الأطفال في وضعية إعاقة المستفيدين من الدمج المدرسي حسب الاطار المرجعي للتربية الدامجة بالمغرب: مفهوم وتعريف الفئة المستهدفة ..... مستويات الشدة....والمعايير التشخيصية.

أ.إبراهيم نظير الدكتور عبد اللطيف الفرحي

طالب باحث في سلك الدكتوراه أستاذ جامعي، المدرسة العليا للأساتذة،

جامعة عبد المالك السعدي جامعة عبد المالك السعدي. تطوان

المملكة المغربية.

ملخص: تتطرق هذه الورقة إلى مجموعة من الفئات المستهدفة ضمن الإطار المرجعي للتربية الدامجة. ويُعد هذا الإطار كمرجع للمدراء والمدرسين والمهتمين بشأن الأطفال في وضعية إعاقة فيما يخص التربية الدامجة. ويتناول هذا الاخير مجموعة من الفئات والتي حددها في ستة أصناف. وسنحاول توضيح هذه الفئات من حيث المفهوم والمعايير التشخيصية وشدة هذه الحالات. وسنعتمد على التصنيفات المعترف بها دوليا (تصنيفات منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي) لتوضيح بعض المفاهيم التي باتت غير معتمدة، بالإضافة إلى التعرف على مستويات شدة هذه الحالات ومعايير تشخيصها.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد؛ الإعاقة الذهنية؛ الشلل الدماغي؛ الإعاقة السمعية؛ الإعاقة البصرية؛ اضطرابات التعلم.

Children with disabilities, beneficiaries of school integration, according to the frame of reference for inclusive education in Morocco: Concept and definition of the target category..... levels of severity .... and diagnostic criteria.

BRAHIM Nadir Abdellatif ELFarahi

PhD research student University professor, High school teachers Abdelmalek Essaâdi University. Abdelmalek Essaâdi University, Tetouan.
Kingdom of Morocco.

Abstract: This paper addresses a group of target groups within the frame of reference for inclusive education. This framework serves as a reference for principals, teachers, and those interested in children with disabilities with regard to inclusive education. The latter deals with a group of categories, which he identified in six categories. We will try to clarify these categories in terms of concept, diagnostic criteria, and severity of these cases. We will rely on internationally recognized classifications (classifications of the World Health Organization and the American Psychiatric Association) to clarify some concepts that have become unreliable, in addition to identifying the levels of severity of these cases and their diagnostic criteria.

Keywords: autism spectrum disorder, intellectual disability, cerebral palsy, hearing disability, visual disability, learning disorders.

مقدمة:

على غرار باقي الدول تدرج المغرب على عدة مراحل بشأن دمج فئة الأطفال في وضعية إعاقة، حيث استند في تنزيل التربية الدامجة إلى ركنين أساسيين؛ يتمثل الأول في الجانب الحقوقي/القانوني؛ إذ انخرطت الدولة في توقيع مجموعة من الاتفاقيات الدولية الداعية إلى

النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، وكانت البداية المصادقة على الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل (خاصة المادة 23) سنة 1993، ما جعل المغرب ينخرط كخطوة أولى في الاعتراف بحقوق كافة الأطفال في التربية (خاصة الأطفال في وضعية إعاقة)، وكانت الخطوة الموالية المصادقة على الاتفاقية الدولية لحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والبرتوكول الاختياري الملحق بها سنة 2009 والتي تطرقت لحقوق هؤلاء الأطفال بصفة خاصة في المواد (1، 2 و 24). واستمرارا لما تمت المصادقة عليه من اتفاقيات دولية، عبر المغرب من خلال الدستور الجديد لسنة 2011 عن تأكيده على حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة وذلك عبر تخصيصه لعدة مواد، وخاصة الفصل 34 الذي يؤكد على تأهيل وإدماج هذه الفئة بالإضافة إلى التمتع بجميع الحقوق والحريات، وجاء بعدها القانون التشريعي من خلال قانون الإطار 51.17 المتعلق بمنظومة التربية والتكوين والبحث العلمي..... . ويتجلى الركن الثاني في الجانب التربوي/التعليمي؛ حيث جاءت الرؤية الاستراتيجية 2015 . 2030 لتجاوز كافة الصعوبات والتحديات التي أقرتها مختلف الأنظمة التربوية المغربية السابقة. وفي هذا الإطار أكدت الرؤية الاستراتيجية في الرافعة الرابعة بصريح العبارة عن إقرار نظام تربوي دامج يتجاوز كل الأنظمة التربوية الاصلاحية السابقة في حق الأطفال في وضعية إعاقة للولوج إلى المؤسسات التعليمية (حق التمدرس). وقد صدرت مجموعة من المذكرات التنظيمية من أجل التأكيد على الوزارة المعنية بالتربية والتعليم على القيام بواجبها اتجاه الأشخاص في وضعية إعاقة لضمان الحق في التربية والتعليم من خلال الدمج التربوي الناجح لفئة الأشخاص في وضعية إعاقة.

عرف المغرب سلسلة من التجارب في مجال تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة، كانت بدايتها بما يعرف بالتربية الخاصة L'Education Spécialisée؛ والتي عرفها Spencer Salend (2011) باعتبارها تعليم خاص يقدم مجموعة من الممارسات التعليمية والتقييمية الخاصة بالأطفال في وضعية إعاقة (قصورات تعليمية، سلوكية، عاطفية، جسدية، صحية، حسية) والتي تم تصميمها استجابة لتحديد ومعالجة نقاط القوة، بالإضافة إلى التحديات التي تواجهها هذه لفئة، وذلك من أجل تحسين قدراتهم في المجال التربوي، الاجتماعي والسلوكي... لتعزيز مبدأ

الانصاف للوصول إلى كل جوانب التعليم والمجتمع (Hornby, 2014). وكانت التجارب الأولى التي تمت بالمغرب محصورة على الاعاقات الحسية (سمعية وبصرية) بداية من 1968 عبر إحداث "المنظمة العلوية لرعاية المكفوفين بالمغرب" ثم تلتها "مؤسسة لالة أسماء للأطفال الصم" (1972)، لتنضاف بعدها في سنوات الثمانينات فئة الأشخاص دوي الاعاقة الذهنية (المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي، 2019).

وتعتبر التربية الإدماجية L'Education d'intégration كمرحلة ثانية من مراحل التجارب المتعلقة بتربية الأشخاص في وضعية إعاقة والتي يمكن تعريفها كنوع تربوي يتميز بتجميع الأطفال في فصل دراسي "خاص" في مدرسة عادية، بالإضافة إلى الأطفال المدمجين في الفصول الدراسية العادية (Petit, 2001) . وكان لهذه المرحلة في المغرب أهمية كبرى في تكريس حق الأشخاص في وضعية إعاقة في التعلم. وشهدت سنة 1994 إنشاء أول قسم للإدماج من طرف الجمعية المغربية لدعم ومساعدة المعاقين ذهنيا بمدرسة المنظر الجميل بالعاصمة الادارية الرباط، وتبعتها الوزارة الوصية على القطاع بمعية المندوبية السامية للأشخاص المعاقين، إذ أحدثت سنة 1996 ما يقارب 15 قسما للإدماج كمرحلة تجريبية في مجموعة من المدن الكبيرة، وذلك استعدادا للموسم الدراسي 1998/1997 بغاية إدماج هذه الفئة (المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي، 2019). واستمرارا في عملية الإدماج أصدرت وزارة التربية الوطنية العديد من المذكرات لدمج هؤلاء الأطفال إما بشكل جزئي أو كلي في الفصول الدراسية العادية (ما بين 1997 و 2004)، بالإضافة إلى مجموعة من الاتفاقيات بين القطاعات الأخرى.

وقد شكلت التربية الدامجة L'Education inclusive قفزة نوعية في إطار تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة كمرحلة ثالثة من المراحل التي أقرها المغرب في انماط التربية الخاصة بالأشخاص في وضعية إعاقة، ويمكن تعريف التربية الدامجة حسب المنظمة العالمية للإعاقة Handicap

International (2010) باعتبارها نظاما تربويا يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الخاصة لكل الأطفال واليافعين الموجودين في وضعية تهميش وهشاشة، بمن فيهم الأطفال في وضعية إعاقة في مجال التعليم والتعلم، بحيث يستهدف هذا النظام إزاحة التهميش عن الجميع وتحسين شروط التربية لديهم (وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث، 2019). تمثلت التجربة الأولى للتربية الدامجة بجهة سوس ماسة سنة 2014 في السلك الابتدائي و 2017 السلك الثانوي الإعدادي من خلال الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين للجهة نفسها وذلك على إثر مشروع تشخيص تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة والذي جمع بين وزارة التربية الوطنية، اليونسيف والمنظمة العالمية للإعاقة سنة 2013. ونشرت وزارة التربية الوطنية 2017 الإطار المرجعي للهندسة المنهاجية للتربية الدامجة؛ حيث غيرت اسم "قسم الإدماج المدرسي" بمصطلح آخر تحت عنوان" قسم التربية الدامجة"، إلا أن هذا المرجع لم يخرج من المقاربة الإدماجية في التطبيق. وقد أطلقت الوزارة المعنية سنة 2018 مشروع صياغة دلائل تفسر وتوضح الإطار المرجعي للهندسة المنهاجية، واستمرارا في تبني هذا المسار، شكلت سنة 2019 إصدار الإطار المرجعي للتربية الدامجة لفئة الأطفال في وضعية إعاقة من طرف وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي بالتعاون مع منظمة اليونيسف لرعاية الطفولة؛ وهو ثمرة للمناظرة الدولية التي نظمت من قبل المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي في يناير 2019. وفي نفس السنة أصدرت الوزارة المعنية مجموعة من الدلائل والتي تخص كل من مديري المؤسسات التعليمية ثم المدرسين، بالإضافة إلى الأسر والجمعيات. وبدوره عرف التعليم الأولي التحاقه بالتعليم الابتدائي والاعدادي والثانوي فيما يخص بعملية الدمج التربوي، حيث شهد بتاريخ 31 مارس 2022 إعطاء الانطلاقة الرسمية لعملية الدمج في التعليم الأولي من خلال الورشة الوطنية والتي عرفت حضور كل من وزير التربية الوطنية والتعليم الأولي وممثل اليونيسيف ومجموعة من القطاعات والمؤسسات التي تشتغل في مجال التربية الدامجة.

