جامعة الملك فيصل

عمادة التعلم الإلكتروني والتعليم عن بعد

اسم المقرر
التخلف العقلي في ضوء النظريات

مدرّس المقرر:د/عمر السيد حمادة

٤- التصنيف الإكلينيكي (المظهر الخارجي) :

يتميز هذا التصنيف في إمكانية التعرف على بعض الحالات في الإعاقة العقلية من خلال المظهر العام ، حيث اعتمد هذا التصنيف على وجود خصائص جسيمة تشريحية فسيولوجية إضافة إلى عامل الذكاء ، ومن هذه الأنماط الإكلينيكية الأطفال المنغوليين ، وحالات القماءة ، وحالات صغر حجم الدماغ ، وحالات استسقاء الدماغ،وحالات اضطراب التمثيل الغذائي ، وحالة الجلاكوسيما.

١- الأطفال المنغوليين :

تعتبر حالات الإعاقة والمصنفة ضمن حالات المنغولية من الحالات الأكثر شيوعاً من بين حالات الإعاقة العقلية إذ تصل نسبة الأطفال المنغوليين إلى حوالي(١٠%)من حالات الإعاقة العقلية ،وقد سميت حالات المنغولية بهذا الاسم نسبه إلى التشابه بين الملامح العامة. وقد بقيت مثل هذه التسمية للأطفال المنغوليين شائعة حتى عام (١٨٨٦م)،حيث سميت مثل هذه الحالات باسم عرض داون (dawns syndrome) نسبة على الطبيب الإنجليزي لانج دون داون (١٨٨٦م)،الذي قدم محاضرة طبية عن حالات المنغولية واقترح التسمية التي لاقت إقبالاً من أوساط المهتمين في ميدان التربية الخاصة ،ولكن التسمية القديمة مازالت شائعة حتى يومنا هذا في كثير من أوساط التربية الخاصة .

ويتميز الأطفال المنغوليين بخصائص جسمية وعقلية واجتماعية مميزة تختلف عن خصائص فئات الإعاقة العقلية الأخرى ،إذا تمثل الخصائص الجسمية المشتركة الأكثر وضوحاً لدى هذه الفئة من الأطفال ،وتمثل تلك الخصائص في شكل الوجه حيث الوجه المستدير السطح ،والعيون الضيقة ذات الاتجاه العرضي ،وصغر حجم الأنف ،وكبر حجم الأذنين وظهور اللسان خارج الفم ،والأسنان غير منتظمة ،وقصر الأصابع والأطراف وظهور خط هلامي واحد في راحة اليد بدلاً من خطين ،هؤلاء أبطأ من الآخرين في تعلم استعمال أجسامهم وعقولهم .

أما الخصائص العقلية لهذه الفئة فتتمثل في القدرة العقلية التي تتراوح مابين المتوسط والبسيط ،إذ تتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة مابين (٤٥-٧٠)على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ،ويعني ذلك قدرة هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب ،والمهارات الاجتماعية، ومهارات العناية بالذات والتواصل اللغوي ،والمهارات الشرائية والمهنية ،ويمكن تصنيف هذه الفئة ضمن فئة الأطفال القابلين للتعليم ،أو الأطفال القابلين للتدريب.

أما الخصائص اللغوية لهذه الفئة فتتمثل في المهارات اللغوية الاستيعابية والتعبيرية ،حيث يواجه أطفال هذه الفئة مشكلات في اللغة التعبيرية ،إذ يصعب عليهم التعبير عن ذواتهم لفظيًا لأسباب متعددة أهمها القدرة العقلية وسلامة جهاز النطق ،وخاصة اللسان والأسنان ،أما مشكلات اللغة الاستقبالية فتبدو اقل مقارنة مع اللغة التعبيرية،إذ يسهل على الطفل المنغولي استقبال اللغة وسمعها وفهمها وتنفيذها ،وفيما يتعلق بالخصائص الانفعالية للمنغوليين فإنهم يتصفون باللطف والمرح وحب التقليد والتعاون والابتسام ،ويظهر لديهم حب الموسيقى وميلهم إلى تقليد الآخرين .

