



جامعة سيدي محمد بن عبد الله فاس - المغرب



كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهرالمهراز، فاس

شعبة علم النفس

مسلك علم النفس

الوحدة 23:

سيكولوجية الإعاقة

الفصل الرابع من المسلك

المؤطر: دة. نجاة بلعربي

السنة الجامعية: 2019-2020

محاور مقرر الوحدة:

I- التطورات التاريخية

1- المعاق الذهني في المجتمعات الأوروبية القديمة

2- الإعاقة والإسلام

3- تيارات التفكير العلمي

4- المقاربة السيكولوجية

5- المقاربة التحليلية

6- صعوبات تعريف الإعاقة الذهنية

7- تصنيف الإعاقة الذهنية

II- أسباب الإعاقة الذهنية

أولاً- العوامل المرضية

ثانياً- العوامل المرتبطة بالوسط

III- المبادرات العلاجية في مجال الإعاقة الذهنية

1- أهداف التربية الخاصة

2- المؤسسة الخاصة بتربية المعاقين ذهنياً

أ- المؤسسة في سياقها المادي

ب- المؤسسة في سياقها العلائقي

VI- انعكاسات الإعاقة الذهنية على معيش الفرد ذي إعاقة وعلى أسرته

- 1- ردود فعل الأمهات عند العلم بإعاقة أطفالهن
- 2- تمثل الأمهات لإعاقة أطفالهن
- 3- مكانة الفرد ذو إعاقة ذهنية داخل أسرته
- 4- المرحلة العمرية التي تكون فيها تربية المعاق ذهنيا سهلة نسبيا
- 5- نوعية الجنس الذي يُفضّل أن ينتهي إليه المعاق ذهنيا

المصادر والمراجع:

- بالعربية:

✓ القرآن الكريم.

✓ أبو النيل، محمود السيد (1985): "علم النفس الاجتماعي". دراسات عربية وعالمية. دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الرابعة 1405هـ-1985م.

- باللغات الأجنبية:

✓ AJURRIAGUERRA, J. D: «L'arriération», In Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, 1977, 2^e édition.

✓ DOLTO, Françoise: «Le cas Dominique», Édition Seuil, 1971.

✓ INHELDER, B : «Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux», In sous la direction de M. MIRABAIL : «La débilite mentale de l'enfant: connaissances et éducation des enfants déficients intellectuels», Toulouse, Privat, 1979.

✓ KOHLER, Claude: «Jeunes déficients mentaux», 4^{ème} édition, DESSART et MARDAGA, Bruxelles, 1967.

✓ LONSCU, Serban: «L'intervention en déficience mentale», Pierre MARDAGA éditeur, Bruxelles, 1987.

✓ LEPOT FROMENT, Christiane (Ed): «Éducation spécialisée : recherches et pistes d'action», de BOECK et LARCIER S. A, Paris, Bruxelles, 1996.

- ✓ LAMBERT, Jean-Luc: «Introduction à l'arriération mentale», Pierre MARDAGA, Bruxelles, 1978.
- ✓ MIRABAIL, M: «La débilité mentale de l'enfant: connaissance et éducation des enfants déficients intellectuels», Privat, Toulouse, 1979.
- ✓ MANNONI, Maud: «L'enfant arriéré et sa mère», Édition du seuil, 1964.
- ✓ SMIRNOFF, Victor: «La psychanalyse de l'enfant», 3^e édition, P.U.F. Paris, 1974.
- ✓ VAGINAY, Denis: «Accompagner l'enfant trisomique», 2^e édition de la chronique social, Lyon, 2000.
- ✓ VAYER, Pierre et RONCIN, Charles: «l'intégration des enfants handicapés dans la classe», E.S.F. Paris, 1987.
- ✓ WALL, W. D: «L'éducation constructive des enfants handicapés et déviant», 1986.
- ✓ ZAZZO, René: «Les résistances devant les inégalités humaines», in sous la direction de MIRABAIL, M (1979) : « La débilité mentale de l'enfant », Privat, Toulouse, 1979.
- ✓ ZAZZO, René: «les débilités mentales», ARMOND Colin, 1971.

المحور الأول:

التطورات التاريخية

1- المعاق الذهني في المجتمعات الأوروبية القديمة

كانت الإعاقة الذهنية مسألة مسكوتا عنها في الفلسفة اليونانية والأنساق الفلسفية التي أعقبتها إلى حدود علم النفس الحديث. فهي لم تكن حاضرة في النسق العلائقي الذي يجمع بين الإنسان والعلم؛ إذ أن التأخر الذهني كان يعتبر عقابا، كما اعتبر الشخص المعاق إنسانا غير نافع لا فائدة ترجى منه ويجب التخلص منه. وفي هذا الإطار فإن القديس أوغستين Saint Augustin يصف الأطفال المعاقين ذهنيا بـ «أنهم مثيرين للاشمئزاز أحيانا، لدرجة أنه ليس لديهم عقل كالمشيية».

وفي العصور الوسطى، خصوصا في القرن السادس عشر، برز رأيان متناقضان كليا: أولهما رأي "لوثر Luther" الذي يعتبر أن « المعاقين هم أبناء الشيطان»، والثاني هو رأي "هيربرت Sir Anthony Fitz Herbert" الذي كان يرى أن التأخر هو في الغالب « حالة أكثر منه مرضا». وتميزت هذه المرحلة بولادة حدث التأخر من وجهة نظر الثقافة والإيديولوجيا. فرغم الدور الذي لعبه التساؤل الفلسفي أو الديني في التأكيد على حقيقة التأخر التي لا يمكن تفاديها، إلا أن تبرير وجوده الذي يركز على عقلية التذويب في إطار التباسات إيديولوجية لم يؤد سوى إلى تغيير وضعية المشاكل.

2- الإعاقة والإسلام

أمام هذا الازدراء والقسوة تجاه المعاقين، نجد أن الإسلام جاء ليصحح العديد من الممارسات تجاه الإنسان سواء كان سويا أو مريضا. وقد كان حظ الشخص المعاق في ذلك وفييرا حيث أحيط بالعناية في التشريعات والنظم؛ يقول Claude Kohler: « في حين نعرف أن الحضارة الإسلامية منذ بداياتها قد أشفقت على الأطفال والراشدين المعاقين واعتنت بهم ووضعتهم في مؤسسات خاصة، فإننا لا نجد أي اهتمام لأوروبا في هذا المجال في هذه الفترة». فكيف نظر الإسلام إلى الإعاقة؟ وكيف كان وضع الشخص ذو إعاقة داخل المجتمعات الإسلامية؟

لقد عمل الإسلام على التخفيف من وقع الإصابة بإعاقة على صاحبها وأسرته داعيا إلى الرضى بالمصاب لنيل الأجر والثواب. وفي هذا الصدد نجد الكثير من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة منها:

قوله تعالى: « وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون، أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون» (البقرة: 156-157).

والحديث القدسي الذي رواه الترمذي عن أنس: « إذا وجهت إلى عبد من عبادي مصيبة في بدنه أو في ولده أو في ماله فاستقبلها بصبر جميل استحيت يوم القيامة أن أنصب له ميزانا أو أنشر له ديوانا».

لذلك فإن المسلمين، عبر التاريخ، عملوا على تطبيق تعاليم الدين الإسلامي بما في ذلك الجانب الخاص بالأشخاص ذوي إعاقة، حيث أن الخليفة عمر بن الخطاب كان يتكفل بالعجزة والمساكين، ومنع اختلاط المجذومين بالناس مع فرض مبلغ مالي لهم.

وقد تم تأسيس أول مستشفى للمجذومين في الإسلام في عهد الوليد بن عبد الملك سنة 89هـ (707 م). وهو أول خليفة جعل لكل أعمى قائدا يقوده، ولكل مقعد خادما يخدمه. وتوالى إنشاء المستشفيات للعجزة عبر التاريخ الإسلامي ليشهد طفرة كبيرة في العصر العباسي؛ إذ أمر أبو جعفر ولاته ببناء ملاجئ للعجزة والمساكين في كل الأقاليم، كما تشهد كتب التاريخ لهارون الرشيد بدوره الكبير في هذا المجال. ولم يكن الملوك المغاربة على امتداد التاريخ بمعزل عن هذه الحركة، إذ تنافسوا هم أيضا على تحبيس الأملاك على العجزة والفقراء.