ويستفيد من التربية الدامجة حسب الإطار المرجعي مجموعة من الاضطرابات، الاعاقات والأمراض والتي تتمثل في ستة فئات. وقبل التطرق إلى صلب الموضوع لا بد لنا من توضيح

مفهوم الاضطراب ومفهوم الاعاقة. وستكون البداية مع مصطلح الاضطراب Le Trouble، والذي يعتبر تحديده صعبا نظرا لتداخله مع بعض المفاهيم الاخرى من قبل؛ المرض، الخلل... . وبحسب منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي فالاضطراب الذهني Le Trouble Mental متلازمة Syndrome تتميز بخلل دال إكلينيكيا وتؤثر على الاشتغال المعرفي أو التنظيم الانفعالي أو السلوك، مما يؤدي إلى خلل وظيفي في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية للعمليات الأساسية للاشتغال الذهني والذي ينتج عن ضائقة أو ضعف في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو الأنشطة الأخرى المختلفة (منظمة الصحة العالمية، 2021 ; APA, 2022). ومن خلال هذا التعريف يمكن أن يتبين للقارئ ولو بشكل بسيط مفهوم الاضطراب، كما نشير إلى أن التصنيف الأمريكي الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليله الذي يحمل عنوان الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5T–R) والتصنيف الدولي الذي تصدره منظمة الصحة العالمية تحت إسم الاضطرابات الذهنية، السلوكية أو النمائية العصبية Trouble mentaux, Comportementaux ou neurodéveloppementaux (CIM 11) لا يستعملان مفهوم المرض (المرض العقلي أو المرض الذهني) بشكل نهائي في تصنيفهما الخاص بالاضطرابات الذهنية. أما مفهوم الاعاقة handicap فتعرف على أنها كل من يعاني من ضعف طويل الأمد على المستوى الجسدي، الذهني والحسي وقد تمنعهم من التعامل مع مختلف الحواجز، وأيضا من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الاخرين (الأمم المتحدة، 2007). وقد نعتبرها كذلك كحالة تَحُد من قدرة الفرد على القيام بوظيفة معينة أو أكثر، كما يجب على هذه الوظائف أن تكون أساسية في الحياة اليومية من قبيل: العناية بالذات أو ممارسة العلاقة الاجتماعية والأنشطة الاقتصادية وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية، مما يجعل هؤلاء الأفراد في حاجة دائمة إلى المساعدة من طرف الآخرين.

سنحاول في هذه المقالة التركيز على المصطلحات المعتمدة من قبل التصنيفات في جميع الفئات التي سنتطرق إليها انطلاقا من الدليل الأمريكي والدليل الدولي بجميع فصوله (فصل

الإضطرابات الذهنية أو السلوكية أو النمائية العصبية، فصل أمراض الجهاز العصبي، أمراض الجهاز البصري و أمراض الأذن أو الخشاء) التي تهمنا في هذه المقالة. فما هي إذن هذه الفئات؟ وما مفهومها وتعريفها العلمي؟ وماهي معاييرها التشخيصية ودرجة شدتها؟.

1 . اضطراب طيف التوحد:

أ . المفهوم:

يتميز اضطراب طيف التوحد Trouble du spectre de l'autisme بقصور دائم في التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل الاجتماعي، بالإضافة إلى مجموعة من الأنماط السلوكية والاهتمامات المحدودة والمتكررة وغير المرنة. ويظهر هذا الاضطراب عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن قد لا تظهر الأعراض بشكل كامل حتى وقت متأخر، وذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة (منظمة الصحة العالمية، 2021).

ب . المعايير التشخيصية:

سنحاول فيما يلي أن نكتفي بسرد المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية في نسخته الخامسة المنقحة DSM 5-TR:

أ . قصور دائم في التواصل والتفاعلات الاجتماعية المُلاحظة في سياقات مختلفة. تتمظهر من خلال العناصر التالية، سواء في الفترة الراهنة أو في الفترة السابقة (أمثلة توضيحية وليست شاملة):

1 . قصور في التبادل الاجتماعي أو الوجداني من قبيل: اختلالات في التعامل الاجتماعي، عدم القدرة في الدخول في محادثة ثنائية سليمة، صعوبات في مشاركة الاهتمامات، العواطف والانفعالات، إلى عدم القدرة على بدئ تفاعلات اجتماعية أو الرد عليها.

2 . قصور على مستوى السلوكات التواصلية غير اللفظية المستعملة خلال التفاعلات الإجتماعية تتراوح على سبيل المثال: من صعوبة في الدمج بين التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي،

الاختلالات في التواصل البصري ولغة الجسد، قصورات في فهم استعمال الأفعال، إلى غياب تام للتعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3 . قصورات في النمو، الإحتفاظ وفهم العلاقات، تتراوح من صعوبات في ملائمة السلوك في السياقات الإجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة الألعاب التخيلية، والاهتمام بالأقران.

ب . ظهور سلوكات واهتمامات وأنشطة ذات الطبع المحدود والمتكرر، والتي يمكن أن نُلاحظها في عنصرين على الأقل من العناصر التالية، سواء في الفترة الراهنة أو الفترة السابقة (أمثلة توضيحية وليست شاملة):

1 . الطابع النمطي والمتكرر لحركات الجسم، استعمال اللغة والأشياء من قبيل: حركات نمطية بسيطة، إعادة ترديد الكلام المسموع، أنشطة صف الألعاب... .

2 . عدم القبول بالتغيير، روتينات غير مرنة، سلوكات لفظية وغير لفظية وإعادة استعمالها من قبيل: سلوكات نمطية، نمط من التفكير المتصلب، إعادة استعمال صيغ الترحيب، الإصرار على أخد نفس الطريق، أكل نفس الأغدية طوال الأيام.

3 . اهتمامات محدودة وثابتة إلى أبعد الحدود، وغير عادية سواء في شدتها أو في هدفها، كالتعلق بالأشياء المعتادة أو غير العادية، أو الارتباط بالأشياء بصورة مبالغ فيها، اهتمامات مقيدة بشكل مفرط.

4 . فرط النشاط تجاه المثيرات الحسية أو إهتمام غير معتاد بالنسبة للمظاهر الحسية للمحيط، خصوصا شعور مختلف اتجاه الألم، تجاه الحرارة، ردود أفعال سلبية تجاه الأصوات أو اتجاه أحاسيس لمسية معينة، الافتتان البصري نحو اتجاه الأضواء والحركات.

ج . يجب أن تكون الأعراض حاضرة في المراحل المبكرة للنمو، لكن ليس من الضروري أن تظهر قبل المتطلبات الإجتماعية التي لا تتجاوز القدرات المحدودة للشخص، أو يمكن أن تكون خفية بشكل متأخر جدا في الحياة عن طريق استراتيجيات ظاهرة.

د . يجب أن تسبب هذه الأعراض تأخرا دالا إكلينيكيا، من ناحية الانشغال الاجتماعي، المدرسي، المهني أو في مجالات أخرى مهمة.

هـ . هذه الاضطرابات ليس من الأفضل تفسيرها بوجود اضطراب النمو الذهني أو تأخر عام أو شامل للنمو، فاضطراب النمو الذهني واضطراب طيف التوحد يمكن أن يكونا مصاحبين. ولكي يتم تشخيص تداخل بين اضطراب طيف التوحد اضطراب النمو الذهني، يجب أن يكون القبول على مستوى التواصل الاجتماعي عاليا، عن ما هو متوقع بالنسبة لمستوى النمو العام.

ملاحظة: بالنسبة للذين لديهم حسب DSM 4 تشخيص لاضطراب التوحد، متلازمة الأسبرجر أو اضطراب كاسح للنمو الغير نوعي، يجب أن يتم تغيير تشخيصهم إلى اضطراب طيف التوحد. والأفراد الذين لديهم قصور ملحوظ في التواصل الاجتماعي، لكن أعراضهم لا تستوفي معايير اضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم على أساس اضطراب التواصل الاجتماعي (البرغماتي / العملي) (APA, 2022).

ج . مستويات الشدة:

يحدد مستوى الشدة الحالي على أساس كل من التواصل الاجتماعي والسلوكات محدودة و روتينية (APA, 2022).

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	سلوكات محدودة و روتينية
المستوى 1: يحتاج لمساعدة Nécessitant de l'aide	بدون دعم، تشكل قصورات التواصل الاجتماعي المصدر الأساسي للبطء الوظيفي المُلاحظ. صعوبة في بدء التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة عن النمطية atypique أو عدم فاعلية الجواب أثناء المبادرة الاجتماعية بين الاخرين. ظهور اهتمامات قليلة بالنسبة للتفاعلات الإجتماعية. على سبيل المثال: شخص قادر على الكلام، و يلتزم بالمحادثة، لكنه لا يدرك شعور تغيير السياق الاجتماعي المتبادل بين الآخرين و محاولة أصدقائه تكون غير ناجعة عادة.	. إنعدام المرونة السلوكية بسبب تداخل في الاشتغال في سياقات عديدة. صعوبة المرور لأنشطة أخرى، مشاكل تنظيمية وتخطيطية تُعرقل الاستقلالية.
المستوى 2: يحتاج لمساعدة مهمة Nécessitant une aide importante	. قصورات دائمة في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية، اختلالات اجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم والمساعدة، قدرة محدودة في بدئ العلاقات والاستجابات المحدودة أو غير الطبيعية للمبادرات الاجتماعية الظاهرة لديهم. على سبيل المثال: استعمال جمل بسيطة، والتي تقتصر على التفاعل الذي يتم الاهتمام به والمحدود، والتي اكتسبت بشكل ملحوظ.	إنعدام المرونة في السلوك، صعوبة في التأقلم مع التغيير أو السلوكات المحدودة و التكرارية الأخرى. ضيق و/ أو صعوبة في تغيير الانتباه أو الفعل.
المستوى 3: يحتاج لمساعدة جد مهمة Nécessitant une aide très importante	. قصورات شديدة للمهارات التواصلية اللفظية و غير اللفظية المسؤولة عن تأخر شديد للاشتغال ، محدودية حادة جدا في القدرة على بدء العلاقات أو الاستجابة الضعيفة للمبادرات الاجتماعية التي تهم الآخرين. على سبيل المثال: نادرا ما يبدأ الشخص الذي لديه عدد قليل من الكلمات بالتفاعل، وعندما يقوم بذلك، يتبع مقاربة غير مفهومة لتلبية ما هو مطلوب، ويستجيب للمقاربات المباشرة فقط.	. سلوك غير مرن، صعوبة بالغة للقيام بأي تغيير، سلوكات أخرى محدودة أو متكررة بطريقة ملاحظة تتداخل مع الاشتغال في مجموع المجالات. . صعوبة في القيام بتغيير موضوع الإنتباه أو الفعل.

