

الإعاقة الانفعالية

Emotional handicap

ترجمة

محمد السعيد أبو حلاوة

قسم علم النفس (تخصص الصحة النفسية وعلم نفس الأطفال غير العاديين) - كلية التربية
بدمنهور - جامعة الإسكندرية

General Information about EMOTIONAL DISTURBANCE

**National Information Center for Children and Youth with Disabilities
(NICHCY)
January 2001**

الفهرس :

- تعريف الإعاقة الانفعالية .
- نسبة انتشار الإعاقة الانفعالية.
- الخصائص السلوكية لذوي الإعاقة الانفعالية.
- متطلبات تشخيص الأطفال ذوي الإعاقة الانفعالية.
- متطلبات تربية ورعاية الأطفال ذوي الإعاقة الانفعالية.
- الخصائص السلوكية لذوي الإعاقة الانفعالية .
- توصيات عامة .

تعريف الإعاقة الانفعالية :-

تستخدم العديد من المصطلحات لوصف الاضطرابات النفسية والسلوكية والانفعالية ، وتعد الإعاقة الانفعالية واحدة من فئات الإعاقة التي تستخدم كوصف أو مسمى لمجموعة من الأطفال اللذين يظهرون مجالا واسعا من السلوكيات غير السوية التي يتعذر تفسيرها بمتغيرات معرفية أو حسية أو اجتماعية ، ويتضح فيها بشكل عام ارتباطها بالحالة الانفعالية العامة للطفل ، وقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة الانفعالية إلا أن تعريف حركة تربية الأفراد المعوقين من أكثر هذه التعريفات قبولا على الرغم من مناداة العديد من المتخصصين بضرورة مراجعة هذا التعريف في ضوء ما هو متوافر من معلومات جديدة في هذا المجال ، وينص هذا التعريف على أن الإعاقة الانفعالية هي :-

" حالة تتضح مؤشرات السلوكية لدى الطفل في واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بشرط أن تستمر هذه المؤشرات لفترة طويلة وبشكل ملحوظ من قبل المحيطين به وتؤثر بصورة سلبية على الأداء التربوي والقدرة على التوافق النفسي والاجتماعي :-

- (1) عجز عن التعلم يتعذر تفسيره أو إرجاعه إلى متغيرات عقلية أو حسية أو صحية .
- (2) عجز عن الدخول أو الاستمرار في علاقات اجتماعية سوية وفعالة ومشبعة مع الآخرين (الأقران – المعلمين.....) .
- (3) أنماط سلوكية أو انفعالية غير سوية في ظل تواجد الطفل في مواقف عادية أو طبيعية .
- (4) حالة مزاجية عامة من الإحساس بالكدر وعدم السعادة والاكتئاب .
- (5) الميل إلى تطور أعراض حسية شاذة ، أو خوف مبالغ فيه مرتبط بالمشكلات الشخصية أو المدرسية

(IDEA ,Code of Federal Regulations .Title 34, Section 300,7 (b) 9 ,2000) .

نسبة الانتشار :

تجدر الإشارة إلى ندرة الدراسات البحثية الدقيقة التي تتناول ما يسمى ببؤبؤيات الإعاقة الانفعالية وهي تلك الدراسات التي تهدف إلى تحديد نسب انتشار هذه الإعاقة ، ومع ذلك تتزايد المؤشرات الدالة على ارتفاع معدل حدوث هذه الإعاقة ، ويعتمد في ذلك على نسبة الحدوث *incidence* بدلا من نسبة الانتشار *prevalence* إذ نتعامل في نسبة الحدوث مع الإحصائيات التي تتناول الحالات التي تم رصدها وتشخيصها في فترة زمنية محددة بناء على انطباق المحكات التشخيصية عليها ونجد في هذا الصدد أنه تم رصد وتشخيص حوالي 463.172 طفل تنطبق عليهم المحكات التشخيصية للإعاقة الانفعالية في العام الدراسي 1999/1998 بالولايات المتحدة الأمريكية وقدمت لهم برامج وخدمات التربية الخاصة التعليمية والإرشادية والعلاجية ضمن إطار النظام التعليمي العادي أو العام .

(التقرير السنوي الثاني والعشرين المقدم للكونجرس الأمريكي من قسم التربية ، 2000) .
وتتطلب مثل هذه النوعية من التقديرات توافر الأخصائيين المدربين بشكل متقدم في مجال تصميم وتطبيق الأدوات التشخيصية وتفسير نتائجها ، كما تتطلب كذلك توافر قاعدة بيانات صحيحة عن السيرة الشخصية لكل طفل وهذا أمر قد يتعذر وجوده في العديد من المؤسسات التربوية في الدول النامية مما يشكك بطبيعة الحال في الإحصائيات المتعلقة بنسب انتشار الإعاقات المختلفة .