3- تيارات التفكير العلمي

إن دراسة التأخر العقلي ستبدأ فعليا على الصعيد الإكلينيكي والفيزيولوجي في القرن التاسع عشر، حيث أن الأعمال الخاصة لإسكيروول Esquirol وسوغان Seguin أدخلت مصطلحات مهمة لوصف الأمراض التي بقيت سارية المفعول وحددت الأفق النظري الذي سيوجه المقاربات السيكمترية للقرن التاسع عشر. ففي حين أن "بينل Pinel" يدمج الإعاقة الذهنية في إطار "العتاهة idiotisme" و"الخبل demeuré"، نجد "إسكيروول Esquirol" يميز بين الخبل والعتاهة؛ فبالنسبة له الشخص المخبول محروم من الثروات التي كانت عنده، فهو الغني الذي أصبح فقيرا، أما "المعتوه idiot" فهو الذي كان دائما فقيرا وبائسا. ويفصل بين "العتاهة Idiotie" الذي يعني عنده حالة نقص عام لا تتطور فيها الملكات العقلية و"البلاهة imbécillité" التي تكون فيها إصابة الفرد أقل. أما بالنسبة لسوغان Seguin، فهو يفصل من جديد بين العتاهة والبلاهة اللذين يعترف بعدم إمكانية الشفاء منهما، وبين التأخر الذهني المتميز ببطء النمو الذهني الذي يمكن استعادة نموه الطبيعي.

إن القرن العشرين هو القرن الذي ستعطى فيه للأطفال المتأخرين ذهنيا وضعية خاصة، حيث أن التأخر الذهني سيُحدّد انطلاقا من معيارين مستقلين: المستوى العقلي والتكيف الاجتماعي. وفي هذا القرن ظهرت أيضا العديد من مقاييس الذكاء التي كان أولها اختبار "بينيه Binet" و"سيمون Simon" لقياس الذكاء سنة 1905، الذي شكل تحولا في تاريخ الدراسات حول التأخر الذهني. وقد تمت مراجعة هذا الاختبار من قبل "Terman" الذي أدخل مفهوم

"مستوى الذكاء IQ" الذي أخذه بدوره عن "ستيرن Stern". وتعتبر مقاييس الذكاء لـ "وكسلر Wechsler" المرحلة الثانية المهمة في هذا المجال.

وبموازاة مع تطور اختبارات الذكاء التي تحدد معايير التأخر الذهني، برز تيار آخر في الولايات المتحدة الأمريكية بين سنة 1930 و1950 ممثلاً بالخصوص من قبل "دول Doll" ومدرسة "Vineland". ويركز هذا التيار على مفهوم الكفاءة الاجتماعية، فالمتأخرون ذهنياً يمثلون اضطرابات أكثر أو أقل أهمية في التكيف الاجتماعي رافضاً بذلك كل تعريف يركز على مستوى الذكاء IQ.

وقد تطور هذا الموقف حوالي نهاية سنة 1950 تحت تأثير التطورات العلمية بالخصوص. وانطلاقاً من هذه التأثيرات، دعت الجمعية الأمريكية للتأخر الذهني (AAMD) مجموعة من الباحثين الذين كانت مهمتهم اقتراح تعريف للتأخر الذهني. وفي سنة 1959 نشر التعريف الأول.

- التعريف الأول لـ AAMD

« التأخر الذهني هو اشتغال ذهني يتموضع تحت العادي... ويرتبط هذا الاشتغال باضطرابات في النضج والتعلم والتكيف الاجتماعي ».

وقد تمت مراجعة هذا التعريف مرة أخرى في نسخة جديدة لازال تأثيرها مستمرا إلى اليوم.

- التعريف الثاني لـ AAMD

« التأخر يشير إلى اشتغال ذهني عام أقل من المتوسط بشكل دال يكون مُصاحباً بعجز في السلوك التكيف ويظهر طوال المرحلة النمائية ».

ويستعمل هذا التعريف اليوم بشكل واسع في العالم لكونه استطاع الجمع بين معيارين: مستوى الذكاء والتكيف الاجتماعي. ويعتبر انخفاض الأداء العقلي ملحوظاً إذا كان بمقدار انحرافين معياريين عن المتوسط (أي أن درجة الذكاء تقل عن 70 عند استخدام "مقياس وكسلر" أو 68 عند استخدام "مقياس بينيه"). أما العجز في السلوك التكيفي فهو يعني افتقار الفرد إلى الكفاية اللازمة لتحمل المسؤولية الاجتماعية والتمتع بالاستقلالية الشخصية المتوقعة لمن هم في فئته العمرية وفئته الاجتماعية والثقافية.

وهكذا فإن انخفاض درجة الذكاء شرط ضروري ولكنه غير كاف لتشخيص الإعاقة الذهنية إذ ينبغي أن يرافق ذلك الانخفاض عجز في السلوك التكيفي (وهذا يتطلب استخدام أحد مقاييس السلوك التكيفي).

وقد أعادت الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية تعريف هذه الإعاقة على النحو التالي: "الإعاقة الذهنية" هي انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام يصحبه عجز في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التكيفي التالية: التواصل، العناية بالذات، الحياة

الأسرية، المهارات الاجتماعية، الحياة المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية الوظيفية، والعمل".

ويختلف هذا التعريف عن التعريف السابق في تأكيده على أن الإعاقة الذهنية تعني أن لدى الطفل صعوبات أساسية في التعلم وفي تأدية بعض المهارات الحياتية اليومية وأن لديه ضعفاً شديداً في الذكاء المفهومي والاجتماعي والعملي. ويحدد هذا التعريف مجالات الكفاية التي يتضمنها السلوك التكيفي بوضوح.

4- المقاربة السيكولوجية

استعمل "زازو R. ZAZZO" مفهوم "اللاتناسق الزمني *hétérochronie oligophrène*" لتفسير ظاهرة التأخر الذهني، مؤكداً على أن النمو الذهني للمتأخر يأخذ وتيرة أبطأ من التي عند الطفل العادي. ويشكل هذا المفهوم عنده قاعدة أساسية وليس تعريفاً قياسياً للتأخر الذهني.

أما مقاربة "لوريا Alexandre LURIA" فتقوم على الجمود العقلي الناتج عن ضعف السيالة العصبية، مما يؤدي إلى انتشار الاضطراب في إنجاز العمليات المطلوبة، وهو ما يطلق عليه صفة "الجمود العقلي".

وبدراستها للسيرورات المعرفية في تطورها وفي ميكانيزماتها، تؤكد "إنهلدر B. INHELDER" على أنها لا تجد أشكالاً جديدة من الاستدلالات عند المتأخر ذهنياً، فالنمو عنده يمر بنفس الأطوار ونفس مراحل النمو عند الطفل العادي، حيث يكون تسلسل الاكتسابات هو نفسه، إلا أن « سيرورات الاكتسابات لدى الطفل ذو التأخر ذهنياً تتميز بتثبيت في منتصف الطريق يمنع الوصول إلى التوازن النهائي للفكر؛ والسمة الأولى للطفل أو المراهق ذو التأخر ذهنياً تتمثل في التثبيت في مرحلة سابقة بواسطة نقص في التكوين الذهني». وما يميز الإعاقة الذهنية عند "إنهلدر Bärbel INHELDER" هو استحالة المرور إلى بنيات التفكير الصوري.

5- المقاربة التحليلية

رغم تأكيد فرويد على أهمية مرحلة الطفولة في تكون شخصية الراشد، فهو لم يعالج أطفالاً ذوي إعاقة ذهنية. لذلك ليس غريباً أن لا نجد عنده مشكل "الإعاقة الذهنية" مادام لم يعالجه. إلا أنه فيما يخص الذكاء، يؤكد فرويد على أنه ليس وظيفة ذهنية منعزلة بل هو مرتبط بالغريزة، فالكف الذهني هو بالضرورة مرتبط ببنية عصبية.