الجدول رقم 1: توضيح مستويات الشدة لدى المصابين باضطراب طيف التوحد

2 . اضطراب النمو الذهني (الإعاقة الذهنية):

أ . المفهوم:

يندرج اضطراب النمو الذهني (الإعاقة الذهنية) trouble du intellectuel développement (Handicap Mental) ضمن الاضطرابات النمائية العصبية، وهو مجموعة من الحالات المتنوعة (خفيف، متوسط، شديد، عميق) والتي تظهر خلال فترة النمو، ويتميز بأداء ذهني (الذكاء) وسلوك تكيفي أقل بكثير من المعدل المتوسط (منظمة الصحة العالمية، 2021). يُعرف هذا الاضطراب في المجتمع بالإعاقة الذهنية، إلا أن المصطلح العلمي الجديد وفق منظمة الصحة العالمية يتمثل في اضطراب النمو الذهني، أما بالنسبة للجمعية الأمريكية للطب النفسي فقد أدرجت المصطلحين معا ووضعت الإعاقة الذهنية بين قوسين كما أدرجنا أعلاه.

ب . المعايير التشخيصية:

يعد اضطراب النمو الذهني (الاعاقة الذهنية) من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر خلال فترة النمو والتي تتميز بضعف الأداء الذهني والتكيفي، والتي تؤثر على المجالات المتمثلة في؛ المفاهيمية conceptuel (الذاكرة، الانتباه، حل المشكلات، التعلمات المدرسية، اللغة....)، الاجتماعية social (بناء علاقات اجتماعية، التواصل، التعاطف، الاهتمام بتجارب الآخرين...) والعملية pratique (كل ما يتعلق بالتدبير الدراسي والمهني ، التعلم...). ويجب الإقرار بوجود هذا الاضطراب من خلال حضور قصور في المعايير الثلاثة التالية (APA, 2022):

أ . قصور في القدرات الذهنية: التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والحكم، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة. هذا المعيار توكده كل من نتائج التقييم الإكلينيكي أو اختبارات الذكاء (اختبار وكسلر WISC...)

ب . قصور في الأداء التكيفي؛ والذي يؤدي إلى فشل في تلبية الولوج إلى معايير النمو الاجتماعي والثقافي السائد في المجتمع، وإلى تحقيق الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية. وبدون دعم مستمر، يصبح هذا القصور التكيفي عاملا للحد في واحد أو أكثر من

أنشطة الحياة اليومية من قبيل: التواصل، الرعاية الذاتية، المشاركة الاجتماعية والاستقلالية في الحياة أو في بيئات متعددة مثل: البيت، المدرسة، العمل و في المجتمع.

ج . بداية العجز الذهني والتكيفي خلال مرحلة النمو. ويحيل هذا المعيار إلى وجود الأداء الذهني (المعيار أ) والأداء التكيفي (المعيار ب) أثناء فترة الطفولة أو المراهقة (APA, 2022).

ج . مستوى شدة اضطراب النمو الذهني:

مستوى الشدة	الميدان المفهومي	الميدان الاجتماعي	الميدان العملي
اضطراب النمو الذهني الخفيف Léger	بالنسبة للأطفال ما قبل التمدرس، يمكن أن لا تكون هناك اختلافات واضحة على المستوى المفاهيمي..أما بخصوص الأطفال في سن التمدرس (الأطفال والمراهقين)، فهناك صعوبات على مستوى المهارات الأكاديمية: القراءة، الكتابة ،الحساب، التوقيت والنقود، بحيث يحتاجون للمساعدة في واحد أو أكثر من المجالات لتلبية الانتظارات المرتبطة لسنهم. وفيما يتعلق بالراشدين، فالتفكير المجرد والوظائف التنفيذية (التخطيط والترتيب وبناء الاستراتيجيات والمرونة الذهنية) ثم الذاكرة قصيرة المدى، بالإضافة إلى	بالمقارنة مع الراشدين من نفس السن فالأشخاص من دوي هذا الاضطراب يبدو غير ناضج في تفاعلاته الاجتماعية .على سبيل المثال: يمكنه أن يواجه صعوبات في الإدراك بشكل دقيق للرموز الاجتماعية . فالحوار والتواصل واللغة تتذبذب بين النضج وعدم النضج عما كان يفترض أن تكون عليه في هذا السن .و قد تكون هناك صعوبات في ضبط الانفعال والسلوك المطابقين للسن المفترض . بالإضافة إلى وجود فهم محدود بخصوص مخاطر الوضعيات الاجتماعية، بحيث	يمكن لهذه الفئة أن تعتني بشخصيتها. إلا أنهم يحتاجون لمساعدة من أقرانهم بالنسبة لمهام الحياة اليومية الأكثر تعقيدا. ففي مرحلة الرشد تكمن تلك المساعدة بالخصوص في التسوق، التنقل، رعاية الأطفال ، البيت، تحضير الطعام، تنظيم العيش الجيد وتدبير النقود. وتكون المهارات الترفيهية شبيهة بالأقران من نفس السن، إلا أن الحكم والتنظيم فيما يتعلق بالترفيه يحتاج للدعم. وفي مرحلة الرشد. يمكن لهذه الفئة إيجاد وظيفة لا تركز على المهارات المفاهيمية، إذ أنهم يحتاجون للمساعدة في أخذ القرارات الطبية والقانونية وإلى تعلم أداء المهارة المطلوبة بكفاءة. وعادة ما يكون الدعم ضروريا من قبل الأسرة.

	الاشتغال الوظيفي للمهارات الأكاديمية (القراءة، تسيير الأموال) ضعيفة. وفي المقابل توجد لدى الراشدين من نفس السن مقاربة أكثر وضوحا للمشاكل والحلول.	يستعمل أحكاما غير ناضجة ويخاطر بنفسه من خلال اعتماده على توجيهات الآخرين وبسذاجة (التلاعب به من طرف الآخرين) تامة.	
اضطراب النمو الذهني المتوسط Moyen	خلال مرحلة النمو، تتأثر المهارات المفاهيمية بتأخر ملحوظ مقارنة بالأقران. وبالنسبة للأطفال في سن ما قبل التمدرس، فإن المهارات اللغوية وقبل الأكاديمية تتطور ببطء. أما الأطفال المتمدرسين فإن تعلماتهم في القراءة، الكتابة، الحساب، فهم التوقيت وتدبير النقود، تحدث ببطء على امتداد سنوات الدراسة، كما أنها محدودة بشكل ملحوظ مقارنة مع أقرانهم من نفس السن. وبخصوص الراشدين فإن نمو قدراتهم الذهنية يكون عادة عند المستوى الأولي، بحيث أن الدعم يبقى مطلوبا لكل الاستخدامات الأكاديمية في العمل وفي الحياة الشخصية.	يُظهر صاحب هذا الاضطراب اختلافات ملحوظة في التواصل والسلوكيات الاجتماعية .فمستوى لغته المنطوقة وبالخصوص عند درجة من التعقيد ينخفض عن مستوى الأقران .فعلى الرغم من قدرتهم على تكوين علاقات اجتماعية، وأحيانا العلاقات الرومانسية في مرحلة البلوغ. إلا أنهم قد يفشلون في إدراك أو تأويل الرموز الاجتماعية بشكل مقبول. فالحكم الاجتماعي والقدرات التقريرية (اتخاذ القرار) تكون محدودة وعلى الآخرين أن يساعدوه في اتخاذ القرارات الحاسمة في	يمكن للفرد أن يعتني بحاجياته الشخصية في التغذية، ارتداء الملابس والنظافة على غرار الراشدين، بالرغم من حاجاته إلى فترة من التأهيل لكي يصبح مستقلا في هذه المجالات، وقد تكون بعض المجالات في حاجة للتذكير. وبحلول سن الرشد يمكن المساهمة في مختلف المهام المنزلية بعد خضوعه لفترة طويلة من التأهيل. ويمكن أن يصبح مستقلا إلى حد ما في الوظائف التي لا تتطلب مؤهلات مفاهيمية وتواصلية كبيرة، خاصة حينما يتلقى دعما من زملائه في العمل والمشرفين عليه وغيرهم. ويُعتبر هذا الدعم ضروريا لتحقيق بعض الانتظارات الاجتماعية وصعوبات العمل وبعض المسؤوليات الأخرى: كالجدولة الزمنية الخاصة بالوقت، التنقل، الرعاية الصحية وتدبير النقود . و يمكن أيضا الانخراط في الأنشطة الترفيهية المتنوعة،