الخصائص السلوكية والنفسية لذوى الإعاقة الانفعالية :

يتعذر فى الكثير من حالات ذوى الإعاقة الانفعالية تحديد الأسباب الفعلية ، وتطرح العديد من المتغيرات كأسباب محتملة لهذه الإعاقة منها:- الوراثة - تلف أو ضمور الدماغ - التغذية - الضغوط النفسية - المناخ الأسرى والعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة ، ومع ذلك لم تحسم الدراسات والبحوث الوزن النسبي الذي تسهم به هذه المتغيرات فى إحداث الإعاقة الانفعالية لذا تتوجه البحوث والدراسات فى الوقت الحالى إلى تحديد الخصائص النفسية والسلوكية لذوى الإعاقة الانفعالية ، وإعداد برامج تدخل تعليمية أو تدريبية أو إرشادية أو علاجية فى إطار هذه الخصائص وانطلاقاً منها وقد أمكن رصد العديد من المؤشرات السلوكية لذوى الإعاقة الانفعالية تتوزع على المحاور التالية:-

(1) النشاط الحركي الزائد أو ما يعرف بالحركية Hyperactivity ومصاحباته (محدودة سعة الانتباه - الاندفاعية) .

(2) الميل إلى العنف والعدوان وسلوك إيذاء الذات والعراك أو الشجار الدائم مع الأقران .

(3) الانسحاب الاجتماعي :- ومن مؤشرات الفشل أو العجز عن المبادرة بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين وعدم القدرة على الاستمرار فى العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والخوف والقلق المفرط المبالغ فيه دون سبب واضح أو مقبول .

وقد يظهر معظم الأطفال ذوى الإعاقة الانفعالية الشديدة سلوكيات دالة على القلق الشديد المبالغ فيه ، وعلى تشوه واضطراب صور التفكير ، وأفعال حركية غريبة وشاذة ، ونوبات مزاجية شاذة غير عادية ، للدرجة التي قد يوصف معها هؤلاء الأطفال بأن لديهم اضطراب عصابى شديد أو اسيكزوفرانيا Schizophrenia ، ومن الجدير بالذكر أن العديد من الأطفال ربما يظهرون بعض من السلوكيات السابقة فى مختلف الأوقات أثناء مسار النمو النفسى ، إلا أن من شروط وسم أو تسكين الأطفال تحت فئة الإعاقة العقلية استمرار هذه السلوكيات لمدة زمنية طويلة ، وأن تؤثر هذه السلوكيات بشكل سلبي على الأداء التربوي وعلى القدرة على التوافق مع البيئة الاجتماعية والأقران .

متطلبات تشخيص الأطفال ذوى الإعاقة الانفعالية :

يمكن القول استناداً إلى الطرح السابق لخصائص ذوى الإعاقة الانفعالية بضرورة توافر المتطلبات التالية لتشخيص لفرز الأطفال ذوى الإعاقة الانفعالية تفادياً لما يعرف بخطأ التشخيص أو التشخيص الثنائي :-

(1) وجود أدوات رصد وقياس للسلوكيات الدالة على الإعاقة الانفعالية يتوافر لها معالم سيكومترية مقبولة .

(2) وجود أدوات قياس تتعامل مع ما يعرف بالتشخيص السببي Aetiology بحيث نتمكن بها من استبعاد الأطفال اللذين يظهرون السلوكيات الشبيهة أو الدالة على الإعاقة الانفعالية التي تعزى إلى إعاقات نمائية أخرى .

(3) وجود أدوات رصد وقياس للتداعيات والمصاحبات النفسية والسلوكية للإعاقة الانفعالية خاصة الأدوات المرتبطة بالأداء الأكاديمي ، والقدرة على التوافق النفسى والاجتماعي .

متطلبات تربوية ورعاية الأطفال ذوي الإعاقة الانفعالية :

تشير العديد من الدراسات والبحوث إلى ضرورة أن تستهدف برامج رعاية وتربية الأطفال المعاقون انفعاليا تحقيق الأهداف التالية :-

(1) علاج القصور فى الانتباه وذلك من خلال إعداد برامج التدريب على مهارات الانتباه وتحسين سعة الانتباه Attention span.

(2) اكتساب وتنمية المهارات الاجتماعية من خلال إعداد برامج للتدريب عليها. Social skills training programs.

