

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقليا

فى ضوء نموذج الدعم

(I L E P)

أ.د/ عبد الرقيب أحمد البحيرى

أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية

جامعة أسيوط - جمهورية مصر العربية

الملخص :

يعد مجال التخلف العقلى من أكثر المجالات المميزة لمجال التربية الخاصة بوجه عام. وقد أورد دليل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى (AAMR) الصادر عام ١٩٩٢، عدداً من التغيرات فى مفهوم وتصنيف التخلف العقلى. وقد أدى نشر هذا الدليل إلى إثارة الكثير من الجدل بين المتخصصين فى هذا المجال. وتمثل هذه التغيرات تحول فى نموذج تناول التخلف العقلى، حيث تبنى هذا الدليل مدخلاً جديداً فى تعريف وتصنيف التخلف العقلى، وتم التخلي عن نظام التصنيف القديم الوارد فى دليل الجمعية الأمريكية عام ١٩٨٤ والقائم على ما يسمى بمستويات العجز Levels of deficit والتي تصنف المتخلفين عقليا إلى أربعة مستويات : خفيف ، متوسط ، شديد، عميق ليحل محله نظام تصنيف اخر قائم على مستوى شدة حاجة المتخلف عقليا للدعم والذي يشتمل على مستويات الاحتياج الوظيفية التالية : متقطع (I) Intermittent ، محدود Limited (L) ، واسعة Extensive (E) ، منتشر Pervasive (P). وقد مهد هذا التصنيف لما يسمى بحركة دمج المتخلفين عقليا فى مجتمع العائنين. وهكذا أحدث هذا الدليل تحولا فى ممارسات التشخيص والعلاج للمتخلفين عقليا، مع تعالى النصيحات المطالبة بالتخلي عن مصطلح التخلف العقلى واستبداله بأخر مقبول اجتماعيا. وتتناول فى هذه الدراسة انعكاس هذا الدليل وما تضمنه من تغيرات جذرية فى التعريف والتصنيف على مجال الممارسة العملية من حيث برامج التدخل العلاجي وكذلك تقديم الخدمات الملائمة للأفراد المتخلفين عقليا وذويهم (خطط تقريب خدمات الأسرة، الاعتماد المتبادل، إدارة الذات)، مع كيفية تفعيل النظام الجديد فى البيئة العربية وإمكاناتها فى ظل المطالبة الدائمة بمسايرة الركب العالمى المنظور فى جميع التخصصات والمجالات العملية.

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً

فى ضوء نموذج الدعم

(I L E P)

أ.د/ عبد الرقيب أحمد البحيرى

أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية

جامعة أسيوط - جمهورية مصر العربية

مقدمة :

أعلنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى بعد مقدمة كبيرة عن ظهور الطبعة التاسعة من نظامها، وكان عنوانها "التخلف العقلى: التعريف، التصنيف، أنظمة الدعم". وقد استهلت هذه المقدمة بعبارة "لا يفوتك اقتناء أهم كتاب فى هذا العقد"، كما ذكر مؤلفوا هذا الدليل فى استهلالهم لهذه النسخة أنهم يقدمون إطاراً نظرياً مبتكراً تم التوصل إليه من خلال فهم أفضل لمفهوم التخلف العقلى وكيف يمكن تعريفه وتصنيفه على أكمل وجه فى وقتنا الحالى.

وقد استبدل هذا الدليل مصطلح التخلف العقلى Mental Retardation بالتأخر النمائى Developmental Delays، أما نظام التصنيف الجديد، فقد احتفظ بسقف نسبة الذكاء الوارد فى التعريفات الشائعة للتخلف العقلى، ولكنه استعاض عن التصنيف القائم على نسبة الذكاء بتصنيف قائم على شدة الدعم الذى يحتاجه الفرد، حيث يتم تصنيف احتياجات دعم الفرد فى كل واحدة من مجالات المهارات التكيفية العشرة على أنها متقطعة Intermittent، ومحدودة Limited، ومتسعة Extensive، ومستديمة Pervasive ولذلك يطلق عليه نظام تصنيف (I L E P).

ومما لاشك فيه فمن خلال الطبعة الأخيرة لهذا الدليل، يمكن للمجتمعات أن تتحكم فى التخلف العقلى، وذلك بتغيير البيئة حتى يقوم ذوو جوانب القصور فى الناحية العقلية بدورهم فى الحياة مثله مثل العاديين، ودور الحاجة إلى مزيد من

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم

الدعم من جانب الآخرين، ومن وجهة نظري فإن هذا يمثل شفاءً Cure ورعاية حفيظة للتخلف العقلي.

ولتحقيق جانب الرعاية للمتخلفين عقلياً ومن منطلق الحاجة الوظيفية للدعم، يجب علينا الاهتمام بخطط تفريد خدمات الأسرة، والتي تقدم أنواع المصادر والدعم لكل أسرة لديها طفل ذو تخلف عقلي بما يسمح بمساعدة هذه الأسرة على دعم نمو هذا الطفل. كما يجب علينا أيضاً في برامج التدخل العلاجي التركيز ليس فقط على المهارات البسيطة التي يمكن تعلمها لهؤلاء الأفراد لأدائها باستقلالية في مواقف التفاعل الاجتماعي، بل التركيز أيضاً وبصورة قوية على التفاعلات الاجتماعية والتي يمكن وصفها على أنها تعاونية أو تبادلية أو تشابكية أي التركيز على ما يسمى بالاعتماد المتبادل Interdependence. وأخيراً يجب علينا أيضاً التركيز على تدريب المتخلفين عقلياً على مهارات إدارة الذات من أجل أن تكون هذه الفئة قادرة على تقرير مصيرها.

التخلف العقلي : نظرة تفصيلية

لقد تعالت الأصوات في السنوات الأخيرة بضرورة تغيير مصطلح التخلف العقلي Mental Retardation بمصطلح بديل. فعلى مدى قرن من الزمان استُخدمت مصطلحات كثيرة للتعبير عن التخلف العقلي، وقد اكتسبت جميعها دلالات سلبية، حيث انتقلنا من مصطلح العته Idiocy (العته) إلى الضعف العقلي Feeble-mindedness إلى العجز العقلي Mental Deficiency وأخيراً إلى التخلف العقلي Mental Retardation. علينا الآن أن نعيد التفكير في تسمية وتصنيف التخلف العقلي، حيث يساعد ذلك في وضع برامج التدخل العلاجي بصورة ملائمة وناجحة.

فمن التعريفات القديمة والمعوقة للعملية العلاجية ما ذكره عالم النفس الأمريكي الشهير "سارسون Sarson" من أن التخلف العقلي ليس شيئاً أو سمة في الفرد وإنما هو مخترع اجتماعي Social Invention نابع من القيم المجتمعية (Smith, 1997).

ومن خلال هذه النظرة يذكر "فيرجسون" أن الأفراد ذوي التخلف العقلي قد حكم عليهم بعدم الإصلاح Un Fixable وأن هذا الحكم هو الذى أثر على مصيرهم فى الحياة (Ferguson, 1993)

وامتدت النظرة القائمة فى التعريفات الرسمية للتخلف العقلى حتى النصف الأول من القرن العشرين حيث كانت تعكس رأى القائل بأن التخلف العقلى مرض مزمن وعضال Chronicity. وكان من أهم هذه التعريفات التعريف الذى صاغه "دول" والذى ضمن فيه ستة عناصر اعتبرها أساسية لمفهوم التخلف العقلى وهى: (١) عدم الكفاءة الاجتماعية، (٢) عدم السواء فى القدرة العقلية، (٣) عدم الاكتمال النمائى، (٤) عدم اكتمال النضج، (٥) ذات جذور عضوية، (٦) غير قابل للشفاء (Doll, 1941).

فما زالت النظرة التشاؤمية نحو التخلف العقلى والتى ظهرت بصورة واضحة فى مواضع كثيرة منها أنه غير قابل للشفاء حيث يظل المتخلف عقلياً فى طرف المنحنى الجرسى فى كل سماته، وأيضاً النظر إلى التخلف العقلى من المنظور العضوى البيولوجى دون الثقافى والاجتماعى القابل للتغيير، وكذلك قصور الجهاز العصبى دون النظر إلى الإعلاء من دور البيئة. فتشخيص التخلف العقلى من خلال هذه النظرة يتم من منظور جوانب الضعف وليس القوة الأمر الذى يجعل فريق العمل العلاجى يشعر بالإحباط إزاء رعاية المتخلفين عقلياً وتقديم المساعدة النفسية لهم.