	ويكون من الضروري تقديم المساعدة المستمرة بشكل يومي لإتمام المهام المفاهيمية للحياة اليومية. وقد يوفرها أشخاص آخرون مكان الشخص صاحب اضطراب النمو الذهني.	الحياة .فعلاقات صداقته مع الأقران من غير المضطربين غالبا ما تتأثر بالتواصل. ويعد الدعم الاجتماعي سواء على الصعيد الاجتماعي أو العلائقي ضروريا للنجاح في العمل.	وخصوصا عند دعمه وتقديم إمكانيات للتعلم لفترة طويلة من الوقت. وهناك أقلية من هذه الفئة تعاني من السلوكيات غير التكيفية والتي تسبب في المشاكل الاجتماعية.
اضطراب النمو الذهني الشديد Grave	هناك محدودية في اكتساب المهارات المفاهيمية، بحيث لدى الشخص صاحب الإعاقة الشديدة في العادة فهم قليل للغة المكتوبة والمفاهيم التي تتضمن أعدادا: كميات، أوقات ونقود .إذ يجب على المتدخلون تقديم الدعم المكثف باستمرار طوال الحياة لحل هذه المشاكل.	تكون اللغة المنطوقة جد محدودة في مفرداتها وقواعدها. وقد يكون الكلام مختصرا في كلمات أو جمل بسيطة يمكن إغناؤها بوسائل إضافية . إذ يصبح التواصل محصورا في الغالب على الواقع الآني للأحداث اليومية. ويستعمل اللغة للتواصل الاجتماعي أكثر من التوضيح والتفسير. فهذه الفئة تفهم التواصل البسيط في الكلام واللغة الرمزية (الايماءات). وبالتالي فعلاقته بأفراد أسرته وأقاربه تشكل مصدرا للسرور والمساعدة.	يحتاج هؤلاء الأفراد إلى الدعم والمساعدة بشأن جميع أنشطة الحياة اليومية بما في ذلك من وجبات الطعام، ارتداء الملابس، النظافة. وتحتاج هذه الفئة إلى الاشراف في جميع الأوقات. إذ لا يمكن للفرد أن يتخذ قرارات مسؤولة تتعلق بتحقيق رفاهيته ورفاهية الآخرين. ويحتاج الراشدين للدعم والمساعدة المستمرة حتى في المهام المنزلية والترفيهية. بحيث أن اكتسابه المهارات في أي مجال يتطلب تعليما طويل الأمد ودعما مستمرا. إن وجود السلوك غير التكيفي، بما في ذلك القائم على إيذاء الذات ، يكون محصورا لدى أقلية دالة.
اضطراب النمو	عادة ما تتضمن المهارات المفاهيمية العالم الفيزيائي أكثر	فهم محدود للغاية على مستوى التواصل اللفظي واللغة الرمزية	تعتمد هذه الفئة في جميع جوانب الرعاية اليومية، الصحية والأمنية على

الذهني العميق Profond	من العالم الرمزي .ويمكن لهؤلاء أن يستعملوا الأشياء والموضوعات بكيفية تسمح بتحقيق رغباتهم والترويح عن أنفسهم .فرغم قدرة هؤلاء على اكتساب بعض المهارات كالمطابقة والفرز على أساس خصائصها الفيزيائية، إلا أن القصورات الحسية الحركية المصاحبة يمكنها أن تمنع الاستخدام الوظيفي للأشياء.	(الايماءات). لكنه يمكن أن يفهم بعض التعليمات البسيطة أو اللغة الرمزية .إذ أنه في الغالب يعبر عن رغباته وانفعالاته عن طريق التواصل غير اللفظي وغير الرمزي .إلا أنه يتمتع بعلاقاتجيدة مع أفراد أسرته وأقاربه، بالإضافة إلى المتدخلين، إذ يستجيب للتفاعلات الاجتماعية بواسطة اللغة الرمزية والاشارات الانفعالية. هذه القصورات الحسية الجسدية قد تمنعه من ممارسة العديد من الأنشطة الإجتماعية.	الآخرين، رغم إمكانية مشاركتها في بعض هذه الأنشطة. فبإمكان الأفراد الذين لا يعانون من إعاقات جسدية شديدة أن يساعدوا في بعض المهام المنزلية من قبيل: حمل الأطباق إلى مائدة الطعام، وبعض الأنشطة المهنية التي لا تستدعي كثيرا من المساعدة.والتي تحظى بدعم أكبر ومستمر. بالإضافة إلى أنه يستمتع ببعض الأنشطة الترفيهية من قبيل:الاستماع للموسيقى، مشاهدة الأفلام والمشي خارج المنزل... ولكن كل ذلك بدعم من الآخرين. ويكون العجز الجسدي والحسي حاجزا أمام المشاركة في الأنشطة المنزلية، الترفيهية والمهنية لدى هؤلاء الأفراد. و يمكن أن يكون هناك حضور لبعض السلوكات غير المرغوبة بالنسبة لأقلية دالة.

الجدول رقم 2: مستويات الشدة لدى المصابين لاضطراب النمو الذهني (الإعاقة الذهنية)

3 . الشلل الدماغي:

أ . المفهوم:

يندرج الشلل الدماغي Infirmité motrice cérébrale ضمن أمراض الجهاز العصبي حسب منظمة الصحة العالمية (CIM 11 في الفصل الخاص بأمراض الجهاز العصبي وليس ضمن الفصل الخاص بالاضطرابات الذهنية، السلوكية أو النمائية العصبية) والذي تم تقسيمه إلى: شلل

دماغي تشنجي Spastique، شلل دماغي مع خلل حركي dyskinétique، شلل دماغي رنحي Ataxique ، متلازمة ورستر . دروت syndrome Worster–Drought، حالات أخرى تم تعينها أنها شلل دماغي ثم شلل دماغي لم يتم تعينه. أما بالنسبة لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي فلم يتطرق إلى الشلل الدماغي في تصنيفه. وعرف Rosenbaum وآخرون (2007) الشلل الدماغي، باعتباره مجموعة من الاضطرابات الدائمة لتطور الحركة ووضعية الجسم ، مما قد يسبب عن تقييد في أداء نشاط معين، والتي تعود إلى اضطرابات على مستوى دماغ الجنين أو الرضيع (te Velde, Morgan and al, 2019). وقد اقترح مجموعة من الباحثين، من أمثال Shevell (2019) إلى تغيير اسم الشلل الدماغي، باسم "اضطراب طيف الشلل الدماغي" والذي يعتبره الكثيرين على أنه مفهوم دقيق (te Velde, Morgan and al, 2019).

ب . التصنيف حسب الموضع:

يسمى هذا التصنيف بالطبوغرافي Topographique (الموضعي) والخاص بالشلل الدماغي، ويمكن تقسيمه على الشكل التالي:

. شلل رباعي Quadriplegia: شلل في جميع الأطراف الأربعة ويمثل ما بين 10 و 15 في المئة.

. شلل مزدوج Diplegia: إصابة الاطراف الأربعة مع زيادة الشلل في الأطراف السفلية وهذا النوع هو الأكثر شيوعا حيث يمثل ما بين 30 إلى 40 في المئة.

. شلل نصفي Hemiplegia: وجود شلل في الأطراف السفلية والعلوية على جانب واحد من الجسم. ويمثل ما بين 20 و 30 في المئة

. شلل ثلاثي الأطراف Triplegia: شلل على مستوى الأطراف الثلاثة

. شلل طرف واحد Monoplegia: شلل يصيب طرف واحد وهو شلل نادر

. شلل نصف مزدوج Double Hemiplegia: إصابة الاطراف الأربعة مع زيادة الشلل في الأطراف العلوية (Ogoke, 2018).

ج . التصنيف حسب قصور العصب العضلي neuromusculaire:

. الشلل الدماغي التشنجي Spastique: ويصيب ما بين 70 و 75 في المئة. ويتميز بصلابة وتيبس وشد للعضلات، ويؤثر على التنسيق والتحكم في الحركة، و صعوبة في عضلات الجسم (الأطراف العلوية: الذراعين واليدين) ثم الأطراف السفلية (الساقين).

. الشلل دماغي الحركي dyskinétique: يصيب ما بين 10 و 15 في المئة. يتمثل هذا النوع في الحركات اللاإرادية، والتي تؤدي إلى الحركات غير الطبيعية.

. الشلل الدماغي الرنحي Ataxique: يصيب حوالي 5 في المئة. يتميز هذا الصنف بعدم التوازن والتنسيق في الحركات الدقية والكبرى، بالاضافة إلى صعوبة في إدراك العمق (إصدار حكم على مدى قرب أو بعد شيء معين).

. الشلل الدماغي منخفض التوتر Hypotonique: يتجلى هذا الصنف في انخفاض توتر العضلات، والذي يؤدي إلى ارتخائها.

الشلل الدماغي المختلط Mixte: عبارة عن أعراض لصنفين على الأقل من الشلل الدماغي المذكورة أعلاه (Dias Edwin and Dias Akshay, 2017).

4 . الاعاقة السمعية:

أ . المفهوم:

تندرج الاعاقة السمعية handicap Auditif (مصطلح غير علمي ويستعمل بشكل شائع في المجتمع) حسب منظمة الصحة العالمية تحت "أمراض الأذن أو الخشاء" وبالضبط في فئة "اضطرابات تترافق مع خلل في السمع" (الاسم المعتمد لدى منظمة الصحة العالمية) والتي تتضمن: خلل في السمع خلقي المنشأ، خلل مكتسب في السمع، صمم لم يتم تعينه في مكان آخر، فقد السمع بتسمم الأذن، صمم شيخوخي، فقدان سمع مفاجئ مجهول السبب، فقد سمع وراثي، اعتلال الأعصاب السمعية أو اعتلال المشابك السمعية، حالات أخرى تم تعيينها أنها اضطرابات تترافق مع خلل في السمع، اضطرابات تترافق مع خلل في السمع لم يتم تعينها.