وتعود أسباب حالات المنغولية إلى خلل في الكروموسومات رقم (٢١)الذي تحمله الأم وخاصة في الأعمار المتقدمة للأمهات بعد عمر (٣٥)سنه ،فكلما زاد عمر الأم كلما زادت الفرصة لولادة أطفال منغوليين ،وبسبب من ضعف هذا الكروموسوم لدى الأمهات المتقدمات في العمر (قبل الحمل) حيث يظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين وبذا يصبح لدى الطفل المنغولي (٤٧) كروموسوم بدلاً من (٤٦) كروموسوماً ،وسبب آخر احتمال إصابة الأم أو الأب ببعض الأمراض المعدية مثل الزهري،والسل.....

٢-حالات القماءة :

تعتبر حالات القماءة (قصر القامة)من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية ،ويقصد بها حالات قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد، والمصحوبة بالقدرة العقلية المتدينة ، ومن المظاهر الجسمية المميزة لهذه الحالة قصر القامة حيث لا يصل طول الفرد حتى في نهاية سن البلوغ والمراهقة (١٦- ١٨)سنه إلى أكثر من (٨٠) سم ، ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد واندلاع البطن وقصر الأطراف والأصابع .

أم الخصائص العقلية لهذه الحالات فتتمثل في تدني الأداء العقلي لهذه الفئة على مقياس الذكاء ، وفي الغالب تتراوح نسب ذكاء هذه الفئة مابين (٢٥- ٥٠)درجة، وتواجه هذه الحالات مشكلات تعليمية،وترجع أسباب حالات القماءة إلى عوامل وراثية ،وبيئية والتفاعل بينهما ،إذا تعتبر الغدة الدرقية وخاصة النقص الواضح في إفراز هرمون الثيروكسين والذي و الذي تفرزه الغدة الدرقية سبباً رئيساً في حدوث حالات القماءة ، حيث يتأثر نشاط الغدة الدرقية بعدة عوامل منها الهرمون المنشط لها في الغدة النخامية وكمية الدم التي تصل إليها ، ومادة اليود، إذ تعتبرنقص مادة اليود في الطعام عاملاً أساسياً في نقص هرمون الثيروكسين.

تظهر حالات القماءة عند الطفل بعد ستة شهور من العمر من خلال الحركة والجلوس، حيث يبدو على الطفل الكسل والخمول وبطء الاستجابة والنمو النفسي الحركي، ويتأخر نمو الكلام ، ولا يميل هؤلاء إلى التفاعل الاجتماعي مع من يحاول مداعبته فلا يظهر أي ابتسامة أو ضحك ، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد ويتغير لون جلده إلى الاصفرار ،وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (٢٥_٥٠)درجة ، ويواجهون مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات القراءة والكتابة والحساب وهي مهارات الحياة. وقد يكون من المناسب التمييز بين حالات قصر القامة التي لا يصاحبها تدني في القدرة العقلية وبين حالات قصر القامة التي يصاحبها تدني واضح في القدرة العقلية.

اليومية .

٣- حالات صغر حجم الدماغ:

حيث تبدو مظاهر هذه الحالة في صغر محيط الجمجمة (٥سم-+_٢٠سم) مقارنه مع حجم محيط الجمجمة لأطفال العاديين المناظر لهم في العمر الزمني ،حيث يبلغ محيط الرأس لدى الأطفال العاديين عند الولادة هو (٣٣سم-+_٥سم) وغالباً ما يأخذ الرأس في مثل هذه الحالات شكل المثلث المعكوس أو حبة الكمثري المعكوسة،ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول ،وصعوبات في المهارات الحركية العامة الدقيقة ،ومقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين .

أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية ،وغالباً ما تقع هذه حالات في فئة الإعاقة البسيطة والمتوسطة ،وخاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى ،أما البرامج التربوية لمثل هذه الفئة تبدو في تدريبهم على مهارات الحياة اليومية.وتتصف هذه الحالة بضعف في النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام وتصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة النشاط الحركي .