وبالنسبة لميلاني كلاين، كما هو الشأن عند فرويد وأنا فرويد Anna Freud، يكون القلق بخصوص الامتحانات والفشل الدراسي نتيجة لنقل منع الفضول الجنسي إلى منع للفضول الذهني. وهكذا، فطبيعة ومحتوى الإعاقة الذهنية لم يتم تحليلهما عندها أيضاً.

كما لم تقدم "مانوني Maud Mannoni"، هي أيضا، تعريفا محددا للإعاقة الذهنية في كتابها "الطفل المتأخر وأمه". فالتأخر الذهني عندها نتيجة علاقة مرضية بين الأم وطفلها؛ تقول: «عند الاهتمام بإعادة تربية الطفل المتأخر دراسيا، لابد من الانتباه إلى أي حد يمكن أن يحتوي المجال الأسري على اضطرابات سلوكية قد تنضاف إلى الإعاقة، أو بكل بساطة إلى توقف النجاح المدرسي أو المهني».

أما "دولتو Françoise Dolto" فقد أقرت بحقيقة أن التأخر الذهني لدى الطفل أو المراهق غالبا ما يتضاعف بذهان يجب علاجه، فالذهان ينضاف غالبا من خلال استقبال الطفل في الأسرة التي لم تهمله بالضرورة ولكن لا تؤمن دائما بإمكانيات تطوره. والمهم هو المعنى الذي يأخذه التأخر الذهني في حياة الطفل.

وفي نفس المنظور، نجد "روجر ميزي Roger Misés" يؤكد على أهمية تاريخ الفرد كديناميكية لبناء شخصية في إطار رؤية متعددة الاختصاصات للتأخر الذهني؛ فالطفل يتطور عبر سيرورة معقدة متميزة بمراحل نلاحظ من خلالها بأن إعداد وبنينة الوظائف المعرفية لا تنفصل عن السيرورة العامة المتطورة للشخصية. هناك بطبيعة الحال الحالات التي تلعب فيها العوامل العضوية دورا مهما، لكن يجب أن نتذكر دائما أنه انطلاقا من هذه العوامل ستعاش التجارب من قبل الطفل بطريقة أخرى؛ فالجو الأسري سيتغير، استجابات الأم لهذا الطفل ستتغير أيضا. باختصار، من الضروري تتبع نتائج الإصابة العضوية، ليس فقط على مستوى التسجيل البيوعصبي، ولكن على مستويات أخرى أيضا؛ على مستوى تطور الغرائز وعلى مستوى التركيز على الطفل من قبل الأم، ومستوى التركيز على الأم من قبل الطفل مثلا.

6- صعوبات تعريف الإعاقة الذهنية

من خلال هذا العرض المختصر لمحاولة مختلف الاتجاهات تعريف الإعاقة، نلاحظ مدى الصعوبة التي تعترض إعطاء تعريف مبسط للإعاقة الذهنية الذي يبقى غير محدد جيدا. فهذا التعريف، كما يقول J. de Ajurriaguerra: « يبقى مرتبطا بمختلف المعايير التي نستعملها من أجل تعريفه جيدا».

فاختبارات الذكاء التي طبقت من قبل "بينيه Binet" و"سيمون Simon" من أجل الكشف عن الأطفال المتأخرين ذهنيا وذلك بقياس سنوات تأخر الطفل مقارنة مع متوسط ذكاء الأطفال من نفس السن والتي لا يمكن تجاوزها بسهولة، لا تشكل سوى معيارا واحدا لا يجب اعتباره نهائيا ولا قيمة في حد ذاته أيضا حيث أنه يأتي بمعطى كمي فقط ولا يبين لنا جودة التنظيم.

وبالإضافة إلى هذا، هناك مشكل آخر أساسي يُطرح على هذا المستوى هو تحديد الحدود العليا للتأخر الذهني التي اختلف فيها الباحثون. فقد قالت "شيلاند Colette Chiland" بأن

مستوى الذكاء الذي يكون أكبر من 96% (Q.I>96) يكون كافياً لمتابعة الدراسة، في حين يؤكد اختبار (ويكسلر W.I.S.C) على أن التأخر الذهني يتموضع في مستوى ذكاء أقل من 70% (Q.I>70)، أما بالنسبة لـ "Daily" فإن الحد الأعلى للتأخر الذهني يصل إلى حدود 85% (Q.I>85).

وفي ما يخص معيار التكيف الاجتماعي فلا يمكن تحديده إلا بالنسبة للمجتمع، وذلك بالبحث عن إمكانيات التكيف التي هي متغيرة من مجتمع إلى آخر ومختلفة حسب السن. أما المعيار البيولوجي فقد أصبح مهماً أكثر فأكثر.

ولتجاوز هذه الصعوبات، نؤكد مع "رازو R. Zazzo" بأنه ما دام التمييز بين محدد ومعياري التأخر الذهني لن يتم بوضوح مما يجعل إعطاء تعريف بسيط للتأخر الذهني صعباً، فإنه لا بد من توفر معلومات كثيرة يجب جمعها (بيولوجية، سوسيو-ثقافية، وجدانية-علائقية...) يكون فيها الفرد هو نقطة الالتقاء. فكل واحدة من هذه التخصصات هي في حد ذاتها معقدة وتحتوي بدورها على عناصر متداخلة، مما يعني أنه من الضروري إدماج وتوحيد مختلف ثوابت نمو الطفل؛ بمعنى رفض نماذج التفسير المتقلص لحساب البحث عن نموذج ديناميكي ومتعدد.

7- تصنيف الإعاقة الذهنية

اقترحت الكثير من التصنيفات من أجل تمييز حدة الإعاقة، وأقدم تلك التصنيفات هو الذي يصنف الأفراد المعاقين ذهنياً إلى:

- المعتوه (l'idiot): مستوى الذكاء أقل أو يساوي 20-25 (Q.I ≤ 20-25).
- الأبله (l'imbécile): مستوى الذكاء أقل أو يساوي 40-50 (Q.I ≤ 40-50).
- المتأخر ذهنياً (le débile mental): مستوى الذكاء أقل أو يساوي 75 (Q.I ≤ 75).

غير أن هذه المفاهيم لم تعد مستعملة في معجم الإعاقة الذهنية. فانطلاقاً من توصيات المنظمة العالمية للصحة في تصنيفها العاشر (CIM-10)، يصنف المتأخرون ذهنياً إلى أربعة أصناف:

- المتأخر الذهني الخفيف: الذي يكون مستوى ذكائه ما بين 50-55 إلى 70-75 (Q.I: ± 50-55 ± 70-75)
- المتأخر الذهني المتوسط: مستوى الذكاء يكون ما بين 35 إلى 50-55 (Q.I: 35±50-55)
- المتأخر الذهني العميق: مستوى الذكاء يكون فيما بين 20-25 إلى 35 (Q.I: ± 20-25 ± 35)

- المتأخر الذهني الشديد: مستوى الذكاء يتموضع فيما بين 0 إلى 20-25 (Q.I : 20-25).

وأهمية هذا التصنيف تتمثل بالخصوص في بساطته.

وتصنف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في طبعها الخامسة (DSM 5)، الإعاقة الذهنية في أربعة فئات أيضا، على الشكل التالي:

- إعاقة ذهنية خفيفة: وتمثل هذه الفئة نسبة 85% من الأشخاص ذوي إعاقة ذهنية. أطفال هذه الفئة مستقلين ويحتاجون للمساعدة لمتابعة دراستهم ولإدارة شؤونهم المالية والصحية والتنقل.

- إعاقة ذهنية متوسطة: تشكل 10% من المعاقين ذهنيا. يتميزون بكفاءات تواصلية كافية، لكنهم يكونون في حاجة لمساعدة الآخرين في حياتهم اليومية وعلى التفاعل الاجتماعي.