وفى هذا الصدد نادى "فيجوتسكى" بأهمية تشخيص الإعاقة عند الطفل من جوانب القوة، وأطلق على هذه العملية مصطلح التمييز الإيجابى Positive Differentiation وسخر من النظر إلى الطفل المعاق على أنه مجموعة من السمات السلبية، وهو ما أطلق عليه مصطلح "المفهوم الرياضى للإعاقة". ولذلك يقترح فيجوتسكى التعرف على مستويات الاستقلال الكلى والاحتياجات إلى الدعم بدلاً من مستويات العجز والضعف لدى الأفراد ذوي التخلف العقلى. وبعد مرور ٦٠ عاماً تبنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى هذا المدخل (Gindis, 1999).

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم

وتعد هذه النظرة المستقبلية عند فيجوتسكي بمثابة الضوء الذي أنار الطريق أمام المدخل العلاجي في ضوء الدعم والاحتياج.

وبالرغم من أن عدم الكفاءة الاجتماعية المرتبطة بعجز في القدرة العقلية هي بمثابة الخيط الذي استمر من تعريف "دول" وحتى التعريفات الحديثة إلا أن هناك عدداً من المعتقدات التي تغيرت في هذا التعريف منها على سبيل المثال، النظر إلى العوامل البيئية على أنها هامة كأسباب للتخلف العقلي بعد أن كانت هذه العوامل مهملة. كما أن التخلف العقلي لم يعد ينظر إليه على أنه غير قابل للشفاء .Incurable

ولكى نقدم رعاية حقيقية للمتخلفين عقلياً متمثلة في برامج التدخل العلاجي علينا أن ندقق في كل التعريفات القديم منها والحديث، ونقتبس منها ما يتماشى مع السياق أو البيئة الاجتماعية Social Context التي نعيشها ومتطلبات العصر الحاضر وحاجات الأفراد، وبغض النظر عن وجهات النظر المتباينة.

ففي بيئة واحدة ولكن مع اختلاف المنحى العلاجي الذي يتبناه المتخصصون في تقديم الرعاية للمتخلفين عقلياً، أدى نشر دليل ١٩٩٢ الصادر عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR إلى اختلاف الممارسات التربوية.

ففي مسح قام به (Denning et al., 2000) على ٥٠ ولاية داخل الولايات المتحدة الأمريكية وجد أن حوالي ٤٤ ولاية تعتمد فيها الخطوط الإرشادية لممارساتهم التربوية والتعليمية في مجال التخلف العقلي على نموذج الـ AAMR السابق والذي صاغه (Grossman, 1983) في حين أن ٤ ولايات قد عدلت من ممارساتها التربوية والتعليمية تبعاً لنموذج الـ (AAMR) الذي صاغته (Luckasson et al., 1992) في حين أن ثلاث ولايات لم تأخذ أي من النموذجين كأساس لممارساتها التربوية.

ومع نشر دليل (Luckasson et al., 1992) أحدثت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في نظام تعريف وتصنيف الأفراد ذوي التخلف العقلي تغيرات كبيرة مقارنة بالدليل السابق له وهو دليل (Grossman, 1983) والصادر أيضاً عن الـ (AAMR).

فعلى وجه الخصوص تم توسيع التعريف ليشتمل على شروط لاستخدامه

بطريقة ملائمة، كما تم تغيير مفهوم السلوك التكيفي (AB) لمفهوم أكثر تحديداً Adaptive skills كما أن نظام التصنيف الذي يقول بوجود أربعة مستويات مميزة من العجز تم استبداله بأربعة مستويات من الدعم الذي يحتاجه الأفراد ذوي التخلف العقلي. وقد ذكر مؤلفوا هذا الدليل أنه - أي الدليل - بمثابة تحول في نموذج Parvdign Shift تتناول قضية التخلف العقلي، وهذا التحول يقدم موجهاً جديداً في إجراءات التعرف والرعاية المقدمة لهؤلاء الأفراد.

وبعد نشر هذا الدليل كانت ردود الأفعال متباينة من جانب العاملين والباحثين والمتخصصين في مجال التخلف العقلي. فعلى سبيل المثال ركز Macmillan, Greshan, (1997), Grennsan, (1994), Smith, (1994), Siperstein, (1993), Luckasson et al (1996), Schalock et al (1994), Reiss (1994), على عدد من التغييرات التي رأوا أنها غير ملائمة وطالبوا بمبادرات أخرى بديلة عنها. وعلى الجانب الآخر دافع (1994), Reiss (1994), على ما جاء بدليل عام ١٩٩٢ وذلك في النسخة المنقحة في حين طالب (Polloway, 1997) بإعادة النظر في المفاهيم الأساسية Key Concepts التي جاءت بالدليل.

وعلى الرغم من أن قدر الجدل المثار حول تأثير هذا الدليل على مجال التخلف العقلي كان وما زال كبيراً إلا أن قدر الدراسات التي أجريت حول تأثيره كان محدوداً.

فقد قام (Polloway, Smith, Chamberlain, De, Smith, 1999) بإجراء مسح على البحوث التي نشرت في ثلاث مجلات علمية للتخلف العقلي لتحديد تأثير نظام التصنيف الجديد في تحديد العينة. وقد أظهر المسح أن التأثير كان محدوداً للغاية حيث ظهر أن حوالي ٩٩% من الدراسات استمرت في استخدام مستويات نظام العجز Levels of Deficit System الذي استخدم في دليل Grossman, 1983 والذي ظهر في (Grossman, 1973, 1977) في حين أن دراستين فقط اعتمدتا في وصف العينة واختيارها على دليل ١٩٩٢.

وقد اعترض (Baumeister, 2000) على هذا الدليل ورأى أنه لا يمثل أي

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم

تقدم ولن يحقق أى إنجاز فى مجال التخلف العقلى وأن التركيز الذى وصفه هذا الدليل على المهارات التكيفية فى مقابل التقليل من قيمة نسبة الذكاء تعد أكبر مؤشراً للأداء قدمه علم النفس للمجتمع الإنسانى.

كما ذكر (Polleway et al., 1999) أن استخدام نسبة الذكاء IQ والسلوك التكيفى (AB) معاً فى تشخيص التخلف العقلى قد وجد فى ١٣,٦% من الدراسات فى حين أن استخدام نسبة الذكاء وحدها فى تحديد التخلف العقلى قد وجد فى ٣٣,٥% من الدراسات، وحوالى ٤,٨% من هذه الدراسات قد استخدمت السلوك التكيفى فقط، فى حين أن ٤٨,٢% من الدراسات لم تلجأ إلى أى من المعيارين.

والتعريفات المنشورة من قبل الهيئات والمنظمات المعنية بالتخلف العقلى دائماً ما اشتملت على محكات أو معايير درجة الذكاء المنخفضة، والعجز فى الكفاءة الاجتماعية، كما أنهم دائماً ما وصفوا التخلف العقلى بمسميات كثيرة منها إعاقة نمائية Developmental Disability، وتأخر نمائى Developmental Delay.

فى تصور حديث يرى "وولش" أن تعريف التخلف العقلى يتضمن الإشارة إلى العجز فى السلوك التكيفى، ومع ذلك فإن المصطلح لا يوحى بتضمين السلوك التكيفى فيه، وهذا الخطأ ينطبق على مصطلح الإعاقة الذهنية Intellectual Disability والإعاقة المعرفية (Cognitive Disability). ولذلك يقترح مصطلح الإعاقة المعرفية التكيفية Cognitive - Adaptive Disability كمصطلح بديل للتخلف العقلى. خاصة وأن معظم التركيز فى هذا المجال يتجه نحو السلوك التكيفى أكثر من الجانب العقلى المعرفى. (عبد الرقيب البحيرى ٢٠٠٢، Walsh 2001)

ويعرف "عبد الرقيب البحيرى" التخلف العقلى بأنه "إعاقة عقلية Intellectual Disability تظهر فى سن مبكر، وينتج عنها قصور فى المهارات التكيفية اليومية. ويقاس هذا التخلف فى الأساس بالأداء الوظيفى العقلى متمثلاً فى نسبة الذكاء التى تتراوح ما بين ٧٠ - ٧٥ درجة، وما ينتج عنه يقاس بالأداء الوظيفى

التكفي في خلال اختبارات سيكومترية مبنية في المهارات التكيفية. ويحتاج هذا التخلف إلى الدعم والمساندة Support من قبل ماضي الرعاية لتخفيف حدته على المستويين الذهني والاجتماعي. ومن هنا تتحول النظرة من مجرد أن التخلف العقلي سمة موجودة في الفرد إلى عملية تغيير في تفاعل الفرد مع البيئة، والتأكيد على احتياجات الفرد بدلاً من عجزه (عبد الرقيب البحيري ، ٢٠٠٢ ص ٨)

