وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الدكتور يحيى فارس بالمدية

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم: العلوم الإجتماعية

أثر التكفل النفسي الأرطفوني في تعزيز نمو القدرات المعرفية { اللغة – الفهم الشفهي } لدى أطفال التوحد

إقتراح برنامج علاجي نفسي أرطفوني (TEACCH) على عينة من أطفال التوحد من 4 إلى 7 سنوات

مذكرة مقدمة إستكمالاً لنيل شهادة ماستر في علوم التربية

تخصص: الإرشاد والتوجيه النفسي

من إعداد الطالبتان:

- جميلة بعيطاوي .
- كنزة بوخاتم .

تحت إشراف الدكتور:

- محمد بن قطاف.

السنة الجامعية : 2016/2015

وزارة التعلـــيم العـــالي والبـحث العـلمي

جـــامعة الدكتور يحيى فارس بالمدية

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم: العلوم الإجتماعية

أثر التكفل النفسي الأرطفوني في تعزيز نمو القدرات المعرفية { اللغة – الفهم الشفهي } لدى أطفال التوحد

إقتراح برنامج علاجي نفسي أرطفوني (TEACCH) على عينة من أطفال التوحد من 4 إلى 7 سنوات

مذكرة مقدمة إستكمالاً لنيل شهادة ماستر في علوم التربية

تخصص: الإرشاد والتوجيه النفسي

من إعداد الطالبتان:

- جميلة بعيطاوي.
- كنزة بوخاتم .

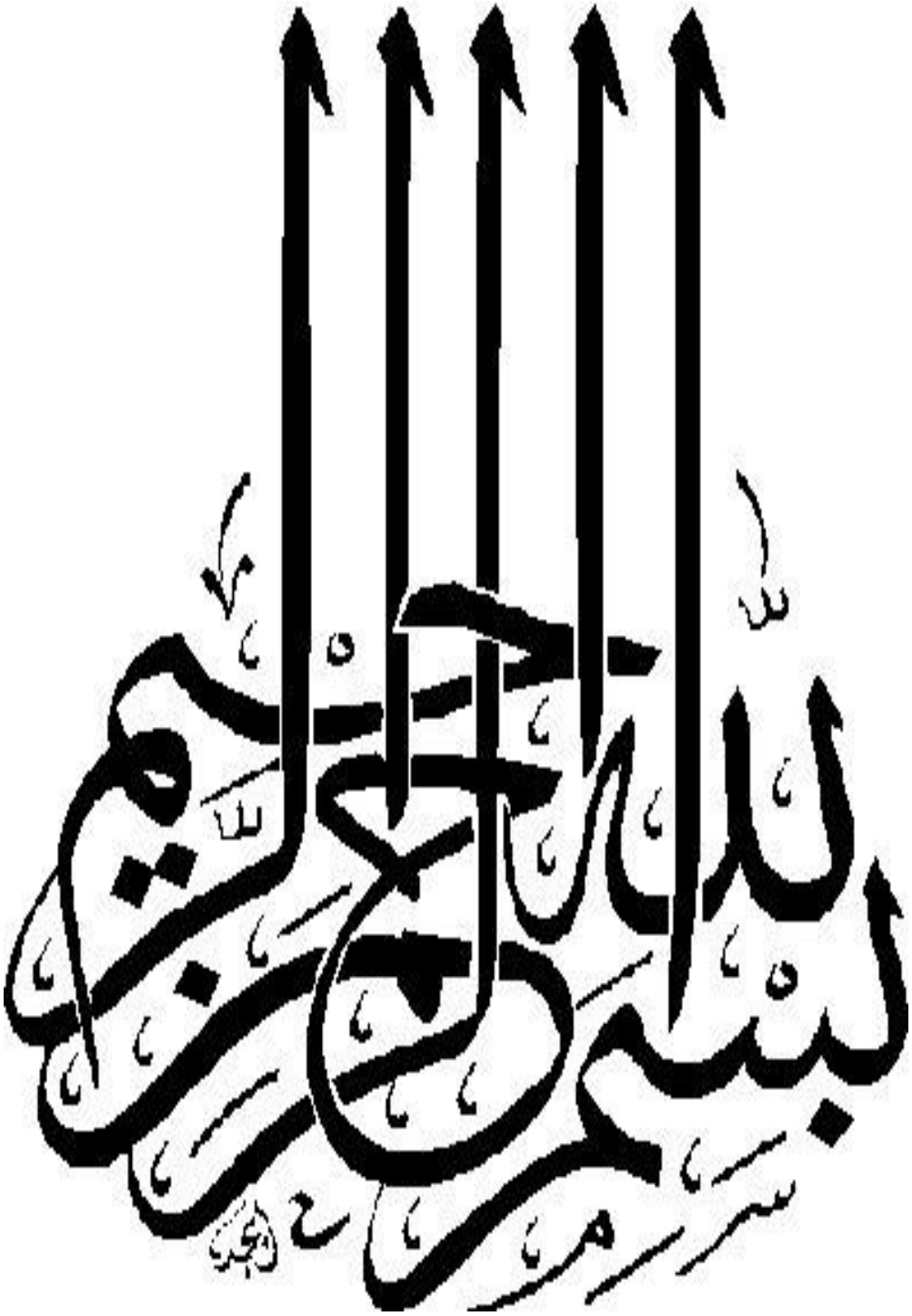
تحت إشراف الدكتور:

- محمد بن قطاف.

لجنة المناقشة

محمد بن قطاف	الأستاذ المشرف
	رئيس اللجنة
	الأستاذ المناقش

السنة الجامعية : 2016/2015


بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر و عرفان

الشكر لله العلي القدير الولي الحميد على جميع النعم و منها نعمة العلم و المعرفة ، نتوجه إليه بالحمد و الشكر و نسأله التوفيق و السداد فهو حسبنا ، نعم المولى و نعم النصير.

و لا يسعنا بعد ذلك سوى التوجه بكل العرفان بالجميل و بأسمى عبارات الإحترام و الشكر و التقدير إلى الدكتور المشرف "محمد بن قطاف " لعظيم أخلاقه و تربيته و هدوءه ، الذي ذلل أمامنا الصعاب ، و فتح لنا الأبواب و قدم لنا يد العون و منحنا الكثير من الوقت و أحاطنا بفيض علمه و خبرته و سعة صدره لإنجاز هذا البحث ، حيث ساهم بتوجيهاته المستمرة و حرصه الدقيق و المتواصل لنا ، و الذي لولاه لما كان العمل قيما و ثريا ، لك منا أستاذنا الفاظل الطيب كل التقدير والإحترام.

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة لقبولها مناقشة الرسالة و إثراءها بملاحظاتهم القيمة و آراءهم السديدة

كما نشكر لجنة التحكيم لتوجيهاتهم و نصائحهم الثرية و القيمة و التي زادت وزن للمقياس

كما نتقدم بالشكر و التقدير للأخصائيتين الكريمتين "سعودي سارة " و"غطاس إسمهان" لطيبتهما و تواضعهما و مساعدتهما لنا أثناء تطبيق الدراسة.

لكم منا أساتذتنا الأفاضل كل التقدير والإحترام.

و شكراً بالغاً لا تسعه الكلمات و لا تسطره الأقلام و لا تملؤه المعاني إلى كافة الأساتذة بقسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا الذين ساهموا في تكويننا كأخصاء نفسانيين تربويين طيلة الخمس سنوات.

جمـيلة – كنــزة

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى من كان لهما الفضل في وصولي إلى هذه الدرجة من العلم و المعرفة ، إلى منبع إعتزازي و كرامتي ، إلى أعز و أرق و أغلى والدين ، اللذان ربياني على الفضيلة و الأخلاق ، و اللذان تطلعا إلى نجاحي بنظرات أمل ، و لم ينسياني يوما بنصائحهما و دعواتهما ، إلى أمي حبيبتي منبع الحنان و العطف و العطاء و النور الذي أضاء لي دربي و التي لم أخذل أملها و وفيت بوعدي لها.

إلى حبيبي أبي الغالي الذي كابد الآلام و الصعاب و وقف ضد عقبات الزمان و تحمل عبء الحياة لينير حياتي ، حفظهما الله لي وأطال في عمرهما.

إلى من ظفرتُ بهم هدية من الأقدار إلى إخوتي أحبائي مصدر فخري و إعتزازي و قوتي.

إلى قرة عيني أختاي حبيباتي صاحبتا الصدر الطيب و الحنون.

إلى كل أفراد أسرتي.

إلى صديقي الغالية أختي كنزة.

جمـــيلة

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى من أضاءت دربي بدعوات الخير ، إلى من حتى و إن وصفتها فلن أوفيها حقها ، إلى من كان صدرها الأمان الدائم لي و إبتسامتها الدنيا التي أعيش فيها إلى أغلى الحبايب أمي الحبيبة أطال الله في عمرها و حفظها لي.

إلى روح أبي الطيبة رحمه الله أسكنه فسيح جنانه.

إلى سندي و قوتي في الحياة زوجي الكريم.

إلى ملاكي في الحياة إبنتي رنيـــــــــم حفظها الله.

إلى رموز عزتي و إفتخاري إخوتي و أخواتي.

إلى حماتي الغالية أدامها الله.

إلى رفيقة دربي التي لم تدع الإبتسامة تفارقني و أشعرتني بأخوتها زميلتي و أختي جميلة .

كنـزة

ملخص الدراسة :

إهتم هذا البحث بدراسة إضطراب التوحد بإعتباره من أهم المسببات لخلل في القدرات المعرفية و خاصة إكتساب القدرة على التواصل و التفاعل مع الآخرين و الذي يكون عن طريق الفهم و اللغة و هذا ما يؤثر سلباً على حياتهم ، مما تعد مشكلة حقيقة تحتاج إلى تكفل نفسي و أرطفوني و إلى تجريب بعض البرامج العلاجية و التربوية للتقليل من حدة هذه المشكلات على حياة المصابين به ، و هو الهدف الذي سعت إليه الباحثتان بحيث تهدفان إلى معرفة ما إذا كان التكفل النفسي الأرطفوني عن طريق إستخدام البرنامج العلاجي Teacch له أثر إيجابي و فعال في تحسين مستوى الفهم الشفهي و الحصيلة اللغوية لهذه الفئة.

و قد قام البحث على الفرض التالي: يؤثر التكفل النفسي الأرطفوني في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد، كما لا يمكن الجزم بصدق هذا الفرض إلا من خلال التأكد من الفروض الفرعية القائلة : توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمقياس التواصل اللغوي للطفل التوحدي و توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمقياس الفهم الشفهي للطفل التوحدي.

و تم الإختيار القصدي لعينة الدراسة التي تكونت من خمسة أطفال توحديين منهم ثلاث ذكور و بنتان من أصل (53) طفل مصاب بالتوحد بمستشفى محمد بوضياف بالمدية يعانون من مشكلات على مستوى اللغة و الفهم الشفهي و تتراوح أعمارهم بين (4-7) سنوات ، و تم الإعتماد على المنهج الشبه التجريبي القائم على دراسة حالة ، و قد إستخدمنا عدة أدوات تمثلت في المقابلة، الملاحظة ، السجلات ، البرنامج العلاجي Teacch ، و مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي و إختبار الفهم الشفهي من إعداد الباحثتان و قد تم إيجاد معاملات الصدق و الثبات للإختبار.

كما تم إستخدام عدة وسائل إحصائية لعرض و مناقشة النتائج بإستخدام نظام s.p.s.s و حللت بإستخدام الإحصاء الوصفي بحساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري و الإحصاء الإستدلالي بحساب إختبار (T) لدلالة الفروق بين المتوسطين ، و قد تم تفسير نتائج البحث الحالي على ضوء الإطار النظري و نتائج الدراسات السابقة ، بحيث تشير النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي و البعدي لمستوى الإتصال اللغوي و الفهم الشفهي لصالح القياس البعدي و جاءت كل الفروق لها دلالة عند المستوى 0.05 ، أي أن النمو اللغوي للأطفال التوحديين و فهمهم الشفهي يَتسمان بالتحسن الدال بعد تطبيق البرنامج ، و من خلال ما تم التوصل إليه نؤكد على أهمية التكفل النفسي الأرطفوني و على فاعلية البرنامج العلاجي" Teacch " في تحسين مستوى الإتصال اللغوي و الفهم الشفهي لدى الأطفال التوحديين.

Résumé de l'étude:

Par le biais de notre recherche on a tenté d'étudier l'autisme, qui est l'une des causes les plus importantes de déséquilibre dans la capacité cognitive et plus particulièrement dans l'incapacité de communiquer et de s'intégrer avec les autres, qui ne peut se faire qu'à travers la compréhension et la langue, ceci a un impact négatif sur la vie des autistes. En effet c'est un problème réel qui exige une prise en charge psychologique et orthophonique { art de prononcer correctement, de corriger des défauts de prononciation} ainsi qu'à expérimenter certains programmes thérapeutiques et éducatifs pour réduire la gravité de ces problèmes sur la vie des personnes atteintes d'autisme, ce dernier représenté notre objectif qui consiste à connaitre si la prise en charge psychologique, orthophonique à travers l'utilisation du programme thérapeutique "teacch" à un impact positif et efficace sur l'amélioration du niveau de la compréhension orale et le résultat vocabulaire de cette catégorie ? pour ce questionnement on a proposé que : la prise en charge thérapeutique psychologique, orthophonique joue un rôle cruciale dans l'amélioration du niveau de la compréhension orale et le résultat vocabulaire des autistes . Ainsi qu'il existe des différences entre le pré-test et le poste-teste pour mesurer la communication linguistique chez les enfants autistes, et la troisième hypothèse propose qu'il existe des différences entre le pré-test et le poste-teste en vue d'évaluer la compréhension orale chez l'enfant autiste.

Le choix intentionnel fut d'étudier un échantillon composé de cinq enfants, dont trois garçons et deux filles sur cinquante-trois enfants atteints d'autisme à l'hôpital Mohamed Boudiaf de Médéa, qui souffrent des problèmes au niveau de la langue et du la compréhension orale, leurs âge varient entre quatre et sept ans.

Dans notre réflexion on a opté pour l'approche semi-empirique basée sur l'étude de cas, en utilisant plusieurs outils, tels que la rencontre , l'observation, les fiches médicales, et le programme thérapeutique "teacch" ainsi que le critère de

l’évaluation de la communication langagière et l’examinassions de la compréhension orale chez l’enfant autiste.

Il a également été utilisé plusieurs moyens de statistique pour présenter et discuter les résultats en utilisant le système s.p.s.s, à travers ce dernier on a analysé les résultats en utilisant les statistiques descriptifs pour calculer la moyenne arithmétique et la déviation standard et les statistique déductives à l’aide du (t) teste pour mesurer les différences entre les deux testes.

L’interprétation des résultats de la présente recherche ont été faites à la lumière du cadre théorique et les résultats des recherches précédentes. De sorte qu’ils indiquent l’existence de la différence statistiquement significative entre le pré-test et le poste-teste du niveau de la communication langagière (linguistique) et la compréhension orale (verbale) dans l’intérêt de la mesure du poste-teste.

Alors que toutes les différences avaient une signification au niveau 0.05 c’est-à-dire que le développement du langage et de la compréhension verbale chez les enfants autistes, se caractérisent par une amélioration remarquable après l’application du programme "teacch" et à travers ces résultats a lesquels notre étude a aboutie on affirme sur l’exigence d’une prise en charge psychologique orthophonique et sur l’application du programme "teacch" et le rôle qu’il joue dans l’amélioration du niveau de la communication et de la compréhension orale chez les autistes.