(3) تنمية مهارات إدارة وضبط الذات .

(4) تحسين وتنمية الوعي بالذات .

(5) تنمية واكتساب مفهوم ذات إيجابي .

أما بالنسبة لبرامج تربية ورعاية المراهقين المعاقون انفعاليا فبالإضافة إلى المجالات السابقة يجب أن تكون التربية الوظيفية أو المهنية Career education بما تتطلبه من برامج أكاديمية ومهنية جزءا أساسيا من البرنامج التربوي العام للمدرسة الثانوية ، وأن تكون جزءا رئيسيا كذلك فى خطط تهيئة وإعداد المراهقين إلى عالم الرشد وذلك ضمن إطار ما يعرف بالبرامج التربوية الفردية Individualized Education Programs (IEP) .

ويعد مدخل تعديل السلوك Behavior Modification Approach بأسسه النظرية وفنياته التطبيقية من أكثر المداخل التربوية استخداما فى مجال رعاية وتربية ذوى الإعاقة الانفعالية ، ومع ذلك توجد تكنيكيات تدخل أخرى ثبتت فعاليتها فى هذا السياق ،

وقد يؤدى استخدامها مع مدخل تعديل السلوك إلى إمكانية الحصول على فوائد تربوية وعلاجية أكثر ومن هذه التكنيكيات ما يعرف بمنحى التدخل مدى الحياة Life space intervention ، وتكنيك حل الصراع Conflict resolution .

وربما يحتاج التلاميذ الملحقين أو المستحقين لبرامج وخدمات التربية الخاصة نتيجة تسكينهم تحت فئة ذوى الإعاقة الانفعالية الشديدة إلى إعداد وتطوير الخطط والبرامج التربوية الفردية التي تتضمن الخدمات والبرامج الإرشادية والعلاجية والتي تقدم عن طريق الإشراف والمتابعة الكاملة لفريق عمل مؤهل ومتخصص يتكون من الأخصائي الاجتماعي Social worker، والأخصائي النفسي Psychologist ، والمرشد النفسي Guidance counselor وغيرهم من ذوى الخبرة والاختصاص . وقد تنامي الوعي فى الآونة الأخيرة بحاجة الأسر مثلهم مثل الأطفال إلى مختلف أشكال الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية ، وخدمات الرعاية اللاحقة Respite care ، وتعلم مهارات إدارة الحالة ، وخطط علاج متعددة الهيئات ، وقد نشأت فى العديد من الدول هيئات ومؤسسات تعمل فى مجال تقديم مثل هذا الدعم والخدمات .

توصيات عامة :

يحتاج آباء الأطفال ذوي الإعاقة الانفعالية إلى المساعدة لفهم حالة أطفالهم ، وإلى تعلم كيفية العمل بفعالية معهم لتفادي اللواحق والمصاحبات النفسية والسلوكية السلبية للإعاقة الانفعالية ، وأصبح من المتاح في الوقت الحالي في معظم الدول تقريبا الحصول على هذه المساعدة من قبل العديد من علماء النفس والأطباء النفسيين ، ويجب كذلك أن تقدم الخدمات والبرامج الإرشادية والعلاجية للأطفال اعتمادا على وانطلاقا من الحاجات النفسية الخاصة أو الفردية ، ولا بد أن يكون كل فرد له علاقة بالطفل على درجة معقولة من المعرفة والوعي بحالته وبالخصائص النفسية والسلوكية له وبالطرق الصحيحة للتعامل معه ، ومن المهم كذلك تنسيق الجهود بين المنزل والمدرسة والمؤسسة العلاجية .

المراجع

- Adamec, C. (1996). How to live with a mentally ill person: A handbook of day-to-day strategies. New York, NY: John Wiley & Sons. (Telephone: 1-800-225-5945)
- Hatfield, A.B. (1991). Coping with mental illness in the family: A family guide (Rev. ed.) Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill. [Product # 082.] Telephone: (800) 950-6264
- Jordan, D. (1996). A guidebook for parents of children with emotional or behavior disorders. Minneapolis, MN: PACERCenter. [Telephone: (612) 827-2966.]
- Jordan, D. (1995). Honorable intentions: A parent's guide to educational planning for children with emotional or behavioral disorders. Minneapolis, MN: .]PACER Center. [See telephone number above
- Koplewicz, H.S. (1996). It's nobody's fault: New Hope and help for difficult children. New York: Random House/TimesBooks. (Telephone: 1-800-733-3000 .]
- Wilens, T.E. (1998). Straight talk about psychiatric medications for kids. New York: Guilford.