وهناك من يدعو إلى هجر التعريفات المختلفة للتخلف العقلي القديم منها والحديث، والبحث عن تصور آخر لاحتياجات هؤلاء الأفراد. (Smith, Mitchell, 2001). وقد صرح سميث بنفس المعنى بعد ذلك بأن الوصول إلى تعريف سليم علمياً ومفيد من الناحية الاجتماعية قد يبدو أمر صعب التحقيق، ووجه النقد إلى تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الأخير، وذكر أن أفضل تعريف للتخلف العقلي يتمثل في عدم وجود تعريف له (Smith, 2002)

القدرات المعرفية كمدخل علاجي للتخلف العقلي

من أجل التبسيط يعرف التخلف العقلي بأنه قصور في الأداء المعرفي أو العقلي. وقد أمكن من خلال اختبار الذكاء الذي تم تطويره في بداية هذا القرن تشخيص التخلف العقلي. وقد كانت الأبحاث القليلة التي أجريت حتى سنة ١٩٦٠م وصفية وكشفية في طبيعتها، ثم أجريت بعد ذلك أغلب الأبحاث للوصول إلى العجز المعرفي الأساسي الذي يسبب التخلف العقلي، وأشارت نتائج تلك الأبحاث أن كل العمليات المعرفية المدروسة تقريباً كانت ضعيفة لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً.

ولقد تم تناول القصور في الوظائف المعرفية في الفترة من ١٩٦٠ - ١٩٨٠، وكان التوجه النظري لهذا تناول من خلال نظرية العجز Deficit Theory (Ellis, 1969). وترى هذه النظرية أن التخلف العقلي سببه وجود واحد أو أكثر من جوانب القصور في الوظائف المعرفية Cognitive Functioning وفهم التخلف العقلي لا بد من التعرف على جوانب القصور تلك. وقد أجرى العديد من الدراسات حول أنواع العجز التي تحدد التخلف العقلي وقد شملت قدرات مختلفة بدءاً من الانتباه والتعلم غير أن معظم هذه الدراسات ركزت على الذاكرة.

بمراجحة التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم

وتشير الدراسات أن حوالي نصف حالات التخلف العقلي سببها اضطرابات جينية وطبية محددة. وقد نتوقع أن هذه الأسباب المختلفة للتخلف العقلي سوف تؤدي إلى إفراد أنماط مختلفة من القدرات المعرفية. غير أنه لم يتوافر دليل بحثي مقنع يؤكد ذلك. ولهذا يبدو حالياً أن نسبة الذكاء هي السمة المعروفة والمحددة للتخلف العقلي مهما كان السبب. وأياً كان سبب التخلف العقلي، فإن الفرد الذي تم تشخيصه على أنه متخلف عقلياً سوف يكون لديه عجز في القدرات المعرفية (Detterman, 1999). ومن ثم فقد أكد (Detterman & Thompson, 1997) على الحاجة للتركيز على القدرات المعرفية من أجل تحسين فعالية التدريس والتدريب للأطفال ذوي التخلف العقلي، في حين يرفض (Forness et al., 1998) هذا الاتجاه ويرون أنه لا يفي باحتياجات الغالبية العظمى من الأطفال الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة، كما يرون أن ما ذهب إليه (Detterman, 1997) من القول بأنه المفتاح الأساسي لضم سمات التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة يتمثل في فهم الفروق الفردية في القدرة المعرفية، ويرون أنهما قد تجاهلا أموراً هامة أخرى تشكل نجاح هؤلاء الأفراد مثل الدافعية الحساسية الاجتماعية، الوعي الاجتماعي، الحالة المزاجية، البيئة الأسرية والقيم الثقافية.

وقد اقترح Detterman, 1994 نظرية النظام في الذكاء Asystem Theory of intelligence على اعتبار اعتقاده بأن التوصل لفهم صحيح للتخلف العقلي يجب أن يسبقه فهم صحيح لمعنى الذكاء. وكنه هذه النظرية هي أن الذكاء مكون من أحد مكونات نظام معقد Complex System وأن سمات الذكاء يمكن فهمها من خلال منظور منظومي عام General System Perspective (Detterman, 1999).

وهناك نتيجة لا مفر منها وهي أن الأفراد المتخلفين عقلياً يظهرون عجزاً في كل قدرة معرفية يتم فرضها مقارنة بالأسوياء والقدرات المعرفية التي تعاق بشدة هي التي لها نصيب أكبر في الضعف الأكاديمي لدى المتخلفين عقلياً. وهذا يفسر

عدم وجود تأثير لأغلب التدخلات العلاجية التربوية الخاصة والمصممة لمساعدتهم. (Detterman & Thompson, 1997)

وبغض النظر عن مجادلات كثير من الباحثين حول تحديد أى العمليات التى بها قصور، والتى تعيق أداء النظام الشامل، يصبح التدخل العلاجى فى تناول القدرات المعرفية أمر صعب ولكن ليس مستحيلاً، الأمر الذى جعلنا نأخذ من الذكاء والقدرات المعرفية محكاً للتشخيص أما التصنيف فيكون طبقاً للحاجة الوظيفية أو الدعم.

الحاجات الوظيفية كمدخل علاجى للتخلف العقلى

تغيرت رعاية الأفراد نوى التخلف العقلى مع زيادة ونمو تقبلهم داخل المجتمع. وبالإشارة إلى تأثير الاتجاهات العالمية الحديثة فى مجال التربية الخاصة على الرعاية والخدمات المقدمة للأفراد المتخلفين عقلياً. وفى ظل هذه التغيرات أصبحت عملية دعم الأسر التى تقوم برعاية المتخلفين عقلياً أمر هام فى نظام الرعاية، هذا بالإضافة إلى محاولة إكساب المتخلفين عقلياً قدر من المهارات التى تؤهلهم للاندماج فى المجتمع. وتقوم الرعاية الفعالة على التواصل الجيد والمعرفة الشخصية بين مقدم الخدمة Provider of Care والمتخلف عقلياً. وتعد قضايا الصحة الجنسية، والرعاية الصحية المستمرة، الاضطرابات العصابية المصاحبة مثل عدم كفاءة الذاكرة، والاكتئاب أمور هامة يجب أن تراعيها برامج الرعاية. ويعتبر الاشتراك فى برامج اللياقة، وأنشطة التسلية والأنشطة الاجتماعية والعمل المدفوع الأجر أمور تساعد على تدعيم صحة المتخلف عقلياً الجسمية والنفسية.

ولقد بدأ الاهتمام برعاية المتخلفين عقلياً قديماً، فيمكن النظر إلى الأربعينات من عام ١٨٠٠ على أنها من أفضل الفترات فى تاريخ المتخلفين عقلياً، وذلك لأنه فى خلال هذه الفترة بدأ الأطباء والمعلمون فى استخدام طرق تعليمية تم بناؤها فى فرنسا والمانيا لتحويل المعتهوين Idiots إلى أفراد منتجين. وقد عمل تلاميذ سيجوين على نشر هذه الطرق وتطويرها فى جميع أنحاء العالم. وإذا ألقينا نظرة عابرة على قرن قد مضى على مجال التخلف العقلى، نجد أنه على الرغم من

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقليا في ضوء نموذج الدعم

حدوث تعديلات في لغة المصطلح المستخدم، إلا أن الطرق الفسيولوجية التعليمية التي قدمها سيجوين مازالت لم تتغير التربية الحسية، التدريب الحركي، الاكتساب اللغوي، الإعداد المهني، التطبيع الاجتماعي. وباختصار فإن تكنولوجيا التعليم في مجال التخلف العقلي لم تتعرض لأي تحول ثوري. وعلى الجانب الآخر فإن المعرفة العلمية بخصوص أسباب وعلاج التخلف العقلي قد ازدادت بنسب رهيبه لا يمكن تجنبها، وهذه الاكتشافات قد حدثت في مجال الطب.. ومن هنا يجب أن نضع في الاعتبار الاهتمام بتعريف وتصنيف التخلف العقلي بصورة تخدم قضايا البحث في هذا المجال كتصميم استراتيجيات التدخل العلاجي وذلك في المجال السلوكي والمهني.

واستمرت الجهود المبذولة ففي عام ١٩٠٤ بعد أن قدم بينيه اختبار الذكاء شهد مجال التخلف العقلي لمدة ٥٠ عاماً قيام المعلمين، علماء النفس، والأطباء، والإحصائيين الاجتماعيين بقياس الذكاء، وقياس التكيف الاجتماعي وتعليم هؤلاء الأفراد السلوك المقبول. وحتى هذه الفترة كانت المعهدية هي سمة التسكين لهؤلاء الأفراد.