الفهرس

الفهرس

البسملة .....
الشكر .....
الإهداء .....
ملخص الدراسة.....
مقدمة ..... أ

الجانب النظري
الفصل الأول: الإطار التمهيدي

تمهيد 06
1- إشكالية الدراسة..... 07
2- فرضيات الدراسة. 13
3- دوافع اختيار موضوع الدراسة..... 13
4- أهداف الدراسة..... 14
5- أهمية الدراسة..... 15
6- تحديد المفاهيم المتعلقة بالدراسة..... 16
7- الدراسات السابقة..... 17
8- التعقيب عن الدراسات السابقة..... 20
خلاصة..... 21

الفصل الثاني : إضطراب التوحد

تمهيد..... 24
1- البدايات التاريخية لظهور إضطراب التوحد..... 25
2- التطور التاريخي لإضطراب التوحد..... 27
3- تعريف إضطراب التوحد..... 25
4- نسبة الإنتشار..... 31
5- أنواع التوحد..... 33
6- خصائص و سمات أطفال التوحد..... 34
7- النظريات المفسرة لأسباب إضطراب التوحد..... 39
8- تشخيص إضطراب التوحد..... 48

9- محكات التشخيص (أعراض إضطراب التوحد)..... 49
10- التشخيص الفارقي لإضطراب التوحد..... 53
11- أدوات تشخيص و قياس إضطراب التوحد 57
خلاصة..... 60

الفصل الثالث: القدرات المعرفية

تمهيد..... 64
أولاً: اللغة..... 65
1- تعريف اللغة..... 65
2- خصائص اللغة..... 66
3- وظيفة اللغة..... 68
4- مظاهر اللغة..... 70
5- أهمية اللغة..... 71
6- مراحل النمو اللغوي..... 72
7- نظريات نمو و إكتساب اللغة..... 74
8- العوامل المؤثرة في النمو اللغوي..... 80
9- اللغة و الطفل..... 83
10- خصائص لغة الطفل التوحدي..... 85
11- مشكلات التواصل و اللغة لدى الطفل التوحدي..... 86
12- طرق الإتصال عند الأطفال التوحديين 88
ثانياً : الفهم الشفهي..... 90
1- الفهم ، تعريفه و أنواعه..... 90
2- تعريف الفهم الشفهي..... 90
3- أنواع الفهم الشفهي..... 92
4- الجانب التشريحي لوظيفة الفهم 92
5- مستويات الفهم الشفهي..... 93
6- مستويات نمو قدرة الفهم الشفهي لدى الطفل..... 94
7- إستراتيجيات الفهم الشفهي..... 97
8- درجات الفهم الشفهي..... 99
9- خطوات عملية الفهم الشفهي..... 100
10-عوامل صعوبة الفهم الشفهي..... 101

11- علاقة الفهم بالوظائف المعرفية الأخرى..... 202
12- تشخيص صعوبات فهم اللغة الشفهية..... 108
13- أعراض صعوبات فهم اللغة الشفهية..... 109
14- الفهم الشفهي لدى المصاب بالتوحد..... 110
15- الطرق المساعدة على فهم اللغة الشفهية..... 113
خلاصة..... 115

الفصل الرابع : التكفل النفسي الأرطفوني

تمهيد..... 118
1- تعريف التكفل النفسي الأرطفوني..... 119
2- أهداف التكفل النفسي الأرطفوني بأطفال التوحد..... 120
3- التدخل المبكر(التكفل المبكر بالطفل التوحدي) تعريفه ، مبرراته ، مميزاته 121
4- الأخصائي النفسي و الأرطفوني، تعريفه ودوره مع الطفل التوحدي..... 123
5- المتطلبات التربوية و العلاجية..... 125
6- الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج التوحد..... 125
7- طرق التكفل بالأطفال التوحديين..... 126
8- البرامج العلاجية و التربوية للأطفال التوحديين..... 128
خلاصة..... 149

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:إجراءات الدراسة

تمهيد..... 153
1- المنهج المتبع في الدراسة..... 154
2- الدراسة الإستطلاعية..... 155
3- ميدان الدراسة..... 156
3-1- المجال المكاني..... 156
3-2- المجال الزماني..... 156
4- عينة الدراسة..... 156
5- أدوات الدراسة..... 157

5-1- المقابلة..... 157
5-2- الملاحظة..... 157
5-3- السجلات..... 157
5-4- مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي..... 157
5-5- إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي..... 159
5-6- البرنامج العلاجي TEACCH..... 161
6- إجراءات تطبيق الدراسة..... 167
7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة..... 167
خلاصة الفصل..... 168

الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد..... 171
1- عرض النتائج الحالات..... 172
1-1- عرض نتائج القياس القبلي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي.. 172
1-2- عرض نتائج القياس البعدي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي.. 174
1-3- عرض نتائج القياس القبلي للحالات على إختبار الفهم الشفهي..... 177
1-4- عرض نتائج القياس البعدي للحالات على إختبار الفهم الشفهي..... 179
2- عرض الحالات و تفسير النتائج..... 181
3- عرض و تحليل نتائج فرضيات الدراسة..... 191
4- تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات..... 194
5- الإستنتاج العام..... 196
خاتمة الدراسة..... 198
التوصيات و الإقتراحات..... 199

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	مستويات نمو قدرة الفهم الشفهي عند الطفل	95
02	خصائص عينة البحث	156
03	قيمة معامل الثبات ألفا–لكرونباخ	160
04	قيمة معامل الثبات جيتمان و سبيرمان براون	160
05	قيمة الثبات من خلال معامل الإرتباط بارسون	161
06	بعض نشاطات اللغة حسب البرنامج العلاجي TEACCH	163
07	بعض نشاطات الفهم الشفهي حسب البرنامج العلاجي TEACCH	166
08	نتائج القياس القبلي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي	172
09	نتائج القياس البعدي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي	174
10	نتائج القياس القبلي للحالات على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي	177
11	نتائج القياس البعدي للحالات على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي	179
12	دلالة فروق المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية للقياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير التواصل اللغوي للطفل التوحدي	191
13	نتائج إختبار(t) للقياسين القبلي و البعدي للإتصال اللغوي للطفل التوحدي	191
14	دلالة فروق المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية للقياسين القبلي و البعدي على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي	192
15	نتائج إختبار(t) للقياسين القبلي و البعدي للفهم الشفهي للطفل التوحدي	193

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	خصائص و أعراض التوحد	38
02	أسباب إضطراب التوحد	47
03	نموذج Ellis et Young للتعرف على الكلمات	96
04	اللحظات الأربعة لتدخل مشروع المعنى في العملية الذهنية للمعرفة	105
05	المعالجة العصبية للمعلومات الصوتية	112
06	المشروع السيكوبيداغوجي الطبي للتكفل المبكر بالطفل التوحدي	122
07	الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي للإتصال اللغوي للطفل التوحدي	176
08	الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي للإختبار الفهم الشفهي	180

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحد
02	إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي
03	نموذج دراسة حالة
04	قائمة الأساتذة المحكمين
05	مخرج نظام الحزمة الإحصائية s.p.s.s لصدق و ثبات إختبار الفهم الشفهي
06	مخرج نظام الحزمة الإحصائية s.p.s.s لنتائج إختبار(t) للفروق بين القياسين القبلي و البعدي لكلا الإختبارين

المقدمة

مقدمة :

يعتبر التوجه لتربية الأجيال و العناية بها تجسيداً للجانب الإنساني و تعبيراً عن حضارة المجتمعات و إرتقاءها ، و يتجلى ذلك بوضوح في مدى العناية التي نوليها للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة و توفير إمكانات النمو الشامل لهم في جميع النواحي مما يساعد في إعدادهم لحياة شخصية و إجتماعية ناجحة أما إهمال هذه الفئة تؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم و تضاعف إعاقتهم و يصبحون عالة على أسرهم و مجتمعهم .

فالإضطرابات واحدة من المشكلات الإجتماعية ذات الأبعاد التربوية و الأخلاقية التي أصبحت محل إهتمام المجتمعات و نالت الكثير من الأبحاث من قبل الباحثين في العالم ، و هذا لزيادة و إتساع رقعة الإضطرابات المختلفة ، كما أخذت العديد من البلدان بسن القوانين و التشريعات التي تحفظ حقوق ذوي الإحتياجات الخاصة.

و من الإضطرابات ما يسمى بالإضطرابات النمائية المنتشرة ، أي التي تؤثر على العديد من جوانب النمو لدى الفرد ، من بينها النمو المعرفي و الإجتماعي و الإنفعالي للطفل و على سلوكه بوجه عام ، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث آثار سلبية على العملية النمائية ، و هذا ما ينطبق تماماً على إضطراب التوحد الذي شهد إرتفاعا محسوسا في عدد الأطفال المصابين به في الآونة الأخيرة ، كما لقى العديد من الإهتمام خلال النصف الثاني من القرن العشرين و يظهر هذا جلياً من خلال الأبحاث و الدراسات التي تعلقت بحالات التوحد ، كما طورت البرامج التربوية و التعليمية الموجهة للأطفال التوحديين ، و بالرغم من الإهتمام الكبير الذي حضي به هذا الإضطراب إلا أن السبب الرئيسي وراء ظهوره مازال غير معروف و كل التفسيرات المتوفرة حالياً لا تزال مجرد تخمينات لم يجزم بصحتها.

ولقد عرف التوحد على أنه إضطراب علائقي يصيب الأطفال دون سن ثلاث سنوات ، حيث يعانون العديد من المشاكل تظهر علاماتها الرئيسية في : تأخر تطور المهارات اللفظية و غير اللفظية ، إضطراب السلوك إضطراب التفاعل و التواصل الإجتماعي ، كما أنه من أعقد الإضطرابات و الأمراض لأنه ليس مرض محدد أو ذي أعراض ثابتة فهو يختلف من حيث الشدة و التشابه في المصاب الواحد أو مع الآخرين.

و تعتبر اللغة و الفهم الشفهي من بين أشهر القدرات المعرفية و أهمها خلال حياة الفرد كونها وسيلة تواصل مع العالم الخارجي و التي من بين المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد ، فإذا ما قارنا الطفل التوحدي مع طفل عادي من حيث الإستعمال اللغوي نجد لدى الطفل التوحدي إضطرابا على مستوى الفهم الشفهي و اللغة و يكمن هذا الإضطراب في عدم قدرة المصاب بالتوحد على فهم و إعطاء المعنى المناسب للغة. و من هنا نتناول التوحد محاولة منا للتخفيف من المشكلات التي يعانون منها و مساعدتهم على التكيف مع إعاقتهم و العيش حياة إجتماعية أساسها الفهم و القدرة على التواصل و التعامل مع الآخرين.

و من الضروري أن تتم عملية التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة التي تعد من أهم الفترات في تكوين شخصية الطفل مستقبلا و التي تتشكل فيها العادات و الإتجاهات و تنموا الميول و الإستعدادت و خلالها يتحدد نمو الطفل الجسمي و العقلي و النفسي كما يتميز بقابلية للتغيير مما يساهم في إمكانية تحقيق قدر أكبر من التنمية لقدراتهم المختلفة و بالتالي تحسين حياة الطفل في وقت مبكر و جعله يتكيف و يتوافق مع البيئة ، إضافة إلى مساعدة الأسرة و إعانتها على التعايش و التعامل مع إبنهم بأقل ضغط و توتر نفسي و هذا بسبب بعض الأعراض التي تصبح من الصعب التعايش معها كالبكاء أو الضحك بدون سبب لساعات طويلة طيلة الليل ، و هذا ما إستدعى مضاعفة الجهود و العمل المتواصل من طرف المختصين في ميدان علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا لتقديم المساعدة للمصابين به و خاصة أن الأطفال التوحديين يجدون صعوبات في التمدرس في المدارس العادية و لديه العديد من الحاجات التي يود من يساعده فيها ليتحقق له مستوى مناسب من التكيف و التوافق مع بيئته و ذلك من منطلق ضرورة أن تتاح له الفرصة ليحيا بين الآخرين حياة إجتماعية أساسها الفهم و التواصل اللغوي و القدرة على التعامل و لن يتحقق ذلك إلا بإستعمال كل قدرات الطفل التوحدي و الإمكانات المتاحة و التكفل الجيد الذي يتطلب صبر و مجهود تربوي يتناسب و قدرات كل طفل حسب درجة الإعاقة ، كما تتبنى طريقة التعليم الفردي في التدريس بحسب إمكانيات كل طفل و الإستعانة بوسائل تعليمية خاصة.

و من هنا تبرز أهمية البرامج العلاجية التعليمية التي تسهم في إكساب هذه الفئة السلوكات الصحيحة و تنمية أوجه القصور و العجز لديهم كما أكدت العديد من الدراسات و التجارب أن إستعمال البرامج العلاجية و التربوية و التعليمية أظهرت الكثير من التقدم مع هؤلاء الأطفال و تحث أفضل البرامج على إشراك هؤلاء الأطفال مع أسرهم و مجتمعهم و عدم عزلهم لأن ذلك سيزيد من تقوقعهم على أنفسهم ، من بين هذه البرامج برنامج التعليم المنظم "Teacch" للباحث " Eric schopler " و زملاءه الذي تم إعتماده في الدراسة الحالية لمحاولة إثبات مدى فعاليته في تنمية مهارات التواصل الإجتماعي من خلال تدريبهم على تنمية القدرة اللغوية و الفهم الشفهي.

و بعد إختيار و تحديد الموضوع قمنا بتصميم خطة وفق منهجية مُنظمة ، بحيث قسم موضوع الدراسة إلى جزأين أساسيين: الأول يتناول الإطار النظري و الذي يشمل أربعة فصول ، حيث خصصنا الفصل الأول لمنهجية البحث، و الفصل الثاني إضطراب التوحد ، بينما إحتوى الفصل الثالث على القدرات المعرفية ثم تناولنا في الفصل الرابع التكفل النفسي الأرطفوني بالأطفال التوحديين .

أما الجزء الثاني من الدراسة فيتناول الجانب التطبيقي و يحتوي على فصلين: الفصل الخامس تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة في حين تضمن الفصل السادس عرض و تحليل و مناقشة النتائج و من ثمة التحقق من فرضيات البحث حيث تناولنا ضمنه نتائج الدراسات النظرية و ربطناها بما حصلنا عليه من التطبيق ، ثم خلصنا بخاتمة لدراستنا ، و بعض الإقتراحات و التوصيات لأخذها بعين الإعتبار في الدراسات المستقبلية .

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار التمهيدي

الفصل الأول: الإطار التمهيدي

الرقم	العنوان
01	تمهيد.
02	إشكالية الدراسة.
03	فرضيات الدراسة.
04	دوافع اختيار موضوع الدراسة.
05	أهداف الدراسة.
06	أهمية الدراسة.
07	تحديد المفاهيم المتعلقة بالدراسة.
08	الدراسات السابقة.
09	التعقيب عن الدراسات السابقة
10	خلاصة.