تعتبر الاعاقة السمعية (الاسم المعتمد علميا هو اضطرابات تترافق مع خلل في السمع) من بين أحد الاعاقات الحسية (أحد التصنيف القديمة لأنواع الاعاقة)، وتتميز هذه الاعاقة بتدني أو عدم قدرة الفرد على السمع إما بشكل جزئي (ضعاف السمع: ضعف القدرة على السمع بشكل جزئي. مما يسمح له بالسمع عند درجة معينة من الاستجابة للكلام وعدم فقدان وظيفتها بشكل كامل) أو كلي (الصمم: فقدان القدرة على السمع في السنوات المبكرة من عمر الطفل. مما يؤدي إلى عدم اكتساب اللغة اللفظية، وبعبارة أخرى، فحاسة السمع غير وظيفية، مما ينتج عن عدم القدرة على فهم اللغة المنطوقة أو اكتسابها). ويغطي مفهوم الاعاقة السمعية كل درجات القصور التي تعرفها حاسة السمع.

ب . مستويات الشدة:

يعتبر مستوى السمع العادي لدى الأفراد عندما تكون درجة سمعهم أقل من 20 ديسبل dB، وسنوضح أسفله مستويات الشدة التي تصيب دوي الاعاقة السمعية من خلال تصنيف المكتب الدولي لعلم الصوتيات Le Bureau International de l'AudioPhonologie والذي حدد شدة الاعاقة السمعية في خمس مستويات (Favre Cynthia، 2008):

. إعاقة سمعية خفيفة: يتجلى هذا المستوى عندما يكون متوسط فقدان حاسة السمع ما بين 20 و 40 ديسبل dB؛ إذ لا يسمع هؤلاء جميع عناصر الكلام المنطوق.

. إعاقة سمعية متوسطة: تتميز هذه الفئة بضعف ما بين 41 إلى 70 ديسبل dB؛ بحيث يكتفي هؤلاء بسماع الصوت المرتفع، بالرغم من عدم ادراكها لكل الأصوات.

. إعاقة سمعية شديدة: يتراوح هذا المستوى ما بين 70 و 90 ديسبل dB؛ حيث لايسمع هؤلاء الأفراد إلا الأصوات العالية أو القريبة من الاذن.

. إعاقة سمعية عميقة: يتمثل هذا النوع بفقدانه ما بين 90 و 120 ديسبل dB؛ إذ لا تسمع هذه الفئة الكلام المنطوق ويتم الاكتفاء بسمع الأصوات العالية جدا.

. إعاقة سمعية تامة: نتحدث هنا عن فقدان كلي للسمع عند يبلغ مستوى الشدة 120 ديسبل dB، أي أن الفرد لا يسمع أية أصوات بالرغم من ارتفاعها.

ج . تصنيف الاعاقة السمعية حسب السن:

. الاعاقة السمعية ما قبل اللغة: تتمثل هذه الفئة في الأشخاص الذين فقدوا السمع قبل اكتساب اللغة (قبل 3 سنوات)، مما يؤدي إلى عدم قدرتهم على الكلام باعتبارهم لم يسمعوا من الاخرين لغة التواصل.

. الاعاقة السمعية ما بعد اللغة: يتميز هؤلاء الأفراد بفقدان حاسة السمع بشكل كلي أو جزئي بعد اكتساب اللغة، ولهذه الفئة القدرة على الكلام باعتبارها تعلمت وسمعت اللغة (اكتساب اللغة).

5 . الاعاقة البصرية:

أ . المفهوم:

تنتمي الاعاقة البصرية handicap Visuel (على غرار ما تم التطرق إليه في الاعاقة السمعية فهذا الاسم غير علمي، ويستعمل من فطرف المجتمع بشكل شائع)حسب منظمة الصحة العالمية ضمن أمراض الجهاز البصري، وبالضبط في فئة اختلال الرؤية تحت مسمى اختلال الابصار

(البصر) ويتضمن العمى والتي تشتمل على: لا يوجد اختلال في الرؤية، اختلال خفيف في الرؤية، اختلال متوسط في الرؤية، اختلال شديد في الرؤية، عمى على مستوى العينين، عمى في عين واحدة، حالات أخرى تم تعيينها أنها اختلال الابصار ويتضمن العمى، اختلال الابصار ويتضمن العمى لم يتم تعينها.

تشتمل الاعاقة البصرية (اختلال الإبصار هو المصطلح العلمي) على مجموعة من القصورات البصرية والتي تتراوح بين ضعف القدرة البصرية إلى العمى الكلي. و تسبب مجموعة من الاختلالات داخل الجهاز البصري للفرد هذه الاعاقة مما يؤدي إلى قصور المهام العادية للنظر حتى مع وجود مساعدة (النظارات، العدسات اللاصقة...) (Colclasure ; Thoron & LaRose, 2016).

ب . مستوى الشدة:

حددت منظمة الصحة العالمية مجموعة من المستويات التي تحدد شدة الاعاقة البصرية لدى هذه الفئة (Naipal and Rampersad, 2018):

الفئة	مستوى الشدة	درجة الفقدان
الأولى	رؤية منخفضة	ممارسة الأنشطة بشكل شبه عادي، لكن بمساعدة بسيطة (النظارات...).
الثانية	رؤية منخفضة	قدرة محدودو على تأدية الوظائف البصرية.
الثالثة	العمى	صعوبة كبيرة في الاعتماد على الوظائف البصرية.
الرابعة	العمى	حالة من الاضطراب البصري، والاعتماد على حاسة البصر غير واردة.
الخامسة	العمى	فقدان القدرة البصرية بشكل تام.
التاسعة	غير محدد	غير محدد

الجدول رقم 3: توضيح لمستويات الشدة عند المصابين بالإعاقة الذهنية.

6 . اضطراب التعلم المحدد /اضطراب التعلم النمائي:

أ . المفهوم:

يتميز اضطرا ب التعلم النمائي Trouble du développement des apprentissages (الاسم العلمي في الدليل الدولي في النسخة 11) اضطراب التعلم المحدد Trouble spécifique des apprentissages (الاسم المعتمد في الدليل الأمريكي في نسخته المنقحة الخامسة) بصعوبات واضحة ومستمرة على مستوى تعلم المهارات الأكاديمية، والتي قد تشمل القراءة، الكتابة أو الحساب. إذ نلاحظ انخفاضا في أداء الفرد في المهارة / أو المهارات الأكاديمية المتأثرة بشكل ملحوظ عما هو متوقع للعمر الزمني(السن) والمستوى العام للأداء الذهني (نسبة الذكاء)، وينتج هذا الاضطراب عن انخفاض كبير في الأداء الأكاديمي أو المهني للفرد .ويظهر اضطراب التعلم النمائي عندما يتم تدريس هذه المهارات (القراءة، الكتابة والحساب) خلال سنوات الدراسة المبكرة . ونؤكد أن اضطراب التعلم النمائي لا يرجع إلى اضطراب في النمو الذهني، أو ضعف في أحد الحواس(البصر أو السمع)أو إلى أي اضطراب عصبي أو حركي أو عدم توفر التعليم أو الافتقار إلى الكفاءة في لغة الدراسة الأكاديمية أو لصدمة نفسية اجتماعية (منظمة الصحة العالمية، 2021).

وقد حدد كل من الدليل الأمريكي (DSM 5-TR) والدليل الدولي (CIM 11) اضطراب التعلم النمائي / اضطراب التعلم المحدد في ثلاث مجالات: القراءة و الكتابة ثم الحساب (الرياضيات) (منظمة الصحة العالمية، 2021 ; APA, 2022).

ب . المعايير التشخيصية:

أ . صعوبات في التعلم واستخدام المهارات الأكاديمية، كما يتبين من وجود واحد على الأقل من الأعراض التالية التي استمرت لمدة ستة أشهر على الأقل، على الرغم من توفير التدخلات المناسبة التي تستهدف تلك الصعوبات:

1- قراءة الكلمات بشكلٍ غير دقيق أو ببطء رغم الجهد، فعلى سبيل المثال: يقرأ كلمة واحدة بصوت عال بشكل غير صحيح أو ببطء وبتردد، وكثيرا ما يفكر (التخمين) في الكلمات، ولديه صعوبة في لفظها.

2- صعوبة في فهم معنى ما يقرأ، فمثلا: قد يقرأ النص بدقة ولكنه قد لا يفهم التسلسل، العلاقات، الاستدلالات أو المعاني بشكل عميق لما يقرأ.

3- صعوبات في التهجئة فمثلا: قد يضيف، يحذف، أو يستبدل أحد حروف العلة (الأصوات المتحركة) أو الحروف الساكنة.

4- صعوبات في التعبير الكتابي، فعلى سبيل المثال: يرتكب الفرد أخطاء نحوية متعددة أو أخطاء في علامات الترقيم وفي صياغة الجمل، صياغة غير متنظمة للفقرات، التعبير الكتابي عن الأفكار يفتقر إلى الوضوح.

5- صعوبات التمكن من معنى الأرقام، حقائق الأرقام، أو الحساب، فمثلا: لديه فهم ضعيف للأرقام، الاحجام، والعلاقات بينها، الاعتماد على الأصابع لإضافة أرقام من مرتبة واحدة عوضا عن الاستعانة بالحقائق الرياضيات كما يفعل الأقران، يضيع في خضم العمليات الحسابية وقد يبدل الإجراءات.

6- صعوبات في التفكير الرياضي، فعلى سبيل المثال: لديه صعوبة شديدة في تطبيق المفاهيم الرياضية، والحقائق، أو الإجراءات لحل المشاكل الكمية.

ب . المهارات الأكاديمية المتأثرة تكون أدنى من تلك المتوقعة بالنسبة للعمر الزمني للفرد، وتتسبب في حدوث تداخل كبير مع الأداء الأكاديمي أو المهني، أو مع أنشطة الحياة اليومية، وهو ما تؤكده المقاييس المعيارية الفردية والتقييم الإكلينيكي الشامل. وبخصوص الأفراد الذين وصلوا لسن 17 سنة فأكثر، يمكن تعويض المقاييس المعيارية الفردية بتاريخ موثق لضعف صعوبات التعلم.

ج . تبدأ صعوبات التعلم خلال سنوات الدراسة، ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى تتجاوز متطلبات المهارات الأكاديمية القدرات المحدودة للفرد المتأثر، فمثلا: في الاختبارات المحددة زمنيا، قراءة أو كتابة تقارير مطولة معقدة خلال مهلة محدودة، والأعباء الأكاديمية المفرطة الثقل.