ومن الملاحظ أن تلك الفترة كان التركيز فيها على نسبة الذكاء من حيث التعريف أو التصنيف. وقد ظهر مصطلح السلوك التكيفي في التعريف الذي وضعته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) عام ١٩٥٩ والذي تم مراجعته عام ١٩٦١ بواسطة هيبير (Smith, 1997).

وبالنسبة للأطفال في سن المدرسة، فإن السلوك التكيفي يشتمل على التقدم في المدرسة وكذلك الإنجاز والتحصيل، في حين أن السلوك التكيفي بالنسبة للراشدين يعني دعم الذات وامتلاك مهارات أداء وظيفة ما (Bryant & Maxwell, 1999).

وفي بداية الستينات ومع انتشار الفكر التحرري بدأت الأصوات تتعالى بالبعد عن المعهدية بالنسبة للأفراد المتخلفين عقلياً. وقد نزامن هذا مع ظهور مجموعة من علماء النفس السلوكيين والاجتماعيين الذين بدأوا في رفض فكرة أن الذكاء

يمكن تعريفه من خلال نسبة الذكاء فقط، ومنهم من ذهب إلى أن التخلف العقلي ما هو إلا بناء اجتماعي Social Construction. وفي عام ١٩٧٣ غيرت AAMR محك التخلف العقلي من ١ إلى ٢ انحراف معيارى تحت معيار نسبة الذكاء.

وحديثاً بذلت مجهودات كثيرة فى القرن العشرين لتغيير تعريف التخلف العقلي وبالتالي فتحت المجال لتحسين ظروف العلاج لهذه الفئة. ولقد اشتملت هذه الجهود على التحول بعيداً عن المعهدية Deinstitutionalization وكذلك اقتراح التوقف عن استخدام اختبارات نسبة الذكاء I.Q Test لقياس ذكاء الفرد حيث لا يتفق العلماء حتى الآن على تعريف للذكاء، وأن المدخل السائد لدراسة الذكاء هو دراسته سيكومتريا والذي تجاهل الذكاءات المتعددة التي قال بها جاردر ١٩٨٣ أو الذكاء الإبداعى والذكاء العلمى والذكاء اليومى...إلخ.

وقد اقترح العلماء السلوكيون والاجتماعيون أن الذكاء لا يمكن تحديده بنسبة الذكاء I.Q فقط وذلك لأن الذكاء يمكن تعليمه وأن البيئة تلعب دوراً أساسياً فى نمو الذكاء الإنسانى. (Trent, 1995).

وفى هذا الصدد نتساءل: هل إعادة تعريف التخلف العقلي وتصنيفه يغير الاتجاهات نحوه وتصبح هذه الفئة منتجة وقادرة على التكيف؟ أم أن المصير السيئ سوف يستمر فى انتظاره للأفراد الذين يقعون فى قاع المنحنى الجرسى.

وفى عام ١٩٩٢ نشرت AAMR أحدث مراجعة لها عن تعريف وتصنيف التخلف العقلي. ويقول التعريف أن التخلف العقلي يشير إلى قيود ومحددات قوية على الأداء الحالى. ويتسم بأداء عقلي وظيفي دون المتوسط متلازماً مع محددات أخرى فى اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، رعاية الذات، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المجتمع، توجيه الذات، الصحة والسلامة، المجالات الأكاديمية، وقت الفراغ، العمل. ويظهر التخلف العقلي قبل سن ١٨ عام (Luckasson et al., 1992, P.1).

والمسلمات الأربع التالية ضرورية لتطبيق التعريف:

(١) التقييم الصادق هو الذى يضع فى اعتباره التنوع الثقافى واللغوى وكذلك الفروق والاختلافات فى العوامل السلوكية وعوامل التواصل.

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقليا في ضوء نموذج الدعم

(٢) أن وجود قصور في المهارات التكيفية Adaptive Skills يتبع حدوثه في كل مجتمع وبيئة من أقران الفرد في نفس عمره، ويدل ذلك على حاجات الفرد الفردية من الدعم.

(٣) أن القصور التكيفي يتواجد مع جوانب قوة في مهارات تكيفية أخرى أو قدرات شخصية أخرى.

(٤) مع توافر أنواع ملائمة من الدعم على مدى فترة مستمرة فإن الأداء الحياتي للفرد المتخلف عقليا سوف يتحسن (Polloway & James, 1997).

ويمثل التعريف السابق تحول في النموذج Paradigm Shift حيث لم يعد ينظر إلى التخلف العقلي على أنه سمة شخص ما، بل هو نتاج تفاعلات بين الفرد والطبيعة ومتطلبات البيئة التي يعيش فيها هذا الفرد. وجملة المحددات في الأداء الحالي الواردة في التعريف توضح أن التخلف العقلي هو حالة حالية مؤقتة وليس سمة مستديمة. ويفتح هذا بابا في التحكم في البعد البيئي من أجل رعاية وعلاج المتخلفين عقليا.

وقد ذكر أعضاء لجنة التصنيف والتعريف AAMR T & C Committee (Schalock et al., 1994) أن دليل ١٩٩٢ يعكس تحولاً هاماً في نموذج تناول قضية التخلف العقلي Significant Paradigm Shift (P 181) واعترفت أيضا بأن هذا الدليل من المؤكد أن يثير الكثير من الجدل على اعتبار أن التغيير لا يأتي أبدا بسهولة Change Never Comes easy (P 190). كما ذكروا أنهم قد توصلوا لمفهوم جديد للتخلف العقلي (P 182) والذي يقوم على اعتبار أن التخطيط للتدخل العلاجي Intervention Planning هو الهدف الأول من التشخيص، بما يؤدي إلى تقديم الخدمات التي تريد من استقلالية الفرد وإنتاجيته وإدماجه في المجتمع (P 183).

ولأهمية البيئة ودورها في العملية العلاجية فإن الطبعة الأخيرة من دليل AAMR تذكر أن نسبة الذكاء تمثل سمة محددة ومعرفة للتخلف العقلي ولكر مع بعض التحفظات وبمعنى آخر فإن النظام المسحود لتعريف وتصنيف التخلف

العقلى والوارد فى دليل ١٩٩٢ لا يمثل فقط هجراً للأنظمة القديمة التى تبنتها الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى بل هجراً لأنظمة المنظمات الأخرى مثل الجمعية النفسية الأمريكية (APA) American Psychiatric Association ودليلها الصادر عنها DSM - IV، وكذلك منظمة الصحة العالمية (WHO) بنظامها العالمى لتصنيف الأمراض، International Classification of Disease, 1980 (Baumeister, 2002).

واستجابة لدليل الجمعية الأمريكية الذى صدر عام ١٩٩٢ فقد أصدرت الجمعية النفسية الأمريكية (APA) نسختها من الدليل التشخيصى والممارسات المهنية فى التخلف العقلى (Jacobson & Mulick, 1996).

ويمثل تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى عام ١٩٩٢ ثورة فى تعريف التخلف العقلى، فالأفراد لا يكونون متخلفين عقلياً بالمعنى المجرى أو التام للكلمة، بل أن الأفراد لديهم أنواع مختلفة من مستوى شدة الاحتياجات الوظيفية Functional needs. حيث ركز نظام التصنيف الجديد على مستويات الدعم وليس مستويات الشدة (خفيف - متوسط - شديد - عميق).

ويذكر مؤلفوا دليل ١٩٩٢ أنه بمجرد تحديد الدعم الذى يحتاجه المتخلف عقلياً- من خلال استخدام مصفوفة تخطيط الدعم Supports Planning Matrix والتى قدمها الدليل فإن الذى نحتاجه هو تحديد شدة الدعم الذى يحتاجه الفرد، ويتم ذلك من خلال نموذج "شبكة إقرار شدة الدعم" الذى يحتاجه المتخلف عقلياً (Luckasson et al., 1996).

ويرى (Bryant & Maxwell, 1999) أن هناك عاملين يؤثران فى برامج التدخل العلاجى وهما: الشدة Intensity حيث أن برامج التدخل العلاجى الأكثر شدة تكون أكثر فعالية، والعامل الثانى المدة والتوقيت Duration and Timing ويقصد بالمدة، طول مدة برنامج التدخل العلاجى، فى حين يقصد بالتوقيت، عمر الدخول فى البرنامج العلاجى. ويؤثر العنصران على نواتج برنامج التدخل العلاجى.