تمهيد:

سنتطرق في هذا الفصل إلى إشكالية الدراسة المتمثلة في التكفل النفسي الأرطفوني وأثره في تعزيز نمو القدرات المعرفية { الحصيلة اللغوية – الفهم الشفهي } لدى أطفال التوحد ، وتساؤلاتها وفروضها، إضافة إلى ذكر أسباب ودوافع إختيار موضوع الدراسة، أهدافها، أهميتها، وكذا تحديد مفاهيم الدراسة، وأخيرا عرض لأهم الدراسات السابقة التي لها علاقة بمتغيرات الدراسة.

1-الإشكالية:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الانسان في حياته، ففيها تتحدد المعالم الرئيسية لشخصيته وفيها يكتسب الإتجاهات و العادات و السلوكات و القيم، و فيها تشتد قابليته للتأثر بالعوامل التي تحيط به، فتظهر في جوانب شخصيته أنماط من السلوك السوي أو السلوك الدال على سوء التوافق.

و الإنسان منذ ولادته ينموا ويتطور منتقلا بذلك من طور إلى آخر، و يرى كمال مرسي أن الفترة من ثمانية أشهر إلى ثلاث سنوات مرحلة هامة في النمو العقلي المعرفي، والحسي الحركي، والجانب الانفعالي الاجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين، وأنه لابد من الإهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إعاقة في نموهم العقلي وإنحرافاتهم السلوكية فيسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة. **(كمال مرسي،1995، ص.25)**

و عليه قد يواجه بعض الأباء في الأسرة أطفال ذوي الإضطرابات الجسمية أو العقلية أو النفسية، و هؤلاء الأطفال يختلفون عن الأطفال العاديين في كافة جوانب نموهم، فقد لوحظ على بعض الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أنهم يعانون من إضطرابات حادة في التعبير عن إنفعالاتهم وغير قادرين على التواصل و التفاعل الإجتماعي ولديهم أنماط سلوكية شاذة بالإضافة إلى الضعف العقلي و هذه الأعراض تندرج ضمن الإضطرابات المجتاحة للنمو Troubles Envahissants De Développement، و التي تمس عدة قطاعات من النمو النفسي و المعرفي و تضم تناذر Rett، تناذرAsperger، إضطرابات الطفولة التفككي Troubles Désintégratifs De L'enfance، و إضطراب التوحد L'autisme و الذي نحن بصدد دراسته في بحثنا هذا، إذ يعتبر من أصعب الإعاقات التطورية التي تصيب الطفل خلال السنوات الأولى من عمره ، حيث يتميز هذا الإضطراب بإعاقة مستمرة في التفاعل الإجتماعي، و إنحراف التواصل اللغوي و السلوك النمطي المتكرر، و قصور في الفهم الشفهي لكلام الآخرين ، إذ تعرفه الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال التوحديين National Society of Autistic children, (NSAC) بأنه إضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا، وتشمل الإضطراب في المجالات الآتية:

- النمو ، الاستجابة الحسية للمثيرات ، اللغة و الكلام ، و القدرات المعرفية ، و التعلق و الإنتماء للناس، والتعلق بالأحداث والمواضيع.

فالتوحد إضطراب نمائي شامل يمس مختلف جوانب النمو ، حيث يصعب تشخيصه في المراحل الأولى نظرا لعدم تمييز مرض الطفل من طرف أفراد الأسرة، فهو لا يبدوا من مظهره الخارجي أنه يعاني من إضطراب مقارنة بالإعاقات الأخرى فهو يبدوا طبيعيا عند الميلاد ويظهر في الشهور الأولى نمو عاديا لا يوحي بوجود شذوذ و يستمر على هذا الوضع لسنتين الأولى من عمره ، أين يبدأ بإكتساب اللغة و مهارات التواصل مع الآخرين والفهم للأمور التي تدور من حوله و في منتصف العام الثاني أو بداية العام الثالث يتفاجئ أفراد الأسرة بطفل عاجز على التواصل اللغوي و الاجتماعي و على إستعمال القدرات المعرفية كالفهم

و الإدراك و الإستيعاب ، منغمسا في سلوكات نمطية و شاذة ، مكتشفين بذلك إضطراب التوحد الذي يعتبر من أخطر الاضطرابات التي تصيب الطفولة .

إن التوحد من الموضوعات التربوية و النفسية التي يعاني منها عدد غير قليل في العالم بوجه عام ، و مردودها السلبي ليس مقصور على هؤلاء الأطفال بصفة خاصة بل على آبائهم و المجتمع الذي يعيشون فيه ، حيث تشير معضم الدراسات إلى أنه ينتشر من (4-15) حالة في كل عشرة آلاف من مجموع سكان العالم، في حين أظهرت بعض الدراسات معدلات أعلى من (20) حالة لكل عشرة آلاف من مجموع سكان العالم، بمعدل عند الذكور أكثر من الإناث بنسبة أربع ذكور مقابل بنت لكن إذا أصيب هذا الإضطراب الإناث تكون درجته عميقة وأكثر حدة من الذكور. كما يختلف من حيث الشدة و التشابه مع الأشخاص الآخرين أو في المصاب الواحد من فترة لأخرى.

و أشار معهد أبحاث التوحد إلى زيادة حالات التوحد بشكل كبير، إذ أصدر مركز الأبحاث في جامعة كامبرج تقريراً بإزدياد نسبة حالات التوحد حيث أصبحت (75) حالة في كل (10000) من عمر (5-11) سنة، وهي نسبة أكبر بكثير من النسبة التي يعتقدها كثير من المختصين وهي (4-15) حالة في (10000)، كما أضاف لايدلر Laidler (2005) إلى أن الفرق في نسبة الإنتشار بناءاً على التقارير الأمريكية التي كانت تُرفَع إلى الكونغرس الأمريكي بأعداد الأفراد التوحديين حيث كانت في عام (1993) أربعة من كل (10000) آلاف فرد، وأصبحت في عام (2003) (25) من كل عشرة آلاف فرد.

(أحمد قحطان الظاهر،2009،ص. 33)

و هذا الإضطراب يعد إضطراب العصر في البيئة الجزائرية، فقد كشفت الدراسات الحديثة الإرتفاع المحسوس لهذه المشكلة عند الأطفال الجزائريين خلال السنوات الأخيرة لأسباب ظلت حتى الآن مجهولة رغم الأبحاث و الجهودات المقدمة في هذا المجال، فقد بلغ عدد المصابين بهذا الاضطراب في الجزائر حوالي (39000) مصاب سنة (2009) وهذا حسب إحصائيات وزارة التضامن الوطني ، بمعدل إنتشار للذكور أكبر من الإناث و بمعدل حدوث حالة لكل حوالي(950) شخص في الجزائر، كما صرح الطبيب العقلاني للأطفال بدريد حسين بالجزائر العاصمة البروفيسور" محمود ولد طالب" أن هناك (40000) شخص مصاب بإضطراب التوحد لكن الإحصائيات ليست دقيقة في بلادنا وهذا راجع إلى طابوهات كما أن ليس كل شخص مصاب يأتي للكشف و العلاج. **(كمال مجذوب،2010،ص.10)**

و منذ إكتشاف مرض التوحد قبل 73 سنة ولحد اليوم لا تعرف الأسباب الحقيقية الكامنة وراء ظهوره و كل التفسيرات المتوفرة حاليا لم يجزم بصحتها ، رغم التطور العلمي و الطبي و رغم كل الأبحاث و الدراسات التي أجريت في هذا المجال ، و قد تم التأكد على أنه إعاقة نمائية تصاحب المصابين به طوال حياتهم فلا يمكن الشفاء النهائي و التام منه و إنما يتم تعديل للسلوكات الشاذة لديهم و إكسابهم مهارات ذاتية، إجتماعية ، معرفية... مما يسمح لهم بتحسين حياتهم و حياة أوليائهم على حد سواء.

و يرى " ليوكانر Leo Kanner " أن لهذا الإضطراب بعض المظاهر الإكلينيكية كإضطراب الإنتباه و الإدراك و الفهم و اللغة ، عدم القدرة على التواصل و إقامة علاقات مع الآخرين و النشاط الحركي المفرط، و أشار أيضا " كوجل Koegel " أن الطفل المصاب بإضطراب التوحد يعاني من الإنسحاب الإجتماعي و الإنطواء على النفس و عدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية كما يوجد لديهم إضطراب في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية . كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه و عدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة بالإضافة إلى النشاط الحركي المفرط .

(عليوه سهام عبد الغفور،1999،ص.95)

و من بين المشكلات التي قد تصيب الطفل التوحدي و التي نحن بصدد دراستها في بحثنا هذا مشكلات على مستوى الفهم الشفهي و على مستوى إكتساب اللغة ، إذ ينتظر الأبوين بفارغ الصبر أولى كلمات أبنائهم و قد تطول هذه المرحلة وتصبح الفراغات اللغوية كبيرة لا يستطيع الطفل إسترجاعها بسهولة مما يؤدي إلى فارق زمني بين لغته و سنه ، و الأطفال التوحديين هم أطفال معاقون بشكل واضح في مجال إستقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين وهذه الإعاقة تؤدي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير مناسب للوسط الإجتماعي المحيط بهم و هذا ما أكده " لورد و هوبكنز Lord & Hopkins " عندما قاما بتحليل وظائف التواصل للسلوك غير المقبول لدى أطفال التوحد ، وتوصلا إلى أن بعض أنماط السلوك التي يمارسونها كإذاء الذات و البكاء و الصراخ المستمر ما هي إلا سلوكيات ناتجة عن الصعوبات التي يواجهونها في التواصل مع الآخرين.

حيث يفتقد الطفل التوحدي إلى اللغة اللفظية التي تمكنه من الإتصال بالآخرين و التعبير عن رغباته و حاجاته سواء كانت نفسية أو بيولوجية أو إنفعالية ، و حتى و إن وجدت فإنها تكون مضطربة و غير عادية إذ تقتصر على كلمات نمطية مثل ترديد بعض الكلمات الخارجة عن السياق و في ظروف زمانية و مكانية غير مناسبة ، أو إعادة كلام المتحدث أو إصدار كلام غير مفهوم وكذا الحال بالنسبة للُغته غير اللفظية التي تتسم بضعف في التواصل البصري و في إستخدام بعض الإشارات كالإشارة بالأصبع و التلويح باليد ، و ضعف في إستعمال الإيماءات و الإبتسامة و التعبيرات الجسدية ، و في هذا السياق يشير " سكويرمان وفيبر Scheuerman Wefber " (2002) بأن معظم الأطفال الذين يعانون من إضطراب التوحد تعوزهم النية للتواصل ، كما تشير معظم الدراسات أن (50%) من أطفال التوحد لا يملكون القدرة على الكلام ، و لا يطورون مهاراتهم اللغوية ، إلا أنهم لا يعوضونها بإستخدام أساليب التواصل غير اللفظي.

و تضيف كل من " أهلرز و جونسون Ehleres & Ajohnson " (1996) أن الخصائص اللغوية للأطفال ذوي إضطراب التوحد تتميز ب :

- صعوبة الإنتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن للطفل التوحدي حاسة سمع عادية و يكون إنتباهه للأصوات التي تثير إهتمامه مثل صوت لعبته؛
- صعوبة في القدرة على التكلم؛
- صعوبة في إستخدام الضمائر في الكلام و في إستخدام حروف الجر و المكان و الزمان.

(الذراع،2010،ص.63-64)

هذا الإضطراب له خاصية تجعل إكتسابات الطفل غير مفهومة ومبهمة بالنسبة له مما لا يسمح بتخزينها في دماغ الطفل وتعلمها بصفة جيدة ، و هذا ما يؤدي حتما إلى عدم إستعمالها و هذا ما نلاحظه في تعبير الطفل فعدم إكتسابه للمعلومات يجعله غير قادر عن الإلمام برصيد لغوي كافي يسمح له بالتعبير الشفوي وهكذا التعبير يؤثر في الفهم والعكس صحيح.

فالفهم الشفهي من المهارات اللغوية الإستقبالية و يعد وظيفة ذهنية هامة في حياة الفرد تتضمن إستراتيجيات معرفية لتحقيق الفهم العام لمواقف الإتصال اللفظي و غير اللفظي كما أنه من العمليات الضرورية التي تمكن الطفل من التفاعل و الإتصال مع الآخرين و إستيعاب الأمور التي تحدث من حوله ، و الأطفال التوحديون يعانون من إضطراب في العمليات المعرفية و بالتالي فهُم غير قادرين على إستخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة و غير المسموعة و هذا ما يؤثر على قدرتهم على الفهم و التعرف.

(محمد أمين نصر،2002،ص.83)

فصعوبة الفهم تجعل الطفل غير قادر على المعالجة المعرفية للمعلومة الشفهية و هذا لنقص المعجم الداخلي الذي تم بناؤه في المراحل الأولى من إكتساب اللغة، و بالتالي صعوبة في تحليل و ترجمة المثيرات الخارجية و التي من بينها المعلومات و الأوامر اللفظية التي يتلقاها من قبل الأخصائي أو المحيط ، و التأخر في فهم الكلام وإستيعابه من أهم الفروق التي تميز التوحديين فقد ظهر أن التوحديين يحصلون على درجات ضعيفة جداً للمقاييس المعيرة لفهم اللغة ، و أن إنجازهم ودرجاتهم تكون أكثر إنخفاظاً من تلك التي يحصل عليها المعاقون عقليا و الذين يكونون من العمر العقلي نفسه .

وقد أشار الباحث " فيرت Firth " في دراسته أن الأطفال التوحديين حصلوا على درجات عالية في إختبار الأداء تفوق الإختبارات اللفظية ، ففي المقاييس اللفظية إستطاع التوحديون الحصول على درجات أعلى في إختبارات مدى الأرقام و الذي يقيس الإنتباه و الذاكرة قصيرة المدى ، في حين حصلوا على درجات منخفضة في مقياس الفهم والإستيعاب الذي يقيس المعلومات الإجتماعية. **(محمد قاسم عبد الله، 1997، ص.109)**

و أضاف كل من دونلاب و بيرس Dunlap & pierce أن التوحدية تؤثر في قدرة الطفل على التواصل وفهم اللغة و اللعب و التفاعل مع الآخرين وأنها تعتبر زملة أعراض مرضية سلوكية . فالفهم الشفهي من بين النشاطات الأكثر أهمية في النظام المعرفي للفرد و من أهم المشكلات التي تصيب الطفل التوحدي و تُعيقه عن القيام بأبسط الأفعال كالأكل و النظافة و النوم ...

و نحن في دراستنا هذه نهدف إلى معرفة حدود إمكانيات الفهم الشفهي والحصيلة اللغوية لدى الطفل التوحدي من خلال الكشف الإكلينيكي للصعوبات التي يواجهها أثناء عملية الفهم وعملية التفاعل و التواصل اللغوي و التكفل به من خلال تطبيق تقنيات التعليم المنظم للباحث " Eric Schopler " و زملاءه و الذي تم المصادقة عليه في الجزائر من طرف البروفيسور محمود ولد طالب و المُسمى برنامج "Teacch" و هو منتشر في معظم دول العالم ومعتمد بكثرة في الجزائر ويهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديون ليصبحوا أكثر إستقلالية من خلال تنمية التواصل و الإستقلالية و التقليل من المشكلات السلوكية ، و يتم به إستخدام إستراتيجيات تعديل السلوك مثل التعزيز المادي و المعنوي.

