and Truth: The Remaking of Social Analysis. Boston Press.
- Rogers, C. (1983) Freedom to Learn for the 80s. Boston: Charles Merrill Publishing Company.
- Rosen, H. (1993) Troublesome Boy. London: English and Media Centre, Institute of Education.
- Rosie, A. J. (1979) 'Teachers and children: interpersonal relation in the classroom', in P. Stringer and D. Bannister (eds) Constructions of Sociality and Individuality. London and New York: Academic Press.
- Runkel, P.J. and Damrin, D.E. (19961) 'The effect of training and anxiety upon teachers' preferences for information about students', Educational Psychology, 52, 254-61.
- Ryan, J. and Thomas, D. (1980) The Politics of Mental Handicap. Harmondsworth: Penguin.
- Said, E. (1993) Representations of the intellectual (Reith Lectures) London: BBC Publication.
- Salmon, P. and Claire, H. (1984) Classroom Collaboration. London: Routledge and Kegan Paul.