ويتكون نموذج الدعم من أربعة مستويات من شدة الدعم أو مستويات الحاجة:

١ - الحاجات المتقطعة (I) Intermittent Needs :

والدعم في هذا المستوى يكون على أساس الاحتياج أي ذات طبيعة عرضية Episodie ولا يتطلب الدعم الدائم أو الدعم قصير الأجل. والدعم المنقطع قد يكون عالي الشدة أو منخفض عند تقديمه (على سبيل المثال فقدان وظيفة، أزمة صحية حادة).

٢ - الحاجات المحدودة (L) Limited Needs :

وهي التي تتسم بالاستمرار بمرور الزمن، ومحددة الزمن ولكس ليست ذات طبيعة محدودة، وقد تتطلب عدد قليل من القائمين بالرعاية (على سبيل المثال التدريب محدود الزمن على وظيفة الدعم أثناء مراحل الانتقال من المدرسة إلى حياة الراشدين).

٣ - الحاجات المتسعة (E) Extensive Needs :

وهي التي تتسم بطول الأمد والخطورة والشدة أي أنها تتسم بالانتظام (على سبيل المثال يوميا) في بيئات معينة (مثل بيئة العمل أو المنزل) وغير محدودة بوقت (مثل دعم طويل الأجل للمعيشة المنزلية).

٤ - الحاجات الدائمة (P) Pervasive Needs :

وهي التي تتسم بالديمومة والشدة طوال الحياة، فالدعم هنا يتسم بالاستمرارية، وشده عاليه، ويد تقديمه في بيئات مختلفه، وذات طبيعة مستمرة عبر الحياة. ويتطلب الدعم عدد أكبر من القائمين بالرعاية، ويكون اقتحامي Intrusiveness.

وحاصله القول ان نموذج الدعم الذي ذكره (Luckasson et al., 1996) يتكون من ٤ مستويات من شدة الدعم (١) منقطع I، (٢) محدود L، (٣) متسع E، (٤) ممد P. وحمله عوامل تؤثر على الشدة:

١ - الزمن (المدد Duration).

٢ - الزمن (التكرار Frequency).

٣ - البيئة Setting (المعيشة، العمل، التسلية، وقت الفراغ، الصحة، المجتمع).

٤- المصادر Resources (متخصصين Professionals، عون تكنولوجي (Technological Assistance).

٥- التوغل أو الاقتحام : Intrvsiveness

ويطلق على هذا النموذج "شبكة إقرار شدة الدعم" Supports Intensity Decision Grid أو (ILEP) وهدف الشبكة Grid هو تحديد شدة أنواع الدعم التي يحتاجها الطفل وأسرته، ويوضح شكل رقم (١) رسم تخطيطي لهذا النموذج.

المستوى	مستويات الدعم			عوامل شدة الدعم
	ممتد	متمتع	محدود	
١- الزمن (المدة)	مستمر	مستمر لوقت كبير	محدود بوقت مستمر بصفة غير دورية	كما يحتاج الفرد
٢- الزمن (التكرار)	دائم	تكرار مستمر	تكرار مرتفع	غير متكرر
٣- البيئات: - معيشة - عمل - تسلية - وقت فراغ - صحة - مجتمع	كل البيئات	بيئات أكثر عدداً	بيئات عديدة وليس كلها	بيئات قليلة، بيئة واحدة أو اثنين بأقصى حد
٤- المصادر: - أفراد متخصصين. - تكنولوجيا معينة	يحتاج لمعينات ومتخصصين بصفة يومية	يحتاج لمتخصص بصفة شبه دورية	اتصال محدود بوقت	استشارة بصورة غير دورية
٥- التوغل أو الاقتحام	اتعدام حرية الاختيار وتقرير المصير	درجة منخفضة جداً من حرية الاختيار	درجة منخفضة من الاختيار	درجة عالية من تقرير المصير والاختيار

شكل (١) نموذج شبكة إقرار شدة الدعم (ILEP)

من الشكل السابق يتضح أن هناك خمسة عوامل تؤثر على الشدة موضوعين على المحور الرأسي، والمستويات الأربع للدعم موضوعة على المحور الأفقي

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم

للمصنوفة. ويتم استخدام هذه المصنوفة من جانب فريق من تخصصات مختلفة لـ Interdisciplinary Team لتحديد شدة الدعم الذي يحتاجه الفرد. وهذا النظام التصنيفي الجديد يحول التركيز من أنواع العجز إلى أنواع القدرات والنجاح المحتمل حدوثه في مرحلة الرشد نتيجة لتوافر الدعم لهؤلاء الأفراد.

وهكذا يمكن القول بأن المفهوم الإجرائي المركزي في دليل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي هو البيئة، أو بطريقة أكثر شمولاً الثقافة، كما تظهر في هذا الدليل فلسفة المساواة Egalitarian Proposition، لدرجة أن مؤلفي الدليل يرون أن "الشفاء" Cure من التخلف العقلي يكمن في ترتيب المجتمع بطريقة جديدة تسمح بدمج هؤلاء الأفراد مع العاديين.

وقد تشعب المجتمع الأمريكي بهذا التوجه الجديد حتى أن صناع السينما في هوليوود قد أنتجوا فيلماً باسم "فورست جامب" Forrest Gump، يحكى عن فرد ولد بنسبة ذكاء تصفه على أنه متخلف عقلياً غير أن هذا الطفل ينمو ويكبر ويغير تاريخ الولايات المتحدة الأمريكية، وكل هذا بسبب أن أمه رفضت أن تعترف بأنه متخلف عقلياً، ورفضت الاعتراف بنواحي القصور النمائية لديه، ويتم قبوله في مدرسة عامة ثم يصبح بطلاً في الحرب، وبطل رياضي، ثم مليونير وقائد روحى للشعب. وقد حصل بطل هذا الفيلم "توم هانكس" على العديد من الجوائز. (Trent, 1995). من هذا الفيلم تتضح المساواة داخل المجتمع وإعطاء الفرصة للجميع والتفاؤل بمستقبل يبشر بالخير أمام نوى الاحتياجات الخاصة.

احتياجات الدعم لدى المتخلفين عقلياً

أولاً: خطط تفريد خدمات الأسرة :

من أهم التضمنيات والإنعكاسات التي قدمها دليل ١٩٩٢ بالنسبة لبرامج التدخل العلاجي، التأكيد على أهمية التدخل العلاجي المبكر Early Intervention. وهو الأمر الذي يتطلب من المتخصصين تشخيص احتياجات الدعم وشدها لدى المتخلفين عقلياً، حتى يمكن بناء خطط تفريد خدمات الأسرة Individualized Family Service Plans (IFSP) وذلك بهدف تحديد وتنظيم المصادر الرسمية

وغير الرسمية لتسهيل تحقيق أهداف الأسرة لطفلها وكذلك لنفسها. وتقوم خطط التفريد على منطوق مؤداه، أنه عند تقديم الدعم المناسب للأسرة، فإنه يمكن أن تدعم نمو الطفل ذي الاحتياجات الخاصة. وتركز هذه الخطط على أهمية التعرف على جوانب القوة وكذلك احتياجات واختيارات الأسرة. والخدمات التي تقدم للأسرة تشمل على بعض الجوانب مثل، برامج التدخل العلاجي والخدمات القائمة على الطفل، تزويد الأسرة بالمعلومات الطبية والتشخيصية، القيام بالإرشاد، وتقديم الاحتياجات الأساسية للأسرة.

وتقوم برامج تفريد خدمات الأسرة بأربعة مهام :

١- بناء العلاقات Relationship Building :

تؤكد برامج الـ IFSP على جمع المعلومات باستخدام أسلوب المحادثة دون أى تدخل سافر فى شئون الأسرة الداخلية، وإنما لقياس إمكانيات الأسرة واحتياجاتها من الدعم حتى تستطيع رعاية الطفل المتخلف عقلياً والاستفادة من الخدمات التي يقدمها المجتمع مما يؤهل هذا الطفل للاندماج فيه والاستفادة من إمكانياته النمائية.

٢- التقوية Empowerment :

تعنى التقوية (١) أن يصبح الآباء ذوى قدرة Competent فى توجيه أطفالهم ومتابعة تحسن أدائهم والمساعدة فى تهيئتهم، (٢) أن يتم الإيفاء باحتياجات الأسرة بما يدعم قيام الأسرة بالتحكم فى مسار حياتها، (٣) بناء أهداف للأسرة من أجل تحقيق النجاح فى حل المشكلات.