و لأن من المسلمات التربوية و التي تقرها المواثيق الوطنية والدولية أن لكل طفل الحق في الحصول على التربية لا فرق في ذلك بين السوي و غير السوي ، كما أن أغراض التربية عموما تشترك في هدف مساعدة الفرد أياً كان. **(بركات، لطفي،1981، ص.14)**

إهتمت العديد من الدول برعاية أبناءها من ذوي الإحتياجات الخاصة و قامت بإنشاء مدارس خاصة لكل فئة و أصدرت القرارات اللازمة لتنظيم العمل بها ، لكن في الجزائر هناك نقص في رعاية هؤلاء الأطفال و أول مركز وطني أقيم خصيصا لفئة الأطفال التوحديين كان بالجزائر العاصمة بالأبيار، بعدها تم فتح بعض المراكز التي يتم فيها إستقبال هذه الفئة في مُعظم ولايات الوطن إلا أنها لا تكفي نظراً للإرتفاع المخيف لهذه الفئة في الجزائر ، فيجد الأطفال التوحديون الجزائريون صعوبات في من يتكفل بهم نظراً للإكتضاض الذي يعُم هذه المراكز ، فلديهم العديد من الحاجات التي يودون من يساعدهم فيها ليتحقق لديهم مستوى مناسب من التكيف و التوافق مع بيئتهم وذلك من منطلق ضرورة أن تتاح الفرصة له ليحيا بين الآخرين حياة إجتماعية أساسها الفهم و القدرة على التعامل ولن يتحقق ذلك إلا من خلال التكفل الجيد من طرف مختصين نفسانيين، أرطفونيين، وتربويين.

و أشار " فاروق صادق " بأن التدخل المبكر والتفاعل مع مشكلة تعوق الطفل من أجل تحقيق ذاته أو إمكاناته في التكيف مع نفسه أو مع الأخرين ويجب أن يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل و أسرته و بيئته .

(فاروق صادق،1993،ص.9)

فالتدخل المبكر للطفل التوحدي يُذلل بعض الصعاب و يقلل آلامه و معاناته و يساعده في التغلب على المشكلات التي تواجهه و يؤدي إلى التوافق بين الطفل و الأسرة و البيئة الإجتماعية التي يعيش فيها مع العلم أن هذه الفئة من الأطفال قادرة على الإكتساب و التعلم إذا توفرت الشروط اللازمة لذلك.

كما لا يقتصر تعليم ذوي الإحتياجات الخاصة على المهارات قبل الأكاديمية و المهارات الأكاديمية ، ولكنه يشمل أيضا جهوداً لتطوير مهاراتهم النمائية ، الإجتماعية ، و الإنفعالية وذلك بإستخدام إستراتيجيات تعليمية و طرق تدريس مختلفة بإختلاف الحالات وتعددها. **(الحديدي منى، الخطيب جمال،2005،ص.4)**

و من خلال البحوث العلمية التي تعنى بذوي الإحتياجات الخاصة و المركزة على أن كل طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة قابل للتعلم و التقدم نجد أن هناك العديد من البرامج العلاجية والتربوية و التعليمية الخاصة بما يتناسب وإحتياجات كل فئة ، و أشار " واد و مورWade & Morre " إلى أن أفضل طريقة للتدخل العلاجي لحالات الأطفال التوحديين هي تقديم برامج علاجية و تربوية تساعد على خلق بيئة صالحة للنمو الإجتماعي و اللغوي و الإنفعالي ويشترك في هذه البرامج الأباء و الأمهات و المدرسين.

(Wade & Morre, 1994, p.165)

و قد إعتمدنا في دراستنا هذه على برنامج " Teacch " من أجل تنمية اللغة سواء اللفظية أو غير اللفظية و تحسين مستوى الفهم الشفهي لدى الطفل المصاب بالتوحد وذلك لمساعده على تنمية المهارات الإجتماعية لديه و التي تشكل جزءاً كبيراً في مساعدته على الخروج من العزلة وتؤدي إلى تطور التفاعل الإجتماعي و العمليات المعرفية مما يخفف العبئ على الطفل و الأسرة.

و يرى " مايكلسون Michelson " (1983) أن التدريب على مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي يمكن أن يسهم بدرجة كبيرة في علاج مظاهر العجز المرتبطة بها ، و زيادة التفاعل الإجتماعي الإيجابي ، و أكد " دونلاب و بيرس Dunlap & Pierce " (1999) أنه يمكن إلى حد كبير تحسين مستوى التفاعلات الإجتماعية حيث يُتَضَمن ذلك من خلال إستراتيجيات لتنمية قدرتهم على التواصل و على فهم اللغة و على حدوث التفاعلات الإجتماعية في المواقف المنزلية و المدرسية و الوظيفية و المجتمعية المعقدة و هو الأمر الذي يمكن أن يتحقق من خلال تنمية مهارات الإجتماعية. **(عادل عبد الله محمد، 2002،ص.268)**

كما أثبتت دراسة " ماري كريستين بيرت و ليدي كلينك M. Perret & L.klink " (2005) و التي تكونت عينة دراستهما من 3 أطفال مصابين بالتوحد لديهم قصور في الإنتباه و صعوبات في الفهم الشفهي تم إخضاعهم لحصص علاجية ليتمكنوا من إدراك الخصائص النغمية للصوت ، و لقد تم ذلك على مراحل و هي إدراك ذاتي للأصوات ، وتم تعميمها على أصوات أفراد آخرين ، و بعد سنة من التكفل ، وجدت الباحثتان تحسناً كبيراً في الفهم الشفهي عند جميع أفراد الدراسة. **(Perret & Klink.2007.p.42-50)**

و عليه ومما سبق ذكره سنحاول ضمن هذه الدراسة الوقوف على أثر التكفل النفسي الأرطفوني في تعزيز نمو القدرات المعرفية {اللغة – الفهم الشفهي} لدى أطفال التوحد ، محاولين تأهيله ومساعدته للخروج من العزلة وتطوير قدراته المعرفية و تفاعله الإجتماعي ، لذلك طرحنا التساؤل الرئيسي التالي:

❖ هل يؤثر التكفل النفسي الأرطفوني في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي لدى الأطفال التوحديين؟

- و منه تندرج التساؤلات الفرعية التالية :

❖ هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمستوى الإتصال اللغوي للطفل التوحدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي Teacch ؟

❖ هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمستوى الفهم الشفهي للطفل التوحدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي Teacch ؟

2- فرضيات الدراسة:

❖ يؤثر التكفل النفسي الأرطفوني في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي لدى الأطفال التوحديين.

- و منه أتت الفرضيات الجزئية على النحو الآتي:

❖ توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمستوى الإتصال اللغوي للطفل التوحدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي Teacch.

❖ توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمستوى الفهم الشفهي للطفل التوحدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي Teacch.

3- دوافع اختيار موضوع الدراسة:

– وقع إختيارنا على هذا الموضوع كَون إضطراب التوحد من أصعب الإضطرابات الموجودة في الميدان و لأننا وجدنا حالات حقاً تعاني من عجز على مستوى الوظائف المعرفية ؛

– نقص الإهتمام الكافي بهذه الفئة من ذوي الإحتياجات الخاصة من طرف الدولة الجزائرية ؛

– الإهتمام الشخصي بالطفل التوحدي و محاولة تطوير مهاراته المعرفية و اللغوية و هذا الإهتمام راجع إلى فترة التربص التي قضيناها و التي كانت لمدة عام كامل في الليسانس و حتى بعد التخرج حيث إلتزمنا في الميدان كأخصائيين نفسانيين تربويين بكفالة حالات التوحد ؛

– الإحساس بالمشاكل التي يعانيها الطفل التوحدي و محاولة مساعدته على الأقل في التعبير عن حاجاته و رغباته و إنفعالاته من خلال التكفل به ؛

– الملاحظات الإكلينيكية لمستوى العمليات المعرفية و السلوكات الإتصالية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد و التي تكفلنا بها ؛

– ملاحظتنا للصعوبات التي يتلقاها الأولياء وكذلك الأخصائيين في التواصل و إيصال المعلومة للطفل التوحدي ؛

– تبصيير الأخصائيين غير أكفاء و والدي الطفل التوحدي بإمكانية تحسين مستوى القدرات المعرفية و خاصة اللغة والفهم الشفهي و هذا ما يسهم في إعدادهم للإندماج مع أقرانهم و من ثم الإنخراط في المجتمع ؛

– ملاحظات الباحثتان اليومية لمعاناة و مأساة هذه الشريحة من المجتمع في وسطها البيئي .

4–أهداف الدراسة:

– تهدف إلى التعرف على مدى فاعلية البرنامج التعليمي العلاجي المقترح "Teacch" و القائم على تنمية القدرات المعرفية للأطفال التوحديين في الجزائر؛

– الكشف عن المشكلات المعرفية و النفسية و الإجتماعية والسلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديين و العمل على التقليل من حدتها عن طريق التكفل بهم ؛

– التعرف على ما إذا كان التكفل النفسي الأرطفوني بأطفال التوحد له أثر فعال و إيجابي و إعطاء صورة دقيقة عن الدور الذي يلعبه الأخصائي في هذا المجال ؛

– مساعدة أطفال التوحد على التواصل و التفاعل الإجتماعي مع الأسرة و البيئة الإجتماعية و إعطاء الفرصة له للتعبير عن رغباته ومشاعره و إمكاناته و إثبات ذاته مثل بقية الأطفال العاديين وذلك من خلال تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي ؛

– تطوير الإعتماد على البرنامج "Teacch" من طرف الأخصائيين وتسهيل على الآباء الإختيار الصحيح للبرنامج الذي يساهم في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي و العمل على التنسيق بين الأخصائي و عائلة الطفل على إعتبار أن الوالدين هما إمتداد للعلاج الرئيسي للطفل التوحدي ؛

– قياس مستوى الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي لدى أطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج ؛

– تزويد مكتباتنا بمراجع حول موضوع التوحد {أسبابه، أعراضه ، تشخيصه ، وعلاجه} و الذي يعتبر من المواضيع حديثة الإهتمام في الجزائر و ذلك للرقي بالعلم و المعرفة في بلادنا ؛

– الإستفادة من نتائج الدراسة في عملية التكفل و التعليم و التأهيل والتدريب لأطفال التوحد .

5- أهمية الدراسة:

- تتجلى أهمية دراستنا هذه في كونها تسلط الضوء على فئة حساسة داخل التشكيلة الإجتماعية من ذوي الإحتياجات الخاصة ألا و هي أطفال التوحد في ظل إرتفاع محسوس يكتنفه الغموض و الخوف في الجزائر فهذا البحث يأتي كدراسة علمية تحاول تحسين حياة هؤلاء الأطفال و توظيف نتائجها في الإختصاص.

- بما أن مهارات التواصل و التفاعل الإجتماعي تعتمد على الفهم الشفهي و الحصيلة اللغوية لدى الفرد تم إختيار برنامج "Teacch" الذي يؤثر بشكل إيجابي في تنمية هذين الجانبين لدى أطفال التوحد ويعد تحسين وتعديل هذين الجانبين جوهر عملية التأهيل و التكفل المطلوب لهذه الفئة؛

- و أمام التزايد الملفت لعدد أطفال التوحد في الجزائر و أمام النقص الكبير في مراكز التكفل المتخصصة تأتي هذه الدراسة لتبيين فعالية تطبيق هذا النوع من البرامج في تعزيز نمو القدرات المعرفية وتبيين سهولة إستخدامه لقلة تكاليفه و يسر تطبيقه على الأطفال التوحديين من طرف المختصين و الآباء؛

- و بما طرحته الدراسة، في شقيها النظري و التطبيقي نتيجة البحث المضني، يسمح لقارئها بالتعرف على هذه الفئة المهمشة من المجتمع، من جميع النواحي النفسية و المعرفية و الإجتماعية ؛

- و بالتعرف على وضعية الأطفال التوحديين من جميع النواحي، سيسمح ذلك بالتكفل بهم و رَد الإعتبار لهم وخاصة أنهم أصبحوا في أيامنا هذه يتداولون بكثرة على المراكز الإستشفائية في الوسط الجزائري؛

- هذه الدراسة تساعد كل من الأولياء و المختصين في علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا على فهم أفضل لهذه الفئة و تزويدهم بالطريقة الصحيحة في التعامل معهم.

6- تحديد مصطلحات الدراسة:

6-1- <u>التكفل النفسي الأرطفوني:</u> هو جملة الخدمات التي تهدي إلى تنمية شخصية الطفل التوحدي وقدراته إلى أقصى ما يمكن أن تصل إليه ، وذلك من جميع النواحي العقلية و الحسية و النفسية.

(زرارقة،2009،ص.123)

***التعريف الإجرائي** : هو تلك العملية التربوية و النفسية التي يقوم بها الأخصائي النفسي الأرطفوني، و التي تهدف إلى مساعدة الطفل التوحدي (4-7 سنوات) على إكتساب الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي وذلك لتحقيق التوافق و التكيف مع البيئة المحيطة به.

6-2-<u>اللغة :</u> " نظام صوتي لفظي إصطلاحي بهدف الإتصال المتبادل ، يمكن من خلاله تعيين و تصنيف الأحداث، و الأشياء، و هي تمثل نظاما مشتركا للتواصل الرمزي تحكمه قواعد موجهة و مسيرة لعمليات الإنتاج، الفهم، و الترجمة الدلالي، و يتصف بالمرونة و التعقيد.

(الزغلول ، الزغلول ، 2003،ص. 102)

***التعريف الإجرائي:** هي وسيلة جوهرية للإتصال و عملية معرفية ضرورية يستخدمها الطفل التوحدي في التعبير عن إحتياجاته و رغباته بإستخدام اللغة اللفظية و غير اللفظية و هذا لتحقيق التفاعل والتواصل مع البيئة المحيطة به .

وهي مجموع الدرجات الكلية التي يتحصل عليها الطفل التوحدي من خلال الإجابة على (50) بند من مقياس تقدير الإتصال اللغوي، حيث تبلغ أدنى درجة (0) أما أقصى درجة (150).

6-3- الفهم الشفهي : عرفت " **نادية عبد السلام**" الفهم الشفهي بأنه ما يتعلق بفهم الألفاظ و معاني الكلمات و العلاقات بينهما ، و يكون هذا العامل منذ بداية تعلم الطفل لمبادئ اللغة و رموزها حيث يرتبط كل رمز لغوي بمعنى معين لدى الطفل. **(السعيد عواشرية ،2005، ص.36)**

***التعريف الإجرائي:** هو قدرة الطفل التوحدي على فهم و إستيعاب الكلمات و الألفاظ و التعبيرات اللغوية المختلفة. وهي مجموع الدرجات الكلية التي يتحصل عليها الطفل التوحدي من خلال الإجابة على (30) بند من إختبار الفهم الشفهي، حيث تبلغ أدنى درجة (0) أما أقصى درجة (60).

6-4-التوحد : يعرفه " **أحمد سليم النجار**" بأنه من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال و هو من أكثر الإضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل و أسرته ، و يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، و يعوق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، و يتميز بقصور و تأخر في النمو الاجتماعي و الإدراكي والكلامي عند الطفل. **(أحمد سليم النجار ، 2006 ، ص.6)**

***التعريف الإجرائي:** هو أحد أنواع الإضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال ، يتميز بقصور في نمو قدراتهم المعرفية مع وجود إختلال في تواصلهم اللغوي و فهمهم الشفهي للألفاظ و حوار الآخرين مؤثراً بذلك على تواصلهم و تفاعلهم الإجتماعي.