- إعاقة ذهنية شديدة: تمثل هذه الفئة ما نسبته 3% إلى 4% من المعاقين ذهنيا. يحتاجون غالبا لمساعدة يومية من الآخرين.

- إعاقة ذهنية عميقة: وتصل نسبة أطفال هذه الفئة في المجموع إلى حوالي 1% إلى 2%. لا يتمكنون من تأمين حاجياتهم الأساسية، ويحتاجون دائما لمساعدة الغير.

المحور الثاني:

أسباب الإعاقة الذهنية

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة الذهنية إلى قسمين أساسيين يتشكل أولهما من العوامل المرضية في حين يرتبط القسم الثاني من هذه الأسباب بالوسط.

أولا- العوامل المرضية

يتعلق الأمر هنا بالاضطرابات التي تصيب السيرورات الخلقية للفرد:

1- التناذر الناتج عن الزيج الصبغي

1.1- الزيج الذي يمس الأوتوزوم (autosome) (الصبغيات اللاجنسية)

أ- تناذر مرض Down (المنغولية أو التثلث الصبغية 21)

لقد تم التعرف على الجينوم الإنساني سنة 1956، وهو يتكون من 22 صبغيا. وفي سنة 1959 اكتشف ثلاثة من الفرنسيين وهم: J. Lejeune ، M. Gautier ، R. Turpin وجود نموذج ثالث زائد من الصبغية 21 عند بعض الأفراد، لهذا سميت بثلاثية الصبغية 21 أو التثلث الصبغي 21.

إن نسبة الأطفال المصابين بهذا التناذر تتمركز ما بين 0,4% إلى 0,6% من بين كل الأطفال الذين يولدون، وكلما كان سن الأم كبيرا كلما كانت نسبة ولادة طفل حامل للتثلث الصبغي

21 أكبر. لكن، تجدر الإشارة أيضا إلى أن سن الأم ليس سوى عاملا من عوامل الخطر، بحيث أن 80% من الأطفال الحاملين لهذا التناذر يولدون من أمهات سنهن أقل من 38 سنة، بل إن غالبية الأمهات أقل من ذلك بكثير، والطفل الحامل للتثلث الصبغي 21 كثيرا ما يأتي في الأخير بعد العديد من الأطفال العاديين.

قديمًا، كان هؤلاء الأطفال يموتون مبكرا ونادرا ما يتجاوزون مرحلة المراهقة. أما الآن، فهم يتوفرون على فرص كبيرة لتجاوز سن العشرين بل وأيضا الثلاثين سنة. كما أن هناك حوالي طفل في سن العشر سنوات على ألف مصاب بالتثلث الصبغي 21.

ويعاني الأطفال المصابين بالتثلث الصبغي 21، على العموم، من تأخر ذهني متوسط بمستوى ذكاء (Q.I) نادرا ما يتجاوز 50%، والبعض منهم يعاني من تأخر ذهني عميق. كما أنهم غالبا ما يتمتعون بصحة جيدة مع إعاقات جسدية أقل من المتأخرين الآخرين، وليس من المعتاد إصابتهم بالصرع. وإذا اعتبرناهم كمجموعة، فهم لا يتمتعون بنفس المزاج مثل الأطفال المتأخرين الآخرين رغم أنه لا تتوفر سوى عناصر قليلة مؤكدة لهذه الفكرة.

إن تأطير هذه الفئة يثير القليل من المشاكل، وذلك نظرا لتفوقهم النسبي والخفيف على المستويات الذهنية والعلائقية والصحية على الأطفال المتأخرين الآخرين.

ومثل الأطفال الآخرين المعاقين ذهنيا، يعاني المصابين بالتثلث الصبغي 21 من صعوبات في تعلم الكلام، كما يمكنهم أن يظهروا بعض اللامبالاة بالصوت الإنساني، وهم في حاجة إلى دفعة قوية من المثيرات الممنهجة لتعلم التواصل.

وهناك نوعان آخران من الزيغ الصبغي يؤديان بدورهما إلى تناذر مرض Down. يتعلق الأمر بالفيسفيسائية la mosaïcisme والانتقال الصبغي la translocation، وكل واحد منهما يؤدي إلى 5% من الإصابات.

2.1- الزيغ الذي يمس الصبغيات الجنسية

على عكس النقص الشديد المصاحب للزيغ على مستوى الأوتوزوم (الصبغيات اللاجنسية)، يتميز الزيغ الذي يمس الصبغيات الجنسية بتنوع درجات الإعاقة الخفيفة نسبيا. وتتمثل التناذرات المعروفة أكثر على هذا المستوى، في: تناذر إكس الهش X Fragile، تناذر Turner (يصيب الإناث)، وتناذر Klinefelter (ويصيب خصوصا الذكور).

وتوجد حالات أخرى من الزيغ مرتبطة بالتغيير في عدد الصبغيات الجنسية لكنها نادرة، كما أن أغلبها مميت.

2- التناذرات الناتجة عن تشوه الجينات السائدة

معظم هذه التناذرات نادر جدا لأسباب عديدة من بينها أن عددا كبيرا من الأفراد المصابين بها يموتون أثناء الحياة الرحمية أو قبل أن يكونوا قادرين على التناسل. ويعاني الأحياء منهم،

والذين يصلون إلى سن الرشد، من العقم أو من إعاقة شديدة تحول دون تمكنهم من التناسل.

والتناذرات الموصوفة في كثير من الأعمال الصادرة عن المؤسسات الكبيرة التي تستقبل المتأخرين الشديدين والعميقين هي: تصلب الغدد sclérose tubéreuse مصاحب بتأخر ذهني شديد وبأورام الألياف الجلدية، أورام الألياف العصبية والتميمزة بأورام الأعصاب والجلد، الإصابات التي تمس أوعية الوجه والدماغ وتكلس داخل الجمجمة، تسقط الرأس acrocéphalie، جحوظ العينين والضغط داخل الجمجمة.

3- القصور الدرقي (hyperthyroïdisme) (قصور الغدة الدرقية)

وهو اضطراب خلقي يصيب تركيبية واشتغال الهرمون الدرقي. ويحدث النقص عموما في الرحم أو عند الولادة، ويؤدي إلى اضطرابات في النمو الدماغى. وللعلاج المبكر نتائج جيدة على مستوى النمو في الغالب، بشرط ألا يكون القصور كاملا الشيء الذي سيؤدي إلى تأخر ذهني.

4- الصَّعَل (ضمور الجمجمة) La microcéphalie

إن الصَّعَل، وهو نقص مهم في محيط الجمجمة، لا يكون نتيجة أي سبب وسطي، ويكون دائما مصاحبا بتأخر ذهني شديد أو عميق.

ثانيا- العوامل المرتبطة بالوسط

يكون عدد كبير من العوامل ذات الأصل الوسطى سببا من أسباب التأخر الذهني، أما البعض الآخر فلأزال على شكل فرضيات. والعوامل المرتبطة بالوسط قد تكون قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.

1- ما قبل الولادة pré-natales

يمكن لمجموعة من العناصر الفاعلة طوال الحياة الرحمية أن يكون لها نتائج درامية على نمو الطفل. إلا أن هناك ثلاثة عوامل تجعل من الصعب دراسة الأسباب المرضية قبل الولادة. أولا: تأثير العوامل الرحمية قد لا يكون واضحا منذ الولادة، خصوصا في أشكال الإعاقات الخفيفة.

ثانيا: بعض الأسباب مثل النقص الغذائي أو الإشعاعات القوية يمكنها أن تتطور عند الأم قبل الحمل بمدة طويلة.

ثالثا: نقص عام في المعلومات المباشرة حول ظروف الحياة داخل الرحم. ومع ذلك، فإن العديد من الأسباب اتضحت في السنوات الأخيرة، وأهم هذه الأسباب هي:

توكسوبلازموس La Toxoplasmose (مرض داء القطط)، السفليس الوراثي La syphilis

congénitale، الحصبة الألمانية La rubéole، الأشعة L'irradiation، تعارض الريزوس L'incompatibilité Résus، المخدرات ...