د . صعوبات التعلم لا تتكون نتيجة لوجود اضطراب النمو الذهني (الاعاقة الذهنية)، الإعاقات الحسية (البصر أو السمع)، أو اضطرابات ذهنية أو عصبية أخرى، أو الصدمات النفسية والاجتماعية، أو عدم إتقان لغة التعليم الأكاديمي، أو عدم كفاية التوجيهات التعليمية.

ملاحظة :معايير التشخيص الأربعة يجب أن تتحقق استناداً لخلاصة التاريخ السريري للفرد (تاريخ النمو والتاريخ الطبي والأسري والتربوي)، وتقارير المدرسة، والتقييم التربوي النفسي (APA, 2022).

ج . مستوى شدة اضطراب التعلم النمائي / اضطراب التعلم المحدد:

مستوى الشدة	اضطراب التعلم النمائي / اضطراب التعلم المحدد
اضطراب التعلم المحدد: الخفيف	يمكن للفرد أن يُعوض بعض الصعوبات في تعلم المهارات في مجال أو مجالين على المستوى الأكاديمي، وأن يقوم بأداء وظيفي جيد، لكن إذا تم تكييف هذه التعلمات في الأماكن الخاصة بها، بالإضافة إلى توفير خدمات الدعم المناسبة، خاصة خلال سنوات الدراسة المبكرة.
اضطراب التعلم المحدد: المتوسط	هناك صعوبات ملحوظة في تعلم المهارات الأكاديمية في مجال واحد أو أكثر، إذ لا يمكن للفرد يقوم بهذه المهارات بدون فترات من التربية المكثفة والخاصة خلال سنوات الدراسة. وقد تكون حاجة إلى تكييف هذه التعلمات في الأماكن الخاصة بها، علاوة على توفير خدمات الدعم المناسبة على الأقل لفترة معينة في اليوم سواء في المدرسة، المنزل أو مكان العمل لإنجاز هذه الانشطة بدقة وفعالية.
اضطراب التعلم المحدد: الشديد	ظهور صعوبات شديد في تعلم المهارات الأكاديمية، مما يؤثر على العديد من المجالات الأكاديمية، بحيث لا يمكن للفرد تعلم هذه المهارات بدون فترات من التربية المكثفة والخاصة لمعظم السنوات الدراسية. وقد لا يتمكن الفرد من انجاز جميع الأنشطة بفعالية، رغم توفير مجموعة من تكييف هذه التعلمات في الأماكن الخاصة بها، وتقديم خدمات الدعم المناسبة سواء في المدرسة، مكان العمل أو المنزل.

الجدول رقم 4: توضيح لمستويات الشدة عند المصابين باضطراب التعلم المحدد.

د . المصطلحات المرتبطة باضطراب التعلم النمائي / اضطراب التعلم المحدد:

المهارات الأكاديمية	الصعوبات	المصطلح
مع ضعف في القراءة	. دقة قراءة الكلمات. . طلاقة القراءة (معدل القراءة). . فهم القراءة.	عسر القراءة Dyslexie : أشار إليه الدليل الأمريكي (DSM 5-TR) في الملاحظة باعتباره مصطلحا بديلا يستخدم للإشارة إلى صعوبات في التعلم واستخدام المهارات الأكاديمية الخاصة بالقراءة والمتمثلة في: المشاكل المتعلقة بالتعرف على الكلمات بدقة أو بطلاقة، ضعف فك الترميز، ومهارات ضعيفة في التهجئة. وأكد الدليل أيضا أنه إذا تم استخدام Dyslexie لتحديد نوع خاص من اضطرابات التعلم، فمن المهم كذلك تحديد الصعوبات الاضافية الموجودة، من قبيل: صعوبات فهم القراءة أو الاستدلال الرياضي.
مع ضعف في الكتابة	. دقة الإملاء. . دقة القواعد النحوية وعلامات الترقيم. . الوضوح أوتنظيم التعبير الكتابي	عسر التعبير الكتابي Dysorthographie و عسر الكتابة الخطية Dysgraphie: لم يشر الدليل الأمريكي (DSM 5-TR) ولا الدولي (CIM11) إلى أي من المصطلحين في تصنيفهما. يمكن تعريف Dysgraphie بأنها صعوبة في الكتابة اليدوية والمهارات الحركية الدقيقة. وتتميز بمهارات أقل من ذكاء وعمر الطفل كمشاكل بناء الجملة وتكوينها، ضعف وضوح الحروف، بطء زمن الكتابة، صعوبة التهجئة، خط يد غير مقروء، عدم ضبط مسافة ومكان الكتابة ; Muktamath) (Hegde and Chand, 2021. بالإضافة إلى عدم الإشارة إلى المصطلح في التصنيفين، لم يعد Dysgraphie يعتبر كفئة منفصلة ومستقلة، ولكنها تندرج ضمن فئة اضطراب التعلم المحدد (Chung and Patel 2015). أما بالنسبة لـ Dysorthographie والذي يعرف بعسر التعبير الكتابي، فهو يتميز بصعوبات في علامات الترقيم، القواعد النحوية، الوضوح أوتنظيم التعبير الكتابي، ويرتبط دائما بعسر القراءة (Dauvergne Marine,

		(2016. وعلى غرار الـ Dysgraphie لم تتم الإشارة إلى المصطلح في التصنيفين.
مع ضعف في الحساب	. معنى الأرقام. . حفظ حقائق الأرقام. . الحساب الدقيق وبطلاقة. . التفكير الرياضي الدقيق	عسر الحساب Dyscalculie (تمت الاشارة في الدليل الأمريكي إلى مصطلح Dyscalculie كبديل للإشارة إلى قصور على مستوى الرياضيات والحساب): أشار إليه الدليل الأمريكي (DSM 5-TR) في الملاحظة باعتباره مصطلحا بديلا يستخدم للإشارة إلى صعوبات في التعلم واستخدام المهارات الأكاديمية الخاصة بالحساب وارياضيات والمتمثلة في الآتي: مشاكل في معالجة المعلومات العددية، تعلم المنطق الرياضي، إنجاز عمليات حسابية دقيقة. وأكد الدليل أيضا أنه إذا تم استخدام مصطلح Dyscalculie لتحديد نوع خاص من اضطرابات التعلم (الرياضيات)، فمن المهم أيضا تحديد الصعوبات الاضافية الموجودة، من قبيل: صعوبات المنطق الرياضي....

الجدول رقم 5: توضيح بعض المصطلحات من قبيل: Dyslexie، Dysorthographie، Dyscalculie ،Dysgraphie

ذكر الاطار المرجعي مجموعة من الاضطرابات الاخرى (Dysphasie، Dyspraxie، Troubles de la mémoire، Déficit attentionnel، Dysgraphie) والتي أدرجها تحت اضطرابات التعلم، غير أن التصنيف الدولي والأمريكي لم يتطرق إليها ضمن اضطرابات التعلم (اضطراب التعلم المحدد (DSM 5-TR) /اضطراب التعلم النمائيCIM11) بالرغم من أنها تنتمي إلى الاضطرابات النمائية العصبية باستثناء اضطرابات الذاكرة Troubles de la mémoire ، غير أن المصطلحات التي تطرق إليها الإطار المرجعي لم تعد موجودة سواء في التصنيف الأمريكي (DSM 5-TR) أو التصنيف الدولي (CIM11) (Dysphasie، Dyspraxie، Troubles de la mémoire، Déficit attentionnel،)، باستثناء اضطراب

تشتت الانتباه وفرط الحركة Déficit de l'attention/hyperactivité والذي تم التطرق إليه من خلال Déficit attentionnel .

7 . اضطراب اللغة (الديسفازيا Dysphasie):

أ . المفهوم:

تغيرت العديد من المصطلحات وفق التطورات العلمية، لذلك يجب الاطلاع على بعض هذه التعديلات في ما يخص تحديد اضطرابات اللغة اللفظية ، حيث عرفت النسخة الخامسة من الدليل الأمريكي (DSM 5/ DSM 5-TR) استعمال اضطراب اللغة بدل Dysphasie، وذهب الدليل الدولي (CIM11) في نفس المسار حيث استعمل اضطرابات الكلام أو اللغة النمائية Trouble du développement de la parole et du langage، ويختلف الممارسين في فهمهم بنفس الطريقة لمصطلح Dysphasie (Avenet, 2014).

يتمثل اضطراب اضطراب اللغة Trouble du langage (الديسفازيا Dysphasie) في القصور الدائم في أداء اللغة اللفظية، وغير مرتبطة بفقدان حاسة السمع، أو خلل في الجهاز الصوتي، أو قصور في النمو الذهني، أو إصابة دماغية مكتسبة في فترة الطفولة (Mazeau et Pouhet, 2015)... إذ تصاحب الطفل خلال جميع مراحل نموه.

ب . المعايير التشخيصية:

أ . صعوبات ثابتة في اكتساب واستخدام اللغة عبر الطرق المختلفة، على سبيل المثال: اللغة المنطوقة ، المكتوبة واللغة الرمزية (الاشارة)..... . وذلك بسبب قصور في الاستيعاب أو الإنتاج والتي تشمل ما يلي:

1 . قلة المفردات(المعرفة بالكلمات واستخدامها).

2 . بنية الجملة المحدودة (القدرة على وضع الكلمات ونهايات الكلمات معا لتشكيل الجمل استنادا إلى قواعد اللغة والصرف).

3 . قصور في الخطاب(القدرة على استخدام المفردات والجمل المترابطة لشرح أو وصف موضوع معين أو سلسلة من الأحداث أو إجراء حوار).

ب . قدرات لغوية منخفضة إلى حد كبير وكميا أقل من تلك المتوقعة بالنسبة للعمر، مما يؤدي لقصور وظيفي في التواصل الفعال، المشاركة الاجتماعية، الإنجازات الأكاديمية، أو الأداء المهني، بشكلٍ فردي أو في أي مجموعة.