٣- التعاون بين الهيئات المعنية بتقديم الخدمات:

Interagency Collaboration

ويعنى ذلك أن تتكاتف جهود الهيئات التي تقدم أو ترغب فى تقديم خدماتها للأطفال المتخلفين عقلياً وأسرهم وهذا التكاتف والتنسيق يؤدي إلى توحيد الهدف وتحقيقه بأسرع ما يمكن، وكذلك القضاء على العوائق المتمثلة فى عدم المعرفة بخدمات تفريد الأسرة وتحسين الاتجاهات نحو قبول هذه الخدمات وعدد اعتبارها تدخلاً فى شئون الأسرة.

٤ - تنفيذ برامج التدخل العلاجي وتقويمها :

Program Implementation and Evaluation

تعين خطط تفريد خدمات الأسرة في الإرشاد أثناء تنفيذ برامج التدخل العلاجي للأطفال المتخلفين عقلياً بالإضافة إلى التقويم المستمر لنتائج هذه البرامج. (Marilyn, 1991)

ثانياً: رعاية المتخلفين عقلياً في مجال المهارات الاجتماعية في ضوء الاعتماد المتبادل :

ركز مصمموا برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً لعقود عديدة على زيادة استقلالية Independence الأفراد ذوي التخلف العقلي. وقد بنى هذا الهدف على أساس القاعدة المنطقية التي تقول بأنه كلما أصبح الفرد قادراً على إدارة ذاته فإن ذلك يزيد من احتمالية تمتعه بالحياة.

وفي السبعينات تعالت الصيحات بضرورة توفير فرص تعليمية للأفراد ذوي التخلف العقلي في المدارس العامة، وكذلك الاهتمام بفتح فرص التعليم في المواد الأكاديمية التعليمية من قراءة وحساب وعلوم ودراسات اجتماعية للأفراد ذوي التخلف العقلي، غير أن هذه الصيحات ما لبثت أن تراجعت عندما ظهرت الفجوة بين مناهج التعليم العام وفرص التعلم المتاحة للمتخلفين عقلياً. وصل محل ذلك اتجاه يؤكد على ضرورة الاهتمام بتعليم هؤلاء الأفراد مهارات الراشدين حتى يكون هؤلاء الأفراد قادرين على القيام بأدوار الراشدين باستقلالية حينما يصلوا إلى هذه المرحلة العمرية مما يؤهلهم للاندماج في حياة المجتمع اليومية وقد أطلق على ذلك مصطلح التهيئة للانتقال Transition.

ولقد ذكر Wehmeyer & Patton, 2000 أن التركيز على بناء المهارة Skill Building والاستقلالية Independence أدى إلى ظهور العديد من الدراسات التي أثبتت أن الأفراد ذوي التخلف العقلي قادرين على تعلم مهام أكثر مما هو متوقع لهم. (Kennedy, 2001).

وهناك تساؤل يفرض نفسه: ماهي المهارات التي يمكن أن نعلمها للأطفال

المتخلفين عقلياً من أجل الدمج الاجتماعى Social Inclusion؟ هل هى مهارات تدعم الاستقلالية؟ أم أنها مهارات تحقق التفاعل مع مجتمع الكبار وتحقق التبادلية؟ وخاصة إذا وضعنا فى الاعتبار طبيعة الإعاقة التى تستوجب الدعم من الآخرين من أجل تحقيق النجاح فى الأنشطة اليومية التى يقوموا بها. فكل البشر يعتمدون على بعضهم البعض، وذلك لأن هذا جزء من الطبيعة الاجتماعية للحياة البشرية كما أن هذا الاعتماد هو أساس التفاعل الاجتماعى. وقد يكون هذا الاعتماد عن قرب Proximal كما فى حالة فردين يتعاونان فى إعداد وجبة طعام معينة أو عن بعد Distal كما فى حالة فرد أعطى آخر كتاب لوصفات الطعام من أجل أن يقوم بإعداد وجبة ما. وهكذا فإننا على الرغم من تقديرنا للاستقلالية إلا أننا فى الواقع نعتمد على بعضنا البعض من أجل تحقيق النجاح.

وقد انتقد الباحثون النموذج أحادى البعد Uni Dimensional Model والذى تبنته معظم البرامج العلاجية للمتخلفين عقلياً والذى يجعل من "الاستقلال" Independance البعد الأوحدها. وقد ركزت هذه الانتقادات على جانبين: (١) عدم الرضا عن تعريف مصطلح الاستقلال، وكيف يتم تفسيره وتنفيذه فى الحياة اليومية، (٢) فشل مقدمى الخدمات فى معرفة قيمة الاعتماد المتبادل Interdependence وعلاقات الأقران. (Carnaby, 1998)

ومع ظهور هذا التحول فى نظام تقديم الخدمات للأفراد ذوى التخلف العقلى الذى أعقب ظهور نظام التصنيف والتعريف الجديد للتخلف العقلى فى دليل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى (AAMR, 1992) فإن برامج التدخل العلاجى غيرت تركيزها من إعلاء وتدعيم الاستقلالية إلى دعم مشاركة الفرد المتخلف عقلياً فى الحياة اليومية، غير أن هذا لا يعنى أن الاستقلالية بدأت تفقد قيمتها، بل إن هذه الاستقلالية بدأت توضع فى المشاركة العادية فى الحياة اليومية وأنشطتها مع توافر الدعم اللازم لتحقيق النجاح.

وهكذا فقد تم استبدال الاستعداد Readiness للمشاركة فى الأنشطة المختلفة (أى المهارات الضرورية الأساسية Prerequisite Skills) بالاعتماد المتبادل

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم

Interdependence على مساعدة الآخرين لتعويض العجز في المهارة وذلك أثناء تعلم الفرد المتخلف عقلياً للمزيد. وقد كان لهذا التحول تأثيرات هامة على برامج التدخل العلاجي من حيث تصميمها وتطبيقها وخاصة في مجال التفاعلات الاجتماعية (Kennedy, 2001)

ومن أجل نجاح برامج التدخل العلاجي في المجال الاجتماعي للمتخلفين عقلياً، يجب أن تركز هذه البرامج على الاعتماد المتبادل Interdependence والذي يعد أساس العلاقات الاجتماعية. فالتركيز على الاستقلالية Independence في أبحاث التفاعل الاجتماعي هو أمر مناقض Antithetical للطبيعة الإجرائية للتفاعل الاجتماعي.

وفي التسعينات أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية المكان Location الذي يتم فيه التفاعل الاجتماعي لإكساب الفرد المتخلف عقلياً المهارات الاجتماعية و الاحتفاظ بها "Hunt & Goetz, 1997" (Kennedy, 2001).

وفي هذا الصدد بدأ الباحثون ينتقدون البيئة المغلقة المتمثلة في فصل دراسي داخل مدرسة التربية الخاصة، لأن مثل هذه البيئة تكف النمو الاجتماعي بدلاً من أن تزيده. ولذلك بدأت الدراسات تتغلب على ذلك ببرامج التعليم عن طريق الأقران Peer Tutoring Programs وذلك من خلال أقران عاجزين من نفس عمر الأفراد ذوي التخلف العقلي، إلا أن هذه البرامج أدت إلى نتائج محدودة.

في حين يشير "Staub et al., 2000" إلى أن المكان ليس هو فقط المؤثر على برنامج التدخل العلاجي في مجال المهارات الاجتماعية بل البيئة Context أي المكان، والأشخاص وأسلوب التدريس أو التدريب على المهارة. (Kennedy, 2001).

ثالثاً: رعاية المتخلفين عقلياً في تقرير المصير :

يدرب ويعلم دائماً أخصائيو التربية الخاصة التلاميذ ذوي الإعاقات النمائية عدداً من المهام (مثل مهارات رعاية الذات، الروتين اليومي، المهارات الاجتماعية..إلخ). ويواجه التلاميذ ذوو الإعاقات النمائية بعض الصعاب عند تعلم

أداء مهمة ما ، ولكنهم يستمرون فى الاعتماد على الإلماعات والمحفزات التذكيرية من الراشدين لأدائها. فقد يؤدى التلاميذ بعض المهام غير أن الأداء الناجح قد يعتمد على محفزات الراشدين. فظالما أن هناك شخص ما (المعلم، أحد الأقران، مساعد التدريس، متطوع) يخير التلميذ بما يجب أن يفعله فى الخطوة القادمة فإن التلميذ يؤدى السلوك المرغوب إلا أنه فى غياب المنبهات اللفظية والمادية والإرشادية قد يعجز عن إدارة ذاته. واعتماد التلميذ ذو الإعاقفة على المنبهات والإلماعات لأداء مهام تعلم أدائها قد لا يكون مفيداً فى ظل ما ننادى به بضرورة دمج الأفراد ذوى الإعاقات مع أقرانهم العاديين داخل حجرات الدراسة.