2- الأسباب التي تحدث أثناء الولادة Peri-Natales

الحدثان الرئيسيان اللذان يمكن أن تكون لهما علاقة مع تواجد تأخر ذهني عند الولادة، هما الصدمة الدماغية Traumatisme cérébrale والنقص في الأوكسجين L'anoxie. وهذان العاملان مرتبطان ببعضهما البعض ومن الصعب التمييز بين دور كل واحد منهما في الممارسة الإكلينيكية. ويشمل مفهوم صدمة الولادة الآثار المتنوعة لنقص الأوكسجين وللصدمة الميكانيكية.

وبصرف النظر عن التأثير السلبي لوسائل الولادة المتخلى عنها تقريبا حاليا (ملقط الجنين والمحجمة)، فإن نقص الأوكسجين يبقى أمرا واردا في بعض الحالات، غير أن الآثار المستمرة لنقص الأوكسجين على النمو لا تزال موضع جدال. ويتزايد خطر صدمة الولادة عند الأطفال الخدج (Berg، 1974). وفي هذه المرحلة أيضا، يمكن أن يؤدي استعمال المنتجات الكيميائية إلى اضطرابات خطيرة (الصابون مثلا).

3- أسباب ما بعد الولادة Postnatales

يمكن لعدد كبير من الأحداث غير العادية ومن الأمراض، التي ترجع أساسا إلى الوسط وذلك بعد الولادة، أن تكون مسؤولة عن درجة معينة من التأخر الذهني. إن التنوع بين-الفردي لهذه الآثار يكون كبيرا، والتأخر الذهني عندما يكون موجودا يمكنه أن يأخذ بالتالي أشكالاً متعددة.

وتتمثل أكثر الأسباب المذكورة في هذا المجال في: التهاب السحايا السلية، وهي نادرة الوجود حاليا، التهاب السحايا والأمراض الدماغية ذات الأصل البكتيري أو الحموي، والاضطرابات الدماغية، التي قد يكون التسمم بالرصاص واحدا من أسبابها، وهو سبب اتضحت أهميته في السنوات الأخيرة. وقد يشكل الرصاص، المحتوى أساسا في الكثير من أنواع صباغة الجدران وبعض اللعب، سما مسؤولا عن الاضطرابات الدماغية عند الأطفال الصغار جدا. ويمكن أن تؤدي التظاهرات الإكلينيكية المحددة إلى الكوما. ومن بين الأنواع المختلفة من الشذوذ التي نجدها عند الأحياء منهم: شلل الأطفال والعمى.

المحور الثالث:

المبادرات العلاجية في مجال الإعاقة الذهنية

إن التربية والتعليم من المسائل التي حظيت بالعديد من الدراسات والبحوث، فلكي يتعلم الفرد لابد من أن يتوفر على كفاءات ومؤهلات تمكنه من ذلك بالإضافة إلى الرغبة في التعلم. لكن ما العمل إذا كان الأمر يتعلق بأطفال لا يتوفرون على إمكانيات ذهنية كافية تمكنهم من مساهمة مراحل التعلم المختلفة؟ وما الذي يجب فعله؟

لقد تم حل الإشكال إلى حد ما منذ سنوات عديدة حيث كان لابد من توفر أنظمة تربوية خاصة ومناسبة لمستوى الأطفال "المتأخرين ذهنياً". وفي مقابل المدرسة التي تشكل نظاماً جدياً متجانساً، هناك المؤسسة العلاجية التي هي متنوعة في بنيتها الاستقبالية وفي تنظيمها، وهي من تقليد حديث جداً.

إن وضع الطفل في مؤسسة علاجية سيجعله يستفيد من عمل تربوي يعمل على إقامة علاقة بين العالم وبين عالمه الفوضوي الخاص. فوجود مكان يجمع المتأخرين ذهنياً يعتبر وسيلة وجودية، إذ أنه الإطار الذي يعتمد عليه ويستعمله هؤلاء الأفراد لإعطاء معنى لحياتهم. ومن أجل فهم أعمق لطبيعة هذه المؤسسات لابد من التعرف أولاً على ما تعنيه التربية الخاصة وما تهدف إليه.

1- أهداف التربية الخاصة

تهدف التربية الخاصة إلى تقليص العجز الذي يعاني منه المتأخر ذهنياً وتطوير كفاءاته ومؤهلاته. وهذا لا يتم إلا بالاعتماد على قدرات الشخص موضوع التربية، الشيء الذي يتطلب نوعاً من إعادة النظر في النظرة التي نحملها عن هؤلاء الأشخاص فالأمر لا يتعلق فقط بتحديد إمكانياته، بل -وأبعد من ذلك- بالاعتراف بما هو قادر على فعله.

بالنسبة للتربية العامة يتعلق الأمر بمساعدة الفرد على اكتساب الوسائل الاجتماعية والمعرفية التي ستسمح بإدخاله في الجماعة وبالاندماج الشخصي داخلها؛ فالمؤسسات التربوية مثل المدرسة تهدف إلى تعليم الطفل لجعله قادراً على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية.

أما التربية الخاصة فهي تركز على تنمية كفاءات الطفل المحدودة بالاعتماد على معايير الامتثال الاجتماعي، مع تقييم الفروق الفردية وذلك بمساعدة الفرد على اكتساب وضعيته كفرد.

كما أن الأهداف التي تطمح إليها المدرسة العادية هي أهداف غير فردية، والتلاميذ من المفترض فيهم التكيف مع المناهج المقترحة.

أما المدرسة الخاصة فهي تقوم خصوصاً على أسس التربية الفردية التي تركز في مناهجها وأهدافها على الاستجابة للحاجيات الخاصة لكل تلميذ على حدة.

تتوجه التربية الخاصة خصوصا للأفراد الذين يعانون من صعوبات في حياتهم اليومية. وبما أن هذه الصعوبات مختلفة إلى ما لا نهاية، فإن الأفراد الذين هم في حاجة إلى هذه التربية هم بدورهم مختلفون ومتنوعون.

والتدخل على مستوى الإعاقة الذهنية يتطلب أشكالا متنوعة من التدخلات؛ فقد يكون التدخل تدخلا أوليا يهدف إلى الوقاية من الإصابة بالإعاقات الأولية، وقد يكون تدخلا ثانويا يهدف إلى الوقاية من ظهور الإعاقات المضافة إلى الإعاقة الأولية. وأما التدخل الثلاثي فيهدف بدوره إلى التقليل من النتائج السلبية للإعاقة.

والتربية الخاصة تشمل كل هذه التدخلات الثلاثة، كما أنه من الصعب التمييز بين حدود هذه التدخلات. وغالبا ما تحاول المؤسسة التربوية الخاصة تحقيق هذه الأهداف. فماذا نعني هنا بالمؤسسة الخاصة بتربية المعاقين ذهنيا؟

2- المؤسسة الخاصة بتربية المعاقين ذهنيا

إن للمؤسسة معنى اجتماعيا أكثر تعقيدا من مجرد مساعدة اجتماعية تهدف إلى تعويض الأسرة في المجالات التي يعاني الطفل من نقص فيها. إنها عبارة عن جماعة واحدة أو مجموعة من الجماعات الاجتماعية التي تملك قوة كبيرة إلى حد ما نظرا للنفوذ الذي اكتسبته تاريخيا، نتيجة إنجازها بطريقة جيدة لتدخلات المساعدة الناجعة لصالح الجماعات المحرومة. وتجدر الإشارة، إلى أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار المؤسسة في سياقها المادي والعلائقي الذي يسهل اشتغال وظيفتين أساسيتين لدى الفرد هما الإحساس بالأمان والاستقلالية. فماذا نقصد بهذين السياقين؟

أ- المؤسسة في سياقها المادي

في الإطار المادي للمؤسسة، يجرب الطفل إمكانياته الجسدية وإمكانيات الفعل التي قد يكون محروما منها داخل الأسرة بالنظر لوضعيته الخاصة المتميزة على وجه الخصوص بالارتباط الكامل. ففي هذا الإطار المؤسسي يتمكن الطفل من تجريب إمكانياته وتعلم التنسيق بين حركاته وأفعاله.