ت . ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر.

ج . الصعوبات لا تعود إلى قصور سمعي أو حسي آخر، أو اختلالات وظيفية في الحركة، أو حالة طبية أو عصبية أخرى ولا تُفسر بشكل أفضل باضطراب النمو الذهني أو تأخر النمو الشامل (APA, 2022) .

8 . اضطراب التناسق الحركي النمائي (الديسبراكسيا Dyspraxie):

أ . المفهوم:

يتميز اضطراب التناسق الحركي النمائي Trouble développement de la coordination (المصطلح المعتمد حاليا في التصنيف الأمريكي و الدليل الدولي) (الديسبراكسيا Dyspraxie) بتأخر كبير في اكتساب المهارات الحركية الكبرى والدقيقة، وضعف في تنفيذ المهارات الحركية المتناسقة والتي تظهر في الخرق أو البطء أو عدم الدقة في الأداء الحركي .المهارات الحركية المتناسقة تكون أقل بشكل ملحوظ مما هو متوقع بالنسبة للعمر الزمني للفرد ومستوى الأداء الفكري .تحدث صعوبات المهارات الحركية المتناسقة خلال فترة النمو وعادة ما تظهر منذ الطفولة المبكرة .تتسبب صعوبات المهارات الحركية المتناسقة في قيود كبيرة ومستمرة في الأداء الوظيفي من قبيل: أنشطة الحياة اليومية، العمل المدرسي، الأنشطة المهنية والترفيهية). لا تعود الصعوبات المتعلقة بالمهارات الحركية المتناسقة لمجرد مرض في الجهاز العصبي أو الجهاز العضلي أو الأنسجة الضامة، أو ضعف الحواس، ولا يشرح بشكل أفضل باضطراب في النماء الذهني (منظمة الصحة العالمية، 2021).

ب . المعايير التشخيصية:

أ . اكتساب وتنفيذ المهارات الحركية المتناسقة منخفضة بشكل ملحوظ من المتوقع بالنسبة للعمر الزمني للفرد وبالنسبة لفرصة تعلم المهارة واستخدامها .تبدو الصعوبات على شكل الخراقة (على سبيل المثال: إسقاط الأشياء أو الاصطدام بها). بالإضافة إلى البطء وعدم الدقة في أداء المهارات الحركية (مثلا: إمساك الأشياء باستخدام المقص أو أدوات المائدة، الكتابة اليدوية، ركوب الدراجة أو المشاركة في الألعاب الرياضية.)

ب . قصور المهارات الحركية في(المعيار أ) يتداخل بشكل كبير وباستمرار في أنشطة الحياة اليومية المناسبة للعمر الزمني (على سبيل المثال: الرعاية الذاتية) ويؤثر على العطاء الأكاديمي/المدرسي، الأنشطة المهنية والترفيهية، بالإضافة إلى اللعب.

ت . تكون بداية الأعراض في فترة النمو المبكر.

ج . لا يتم تفسير القصور في المهارات الحركية بشكل أفضل من خلال اضطراب النمو الذهني. أو ضعف بصري ولا تعود إلى حالة عصبية تؤثر على الحركة (الشلل الدماغي، ضمور العضلات،

والاضطرابات التنكسية) (APA, 2022).

9 . اضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة:

أ . المفهوم:

يتمثل اضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة Déficit de l'attention/hyperactivité بنمط مستمر من تشتت الإنتباه و/ أو فرط الحركة . الاندفاعية تكون على الأقل لمدة 6 أشهر. يبدأ هذا الاضطراب خلال فترة النمو، وعادة في الطفولة المبكرة إلى منتصفها. يؤدي هذا الاضطراب إلى عرقلة العديد المجالات: الأداء الأكاديمي، المهني أو الاجتماعي (منظمة الصحة العالمية، 2021). ويهم هذا الاضطراب ثلاث مجالات تتمثل في كل من: تشتت الانتباه Inattention وفرط الحركة Hyperactivité والاندفاعية Impulsivité (APA, 2022).

ب . المعايير التشخيصية:

أ . نمط مستمر من تشتت الانتباه و/أو فرط الحركة . الاندفاعية الذي يتداخل مع الأداء أو النمو، كما يتميز في المعيارين 1 و/ أو 2.

1. تشتت الانتباه: إذا ستمرت ستة من الأعراض التالية أو أكثر لمدة ستة أشهر على الأقل بدرجة لا

تتوافق مع المستوى التطوري والذي يؤثر بشكل مباشرة على الأنشطة الاجتماعية، الأكاديمية / المهنية:

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر سلوك العناد، أو عدم فهم المهام أو التعليمات .بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين(سن 17 وما فوق)، من الضروري وجود خمسة أعراض على

الأقل.

1 . 1غالبا ما يفشل في إعارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية، في العمل أو في الأنشطة الأخرى(على سبيل المثال: إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق) .

1 . 2 غالبا ما يواجه صعوبة في الاحتفاظ على الانتباه في المهام أو أنشطة اللعب (صعوبة الاستمرار في التركيز أثناء المحاضرات، المحادثات أو القراءة لفترة طويلة).

1 . 3غالبا ما يبدو غير مصغٍ عند التحدث إليه مباشرة (يبدو ذهنه في مكان آخر، حتى عند غياب أي مشتتات واضحة).

1 . 4 في كثير من الأحيان لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء الواجب المدرسي، الأعمال الروتينية اليومية

أو الواجبات في مكان العمل(يبدأ المهام ولكنه سرعان ما يفقد التركيز و يتلهى بسهولة).

1 . 5غالبا يواجه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة(صعوبة إدارة المهام المتسلسلة، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، عمل فوضوي وغير منظم، غياب تسيير للوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).

1 . 6 غالبا ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا ذهنياً متواصلا (الواجبات المدرسية والمنزلية، للمراهقين الأكبر سنا وعند الراشدين إعداد التقارير، ملء النماذج، ومراجعة الأوراق الطويلة).

1 . 7 غالبا ما يفقد الأشياء الضرورية لممارسة مهامه وأنشطته(المواد المدرسية، الأقلام، الكتب، الأدوات، المحافظ الخاصة بالنقود ، المفاتيح ، الأوراق ، النظارات والهواتف النقالة).

1 . 8 غالبا ما يسهُل تشتيت انتباهه بمثرات خارجية(للمراهقين الأكبر سنا وعند البالغين قد تشمل أفكارا غير ذات صلة).

1 . 9 غالبا ما ينسى مهام الأنشطة اليومية (القيام بالأعمال المنزلية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سنا والراشدين، الرد على المكالمات، دفع الفواتير والمحافظة على المواعيد).

2 . فرط الحركة والاندفاعية إذا ستمرت ستة من الأعراض التالية أو أكثر لمدة ستة أشهر على الأقل بدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والذي يؤثر بشكل مباشرة على الأنشطة الاجتماعية، الأكاديمية / المهنية:

ملاحظة : إن الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر سلوك العناد، أو عدم فهم المهام أو التعليمات .بالنسبة للمراهقين الأكبر سنً والبالغين(سن 17 وما فوق)، من الضروري وجود خمسة أعراض على

الأقل.

2 . 1 غالبا ما تكون لديه حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

2 . 2 غالبا ما يترك مقعده في المواقف التي يُتوقع فيها البقاء في مقعده (ترك المقعد في الصفوف الدراسية، المكتب، أماكن العمل الأخرى أو في الحالات الأخرى التي تتطلب البقاء في مكانه).

2 . 3 غالبا ما يركض أو يتسلق في المواقف غير المناسبة(قد يقتصر الأمر بعدم الراحة عند المراهقين أو الراشدين).

2 . 4في كثير من الأحيان تكون لديه صعوبات في اللعب أو الانخراط بهدوء في الأنشطة الترفيهية.

2 . 5 غالبا ما يتصرف أثناء التنقل كما لو كان "مدفوعا بمحرك" (عدم القدرة على الراحة في أشياء معينة لفترات طويلة، كما هو الحال في المطاعم أو الاجتماعات، إذ سيلاحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

2 . 6 غالبا ما يتحدث بشكل مفرط.

2 . 7 غالبا ما يندفع للإجابة قبل اكتمال السؤال (يكمل الجمل للآخرين، لا يستطيع انتظار دوره عند دخوله في حوار).

2 . 8 غالبا ما يواجه صعوبة في انتظار دوره(أثناء الانتظار في الصف).

2 . 9 غالبا ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم(يتدخل في المحادثات، الألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون طلب أو الحصول على اذن، بالنسبة للمراهقين والراشدين، قد يتدخلون أو يستولون على ما يفعله الآخرون).

ب . وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض تشتت الانتباه قبل عمر 12 سنوات.

ج . وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض تشتت الانتباه في بيئتين (مكانين) أو أكثر(في المنزل أو المدرسة والعمل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).

د . يوجد دليل واضح على تداخل الأعراض /أو تقلل من جودة، الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

هـ . لا تحدث الأعراض حصرا في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تُفسر بشكلٍ أفضل

باضطراب ذهني آخر(مثل، اضطراب المزاج أو اضطراب القلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب الشخصية، التسمم أو السحب من مادة ما معينة) .

يجب تحديد فيما إذا كان:

. النمط المشترك (اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة) :إذا تحقق المعيار أ 1(تشتت الانتباه) و أ 2(فرط الحركة . الاندفاعية) خلال الأشهر الستة الماضية.

. نمط سيطرة تشتت الانتباه :إذا تحقق المعيار أ 1(تشتت الانتباه)ولم يتحقق المعيار أ 2(فرط الحركة . الاندفاعية) خلال الأشهر الستة الماضية.

. نمط سيطرة فرط الحركة . الاندفاعية :إذا تحقق المعيار أ 2(فرط الحركة الاندفاعية)ولم يتحقق المعيار أ 1(تشتت الانتباه)في الأشهر الستة الماضية.