7- الدراسات السابقة:

7-1-دراسات إهتمت بالتكفل النفسي الأرطفوني للطفل التوحدي:

7-1-1- دراسة " جيف ، سالت SALT , JEFF " (2003)

بعنوان : " برنامج المركز الأسكتلندي لعلاج الأوتيزم في مرحلة ما قبل المدرسة ، مدخل نمائي للتدخل المبكر " أعد المركز الاسكتلندي برنامج للتدخل المبكر مع الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة و يهدف البرنامج إلى تحسين مهارات الاتصال و التفاعل الاجتماعي و النمو الانفعالي ، و تكونت عينة الدراسة من (30) طفلا و طفلة من المصابين باضطراب التوحد في سن (4-7) سنوات ، و طبق البرنامج بشكل فردي و مكثف بواسطة معالجين مدربين و معلمين داخل المركز و بمساعدة الآباء بعد تدريبهم

و يتضمن البرنامج استخدام التقليد و تبادل اللعب ، و فنيات العلاج السلوكي أثناء النشاطات التي تقدم و المرونة في اللعب و التبادل الاجتماعي ، و أكدت نتائج البرنامج على أهمية التدخل المبكر لعلاج مهارات الاتصال المختلفة مثل (اللغة ، مشكلات السلوكية ، الاضطرابات) ، و التواصل الانفعالي و التفاعل الاجتماعي مع ذوي إضطراب التوحد ، أن البرنامج يكون أكثر فعالية كلما تم التدخل المبكر.

7-1-2- دراسة " أسامة أحمد مدبولي " (2006)

أجرى أسامة مدبولي دراسة تحت عنوان فاعلية برنامج Teacch في تنمية التفاعل الإجتماعي للأطفال التوحديين وهدفت إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج تيتش Teacch في إحداث تحسن للتفاعل الإجتماعي للأطفال التوحديين و دمجهم في المجتمع بصورة جيدة ، ومساعدة الأسرة في التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب ، وتكونت عينة الدراسة من (16) طفلا من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم من (6 و 9 سنوات) و تم تقسيمهم إلى مجموعتين (8 ضابطة و 8 تجريبية) و استخدم مقياس تقدير التفاعلات الإجتماعية عند الطفل التوحدي الجزء الخاص بالتفاعلات الإجتماعية من برنامج تيتش وأظهرت النتائج أن هناك تحسنا لأفراد المجموعة التجريبية في مهارات التفاعل الإجتماعي بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالمجموعة الظابطة وفقاً لمقياس التفاعلات الإجتماعية، كما ثبت إستمرار أثر البرنامج بعد إنتهاء تطبيقه بعد مرور شهرين.

7-1-3- دراسة " سميرة خالد " (2011)

تحت عنوان : أهمية التكفل المبكر في النمو النفس- عصبي عند الطفل الإجتراري باستعمال عملية التقليد بهدف معرفة إمكانية إكتساب مهارة التقليد للطفل الإجتراري المتكفل به (3 و 5 سنوات) بمستشفى الجامعي بسطيف وتكونت عينة دراستها من 6 أطفال يعانون من الإجترارية 4 ذكور و بنتين و قد قسمت العينة إلى مجموعتين (المجموعة الأولى تكونت من 3 أطفال تقل أعمارهم عن 5 سنوات و المجموعة الثانية تفوق أعمارهم 6 سنوات) و إستعملت الباحثة المنهج الإكلينيكي (المقابلة و شبكة ملاحظة) كما إستمرت مدة تطبيق الدراسة 6 أشهر و قد أسفرت على النتائج التالية :

- إستفادة الأطفال الإجترارريين من التكفل المبكر (3- 5 سنوات) من إكتساب التقليد في ستة أشهر وكان هذا التحسن في (التواصل البصري ، الإنتباه إلى الأشياء من حولهم وكذا إلى الأشخاص ، و قد مس التحسن حتى الجانب اللغة وبالتالي القدرة على الإدراك).
- صعب على الطفل الإجتراري الذي يتجاوز عمره 6 سنوات أن يكتسب مهارة التقليد في 6 أشهر.
- و أكدت الباحثة على أهمية التكفل المبكر في السنوات الأولى من حياة الطفل لما تحتويه من ليونة عصبية ومراحل حرجة جد مهمة في تنظيم و إعادة تنظيم مشابك عصبية مما يساهم في إمكانية تحقيق قدر أكبر من التنمية لقدراتهم المختلفة و بالتالي في النمو النفسي-العصبي لهؤلاء الأطفال.

7-2 - دراسات إهتمت بتنمية الحصيلة اللغوية للطفل التوحدي:

7-2-1- دراسة "سهى نصر" (2001)

أجرت" سهى نصر " دراسة بهدف التحقق من مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال ذوي إضطراب التوحد ، وقد تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين تتراوح أعمارهم من (8-12) سنة و درجات ذكائهم مابين (50-75) درجة ، إستخدمت الباحثة المنهج التجريبي (قياس قبلي – معالجة – قياس بعدي) و استمر البرنامج لمدة أربعة أشهر و أظهرت النتائج : تحسنا في درجة الإتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي، و احتلت مهارة التقليد و التعرف و الفهم و الانتباه المراكز الأولى في تنمية الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة.

7-2-2- دراسة " الغامدي عزة " (2003)

فقد قامت بإجراء دراسة على (14) طفلا توحديا بمدينة الرياض تراوحت أعمارهم ما بين (3-9) سنة تم توزيعهم على مجموعتين إحداهما تجريبية و الأخرى ضابطة متكافئتين في العمر و الذكاء غير اللفظي و درجة التوحد و درجة العجز في التواصل اللغوي و التفاعل الاجتماعي ، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التواصل اللغوي (الانتباه الاجتماعي و التقليد ، و التحديق بالعين واستخدام الإيماءات ، الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه و الاختبار بين عدة مثيرات و غيرها) و كذلك الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي (التفاعل المتبادل ، و التنظيمات الاجتماعية ، و المحاكاة الحركية و الوقت) و ذلك عن طريق استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي و التي تمثلت في: التعزيز الايجابي ، النمذجة ، أداء الدور ، التشكيل ، التلقين ، و توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائيا في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد أفراد المجموعة التجريبية على مقياس ظاهر العجز في التواصل اللغوي و في التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد قبل و بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي ، كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا العجز في التواصل اللغوي و في التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد قبل و بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

7-2-3- دراسة " سوسن بنت محمد بن محمد نيازك " (2008)

بعنوان : فاعلية استخدام برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة بمحافظة جدة ، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي (الانتباه ، التعرف ، التسمية ، التعبير ، التقليد) لدى الأطفال التوحديين تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا و طفلة بمركز جدة للتوحد (الجمعية الفيصلية الخيرية النسائية) ممن

تتراوح أعمارهم الزمنية بين (4-7 سنوات) و قد تم اختيار العينة عشوائيا من بين العينة الكلية قدرها (50) طفلا و طفلة و أخذت مدة تطبيق البرنامج (5) أشهر، و قد أسفرت نتائج الدراسة على أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و متوسطات دراجات أفراد نفس المجموعة على مقياس تقديم مهارات الاتصال للغوي للطفل التوحدي قبل التجربة، و بعدها، لصالح التطبيق البعدي توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تقدير مهارات الاتصال اللغوي للطفل التوحدي ، بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

7-3- دراسات إهتمت بتنمية الفهم الشفهي للطفل التوحدي:

7-3-1- دراسة " كوان Cohen " (1999)

التي كانت بهدف معرفة مستوى الفهم اللغوي عند الأطفال المصابين بالتوحد ، و قد قسم عينة بحثه إلى المجموعة التجريبية (التوحديين) و المجموعة الضابطة (الأسوياء) ، و كانوا جميعهم متجانسين من حيث العمر و الجنس وكافة المتغيرات الأخرى ، و خاصة العمر العقلي و من خلال إجراء مقارنة بين الأطفال الأسوياء و الأطفال التوحديين توصلت النتائج إلى أن فهم الجملة عموما ، يكون أبطأ عند أفراد المجموعة التجريبية (التوحديين) من أفراد المجموعة الضابطة (الأسوياء) ، و أن أفراد المجموعتين كانوا متساويين و متشابهين في طريقة تنظيمهم للكلمات واستعمالها في الجمل ، و لكن التوحديين كانوا أقل استعمالا للدلالة و البلاغة و تفسيرهم للجمل إستنادا إلى إمكانية حدوثها في العالم الواقعي ، و قد استنتج أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من صعوبة في تطبيق معرفتهم بالعالم الواقعي لمهمة فهم الجمل، أي أن هناك فجوة بين فهمهم للجمل و إمكانية تطبيقها في العالم الواقعي.

7-3-2- دراسة " كريستين بيرت و ليدي كلينك " (2005)

كانت دراستهما بهدف معرفة مدى فعالية برنامج علاجي تدريبي في تحسين مستوى الإنتباه و الفهم الشفهي لدى عينة من أطفال التوحد و التي تتكونت من ثلاثة أطفال مصابين بالتوحد كان لديهم قصور في الانتباه و صعوبات في الفهم الشفهي تم إخضاعهم لحصص علاجية ليتمكنوا من إدراك الخصائص النغمية للصوت و دورها في التفاعل اللفظي ، و لقد تم ذلك على مراحل و هي إدراك ذاتي لأصواتهم و تم تعميمها على أصوات أفراد أخرى و بعد سنة من التكفل وجدت الباحثتان تحسنا ايجابيا في الانتباه و في القدرات الإستقبالية و تحسنا كبيرا في الفهم الشفهي عند جميع أفراد الدراسة .

(Perret et klink,2007,p.42-50)

7-3-3- دراسة " أدافر لامية " (2012)

بعنوان : دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لأعادة التربية الصوتية بمصلحة الطب العقلي المختص بدريد حسين بالقبة ، بهدف معرفة فعالية التقنيات العلاجية الخاصة بإعادة التربية الصوتية في تحسن مستوى الفهم الشفهي للأطفال التوحديين ، وقد تكونت عينة دراستها من 5 ذكور يعانون من إضطراب التوحد بدرجة (متوسط – خفيف) تتراوح أعمارهم من (5 -8 سنوات) و استخدمت إختبار تقييم التوحد الطفولي (CARS) و إختبار الفهم الشفهي (O-52) وتقنية إعادة التربية الصوتية ، واستمرت مدة تطبيق التقنية 6 أشهر وقد أسفرت الدراسة على أنه يوجد تحسن على مستوى الفهم الفوري المتمثل في الإستراتيجيات المعجمية و الصرفية النحوية و القصصية و مستوى الفهم الكلي المتمثل في سلوك المواظبة على الخطأ و سلوك التصحيح الذاتي بعد تطبيق التقنيات العلاجية الخاصة بإعادة التربية الصوتية عند الأطفال التوحديين.

8- التعقيب عن الدراسات السابقة:

- بعد عرض الدراسات السابقة و التي إرتبطت بمتغيرات الدراسة الحالية ، إتضح أن معظم الدراسات السابقة أكدت على ضرورة التكفل بالطفل التوحدي و خاصة في سن مبكر حتى يسهل العلاج ويساعد على تخطي الصعوبات و المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي و خاصة القصور الذي يمس الجانب اللغوي و الإجتماعي والمعرفي.

- كما أشارت هذه الدراسات إلى أهمية البرامج العلاجية التدريبية و التي إهتمت معظمها بالمنهج التجريبي في دراسة النواحي اللغوية و التواصلية و المعرفية والتي من شأنها أن تكسب الأطفال التوحديين المهارات الإجتماعية وتساعدهم على التواصل اللفظي و غير اللفظي وعلى الفهم لما يدور من حولهم و يقلل من مظاهر السلوك العدواني لديهم .

- كما تباينت هذه الدراسات من حيث حجم العينة فمنهم من إعتمد على عينات كبيرة ومنهم من إقتصر على عينات صغيرة لا تتجاوز 3 أو 4 حالات ، أما عن سن العينة فمعظمها ركزت على الفترة العمرية ما بين (4 و15) ، كما إختلفت الدراسات السابقة في مدة تطبيق البرنامج و في زمن الجلسة فالبعض قضى فترة طويلة في تطبيق البرنامج والبعض الآخر إعتمد على وقت قصير أدناه 4 أسابيع ، كما إستعملت كل دراسة الأدوات و الأساليب الإحصائية التي تتوافق مع متغيرات الدراسة ، لكن جميع هذه الدراسات أكدت على أن التدخل بالبرامج العلاجية التعليمية له أثر إيجابي في تحسين المهارات المستهدفة و تطوير مهارات التواصلية اللفظية و غير اللفظية و كذا المهارات المعرفية و أيضا عدلت من سلوكياتهم غير مقبولة إجتماعيا و هذا ضمن أنشطة الحياة اليومية و الأنشطة المدرسية.

خلاصة:

و بتحديد إشكالية وفرضيات الدراسة و بعرض متغيراتها و تحديد مفاهيمها و التطرق إلى أهم الدراسات التي تناولتها نكون قد حددنا الهيكل العام للدراسة لنبدأ في تناول متغيراتها بالشرح و التفسير ضمن الفصول النظرية التالية.

الفصل الثاني

إضطراب التوحد

الفصل الثاني : إضطراب التوحد

الرقم	العنوان
01	تمهيد
02	البدايات التاريخية لظهور إضطراب التوحد
03	التطور التاريخي لإضطراب التوحد
04	تعريف إضطراب التوحد
05	نسبة الإنتشار
06	أنواع التوحد
07	خصائص و سمات أطفال التوحد
08	النظريات المفسرة لأسباب إضطراب التوحد
09	تشخيص إضطراب التوحد
10	محكات التشخيص (أعراض إضطراب التوحد)
11	التشخيص الفارقي لإضطراب التوحد
12	أدوات تشخيص و قياس إضطراب التوحد
13	خلاصة

تمهيد:

يعد التوحد من أكثر الإضطرابات النمائية تأثيرا على المجالات الرئيسية للقدرات الوظيفية، حيث جذب هذا إضطراب إهتمام الكثير من الباحثين والمختصين من عدة تخصصات ، ورغم كل الجهود المبذولة إلا أنه لا يزال مثيرا للجدل من حيث تشخيصه وتحديد أسبابه و أساليب علاجية.

فالتوحد حالة من الحالات التي تندرج تحت الفئات الخاصة أو ذوي الاحتياجات الخاصة ، كما أن دراستها تعتبر من الدراسات غير السهلة التي تستلزم المزيد من البحث و الدقة و الإطلاع و التعاون و تكاثف الجهود و الإشراف و المتابعة المستمرة بين مختلف الأشخاص الفاعلين كالأخصائي النفساني و العيادي و التربوي و الإجتماعي و الأطباء والوالدين، فهو ظاهرة من الظواهر النفسية التي لا بد أن تدرس بصورة متعددة الجوانب ، حتى يكون العلاج و التكفل بهذه الفئة ناجح و فعال.

1- البدايات التاريخية لظهور إضطراب التوحد:

مصطلح التوحد المترجم عن اللغة الفرنسية (autisme) ينحدر من أصل يوناني يعني الذات، استعمل لأول مرة عام (1911) من قبل الطبيب العقلي "إيجن بلويلر" " Eugen Bleuler" ليشير به إلى الهروب خارج الواقع والإنسحاب إلى العالم الداخلي لدى المرضى الفصاميين الراشدين، واعتبر بعد ذلك إضطرابا عقليا ناتجا عن خلل في النمو المعرفي .