إن إعادة التنظيم الذاتي هذه - وعبر مراحل متعددة - تتيح للطفل اكتشاف إمكانياته الجسدية عبر أنشطة اللعب والجري والجلوس والأخذ والتناول وغيرها، وذلك في إطار سيرورات تهدف إلى تحقيق استقلالية ولو نسبية عند الشخص ذي إعاقة ذهنية. وهذه الاستقلالية تعتبر الشرط الأساسي للتمكن من الاندماج بكيفية جيدة داخل المجتمع، وهي لا تتحقق إلا باكتساب مهارات ومعارف جديدة تساعد الطفل على الاندماج داخل الجماعة الاجتماعية التي ينتهي إليها.

إن الوعي بالذات وبالجسد يرتبط في جزء منه بجودة الوسط المادي المحيط بالطفل؛ أي مكان الفعل. ذلك أن الطفل لن يتمكن من تكوين معرفة جيدة عن جسده وعن ذاته إلا إذا تمكن هو من الفعل ومن الحركة. ولكي يتمكن من الإحساس بالراحة داخل المؤسسة، يجب على الطفل أن يحترم تنظيم المعطيات المادية من خلال مجموعة من المبادئ والأسس التي تعمل على خلق أنواع معينة من الأحاسيس، وذلك من قبيل:

- الإحساس بأن الأمر يتعلق به، والأمر هنا لا يتعلق فقط بالأنشطة المدرسية بل أيضا بجودة الأمكنة والأشياء التي تكون في متناول الطفل.
- يجب أن تكون الأمكنة وخصوصا مكان الفعل والأشياء التي توجد داخله في متناول كل واحد.
- أبعاد وجودة سطح المكان الذي يمكن أن يتحرك فيه الطفل.
- الإحساس بالأمان: إن مفهوم المكان territoire هو وضعية الطفل داخل المجموعة ووضعية المجموعة داخل المكان الذي يجب أن يجدوا فيه وفي بعضهم البعض هويتهم وحماية اندماجيتهم.
- الإحساس باستقلاليته: ويتجسد هذا الإحساس في إمكانية تملك الطفل لأشياءه الخاصة وكذلك إمكانية الفعل دون الاعتماد على الآخر.

ب- المؤسسة في سياقها العلائقي

بالإضافة إلى الضرر الذي يجب على الشخص ذي إعاقة ذهنية تحمله من جراء النقص الذي يعاني منه، هناك الصعوبات التي قد يواجهها داخل محيطه من رفض وغياب التواصل والصدمات الوجدانية.

إلا أنه وبالمقارنة مع الأطفال العاديين فإن ظروف نمو منسجم تكون هي نفسها دائما، سواء كان الطفل معاقا أم لا، والاختلاف الوحيد بين هؤلاء وأولئك هو أن الطفل الذي يستحق عايدا يصل بسرعة كبيرة إلى إيجاد حلول لتحقيق أناه حتى عندما لا يُسهل السياق الأمور عليه، على عكس الطفل المعاق، الذي تلعب فيه جودة العلاقات مع الأشخاص دورا حاسما ومهما. هذه العلاقات في حال اضطرابها قد تؤدي بالطفل إلى سلوك أنواع مختلفة من السلوكيات الشاذة. فباعتبار المعاق الذهني شخصا لا يفهم ولا يستطيع التعلم مثل الأطفال العاديين الآخرين، فإن ذلك يجعله يدرك اختلافه المجسّد لأنه يتواجه دائما مع فشله ومع عدم القبول من قبل الراشد نتيجة الصعوبات التي يعاني منها، الشيء الذي يعتبر رفضا لشخصيته.

أمام هذا اللاتواصل، يبدي الطفل مجموعة من ردود الفعل التي تعبر عن إحساسه بعدم الأمان، وهذا يؤدي به إلى الانغلاق في نسق خاص به من عدم الاندماج وعدم التكيف.

إن نمو الذات هو، بالضرورة، نشاط جسدي يتطلب نوعاً من الحرية في الحركة وفي الفعل، فالطفل كما هو في حاجة للمعرفة يكون أيضاً في حاجة إلى الاعتراف به كشخص من قبل الآخر في حدود إمكانياته. وهذا لا يكون ممكناً إلا في عالم من التواصل الذي تمثله المؤسسة، لأن ما يبحث عنه الطفل في العلاقة مع طفل آخر هو، بالضرورة، الاعتراف بشخصه فهولن يتمكن من التواصل بشكل فعلي سوى مع طفل آخر لأنه الوحيد الذي سيفهم لغته.

لا شك في أن الطفل يكون شخصيته ذاتياً، إلا أن هذا التكوين يلعب فيه البعد العلائقي دوراً مهماً، فالمؤسسة وقبل أن تكون مجموعة من الأفراد المجتمعين في مكان معين، ولمدة زمنية معينة، من أجل تعلم معطيات محددة، هي بالنسبة للطفل أولاً وقبل كل شيء جماعة اجتماعية مكونة من أشخاص مختلفين الواحد عن الآخر في شخصيتهم وفي قدرتهم على التواصل.

حاولنا، من خلال المحاور السابقة، تتبع السيرورة التطورية لمكانة الفرد ذي إعاقة ذهنية والتعريفات التي أعطيت لهذا الشخص. وقد تأكد لنا أن مكانة الشخص ذي إعاقة ذهنية قد تغيرت وتغيرت معها التعريفات لنجد في الأخير تعريفات أكثر حضارة. ومن خلال هذه النظرة التاريخية تتبادر إلى أذهاننا أسئلة هامة وأساسية، سنحاول الإجابة عليها في المحور الموالي، وهي: هل المعاق ذهنياً في وقتنا الحالي هو فعلاً شخص آخر غير ذلك الشخص المتجاهل في هويته؟ ألا يعتبر عقاباً على ذنب مرتكب، ووجوده يشكل تذكيراً دائماً بهذا الذنب وعقاباً مستمراً عليه؟ ألا يعتبر الشخص ذو إعاقة ذهنية بدون عقل، وفي هذا تشبيه له بالماشية على حد قول القديس أوغستين؟ وبمعنى أكثر دقة، ما هي انعكاسات الإعاقة الذهنية على الفرد وعلى أسرته؟ وما طبيعة المعيش اليومي للشخص ذو إعاقة ولأسرته؟

وما دام الحديث عن الإعاقة الذهنية يستلزم الحديث عن مختلف المبادرات العلاجية، وما دامت المساحة المخوّلة لنا لا تسمح بعرض مختلف المبادرات العلاجية، اقتصرنا على تناول التدخل المؤسساتي وقمنا بمقاربة مفهوم المؤسسة والإمكانيات التي توفرها للمعاق الذهني. وتتلخص هذه الإمكانيات في ما يلي:

- استفادة المعاق الذهني من التربية التي تقدمها المؤسسة من خلال برامج خاصة من أجل تقليص العجز الذي يعاني منه وتنمية كفاءاته المحدودة.
- الاعتراف بوجود المعاق ذهنياً في حدود إمكانياته وقدراته.
- توفير إمكانيات الفعل والحركة من خلال الأمكنة المتاحة للطفل.
- توفير الإحساس بالأمان والشعور المشترك بالانتماء من خلال التواجد داخل المجموعة (البعد العلائقي).
- امتثال الفرد لقوانين الجماعة والنظام العام.