٤- حالات كبر حجم الدماغ:

تعتبر حالات حجم كبر الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في مجال الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسب حدوث مثل هذه الحالات مقارن مع حالات الإعاقة العقلية البسيطة ،وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة (٤٠سم+- ٥سم)، مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة، وقالباً ما يكون شكل الرأس مثل هذه الحالات كبيراً، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الوزن والطول وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة ، مقارنه مع نظرائهم من الأطفال العاديين . أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية ، وغالباً ما تقع هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً ،خاصة إذا ما صاحبها إعاقات أخرى، أما البرامج التربوية فتبدو في مهارات الحياة اليومية .

٥- حالات استسقاء الدماغ:

تعتبر حالات استسقاء الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في مجال الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسبة حدوث مثل هذه الحالات مقارنة مع حالات الإعاقة العقلية البسيطة ،وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الدماغ (٤٠سم+-٠سم) مصحوبة بسائل النخاع الشوكي في داخل أو خارج الدماغ ،ولهذا السبب يبدو الرأس كبيراً وطرياً ،وعندما يضغط الفرد على رأس حالة استسقاء الدماغ يشعر وكأنه يضغط على بالون مملوء بالماء ،ومن المظاهر الجسمية المصاحبة بمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الطول والوزن وظهور مشكلات حركية عامه وخاصة، مقارنة مع نظرائها من الأطفال العاديين .

أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية،وغالباً ما تصنف مثل هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً، وخاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى ، وتقدم مهارات الحياة اليومية كبرامج لمثل هذه الحالات .

٦-حالات اضطرابات التمثيل الغذائي (pku) (phenylkeonuria):

وقد اكتشف هذه الحالة طبيب نرويجي يدعى فولنج (١٩٣٤م)،عندما كان يقوم بأجراء بعض الفحوص الروتينية على طفلين من المعاقين عقلياً ،حيث وجد أن لون البول عندهما يتغير إلى اللون الأخضر بدلاً من اللون الأحمر البني المعتاد عندما كان يضيف إليه الفيريك (ferric)،كما لاحظ رائحة غريبة في بول الطفل وهذه الحالة عبارة عن اضطراب في التمثيل الغذائي ناتج عن فقدان أنزيم يدعى حامض الفينيلين يفرزه الكبد،ويساعد هذا الأنزيم على المصادر الغذائية مثل الحليب وتحويله إلى ثيروسين).

وبسبب فقدان الأنزيم المشار إليه سابقا فإن حامض الفينيلين غير المؤكسد يتجمع في الدم والأنسجة بنسبة مرتفعة،مما يؤدي إلى أثار سامة بالنسبة للخلايا العصبية في الدماغ،والطفل المصاب بهذه الحالة ،قد يبدو طبيعياً عند الولادة،ولكن استمرار تناول الطفل للطعام المحتوي على حامض الفينيلين مع العجز عن تحليلها وأكسدتها يؤدي إلى تراكمها في دم الطفل مما يؤدي بدوره إلى إتلاف متزايد لخلايا الدماغ.

٧-حالة الجلا كتوسيميا :

هي أيضاً إحدى الحالات الناتجة عن جين متنحي يتصادف وجودة في كلا الوالدين ،وحدوثه أكثر ندره من حالة وكثيراً ما يموت الأطفال حديثو الولادة المصابين بهذه الحالة مبكراً في فترة الرضاعة ، أو يصابون بالإعاقة العقلية ،إذا استمروا بدون علاج على قيد الحياة.

أما أسباب هذه الحالة فهي قصور في عملية تمثيل الكربوهيدرات ،ويعود هذا إلى القصور في فقدان إنزيم معين يساعد في تحويل في ماده الجلاكتوز (السكر)الموجود في الحليب وأكسدتها تمهيداً لدخول هذه المادة في عملية توفير الطاقة في الخلية .

-ومن حالات اضطرابات التمثيل الغذائي للسكريات الحالة المعروفة باسم اضطراب تخزين سكر الكبد والذي يترتب عليه نقص مستوى السكر في الدم والذي يؤدي إلى تلف في المخ والجهاز العصبي المركزي .

- حالات تاي ساتش:وسميت هذه الحالات بهذا الاسم نسبة إلى العالمين اللذين اكتشفاها ،وتبدو الأعراض الجسمية لمثل هذه الحالات في صعوبة نمو مظاهر النمو الحركي بشكل طبيعي.

******

تمت بحمد الله