عام (1930) ومن منظور نفسي تحليلي أشارت "ميلاني كلاين" في مقالها: أهمية تكوين الرمز في نموالأنا " L'importance de la formation du symbole dans le développement du Moi" إلى حالة الطفل (Dick) البالغ من العمر أربع سنوات والذي قدّم جدولا عياديا لاضطراب التوحد، يظهر من خلال اللاتمايز أمام حضور أو غياب الأم والبلادة العاطفية وعدم الاهتمام لأي شيء ما عدا غلق وفتح الأبواب والقطارات المتحركة، غياب كل أنواع التواصل مع المحيط والآخرين، وأشارت "ميلاني كلاين" إلى الصعوبة المتواجدة لدى هذا الطفل في تكوين الرموز.

(مجلة المواقف للبحوث و الدراسات،2013 ، العدد 226)

ليصنّف هذا الإضطراب عام (1943) من قبل الطبيب النفسي الأمريكي" ليو كانر Leo kanner " في مقاله الأصلي"Autistic disturbances of affective contact" الذي تناول فيه دراسة 11 طفلا (8 ذكور و3 إناث) وذلك عندما لفت إنتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية عندهم تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته كانوا مصنفين على أنهم متخلفون عقليا،حيث لاحظ : إنغلاقهم المستمر على أنفسهم، والتفكير المتميز بإجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس ، مبتعدين عن الواقع وما حولهم من ظواهر و أحداث و أفراد حتى وإن كانوا والديه، فهم دائموا الإنطواء و العزلة ، لا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط المعاش كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية وبهذا يعتبر" ليو كانر Leo kanner " أول من أشار إلى التوحد كإضطراب يحدث في الطفولة.

(عبد الرحمان سيد سليمان،2000،ص.7)

ثم ظهر الطبيب النمساوي "اسبرجر هانس Asperger Hans "سنة (1944) حيث وصف ستة حالات مشابهة للحالات التي درست من طرف" ليو كانرLeo kanner " ليحدد مصطلح التوحد المرضي Psychopathologie Autistique في بحثه الذي كتبه باللغة الألمانية ،وقد عمل "اسبرجر" اكثر من عشر سنوات في قسم بيداغوجي علاجي بفيينا، وكان هذا القسم يستقبل أطفالا لديهم مستوى ذكاء جيد ولكنهم رفضوا داخل المدارس العادية بسبب سلوكهم . **(Ould Taleb,2009 , p.15)**

على الرغم من وصف " ليو كانر Leo kanner "وآخرين للاضطراب إلا أن اسم الإضطراب لم يتم قبوله في الإصطلاحات التشخيصية الرسمية حتى نشر DSM 3– عام (1980) ، و في DSM 4–

تم تصنيف الإضطراب التوحدي على أنه أحد إضطرابات النمو غير المحدودة Pervasive Developmental Disorders – Nos

و منذ عام (1943) إستخدمت تسميات كثيرة للدلالة على التوحد و منها التوحد الطفولي المبكر Early Infantile Autism واجترارية الطفولة المبكرة Early Childhood Autism ذهان الطفولة Children Psychesis النمو غير السوي الشاذ Atypical Development و نمو أنا غير سوي Atypical Ego Development .

(عبد الرحمان سيد سليمان،المرجع ذاته،ص.8)

مع الإشارة إلى التوحدية أو الذاتوية الطفولية Autism Infantile،والطفل التوحدي أو الذاتوي مقبولة لدى العديد للإشارة إلى هذه الحالة المرضية من اضطرابات النمو المنتشرة أما مصطلح النمو غير النمطي Development Atypical فيستعمل لوصف المرضى الذين تكون لديهم أعراض أقل خطورة وأقل شدة. أما المصطلح الأكثر عمومية، وهو أقل تحديدا و تعريفا وتمييزا، فهو الذهان الطفولي Infantile psychosis ومرادفه هو ذهان مرحلة الطفولة psychosis childhood الذي استخدم بشكل واسع، ومنذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين، اللوحة التشخيصية الإكلينيكية للإضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والثالث المعدل للأمراض النفسية (DSM 3–DSM 3 – TR) وذلك في عامي (1980،1987)على التوالي، معتبرة أنه إضطراب في النمو (إضطراب إنمائي) disorder Devlopement، لم يعد ينظر إلى الإضطراب على أنه ذهان، كما لم يعد ينظر إلى أعراض التوحد و الذهان على أنهما مترادفان.

أما المصطلح الأخير الذي إستعمل للإشارة إلى الأطفال التوحديين أو المنطوين على ذواتهم فهو مصطلح فصام الطفولة schizophrenia childhood، إلا أن العديد من الباحثين لم يقبلوا هذا المصطلح، وشددوا على أن التوحد يختلف بشكل واضح عن الفصام بالرغم من أن العديد من العلماء لا يوافقون " ليو كانر Leo kanner"على فهمه للإضطراب ولكنهم أشاروا إلى أهم الصفات التي تميز الطفل المتوحد تبدأ بالوحدانية أو إنعزالية متطرفة، مع تجاهل، وإنغلاق أمام كل المثيرات والأصوات التي تأتيه من الخارج، إن العزلة الاجتماعية التي يعانيها تظهر منذ الولادة وتعود إلى عوامل بيولوجية أكثر منها إجتماعية.

(عبد الله محمد قاسم،2001،ص.12–13)

2- التطور التاريخي لإضطراب التوحد:

✓ يمكن تتبع التطور التاريخي للتوحد عبر المراحل التالية :

2-1- المرحلة الأولى : يمكن أن يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط و أواخر الخمسينيات من هذا القرن ، وكان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحديين ، وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث كانت تلك الدراسات تشخص التوحد على أنه أحد ذهانات الطفولة ، بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة.وقد أسفر تحليل نتائج هذه الدراسات الكشف عن كثير من خصائص التوحد. غير أنه لوحظ أن عدم التجانس بين أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات و الاستخلاصات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل. ومن الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة الباكرة " ليون ايزنبرغ Eisenber leon " " ليو كانر Leo kanner "، "اسبرجر هانس Asperger Hans "

(عبد الرحمان سيد سليمان، المرجع ذاته، ص. 12-13)

2-2- المرحلة الثانية: وكانت إمتدادا و إستمرارا للمرحلة الأولى في هذه الفترة يقرر الباحث " فيكتور لوتر victor loter" (1978) أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات لا تزال في طور التقارير المبدئية للآثار الناجمة عن التوحد، كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة في القدرات و المهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة للتدريب، ولذا يمكن وصف هذه الدراسات بأنها دراسات" قصصية "بشكل كبير كما أنها غير منتظمة و لا تعطي صورة واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل عملي إلا أن هناك عبارة يجب أن تضاف في شأن هذه المرحلة و هي أن دراسات هذه المرحلة تعد أدق من مثيلتها من المرحلة الأولى و من بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة: مايكل روتر – 1960 ميتلر و آخرون 1966و يمكن أن نستخلص ثلاث ملاحظات أساسية ساعدت بشكل جوهري على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات التوحد وهذه الملاحظات الثلاث هي:

1- التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن الخامسة حيث أن الإستخدام الجيد و الواضح للغة لدى الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد ؛

2- النظر في مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل المهمة التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه حيث أن أطفال التوحد غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة على مقاييس الذكاء (60-55) كان معظمهم يستمرون في الإعتماد على الآخرين بشدة ؛

3- القابلية للتعلم و محاولات التدرب من أجل التعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات التوحد. **(عبد الرحمان سيد سليمان، المرجع ذاته، ص. 12-13)**

2-3- المرحلة الثالثة : ظهر الإهتمام في هذه المرحلة بدراسة العوامل الجينية و أثرها في التوحد فظهرت عدة تقارير تحاول الربط بين التوحد وبعض الشذوذات الطبية ، كما ظهرالربط بين التوحد و العيوب في التمثيل الغذائي و المدى الواسع للإصابات خلال مرحلة ما قبل الولادة وما بعدها ، إلا أن العلاقة ظلت غير واضحة ، وهذا لا يعني عدم تجاهل النتائج البيولوجية و إرتباطاتها الملاحظة.

ويشار إلى هذه المرحلة في أدبيات البحث النفسي في مجال التوحد بأن أغلب الدراسات ركزت على الأفراد التوحديين من ذوي الأداء العالي أو ذوي المستويات العالية في القدرات العقلية وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفترة إستغرقت عقد الثمانينات و بداية التسعينيات. **(إبراهيم عبدا لله فرج الزريقات،2004 ،ص.28-29)**

2-4- المرحلة الرابعة: وكانت هذه الفترة في أواخر التسعينيات حيث شهدت تطورا للنتائج الجينية كما أظهرت إهتماما بالتشابهات بين التوحد و الأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جدا والعلاقة بين التوحد للغة المتصلة بالمعنى ،وإمتازت هذه المرحلة بتحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تشارك مع تشخيص التوحد في الأساليب العلاجية ، و توجيه الإهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغيرات إيجابية ، كما تم التطرق إلى الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى فوائد و إحداث تحسن سلوكي لدى الأطفال التوحديين . **(فهد بن حمد المغلوث ،المرجع ذاته، ص.24)**

✓ إن هذه المرحلة والتي لا تزال مستمرة حتى الآن قد ركزت على وجه الخصوص على ما يلي :

1- أهمية تطوراللغة بالنسبة لأطفال التوحد خاصة في مرحلة الطفولة على وجه التحديد في (5 أو 6 سنوات)؛

2- إن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية و اللغوية الجيدة نسبيا لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالتهم بشكل جيد بدون التدخل المتخصص من أجل التدريب في بعض المجالات؛

3- إن المعلومات المتضمنة في تقارير الدراسات اللاحقة أكثر تنظيما و موضوعية من الدراسة السابقة لها و على ذلك فقد توصلت هذه الدراسات اللاحقة إلى نتائج على درجة من الأهمية لم يتطرق إليها من قبل؛

4- إن عدد من الدراسات اللاحقة قد ركزت على أطفال التوحد ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع نسبيا وبالتالي كان من المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثرإيجابية لو قورنت بنتائج الدراسات السابقة؛

5- إن وسائل التشخيص التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكرة تختلف عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة و من ثم فإن تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسة سوف تختلف نتيجته النهائية

و كذلك النتائج المترتبة عليه وفقا لإختلاف الأدوات المستخدمة وأماكن الدراسات والخلفية الثقافية و الإجتماعية لأفراد عينة كل دراسة على حدى. **(عبد الرحمان سيد سليمان ، المرجع السابق، ص.13- 14)**

✓ و أقرت منظمة الأمم المتحدة يوم 2 أفريل يوما للتوعية بإضطراب التوحد وهذا إبتداءا من سنة (2008).

3- تعريف إضطراب التوحد :

3-1- مصطلح التوحد Autisme من أصل كلمة إغريقية تعني autos والتي تعني النفس أو الذات، وتستخدم عدة مصطلحات عربية للتعبير عن كلمة التوحد وهي الاوتيسية و الإجترارية و الذاتوية و التوحدية و المنغلق على ذاته و الذاتوي. **(سميرة عبد اللطيف السعد،1997،ص.11)**

3-2- تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد " The autism society of america " (2009) هو نوع من الإضطرابات النمائية (التطورية) المركبة تظهر بمظاهره الأساسية في ثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل و ينتج عن إضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ و تمس الإضطرابات كل من:

- التفاعل الاجتماعي ؛
- التواصل اللفظي و غير اللفظي ؛
- نشاطات اللعب ؛
- القدرات المرتبطة بالناس والأحداث و الأشياء. **(نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع،2010 ،ص.30)**

3-3- و ترى " **نادية أبو السعود**" أن إضطراب التوحد يتميز بالقصور في نمو قدرات الطفل، مع وجود اختلال كيفي في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة ومخزون محدود أو نمطي و متكرر في أنماط تواصله حيث يتميزون بسلوك الانسحاب من الواقع و القصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية و عاطفية مع الآخرين ، أو الترديد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون و معارضة أي تغيير في الحياة الروتينية. **(نادية أبو السعود،2002 ،ص.7)**

3 -4- يرى القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين Individuls With Disabilities Education (IDEA) التوحد على أنه إعاقة تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي و غير اللفظي و التفاعل الإجتماعي ، و تظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر ، و تؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي ، و تؤدي كذلك لإنشغال الطفل بالنشاطات المتكررة و الحركات النمطية و مقاومته للتغيير البيئي أو التغيير في الروتين اليومي ، و كذلك الإستجابات غير الإعتيادية للخبرات الحسية. **(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،المرجع ذاته،ص.3)**

3-5- التعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA 1994) و ذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض و الإضطرابات النفسية DSM4 فالتوحد الطفولي يُعتبر " كإضطراب إجتياحي للنمو "يتضمن ذلك حدوث خلل في التفاعل الإجتماعي ، التواصل اللفظي و غير اللفظي ، اللعب والسلوكيات بحيث يحدث الإضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره.

3-6- و يعرف في **الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD10) (International Clasification of diseases 10)** بأنه " مجموعة من الإضطرابات تتميز بإختلافات كيفية في التفاعلات المتبادلة و في أنماط التواصل و مخزون محدود و نمطي و متكرر من الإهتمامات والنشاطات و تمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف و تنتشر بنسبة (10. 15) طفل في كل عشر آلاف ولادة حية".

3-7- وفي تعريف آخر **لمنظمة الصحة العالمية (WHO) عام (1982)** عرف بأنه إضطراب نمائي يظهر على شكل عجز في إستخدام اللغة ، و في اللعب ، و في التفاعل الإجتماعي و التواصل.

(جمال الخطيب و 8 آخرون،2007،ص.320)

3-8- و تعرفه **الوكالة العالمية لنمو التقييم الطبي(1994) (ANDEM ،L)** تناذر التوحد إضطراب عام و مبكر للنمو ، يظهر قبل سن الثالثة ، يتميز بتأخر في الثلاث مجالات التالية و هي التفاعل الإجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي و السلوك . و التفاعلات الإجتماعية النوعية و الكمية.

(kozak Sylvie, 2001 , p.5)

3-9- كما عرفه **مجلس البحث الوطني الأمريكي (2001) National Research Council** التوحد على أنه طيف من الإضطرابات المتنوعة في الشدة و الأعراض و العمر عند الإصابة و علاقاته بالإضطرابات الأخرى(التخلف العقلي، تأخر اللغة المحدد و الصرع). تتنوع أعراض التوحد بين الأطفال و ضمن الطفل بنفسه بمرور الزمن فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للتوحد و لا يوجد سلوك يستثنى تلقائيا الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصا في العيوب الإجتماعية.

(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،المرجع السابق ،ص.3)

3-10- تعرف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية : إضطراب التوحد هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الإتصالات اللفظية والخبرات والتفاعل الإجتماعي و هو في العادة يظهر في سن قبل 3 سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعلم، وفي بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من خدمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغيير في الروتين اليومي .

3-11- و يعد إضطراب التوحد إضطرابا نمائيا عاما، ويستخدم مصطلح الإضطراب العام للإشارة إلى المشكلات النفسية الحادة والتي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر والتي تتضمن قصورا حادا في نمو الطفل المعرفي والإجتماعي والإنفعالي والسلوكي مما يؤدي ذلك إلى تأخر عام في العملية النمائية.