وفى هذا الصدد يقترح (King- Sears, 1999) ضرورة اللجوء لاستخدام أسلوب إدارة الذات Self - management كاستراتيجية للتدخل العلاجى وخاصة فى المواقف التى يرى فيها الراشدون الأفراد ذوى التخلف العقلى قادرين على الأداء المستقل. وتعتبر مهارات إدارة الذات التى تشتمل ملاحظة الذات - Self Observation، تقويم الذات Self - Evaluation، وتعزيز الذات - Self Reinforcement مكونات هامة تؤثر بفعالية على مهارات تقرير المصير - Self Determination Skills لدى الفرد. وفى الأساس فإن مهارات تقرير المصير للفرد تبنى على أساس قدرة الفرد على إدارة ذاته عند مستوى أساسى (على سبيل المثال إدارة سلوكيات يعرف الفرد كيف يؤديها) من أجل تقرير المصير والدفاع عن النفس (تدعيم الذات) Self - Advocate فى مواقف أكثر تعقيداً (على سبيل المثال وضع أهداف لتحسين أو تعلم مهام جديدة أو مهام أكثر صعوبة). وهكذا فإن الأفراد ذوى الإعاقات يجب أن يتعلموا إدارة الذات من أجل أن يكونوا قادرين على تقرير المصير وتدعيم الذات Self - Determine and Self - Advocate.

وتتكون إدارة الذات من اشتراك الفرد الفعال فى الرصد والتحكم فى سلوكياته ويمكن لهذه الأساليب أن تكون مفيدة جداً حينما يعرف الفرد كيف يؤدى المهمة مع الآخرين وليس مستقلاً.

وقد تم استخدام إدارة الذات فى عدد من الدراسات مع الأفراد ذوى الإعاقات

برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم

المختلفة، على سبيل المثال تعليم التلاميذ ذوي الإعاقات إكمال المهام المعطاه لهم وهم في مقدمهم بطريقة مستقلة، اتباع قواعد حجرة الدراسة، زيادة مهارات أداء المهمة والاستذكار، خفض السلوكيات غير الملائمة... إلخ. ويمكن للمعلمين أو أخصائيو التربية الخاصة أن يختاروا من بين ثلاثة أنماط أساسية من أنظمة إدارة الذات: رصد الذات Self - Monitoring، تقويم الذات Self - Evaluation، وتعزيز الذات Self - Reinforcement.

ويتضمن رصد الذات معرفة التلاميذ وتسجيلهم لوقوع أو عدم وقوع سلوك معين، ويتضمن رصد الذات سلوكيين: ملاحظة الذات (مثل: إننى أؤدى المهمة الآن)، وتسجيل الذات Self Recording (مثل: ولذلك فإننى سأضع لنفسي نعم فى بطاقتي لأننى أديت المهمة). وبالنسبة لبعض التلاميذ ذوي الإعاقات فقد يكون رصد الذات فعالاً لأنه يساعدهم على تركيز انتباههم على السلوكيات التى يتم تحديدها وعرضها كما أشارت دراسة (McCarl et al., 1991) أن رصد الذات يُحسن من سلوكيات أخرى غير مستهدفة بجانب السلوك المستهدف.

أما تقويم الذات Self Evaluat أو تقييم الذات Self - Assessment فيتضمن مقارنة سلوك الفرد بمعيار Standard (مثل إلى أى مدى كان سلوكي جيداً). وهناك أمر أساسى لتقويم الذات وهو أن يعرف الفرد أنه أدى سلوكاً معيناً، وقد يلى تقويم الذات رصد الذات. وقد وجد (Koegel et al., 1992) أن التلاميذ الذين يعانون من الذاتية قد تعلموا كيفية الاستجابة للأخرين عندما استخدموا مهارات إدارة الذات كما أن السلوكيات الفوضوية قد انخفضت لديهم.

أما تعزيز الذات فيحدث عندما ينتقى التلاميذ ذاتياً أو يطبقون ذاتياً نواتج مرغوبة بعد أن يفوا بمعايير الأداء المحددة للسلوكيات المستهدفة (والآن بعد أن أديت المهمة جيداً حان الوقت لأحصل على راحة). وتتضمن متطلبات تعزيز الذات معرفة الفرد بوقوع السلوك ذى الاهتمام (رصد الذات)، وتحديد ما إذا كان مستوى الأداء يفي بمحكات السلوك أم لا (تقويم الذات)، وبالتالي يتلقى المعزز. وقد استطاع (Newman, Buffington, Hemmes, 1996) تعليم المراهقين الذين يعانون من الذاتية مهارات المحادثة الملائمة باستخدام تعزيز الذات.

وقد قدم (King - Sears, Carpenter, 1997) أسلوب لإدارة الذات مكون من أربعة مراحل ويطلق عليه اسم (SPIN) وتشير الحروف الأربعة إلى العمليات التالية:

- ١- الانتقاء Selecting: أى انتقاء السلوكيات.
 - ٢- الإعداد Preparing: أى إعداد نظام ملائم لإدارة الذات، بناء إجراءات إدارة الذات وتصميماتها.
 - ٣- التعليم Instructing: أى تعليم الأفراد استخدام عملية تدريسية مكونة من ١٠ خطوات.
 - ٤- الملاحظة Noting: أى ملاحظة الفعلية، قصيرة وطويلة الأجل بنظام إدارة الذات.
- والجدولان (١، ٢) يوضحان تفاصيل المرحل الأربع بالإضافة إلى الخطوات العشرة التدريسية.

جدول (١)

المرحل الأربعة لتصميم إدارة الذات (SPIN)

١- الانتقاء:	انتقاء سلوك لإدارة الذات. - شخص وحدد السلوك الذى تحتاج لتغييره. - حدد محكات الإقنآن. - قياس الأداء الحالى للسلوك.
٢- الإعداد:	تهبأ لتدريس نظام إدارة الذات. - حدد نمط نظام إدارة الذات. - قم ببناء نظام إدارة الذات.
٣- التعليم:	علم الفرد نظام إدارة الذات باستخدام عملية تدريس مكونة من ١٠ خطوات: - قدم السلوك المستهدف. - قدم نظام إدارة الذات. - قدم ممارسة وقيم الإقنآن.
٤- الملاحظة:	لاحظ التأثيرات قصيرة الأجل والتأثيرات طويلة الأجل على أداء التلميذ. - قيم الأداء قصير الأجل للسلوك. - قيم الاحتفاظ طويل الأجل بنظام إدارة الذات. - دعم تعميم نظام إدارة الذات.

جدول (٢)

الخطوات العشرة التدريسية لاستخدام الطلاب أسلوب إدارة الذات

<p>• قدم الملوك المستهدف</p> <p>١- حدد واعرض أمثلة وعدم أمثلة للسلوك المستهدف.</p> <p>٢- اشرح أهمية السلوك المستهدف.</p> <p>٣- قدم ممارسة للسلوك المستهدف وحدد محكات الاتقان.</p>
<p>• قدم نظام إدارة الذات</p> <p>٤- قم بوصف نظام إدارة الذات وفوائده.</p> <p>٥- قدم نموذج لمهارات إدارة الذات أثناء تأديتك للسلوك المستهدف.</p>
<p>• قدم ممارسة وقيم الاتقان</p> <p>٦- قدم ممارسة موجبة لاستخدام نموذج إدارة الذات أثناء أداء السلوك المستهدف من خلال موقف لعب الدور.</p> <p>٧- قيم اتقان التلميذ لنموذج إدارة الذات من أجل مزيد من الممارسة في موقف لعب الأدوار.</p> <p>٨- قم بمناقشة الموقف الفعلى الذى سيتم فيه استخدام مهارات إدارة الذات.</p> <p>٩- قدم فرصاً للممارسة المستقلة لاستخدام نموذج إدارة الذات أثناء أداء السلوك المستهدف خلال الموقف الفعلى.</p> <p>١٠- قيم اتقان التلميذ لنموذج إدارة الذات من أجل الممارسة المستقلة خلال الموقف الفعلى.</p>

ماذا نفعل من أجل رعاية المتخلفين عقلياً فى ظل نموذج الدعم؟

مما لا شك فيه أن نموذج الدعم الذى سبق الحديث عنه يعمل على تحقيق مبدأ المساواة بين المتخلفين عقلياً والعادين، كما أنه يحسن الأداء الحياتى للفرد، وذلك بالتركيز على مستويات الدعم. وهذا لا يتحقق من خلال نظام التصنيف على أساس مستويات الشدة. ولتفعيل واتباع هذا النموذج، ينبغى على المهمتين بالمتخلفين عقلياً ما يلى :

١- وضع أو تبنى تعريف مفيد وإجرائى من الناحيتين العلمية والاجتماعية حتى يمكن من خلاله تقديم رعاية حقيقية للمتخلفين عقلياً تحقق لهم التفاعل الاجتماعى.