المحور الرابع:

انعكاسات الإعاقة الذهنية على معيش الفرد ذي إعاقة وعلى أسرته

إن الوسط الأسري يشكل العامل المؤثر بامتياز في شخصية المعاق الذهني على اعتبار أن الإعاقة الذهنية، قبل أن تكون نقصا في الذكاء، هي نوع من الارتباط العميق الذي يكون بين الشخص المتأخر وبين أسرته. ودور أي تدخل علاجي في هذا الإطار، هو فك هذا الارتباط ليتمكن الطفل من العيش باستقلالية في حدود إمكانياته ومؤهلاته. ومن بين الأسئلة التي تفرض نفسها في هذا الإطار: كيف تتلقى الأمهات خبر إعاقة أطفالهن؟ ما هو نوع التمثل الذي قد تحمله الأمهات لما يسمى بالإعاقة الذهنية؟ ما هي وضعية الشخص ذو إعاقة ذهنية داخل أسرته؟ ما هي المرحلة العمرية التي تحس فيها الأمهات بسهولة نسبية في الاعتناء بالمعاق الذهني وتربيته؟

1- ردود فعل الأمهات عند العلم بإعاقة أطفالهن

تتراوح ردود فعل الأمهات، عند العلم بإعاقة أطفالهن، بين البكاء والاستياء والصدمة. فخير إصابة الطفل بالتأخر الذهني لم يكن حدثا عاديا ولم يكن ليمردون أن يثير رد فعل قوي عند الأمهات.

وتؤكد ردود الفعل هذه على أن لحظة إخبار الأمهات بإعاقة أطفالهن لحظة مؤلمة جدا، فعنف صدمة اكتشاف الإعاقة يؤثر بالضرورة على نفسيتهن التي تصبح مسجونة في دائرة لا يمكنهن الإفلات منها، فالإعاقة أمر واقع لا يمكنهن الهروب منه أو حتى تجاهله. والأسباب التي تجعل من لحظة الإخبار لحظة قاسية وأساسية في حياة الأمهات متعددة، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

أولا- انشطار زمن الأمهات، إن لم نقل الأسرة ككل، إلى زمنين:

أ- الزمن القبلي باعتباره زمن الكمال والنرجسية المطلقة، والذي لن يعود بوجود الطفل ذو إعاقة؛

ب- الزمن البعدي المصدوم والمعرقل بوجود هذا الطفل الذي يشكل اضطرابا في هويتهن وفي نرجسيتهن كأمهات. وهو زمن غامض بما سيجمله لهن المستقبل. وفي هذا السياق تقول إحدى الأمهات: "كنت جميلة وأنيقة، لكن بولادتها عرفت بأن حياتي وحياتها ستكون كلها مشاكل".

ثانيا- زمن تحطيم الحلم: إن كل امرأة حامل تتكلم عن التشوهات التي قد تصيب جنينها وهي تخشى حصولها، لكنها لا تنتظر طفلا معاقا. فزمن الحمل كان زمن حلم بطفل سوي قد يشبه الأب أو الأم، الطفل الذي سيحقق أحلام والديه. وبولادته، يحطم الطفل ذو إعاقة بما يحمله من اختلاف هذا الحلم ويكسره بشكل عنيف لأنه كان غير منتظر ولأنه مخالف لأسطورة الطفل السوي بدون عاهات إن لم نقل الكامل.

إن لحظة الإعلان عن الإعاقة لحظة حرجة، لذلك يجب مراعاة حالة الآباء المجروحين في هويتهم بسبب هذا الحدث الذي سيتمظهر على جميع مستويات الحياة اليومية للأسرة. فمن واجب الطبيب أن يخبر الآباء بما يعرف وأن يقترب من الطفل دون أي اشمئزاز أو نفور. ومن واجبه كذلك أن يحث الآباء على التعامل مع الطفل الحامل للإعاقة كما لو كان طفلا عاديا لا يحمل أي شذوذ. وهذا من شأنه أن يسمح بإقامة علاقات مع الطفل المعترف به في بعده العلائقي في إطار تسمية الإعاقة وعدم اختزال الطفل في إعاقته، لأن تسمية الإعاقة وتسمية الطفل شيئا مختلفان لا يجب الخلط بينهما كما لا يجب تحميل الكلمات أكثر من مدلولها. إن ردود الفعل هذه، لا ترتبط بفترة زمنية محددة ومحدودة بل تستمر وتتعايش مع الإعاقة الذهنية. وهذا يتمظهر بشكل واضح في كلام الأمهات: "كلما نظرت إليها أبكي"، "عانيت وصدمت ولازلت"، "عندما عرفت تأكدت بأن حياتي وحياتها ستكون كلها مشاكل"، "لم ألد مرة أخرى خوفا من أن ألد معاقا آخر". فالإعاقة الذهنية تثير القلق ليس فقط بتجسدها في طفل معين وإنما لإمكانية تكرارها. إن الحدث الماضي، يقلق ليس فقط بما كان عليه، ولكن باعتباره احتمالا قد يحدث مرة أخرى مستقبلا. فالماضي، باستباقه المستقبل، يسقط مختلف أنواع القلق المعاشة على هذا الأخير ويفسده. وهكذا، يمكن لقلق ماض أن يتمظهر في المستقبل. وللتخفيف من وقع الحدث تعتبر أغلب الأمهات، إن لم نقل كلهن، الإعاقة مصابا من عند الله يجب تقبله. لكن هذا لا يمنع من إبداء أسفهن كلما أثير موضوع إعاقة أطفالهن.

2- تمثل الأمهات لإعاقة أطفالهن

إن كل ما يتعلق بالطفل المتأخر مقترن بالفشل وحاملا له، فهذا الطفل كما تقول إحدى الأمهات "لن يعرف شيئا"، وتقول أخرى: "لقد أتيت به إلى هنا فقط كي أرتاح قليلا من شغبه". وهذا التصور الذي تحمله الأمهات يتثبت في هوية المتأخر. فولادته أتت لتعرقل التوازن الوظيفي للوالدين ("كنت جميلة وأنيقة وأعتني كثيرا بمظهري أما الآن فلم يبقى أي شيء من هذا") حيث تظهر صورة سلبية عن الذات في مواجهة مع الآخرين أو مع النفس. وتتمظهر هذه الصورة السلبية في الإحباط والضعف وعدم القدرة والإحساس بالذنب.

إن تمثيلات الأمهات لإعاقة أطفالهن، متنوعة لكنها متقاربة وتتمثل خصوصا في: "لا يعرف القراءة ولا الكتابة"، "لا يعرف شيئا"، "مجنون" و"ليس معاقا".

وغالبا ما ترتبط هذه التمثيلات بسبب الإعاقة، خصوصا عندما تمس الإعاقة الجانب الظاهر من الشخصية والمتمثل في الجسد؛ إذ أن أمهات المصابين بالتثلث الصبغي 21 يستسلمن بسهولة لواقع أن أطفالهن لا يعرفون شيئا، فهن لن يستطعن مداراة فشلهن الظاهر للعيان. هذا في حين أن أمهات المتأخرين الآخرين يستطعن مداراة فشلهن المتمثل في أطفالهن المعاقين باعتبار تأخر أطفالهن تأخرا في الكتابة والقراءة فقط. وهذا العنصر قد لا يشكل في حد ذاته أي تنقيص من شخصية الأم، خصوصا إذا أخذنا بعين الاعتبار مجتمعنا الذي تصل فيه نسبة الأمية إلى نسب مرتفعة مما يساعد على تقبل الأمر. وقد يعود ميل الأم إلى هذا التفسير إلى كونها تجد فيه أيضا تبريرا لتواجد طفلها في هذه المؤسسة. ويصل الأمر ببعض الأمهات إلى نفي الإعاقة الذهنية كلما خفت حدتها.

إن هذه التمثيلات سواء تلك التي تعترف بالإعاقة أو التي لا تعترف بها لا تأخذ بعين الاعتبار حدود المتأخر الذهني وإمكانياته، فالمرض والجهل والجنون وعدم القدرة تؤدي إلى تثبيت المعاق في وضعية الفاشل والحامل للفشل. وهذا سيؤدي بالتأخر الذهني إلى تبني قوالب محددة تؤثر على مجموع حياته. فالطفل في مواجهة هذه التمثيلات ونماذج السلوك التي تنضوي تحت محور واحد، "الحماية المفرطة"، يتبنى مواقف الانطواء والعجز.