(موسى،محمد سيد،2007 ،ص.125)

3-12- كما يعرفه " **أحمد سليم النجار** " بأنه من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال وهو من أكثر الإضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل و أسرته ، و يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل و يعوق عمليات الإتصال والتعلم والتفاعل الإجتماعي، و يتميز بقصور و تأخر في النمو الإجتماعي و الإدراكي والكلامي عند الطفل. **(أحمد سليم النجار ، 2006 ، ص.6)**

3-13- أما **تعريف" كريك Creak"** فانه يتضمن تسعة مؤشرات تدل على الطفل التوحدي و هي: إضطرابات في العلاقات الاجتماعية ، عدم الوعي بالهوية الشخصية، إنشغال المرضى بأشياء محددة في بعض الخصائص بدون الإهتمام بالوظائف ، المقاومة الشديدة للتغيير في البيئة و المحافظة على التماثل خبرات إدراكية شاذة ، قلق غير منطقي و حاد ومتكرر، فقدان الكلام و عدم إكتسابه أو الفشل في تطويره تشويه في نمط الحركة ، يظهر تخلفا شديدا و قدرات وظيفية ذهنية محدودة سواء كانت طبيعية أو غير طبيعية. **(أحمد الغرير و بلال عودة،2009،ص.26)**

3-14- أما "**روتر Rutter** " **(1978)** فقد قدم أربع خصائص رئيسية عند تعريفه للتوحد هي :

1- إعاقة في العلاقات الاجتماعية ؛
2- نمو لغوي متأخر أو منحرف ؛
3- سلوك طقوسي أو استحواذي أو الإصرار على التواصل ؛
4- بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهراً من العمر.

*يظهر ذلك من خلال أنماط اللعب ، و انشغال الذهن غير العادي ، و معارضته أي تغيير في بيئته.

(أحمد قحطان الظاهر،2009،ص.23)

4- نسبة الإنتشار:

تختلف نسب إنتشار إضطراب التوحد بسبب التباين في المحكات و المعايير المستخدمة في تشخيصه و عدم عرض الكثير أو بعض الأسر أطفالها للكشف، لأسباب تتعلق بطبيعة المجتمع أو الجنس و غيرها أو قد تكون الأعداد التي تجرى في هذا الميدان غير ممثلة للواقع، كما تختلف النسب بين دولة و أخرى وهذا يرتبط بمدى الوعي والمعرفة الحقيقية لهذه المشكلة وأثارها. وتتأثر نسب الإنتشار بالمرحلة العمرية التي يتم التشخيص فيها إذ تشير التقارير أن الأعراض التوحدية تقل مابين عمر(11 – 19) سنة في الوقت الذي تظهر أعراض التوحد قبل عمر ثلاث سنوات. **(أحمد قحطان الظاهر،المرجع ذاته ،ص.31)**

و تذكر وفاء الشامي (2004) أن التوحد يظهر في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات ومختلف الطبقات الاجتماعية و المستويات الثقافية و المعرفية بالتساوي. **(وفاء الشامي،2004،ص. 34)**

و بناءا على الدراسات التي أجريت في أوروبا و الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن معدل إنتشار إضطراب التوحد يتراوح مابين 4 إلى 5 أطفال في كل عشرة آلاف مولود ، و نشرت الأمم المتحدة في تقرير لها في ديسمبر 2008 أن اضطراب التوحد يصيب واحد على الأقل من كل 150 طفل من كلا الجنسين وواحد من كل 94 طفل ذكر. كما أشار معهد أبحاث التوحد Institute Research, 2000 Autisme 14 N O2 إلى أن التوحد أخذ في تزايد بشكل كبير.

و ينتشر التوحد بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 4 ذكور مقابل 1 إناث لكنه في الغالب يظهر بدرجات شديدة لدى الإناث و يكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد و في هذه الحالة تصبح نسبة أنثى مقابل ذكر ، فقد أوضحت الدراسات إلى أن الإناث اللواتي يعانين من التوحد أقل من الأولاد في التعرض للإضطرابات الإرتقائية بشكل عام و الإضطراب التوحد بشكل خاص. **(محمد أحمد خطاب، 2009، ص.21-22)**

أما بالنسبة لنسبة إنتشار إضطراب التوحد في البلدان العربية فلا توجد دراسات عملية دقيقة لجميع البلدان و إنما هي نسب تقديرية إذ ترى سميرة السعد (2005) أنه على الرغم من عدم وجود إحصائيات رسمية من وزارات الصحة و الإسكان في الدول العربية فإن أحدث الدراسات تشير إلى أن التوحد ينتشر بنسبة 19 حالة في كل 10000 فرد من المجموع العام للسكان. **(خليل إيهاب محمد،2009،ص.43)**

أما بالنسبة للإحصائيات التي أقيمت في الجزائر فـهي تشير أن هناك 65000 شخص مصاب بهذا الإضطراب . أما حسب الأستاذ و الطبيب العقلاني في المصلحة العيادية لمستشفى "القبة" البروفيسور "ولد طالب" يقول أن هناك 40000 شخص، و لكن تبقى الإحصائيات ليست جد دقيقة في بلادنا و هذا راجع إلى ظاهرة التبوهات. **(كمال مجذوب، 2010، ص. 10)**

كما كشفت إحصائيات لوزارة التضامن الوطني و الأسرة و الجالية لعام(2010) إلى وجود ما لا يقل عن 39 ألف حالة توحد ، و صرحت الدكتورة "أسماء أوصديق " خلال ندوة علمية عن التوحد يوم 27 فيفري 2013 إلى أن الأرقام الرسمية تفيد بإحصاء ما لا يقل عن 80 ألف توحدي بالجزائر.

و من خلال الملتقى الأول حول التوحد في الجزائر و كانت الإحصائيات كالتالي :

- ✓ في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار يتراوح مابين4-5 حالات من بين 10000 طفل ؛
- ✓في سنوات التسعينات ارتفع معدل الانتشار إلى سبع حالات من بين 10000 طفل ؛
- ✓أما حاليا فلا يوجد إحصائيات دقيقة لهذا الاضطراب في الجزائر ، لكن فالمؤكد أن نسب الانتشار في تزايد مستمر.

5- أنواع التوحد :

بما أن كل الأطفال التوحديين لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة ، فقد إتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد ، فقد إقترحت تصنيفات على حسب المستوى الوظيفي الذكائي و العمر عند الإصابة و عدد الأعراض و شدتها. وإقترحت ماري كولمان Mary Coleman (1976) مديرة العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن ، نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية وهي كما يلي:

5-1- النوع الأول (Type 1) :

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية Classic Autistic Syndrome ، يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة ،ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة كما تقول كولمان إن الأطفال في هذه مجموعة يبدؤون في التحسن تدريجيا ما بين السن الخامسة و السابعة.

5-2- النوع الثاني (Type 2) :

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض التوحدية Childhood Schezophrenic Syndrome With Autistic Symptoms، يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول ، و لكن العمر عند الإصابة يتأخر تقول "كولمان " بأن أطفال النوع الثاني يظهرون أعراضا نفسية أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها كانر Kanner .

5-3- النوع الثالث (Type 3) :

المتلازمة التوحدية المعاقة عصبياNeurologically Impaired Autistic Syndrome و يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة إضطرابات أيضية و متلازمات فيروسية مثل الحصبة و متلازمة الحرمان الحسي (الصمم و البكم و العمى) .

✓ أما سيفن و ماتسون و كو وفي ستيفين (FeeSevin,Coe,Matson,Sevin, 1991) فقد اقترحوا نظاما تصنيفا من أربع مجموعات و هي كما يلي:

- **المجموعة الشاذة Atypical Group:** يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية و المستوى الأعلى من الذكاء.

-**المجموعة التوحدية البسيطة Mildy Autistic Group :** يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات إجتماعية ، و حاجة قوية للأشياء و الأحداث، لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا و إلتزاما باللغة الوظيفية.

- **المجموعة التوحدية المتوسطة Moderately Autistic Group** : و يمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية : إستجابات إجتماعية محدودة ، و أنماط شديدة من السلوكات النمطية مثل (التأرجح و التلويح باليد) ، لغة وظيفية محددة و تخلف عقلي.

- **المجموعة التوحدية الشديدة :Sevetly Autistic Group** : أفراد هذه المجموعة معزولون إجتماعيا ، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية ، و تخلف عقلي على مستوى ملحوظ.

(إبراهيم عبدا لله فرج الزريقات ، المرجع السابق ،ص.48-49)

6- خصائص و سمات أطفال التوحد :

يتصف الأطفال التوحديين بعدد من الخصائص الأساسية ذات العلاقة بجوانب النمو اللغوي و التواصلي و السلوكي الإجتماعي و الإنفعالي و البدني و الصحي و المعرفي و فيما يلي وصف لهذه الخصائص:

6-1- الخصائص الإجتماعية:

ملامح الخصائص الاجتماعية للتوحد تعتبر أحد الأقطاب الأساسية في مشكلة الطفل المتوحد نذكر منها:

- العزلة الإجتماعية و الوحدة و يرفض التعامل مع الآخرين ؛
- اللعب بمفرده و لا يهتم بالأطفال من عمره ؛
- العلاقة الوسيلة مقابل العلاقة التعبيرية ، أي يستخدم الآخرين كوسائل أو أدوات لتنفيذ ما يريد ؛
- الفشل في فهم العلاقات بالآخرين و الإستجابة لمشاعرهم ؛
- غياب الدلالة الإجتماعية ؛
- إستخدام اليد كأداة للتوجيه؛
- نقص واضح في الوعي بوجود الآخرين ؛
- يتجنب الإتصال بالعين ؛
- لا يظهر الرغبة في البدء بالإتصال أو العناق أو الحمل ؛
- يظهر سلوكا شاذا في اللّعب. **(الشمري طارش ، 1996،ص.30)**

✓ و أشار وينغ (Wing ,1998) إلى الثالوث المضطرب في التفاعل الإجتماعي و الذي يشتمل على :

1- خلل في الإدراك الإجتماعي ؛

2- خلل في التواصل الإجتماعي ؛

3- خلل في التخيل و الفهم الإجتماعي .

6-2- الخصائص الانفعالية :

• نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية ؛

• الشعور بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة ؛

• التقلب المزاجي المرتفع و عدم الإستقرار الإنفعالي مثلا الضحك أو البكاء و الصراخ بدون سبب ؛

• تقليد الآخرين في بعض التعبيرات الإنفعالية دون فهم أو تفاعل ؛

(زنيب محمود شقيرن، 2002، ص.49)

• لا تعني له مشاعر السعادة والحزن والفرح أي شيء، فلا يقدم إبتسامة إجتماعية للآخرين إلا بعد فترة طويلة و تدريب طويل ؛

• يعاني من عدم فهم مشاعر و أحاسيس الآخرين يفضل التوحديين التعامل مع الأشياء المتبلدة بدلا من التعامل مع الناس.

6-3- الخصائص اللغوية و التواصلية :

• عدم القدرة على إستخدام اللغة في التواصل مع الآخرين إجتماعيا ؛

• الترديد أو المصاداة (Echolalia) لبعض المقاطع أو الكلمات دون فهم ؛

• ضعف في القدرة على إستخدام كلمات جديدة و الإستمرار في إعادة نفس الكلمات ؛

• الإستخدام غير السوي للغة حيث أن الطفل التوحدي يتكلم بنغمة واحدة بغض النظر عن موضوع الحديث أو أهميته ؛

• الصعوبة في فهم و إدراك المثيرات التميزية غير اللغوية ؛

• صعوبة الإنتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن لدى الطفل التوحدي حاسة السمع عادية ؛

• صعوبة المحاولة لجذب إهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم أن الطفل العادي ؛

• يحاول جذب الإنتباه والإهتمام قبل إتمامه العام الأول ؛

• إعادة الكلمات و الجمل بشكل نمطي ؛

• لديه خلط في إستعمال الضمائر (أنا ، أنت) حيث يستعمل كل منهما مكان الآخر ؛

• لا ينطق الألفاظ بشكل مفهوم ؛

• لغة نمطية متكررة و غير إتصالية ؛

• تأخر في إستعمال الكلمات أو الجمل ؛

• عدم القدرة على إستعمال المفاهيم المجردة، أما فهم اللغة فيكون محدود يخص الكلمات الملموسة فقط ؛

• لا يستجيب لإسمه عند مناداته ؛

• البعض يميل إلى ترديد ما يسمع (بصورة ببغائية).

6-4- الخصائص السلوكية:

يعاني الأطفال التوحديين من ظهور بعض السلوكيات الشاذة و التي يمكن أن تظهر عند الغالبية العظمى منهم و منها:

• السلوك النمطي : يقوم الطفل المتوحد بتكرار بعض الحركات بشكل مستمر و لفترة طويلة مثل: هز الجسم، التلويح باليدين أو التحديق بالأصابع ؛

• مقاومة التغيير في الروتين والإصرار على المحافظة على الروتين اليومي ؛

• نوبات الغضب أو الضحك الغير معروفة السبب للآخرين ؛

• السلوك التخريبي و تدمير الممتلكات ؛

• إيذاء الذات كعض اليد ، ضرب الرأس، يخدش نفسه ؛

• إثارة الذات بشكل مبالغ فيه ؛

• الإصرار على التماثل للعب بشكل متكرر و نمطي و رتيب و غير معتاد و يقاوم و يثور بشدة عند محاولة تغيير اللعب ؛ **(الشمري طارش وبن مسلم سليمان، 2001،ص53)**

• مشكلة النوم : القلق و النوم المتقطع غير المتواصل ؛

• مشكلة الأكل و الشرب فالبعض يأكل بشراهة دون شعور بالشبع، و تفضيل بعض الأطعمة و تكرارها و عدم تنوعها، شرب مشروبات معينة وبعض الأخر لديهم سوء التغذية بسبب عدم رغبتهم في الأكل ؛

• مشكلة السلامة لا يعرف الخوف من الأشياء الخطرة مثلا عبور الشوارع أثناء سير السيارات.