ج . مستوى الشدة:

. خفيف :أعراض قليلة، إن وجدت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص الموجودة في الوقت الحالي، والأعراض تؤدي إلى ضعف طفيف في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.

. متوسط :الأعراض أو القصور الوظيفي الموجود بين" خفيف" و"شديد."

. شديد : العديد من الأعراض، والتي تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص أو عدد من الأعراض الشديدة و الموجودة في الوقت الحالي، أو أن الأعراض تؤدي إلى ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.

10 . اضطرابات الذاكرة النمائية:

على عكس الاضطرابات التي تناولناها أعلاه، ما تزال اضطرابات الذاكرة النمائية غير مصنفة سواء في الدليل الأمريكي (DSM 5–TR) أو الدليل الدولي (CIM 11) ، ولا تتوفر على معايير تشخيصية. كما أن تناولها في المقالات والدراسات العلمية قليل جدا، إذ أن عدد الحالات المسجلة تحت الاضطرابات الذاكرية النمائية يُعد على رؤوس الأصابع (4 حالات لاضطراب في الذاكرة بعيدة المدى إثر تعرضها لـ Hypoxic–Ischemic ، بالإضافة إلى حالتين إحداهما مصابة باضطراب الذاكرة الايبيزودية والاخرى اضطراب الذاكرة المختلط). ويعود سبب عدم تصنيف وتشخيص اضطراب الذاكرة النمائية الى وجود اضطرابات أخرى من قبيل اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة واضطراب التعلم المحدد .... والتي يعاني المصابين بهذه

الاضطرابات من قصورات في الذاكرة (أي الشجرة التي تخفي الغابة)، علاوة على النسبة القليلة من الدراسات التي تناولت هذا الموضوع (Bussy et al, 2019).

أما فيما يتعلق بالاضطرابات الذاكرية عند الراشدين فهي منتشرة بعدة أسباب من قبيل: أورام أو السكتة الدماغية ....، علاوة على أنها مصنفة ولديها معايير تشخيصية خاصة بها سواء في الدليل الأمريكي أو الدليل الدولي تحت فئة الاضطرابات المعرفية العصبية.

خلاصة:

فتحت التربية الدامجة أفاقا جديدة وأحدثت قفزة نوعية في مجال تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة. حيث أصبح التعليم داخل المؤسسات التعليمة مفتوحا في وجه فئة من الأطفال كانت بالأمس تُرفض بمبررات واهية. بفضل التربية الدامجة أصبح التعليم حقا للجميع، خصوصا بالنسبة للأطفال الذين يعانون من إعاقات واضطرابات نمائية. وقد حدد الإطار المرجعي المنظم للتربية الدامجة مجموعة من الفئات التي ستستفيد من الدمج المدرسي.

تنتمي أغلب هذه الفئات المستهدفة إلى الاضطرابات النمائية العصبية (اضطراب طيف التوحد، اضطراب النمو الذهني "الاعاقة الذهنية"، اضطراب التعلم المحدد، اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة، اضطراب التناسق الحركي النمائي، اضطراب اللغة) والتي تعتبر مجموعة من الاضطرابات التي تبدأ في وقت مبكر من النمو، وغالبا قبل دخول المدرسة. وتتميز هذه الاضطرابات بقصورات في النمو وكذا الاختلافات في عمليات الدماغ، مما يؤدي إلى ضعف في أداء مجموعة من المجالات المهنية، الأكاديمية والاجتماعية. كما أن هذه الاضطرابات كثيرا ما تكون لدى الفرد مع بعضها البعض (مصاحبة)، إذ غالبا ما يكون لدى المصابين باضطراب طيف التوحد اضطراب النمو الذهني (الاعاقة الذهنية)، بمعنى اضطرابين في نفس الحالة. ونفس الأمر يحدث مع اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة مع اضطراب التعلم المحدد.

ويبقى اضطرابات الذاكرة النمائية الذي تم إدراجه ضمن اضطرابات التعلم في الإطار المرجعي للتربية الدامجة غير مصنف في أي قسم، إلا أن بعض الباحثين يطرحون أنه ينتمي غلى الاضطرابات النمائية العصبية، بالرغم من عدم ذكره.

أما بالنسبة للفئات المتبقية والتي لم تدرج ضمن الاضطرابات النمائية العصبية، فنجد الشلل الدماغي والذي يعتبر من ضمن أمراض الجهاز العصبي. وفيما يتعلق بالإعاقة السمعية فتنتمي إلى فصل أمراض الأذن أو الخشاء وبالضبط في فئة اضطرابات تترافق مع خلل في السمع. وبخصوص الاعاقة البصرية فهي مدرجة ضمن فصل أمراض الجهاز البصري، تحت فئة اختلال الرؤية تحت مسمى اختلال الابصار (البصر) .

إن كل هذه الفئات السالفة الذكر يمكن لها الاستفادة من حقها في التمدرس، على غرار أقرانها من الأطفال غير المصابين. وبهذا فقد فتحت التربية الدامجة بابا طال انتظاره من الأسر والمهتمين بقضايا هذه الفئات المهمة والنوعية في المجتمع.

قائمة المراجع:

1. منظمة الصحة العالمية (2021) الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض – النسخة الحادية عشر (ICD11). ترجمة: د .أنور الحمادي.

2.وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي (2019) الاطار المرجعي للتربية الدامجة لفائدة الاطفال في وضعية إعاقة. مديرية المناهج. ISBN: 978-9920-646-00-0

3.المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي (2019) تقييم نموذج تربية الأطفال في وضعية إعاقة في المغرب. الرباط.

4.الأمم المتحدة (2007) اتفاقية حقوق الاشخاص دوي الاعاقة والبرتوكول الاختياري. نيويورك.

5.American Psychaitric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 th Edition Text Revision).

6.Avenet, S ; Lemaitre, M et Vallée (2014). DSM5 : quel Changement pour les troubles spécifique du langage Oral ?. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adelescence, 2 (64), P : 81-92.

7. Bussy. G, Seguin. C, Bonnevie. I. (2019). Dysmnésie développementale : un trouble neurodéveloppemental oublié. Neuropsychiatrie de l'enfance et dr l'adolescence 67. P : 43-49.

8.Carroll, J. (2020). Current understanding of cause and Identication of Specific Laerning Disorder. Gouvernment Office for Science. Council science and technology.

9.Chung Peter and Patel R Dilip (2015) Dysgrahia. In J Child Adolesc Health; 8(1): 27-36. ISSN: 1939-5930.

10.Colclasure. B. C, Thoron . A. C & LaRose S. E (2016). Teaching students with disabilities : Visual Impairment and Blindness. University of Florida. IFAS Extension.

11.Dauvergne Marine (2016). Etude observationnelle du devenir scolaire d'une cohorte de 47 enfants dyslexique-dysorthophonique diagnostique au sein du centre régional de diagnostic des trouble de l'apprentissage du CHRU de Lille en 2009. Thèse pour le diplôme D'état de docteur en médecine. Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de médecine HENRI WAREMBOURG.

12.Dias Edwin and Dias Akshay (2017). Cerebral Palsy : A Brief Review. Academic Journal of Pediatrics & Neonatology. Volume 4 Issue 1.

13.Favre Cynthia (2008) Communication entre deux mondes : Relation amicales entre sourds et entendants. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme HES d'éducation sociale. Haute école valaisanne santé-Social.

14.Georgitsi, M; Dermitzakis, I; Soumelidou, E; Bonti, E (2021). The Polygenic Nature and Complex Genetic Architecture Specific Learning Disorder. Brain Science, 11, 631.

15.Gillet P. (2013). Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant. De Boeck Solal, Bruxelles, en Belgique.

16.Hornby. G. (2014). Inclusive Special Education : Evidence-Based Practices For Children With Special Needs And Disabilities. Springer New York Heidelberg Dordrecht London.

17.Kaur, A. & Padmanabhan, J. (2017). Children With Specific Laerning Disorder : Identication and Intervention. Educational Quest: An Int. J. of Education and Applied Social Science: Vol. 8, No. 1,PP. 1-7.

18.Ke Xiaoyan and Liu Jing (2012). Intellectuel Disability. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Geneva: association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

19.Kolevzon A., Smith CJ., Schmeidler J., Buxbaum JD., & Silverman JM.(2004à) . Familial symptom domains in monozygotic siblings with autism. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.

20.Mazeau. M et Pouhet. A (2015). Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant: du développement typique aux « dys ». 2 éd. MASSON.

21.Muhle R., Trentacoste V., & Rapin I.(2004). The genetics of autism. Pediatrics, 2004, 113, 472–486.

22.Muktamath V. N ; Hegde P. R and Chand Samreen (2021). Types of Specific Learning Disability. Departement of Human Development and Family Studies, College of Community Science, University of Agricultural Science, Dhakwad, Karnataka, India.

23.Naipal. S ; Rampersad. N (2018). A review of visual impairment. Africa Vision and Eye Health. Discipline of Optometry, University Of Kwazulu-Natal, South Africa.

24.Ogoke Chrstin. C. (2018). Clinical Classification of Cerebral Palsy. Cerebral Palsy – Clinical and Theraputic aspect, Chapter 2. Page: 21 – 41. Petit Christian (2001). De L'intégration Scolaire. N° 69 / Page 35 à 39. Eris « VST – Vie Sociale et traitements ».Cairo.Info.

25.Sharifi. M ; Movallali G ; Younsi. S. J ; Rastami. M. ; Biglarian. A. (2015). The effectiveness of mental rehabilition based on hope intervention on increasing hope of students with physical-motor disabilities. Journal of social science and Humanity studies 1(4)1-7.

26.Shree, A and Shukla, P,C (2016). Intellectuel Disability : Definition, classification, causes and characteristics. New Delhi. Learning Community:7 (1): 9-20.

27.te Velde. A ; Morgan. C ; Novak. I ; Tantsis. E & Badawi. N (2019). Early Diagnosis and Classication of Cerebral Palsy : An Historical Perspective and Barriers to an Early Diagnosis. Journal of Clinical Medicine.