3- مكانة الفرد ذو إعاقة ذهنية داخل أسرته

يحتل الشخص ذو إعاقة ذهنية المكانة الأولى داخل الأسرة، وهو مُفضَّل على إخوته، ولا يُرْفَضُ له طلب، وذلك لاعتقاد الأمهات بأن ذلك يعوضه عن النقص الذي يعاني منه. وتؤكد F. Dolto في هذا الإطار، على أن الاهتمام المفرط بالطفل ذو إعاقة من قبل الوالدين يكون نتيجة اعتقاد الآباء بأنهم يحمونه لكي لا يتألم، وهذا الاهتمام يكون عادة على حساب الإخوة الآخرين. ومن شأن هذا الاهتمام الخاص أن يؤدي إلى زرع الغيرة بين الإخوة واستغلال الموقف من قبل المتأخر الذهني لتلبية كل حاجياته والتخلص من المسؤوليات حتى الخفيفة منها؛ تقول إحدى الأمهات على سبيل المثال عن ابنتها: "لا تريد إحضار أي شيء بدعوى أنها مريضة"، وتقول أخرى: "توقفنا مرات عديدة عن الأكل، ونحن نستجيب لها إلى أن تسمح لنا".

فضلا عن ذلك، فإن هذا الاهتمام المفرط قد يكون سببا لكي لا يرغب الطفل في أن يكبر؛ فرغم أن التثلث الصبغي 21، مثلا، سبب كاف لكي لا يكبر الطفل المصاب به، فإن « هناك عوامل أخرى تؤزم الوضع، وتتمثل في رغبة الأطفال في أن يبقوا في حماية الأم (عدم الرغبة في الكبر حتى في جسدهم)».

4- المرحلة العمرية التي تكون فيها تربية الشخص ذي إعاقة ذهنية سهلة نسبيا

غالبا ما تفضل الأمهات مرحلة الطفولة لتربية الشخص المصاب بإعاقة ذهنية، وهذا التفضيل قد يدل على أنهم يخفن من نمو أطفالهن وما يتبع ذلك من رغبة الأطفال في الاستقلالية إضافة إلى ما تنطوي عليه مرحلة البلوغ من مسؤوليات ومخاوف جديدة تجسدها عند الإناث الدورة الشهرية المرتبطة بالبلوغ وعدم إمكانية الزواج وخوف الأمهات من الموت قبل بناتهن وتركهن يعشن مصيرا مجهولا قد يكن فيه عرضة للإهمال. أما بالنسبة للذكور، فإن رغبتهم في الاستقلالية والدخول والخروج متى شاءوا ووعيمهم بـ"الامتياز" (كونهم ذكورا) الذي يحظون به ورغبتهم في الاستفادة منه يُمثّل مشكلا حقيقيا للأمهات اللواتي يفضلن إبقاء الطفل تحت سيطرتهم وحمايتهم، لأن الاستقلالية ورغبة المراهق في فك ارتباطه بأسرته لا تتقبلها الأمهات لما تثيره من مشاكل (الخروج بالنسبة للذكر، الدورة الشهرية بالنسبة للأنثى).

كما أن اختيار أمهات المصابين بالتثلث الصبغي 21 لمرحلة الطفولة كمرحلة مفضلة لديهن، قد يكون راجعا لعامل التثلث الصبغي 21 الذي يكون جسد المصاب به حاملا لخبر الإعاقة من الوهلة الأولى؛ فإذا كان من الممكن تقبل الفرد المصاب به في مرحلة الطفولة، فإن إعاقته وجسده يكونان حاجزا في المراحل المتقدمة من العمر أمام أي محاولة للاستقلالية وبناء حياة خاصة. أما المعاقين غير المصابين بالتثلث الصبغي 21، فيمكن تغطية إعاقتهم بمميزات أخرى مثل الذكورة مثلا (الرجل لا يعيبه شيء). وهذا يحيلنا على العنصر التالي المتمثل في "ما هو نوعية الجنس الذي يُفضّل انتماء المعاق الذهني إليه؟"

5- نوعية الجنس الذي يُفضّل أن ينتمي إليه الشخص ذو إعاقة ذهنية

انطلاقا مما سبق يمكن القول، أن الإعاقة الذهنية، باعتبارها نقصا يمس الشخصية ككل، تلعب دورا أساسيا في نوعية الجنس المفضل من قبل الأمهات بصرف النظر عن عمق أو سطحية الإعاقة. فجنس الذكر هو الجنس الذي تفضّل الأمهات انتماء المعاق الذهني إليه لأن الرجل لا يعيبه أي شيء، في نظرهن، ومهما كانت إعاقته يكفي أنه يتميز بكونه رجلا حسب إحدى الأمهات محاولة إعطاء تبريرات وربما تغطية نقصها الذي تحس به باعتبارها أما لمعاق.

خاتمة

لقد حاولنا من خلال العناصر السابقة معرفة أثر إصابة فرد من أفراد الأسرة بالإعاقة الذهنية على أسرته والوضعية التي يحتلها داخل الأسرة انطلاقا من التمثلات التي تحملها الأمهات عن الإعاقة الذهنية. وقد توصلنا إلى أن إصابة فرد من أفراد الأسرة يشكل صدمة قوية لجميع أفراد الأسرة، خصوصا الأم المعنية الأولى بهذا الطفل. فهذا الحدث يأتي ليعرقل

التوازن الوظيفي لكل أفراد الأسرة. ويرجع هذا، أساسا، إلى التمثل الذي تحمله الأسرة عن الإعاقة الذهنية والذي يُوضع الطفل المصاب بالإعاقة الذهنية في إطار الفاشل والحامل للفشل، خصوصا عندما تكون الإعاقة الذهنية متمظهرة على مستوى الجسد.

وباعتبار الشخص ذو إعاقة ذهنية غير قادر ولا يعرف شيئا، تُعمّق الأم علاقة الارتباط مع طفلها بتفضيلها لمرحلة الطفولة كمرحلة تسهل فيها نسبيا تربية هذا الفرد، وكذلك بتفضيلها لهذا الفرد على إخوته وتلبية كل طلباته كنوع من التعويض عن النقص الذي يعاني منه.

وهكذا، فإن الاستناد إلى الأنا المُزوّد من قبل الأم لا يكون ناجعا. فباعتبارها طفلها شخصا غير كامل، تركز الأم الأنا غير الناضج للطفل ولا تحاول إعطائه أنا ناضجا. وهذا ما سيمنع الطفل من تحقيق "أنا أكون"، وبالتالي الوصول إلى نوع من الاستقلالية وتحقيق الاندماج.

إن تعامل الأم مع طفلها الحامل للإعاقة الذهنية على هذا النحو الذي يجعل الطفل يرتبط بها في جميع حاجياته لا يقتصر على مرحلة الطفولة فقط بل يستمر حتى في مرحلة المراهقة وفي مرحلة الرشد. وهكذا يصبح الشخص ذو إعاقة ذهنية بالنسبة للأم موضوعا للمكافأة الليبيدية، أي الموضوع الذي تعتبر حاجاته مماثلة لحاجاتها. فالعلاقة تقوم، إذن، على ارتباط متبادل بين الأهداف الغريزية للإثنين.

إن سلوك الحماية المفرطة من قبل الأم تجاه طفلها ناتج عن القلق والإحساس بالذنب ومحاولة لتعويض النقص في الإشباع الأساسي الذي تحس به الأم في علاقاتها مع الطفل. فهي تخفي رفضها اللاشعوري بمظهر حمائي مفرط، وهو ما يؤثر كثيرا في شخصية المصاب بالإعاقة الذهنية وفي تنظيم علاقاته الغيرية.

إن تثبيت الأم وتمديدها للمرحلة التي تُشكّل فيها "الأنا الخارجي" لطفلها ذو الإعاقة من خلال السلوك الحمائي المفرط يجعل كل محاولات الطفل الاستكشافية معرضة للكف بدعوى أن هذا الطفل لا يعرف شيئا. وتقوم الأم مقام الطفل بوظائف الأنا وتنجز وتشبع رغبات طفلها كما تفهمها هي في إطار الحماية المفرطة دائما. وهذا الحضور المكثف للأم أكثر من اللازم سيؤثر لا محالة سلبا على الاكتساب المعرفي والاجتماعي والنفسي للطفل. مما قد يكون حاجزا أمام الاستقلالية وبالتالي أمام الاندماج.