٢- النظر فى تدريب القائمين بالتدريس والمهتمين بالتخلف العقلى تدريباً مختلفاً عن السائد حالياً والذى يعتمد على شدة التخلف العقلى (الخفيف - المتوسط -

- الشديد - العميق)، يعتمد على تصنيف المتخلفين عقلياً عبر متصل كامل من الحاجات الوظيفية للدعم.
- ٣- تصميم أدوات قياسية تحدد مجالات السلوك التكيفي بحيث تكون على درجة عالية من الثبات والصدق، ولها معيار نحدد من خلاله شدة الدعم وحجمه.
- ٤- على الإخصائيين النفسيين والباحثين العاملين في المجال تقديم وصف دقيق للحالات باستخدام نسبة الذكاء، وبروفيل المهارات التكيفية، والأسباب، وأنماط مستويات شدة الدعم الذاتي.
- ٥- توفير التمويل المالي على المستوى البحثي والمهني.
- ٦- إتاحة المجتمع الفرصة لتوظيف هؤلاء المتخلفين والذين تتمخض عنهم تطبيق فلسفة الدعم.

المراجع

- ١- عبد الرقيب أحمد البحيري (٢٠٠٢). التخلف العقلي قضايا مفاهيمية وتطبيقية. مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين - جامعة المنيا. كلية التربية. (ص ص ١-١٧).
- 2- **Baumeister, A. (2000).** The meaning of mental retardation: Sentiment versus science. In S. Greenspan & H. Switzky (Eds.) what is Mental Retardation? Ideas for the New Century. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- 3- **Bryant, D. & Maxwell, K. (1999).** The environment and Mental Retardation International Review of Psychiatry, 11(1), 56-67.
- 4- **Bryant, D. & Maxwell, K. (1999).** The environment and mental retardation. International review psychiatry, 11(1), 56-57.
- 5- **Carnaby, S. (1998).** Reflections on social integration for people with intellectual disability: Does interdependence have a role ? Journal of Intellectual & Developmental Disability, 23(3), 219-228.

- 6- Denning, C.B., Chamberlain, J.A., & Polloway, E.A. (2000). An evaluation of state guidelines for mental retardation: Focus on definition and classification practices. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 35(2), 226-32.
- 7- Detterman, D.K. (1999). The psychology of mental retardation. *International Review of Psychiatry*, 11(1), 26-34.
- 8- Detterman, D.K., Thompson, L.A. (1997). IQ schooling and developmental disabilities: What's so special about special education ? *American Psychologist*, 52, 1082-1091.
- 9- Doll, E.A. (1941). The essentials an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 46, 214-229.
- 10- Ellis, N.R. (1969). A behavioural research strategy in mental retardation. *Defense and Critique. American Journal of Mental Deficiency*, 73, 557-566.
- 11- Ferguson, P.N. (1994). *Abandoned to their: social policay and practic toward severely retarded people in America, 1820-1920*. Philadelphia: Temp University Pres.
- 12- Forness, S., et al. (1998). What is so special about IQ ? The limited explanatory power of cognitive abilities in the real world of special education. *Remedial & Special Education*, 19(6), 315-323.
- 13- Gindis, B. (1999). Vygotsky's vision: Reshaping the practic of special education for the 21st century. *Remedial & Special Education*, 20(6), 333-341.
- 14- Greenspan, S. (1997). Dead manual walking: Why the 1992 AAMR definition needs redoing. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32, 179-190.

- 15- Grossman, H.J. (1973, 1977). Manual on terminology and classification on mental retardation. Washington DC: American Association on Mental Deficiency.
- 16- Grossman, H.J. (1983). Classification in mental retardation. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- 17- Jacobson, J.W. & Mulick, J.A. (1996). Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation. Washington, DC: American Psychological Association.
- 18- Kennedy, C. (2001). Social interactions for youth with severe disabilities should emphasize interdependence. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7, 122-127.
- 19- King-Sears, M.E. & Carpenter, S.L. (1997). Teaching self-management for elementary students with developmental disabilities. *Innovations*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- 20- King-Sears, M.E. (1999). Teacher and researcher co-Design self-management content for an inclusive setting: Research training, intervention, and generalization effects on student performance. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34(2), 134-156.
- 21- Koegel, L.K., Koegel, R.L., Hurley, C. & Frea, W.D. (1992). Improving social skills and disruptive behavior in children with autism through self-management. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 341-353.
- 22- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M., & Stark, J.A. (1992). *Mental retardation:*

- Definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: AAMR.
- 23- Luckasson, R., Schalock, R.L., Snell, M.E. & Spitalnik, D.M. (1996). The application of the 1992 AAMR definition and preschool children: Response from the committee on terminology and classification. *Mental Retardation*, 34, 247-253.
- 24- MacMillian, D. L., Greshman, F.M. & Siperstein, G.N. (1993). Conceptual and psychometric concerns about the 1992 AAMR definition of mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 98, 325-335.
- 25- Marilyn, E.S. (1991). The IFSP and parents with special needs/mental retardation. *Topics in Early Childhood Special Education*, 11(3), 107-121.
- 26- McCarl, J.J., Svobodny, L. & Beare, P.L. (1991). Self-recording in a classroom for students with mild to moderate mental handicaps: Effects on productivity and on-task behavior. *Education and Training in Mental Retardation*, 26, 79-88.
- 27- Newman, B., Buffington, D.M. & Hemmes, N.S. (1996). Self-reinforcement used to increase the appropriate conversation of autistic teenagers. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, 304-309.
- 28- Polloway, E.A. & Patton, J.R. (1997). Mental retardation and learning disabilities: conceptual and applied issues. *Journal of Learning Disabilities*, 30(3), 297-310.
- 29- Polloway, E.A. (1997). Developmental principles of the Luckasson et al. (1992) AAMR definition: A retrospective. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32, 174-178.
- 30- Polloway, E.A., Smith, J.D., Chamberlain, J., Denning,

- C.B. & Smith, T.E.C. (1999). Levels of deficits or supports in the classification of mental retardation: Implementation practices. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34, 200-206.
- 31- Reiss, S. (1994). Issues in defining mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 1-7.
- 32- Schalock, R., Stark, J.A., Snell, M.E., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Luckasson, R., Reiss, S. & Spitalnik, D.M. (1994). Changing conceptualizations of and definition of mental retardation: Implications for the field. *Mental Retardation*, 32, 181-193.
- 33- Smith, J. (2002). The Myth of mental retardation: paradigm shifts, disaggregation, and developmental Disabilities, and developmental Disabilities. *Mental Retardation*, 40(1), 62-64.
- 34- Smith, J., & Mitchell, A. (2001). Me ? I'm not a drooler. I'm the assistant: Is it time to abandon Mental Retardation as a classification ? *Mental Retardation*, 39(2), 144-146.
- 35- Smith, J.D. (1994). The revised AAMR definition of mental retardation: The MRDD position. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 29, 179-183.
- 36- Smith, J.D. (1997). Mental retardation as an educational construct: time for a new shared view? *Education and training in mental retardation and developmental disabilities*, 32(3), 167-173.
- 37- Trent, J.W. (1995). Suffering fools. (mental retardation) *The Sciences*, 35(4), 18-22.
- 38- Walsh, K.K. (2001). Thoughts on changing the term mental retardation. *Mental Retardation*, 40(1). 70-75

Intervention programs for the Mentally retarded in the light of ILEP model of support

Dr. Abdel Raqeeb Ahmed Elbheary
Professor of Special Education
and Mental Hygiene
Assiut University
Faculty of Education
Psychology Department

Abstract

Mental retardation field is considered the most characteristic field of special education. With the appearance of the AAMR manual in 1992, many radical changes have taken place in the definition and classification system of mental retardation. The system of classification that is based on levels of deficit and which appeared in the AAMR manual by Grossman was replaced by a new system of classification that is based on levels of support: Intermittent, limited, Extensive, Pervasive (ILEP). The new system of classification has paved the way for the inclusion movement, thus effecting shifts in diagnosis, and treatment of the mentally retarded, in addition to a predilection to the change of the term "mental retardation", with another term that is socially acceptable. This study investigates the reflections and repercussions of the 1992 manual on the professional practices in the field of mental retardation. This includes intervention programs, the individualised family services, the concept of interdependence in intervention programs the self-management instruction to the mentally retarded and finally how this can fit the Arab Countries and their resources.