6-5- الخصائص البدنية و الحركية:

• المظهر العام مقبولا لا يختلف عن الطفل العادي ؛

• إكتساب طريقة خاصة في الوقوف مثلا الوقوف مع إنحناء الرأس ؛

• تكرار حركات معينة عدة مرات مثلا ضرب الأقدام على الأرض إلى الأمام و إلى الخلف عدة مرات ؛

• الإستثارة الذاتية لأنفسهم مثلا الدوران حول النفس ؛

• يتسم الغالبية منهم بالنشاط الحركي المفرط بينما يتسم البعض الأخر بنقص النشاط الحركي ؛

• الإستغراق لوقت طويل في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر للضوء يضيء وينطفئ ؛

• ضعف في تآزر الحركي بشكل عام ونقص الحركات الدقيقة ؛

• الجلوس بإنحناء و النوم على الأرض ؛

• الإصطدام بالأشياء و الآخرين أثناء المشي ؛

• الإرتخاء و التصلب في حال حمله أحد ؛ **(نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع،2004، ص. 22 – 23)**

• يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم لمشكلات الصحية فمثلا يتعرضون لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي و حالات الربو و الحساسية و نوبات ضيق التنفس و السعال ، بالإضافة إلى إضطرابات معوية و حالات الإمساك و يختلفون في الإستجابة لتلك الإضطرابات عن الأطفال العاديين فيكونون أكثر هدوء أثناء حالات الألم. **(محمد أحمد الخطاب،2009،ص.25)**

6-6- الخصائص العقلية المعرفية:

• إن القدرات العقلية للأطفال المصابين بالتوحد متباينة لذلك تكون قدراتهم متفاوتة ، و يشير" ريتفو وفريمان Ritvo ، Freeman" 1977 في هذا الصدد إلى أن 60% من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم معاملات ذكاء أقل من 50 درجة و حوالي 20% لديهم معاملات ذكاء مابين (50-60) درجة و 20% منهم لديهم أكثر من 70 درجة ، و قد يكون لبعضهم قدرات عقلية عادية ؛

• و قد يصل القليل من الأطفال التوحديين إلى درجة من التفوق العقلي ؛

• يتميزون بقدرات غير عادية كالقدرات الحسابية ، التذكر و القدرات الفنية المتميزة ؛

• يتصف الطفل التوحدي بقصور واضح في الدافعية ، و التقليد ، و التنظيم ، و الاستمرارية .إضافة إلى قصورهم في العمليات النمائية الأساسية و هي الإنتباه و التذكر و الإدراك و لا يمكن أن يتعلم الطفل دون إنتباه ؛ **(أحمد قحطان الظاهر،المرجع ذاته، ص.58)**

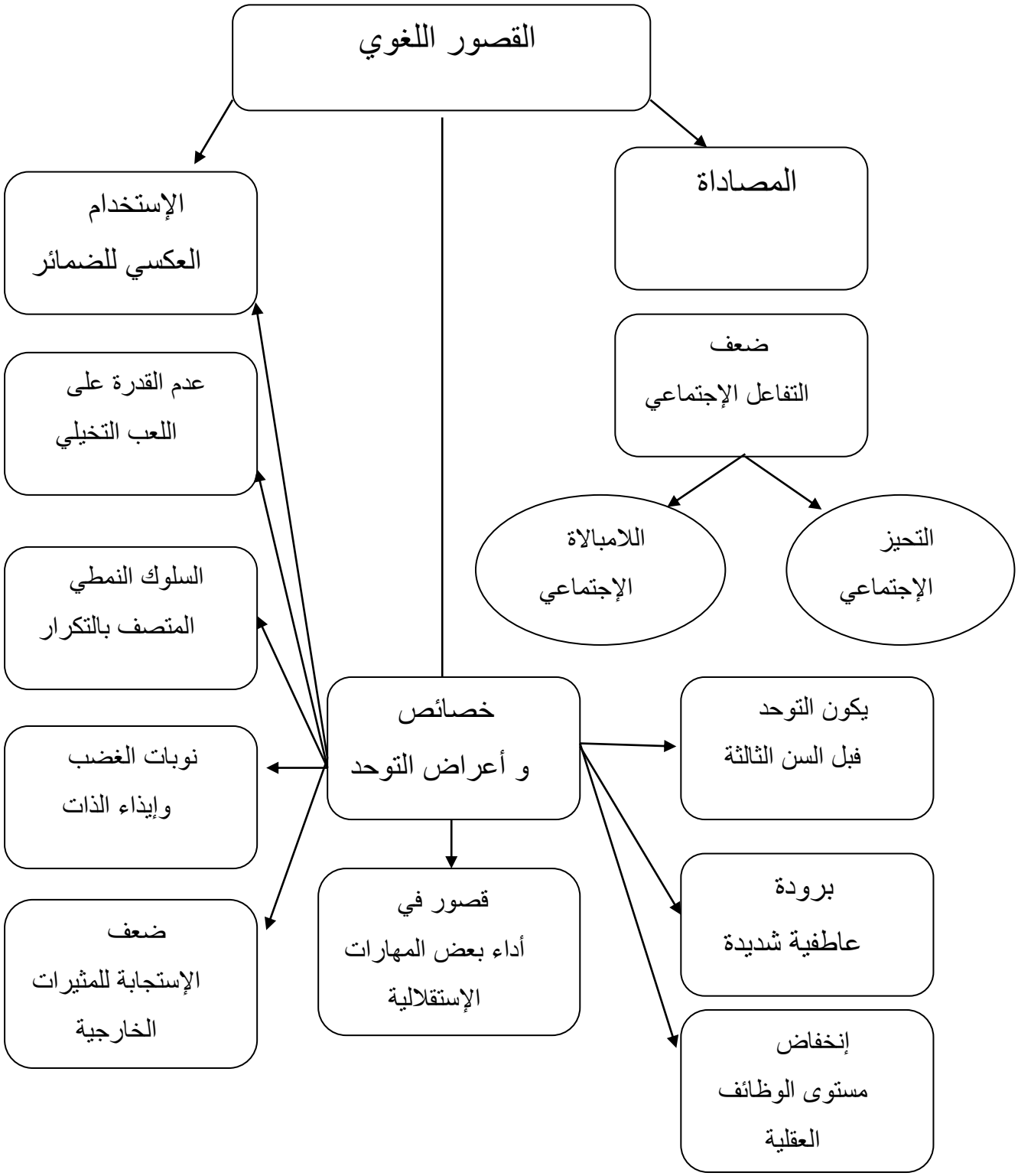
• يعاني معظم الأطفال التوحديين من مشكلات ترتبط بعملية الإنتباه والإدراك وخاصة الإدراك السمعي ومشكلات التفكير وخاصة التفكير المجرد ومعالجة المفاهيم والإستنتاج والمهام التي ترتبط بالفهم الإجتماعي وإستيعاب المنبهات والرد عليه ومشكلات في إرتقاء اللغة سواء اللفظية أو غير اللفظية ؛

• يمتلك بعض الأطفال التوحدين ذاكرة جيدة بينما يعاني البعض الأخر من قصور في الذاكرة و خاصة الذاكرة قصيرة المدى ؛

• لديهم مشكلات تتعلق بالقدرة على الإستمرارية في نشاط معرفي كالإنتباه و التذكر لفترة طويلة.

الشكل رقم(01)

خصائص و أعراض التوحد



(يحيى خولة أحمد،2000،ص.202)

6-النظريات المفسرة لأسباب إضطراب التوحد:

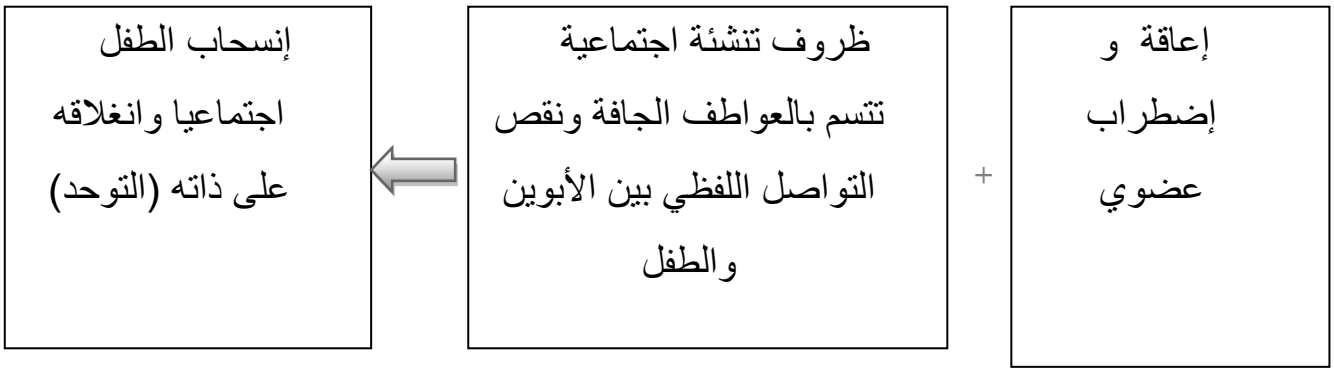
يعتبر التوحد من الإضطرابات النمائية التي مازالت تحيطها الكثير من الغموض في كافة جوانبها، وحتى الآن مازالت تتضافر الجهود لمعرفة العوامل المسببة له ، ورغم أن الباحثون قد توصلوا للعديد من الأسباب لهذا الإضطراب، إلا أنه لا توجد حتى الآن أسباب محددة و قاطعة لحدوثه ، و نتيجة لتباين الأنساق الفكرية و الأطر النظرية التي تبنتها كل وجهة نظر يمكن عرض أهم هذه النظريات كما يلي :

7-1- النظرية النفسية The Psychogenic Theory:

لقد بدأ " ليو كانر Leo kanner " (1943) دراساته في مجال التوحد من خلال مراقبة سلوكيات مجموعة مكونة من (11) طفلا توحدي، وأشار في نتائج دراساته إلى أن الوالدين و خاصة الأم تلعب دوراً رئيسياً في حدوث حالة التوحد لطفلها عندما لا تزوده بالحب و الرعاية و الحنان وأظهر" ليو كانر Leo kanner " سنة (1943) مصطلح الأم الباردة (Mother Refrigerated) للدلالة على العلاقة السلبية بين الأم و طفلها. أي أن الطفل التوحدي ينشا من خلال عاملين هما المشاعر الباردة و عدم الإستجابة من الأم حي يؤدي العامل الأول إلى الإنسحاب الإجتماعي و يؤدي العامل الثاني إلى إستمرارية بقاء الطفل منعزلا .

(خليل إيهاب محمد ،المرجع ذاته،ص.17)

و هذا ما يفسر سبب التوحد حسب هذه النظرية على أنه حالة من الهروب من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة الجمود و الفتور في علاقة بين الأم وإبنها والتي قد تكون نتيجة العلاقة بينها و بين زوجها الأمر الذي يقضي ولادة طفل مصاب بالتوحد .



(حلواني محمد كامل،1996 ،ص.10)

لقد تعرضت فرضية "ليو كانر Kanne Leo " للكثير من النقد و الإعتراض و خاصة من أهالي الأطفال التوحديين حيث أكدوا بأنهم يولون أطفالهم الكثير من الإهتمام و الرعاية والحنان في مراحل حياتهم المختلفة وكذلك عارض الكثير من الباحثين فرضية" ليو كانر" من بينهم "ريتر Rutter " معللا ذلك أن الطفل خلال الفترة الحرجة لأصابته بالتوحد و التي ذكرها " ليو كانر Leo kanner " من (0-6) أشهر لا يمتلك الوسائل و الأدوات الضرورية لإكتشاف رفض أمه له أو عدم إهتمامها به.

و رغم أن الكثير من الدراسات أثبتت فشل الفرضية النفسية في تحديد سبب الإصابة بإضطراب التوحد، إلا أن هناك برامج علاجية تتبنى نفس المنشأ للفرضية النفسية مثل برنامج الأم الحنون في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يقوم جانب كبير من هذا المشروع العلاجي على تنمية علاقة الحب و الحنان بين الأم و طفلها المتوحد **(أحمد أمين نصر،2000،ص. 33)**

7-2- النظرية البيولوجية و العصبية The Biological Theory:

بدأ الإهتمام يتجه إلى دور العوامل البيولوجية في حدوث إضطراب التوحد، بسبب ما يظهر على الأطفال التوحديين من الإعاقات البيولوجية العصبية، أو إعاقة عقلية أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع فقد تكون الحصبة الألمانية و إرتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو وجود غير طبيعي لكروموزومات تحمل جينات معينة أو تلفا بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأوكسجين مما يؤثر على الجسم و الدماغ ، و تظهر أعراض التوحد. و قد يكون من الصعب قبول النظرية البيولوجية عندما ننظر إلى بعض الأطفال التوحديين فلا نجد أي سبب طبي أو إعاقة عقلية أو إصابة بالصرع يمكن أن تعزى إليها الإصابة بالتوحد.

كما كشف حديثا الرنين المغناطيسي " Imagerie par resonance magnetique ou IRM " عن إفتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ و لحائه و بصفة خاصة الصور المجهرية غير السوية لدى المرضى التوحديين ، و هذه الأشكال غير السوية يمكن أن تعكس خلية غير سوية خلال الأشهر الستة الأولى. **(Jean –Louis Bresson,2009 ,p.98)**

- ✓ و يمكن تلخيص هذه الأسباب بما يلي:

7-2-1- حالات جينية Genetic condition :

هناك من الدراسات والبحوث التي ربطت بين الخلل الكروموسومي و حالات التوحد و لكن لم يتفقوا على كروموزوم واحد ، فهناك من ربط بين الكروموسوم الثاني و حالات التوحد لإعتقادهم بوجود علاقة بينه و إضطرابات النطق ، هناك من ربط بين الكرومسوم الثالث و حالات التوحد حيث يعتقد بوجود جين يسمى (GAT) و هذا الجين يصنع البروتين الذي يعمل مع أحد النواقل العصبية (GABA) و هي إحدى المواد الكيميائية التي توصل الرسائل بين خلايا الدماغ و قد أثبت العلماء أن زيادة أو عدم إتزان (GABA)

يعمل على زيادة تنشيط الدماغ فوق الحد الطبيعي مما يؤدي إلي السلوكات التوحدية و هناك من ربط بين الكروموسوم السابع بحالات التوحد حيث يحتوي هذا الكروموسوم مجموعة من الجينات التي تؤدي كل منها وظائف معينة ، و هذه الجينات هي :

- متلازمة الكر وموسوم الجنسي الهش Fraglle X syndrome : و هو خلل كروموسومي موروث يؤدي إلى صعوبات في التعليم وإعاقة عقلية و إضطرابات النطق و اللغة و هو المسؤول عن تطوير حركات الوجه و الإنفعالات و التعابير الضرورية للوجه ؛

- الفينيل كيتونيوريا Phenyl ketonuria : و هو خلل كيمو حيوي موروث يؤدي إلى تكاثر عناصر ضارة في الدم تسبب تلفاً في المخ وتخلف عقلي شديد ؛

- التصلب المتعدد Tuberous sclerosis: هو تشوه جيني موروث ينتج عنه تورمات في المخ والجهاز العصبي، و بقع على أجزاء من الجلد والصرع ، و التخلف العقلي ؛

- Neurofibromatosis يؤدي إلى علامات جلدية ، خلل عصبي ،

- (Wnt 2) و هو المسؤول عن توجيه مصير الخلايا و كيفية تنقلها ، و وظيفتها في جسم الجنين ،

- (Reln) و هو المسؤول عن مساعدة تنظيم خلايا الدماغ خلال تطور الجنين ؛

و قد وجد آخرون أن تضاعف الكروموسوم الخامس عشر يؤدي إلى حالات التوحد و خاصة في الجزء المسمى (Q13)و(Q11) ، و أوضح "كارسون وآخرون ,Carson ,et al" 2000 أن نسبة حدوث التوحد بين الأشقاء التوائم تتراوح بين 80-90 % و أن نسبة حدوثها بين التوائم المتطابقة تكون أكبر بكثير من نسبة حدوثها بين التوائم غير المتطابقة .

(خليل إيهاب محمد ،المرجع ذاته، ص.21)

7-2-2-الإلتهابات فيروسية Viral infection:

و هي عبارة عن مجموعة من الإلتهابات تصيب الطفل و هو داخل الرحم، و من أهم تلك الإلتهابات:

- الحصبة الألمانية(Rubella) وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم أمه و يسبب الإعاقة العقلية و الصمم و العمى و أحيانا التوحد ؛

- تضخم الخلايا الفيروسي (Congenital cytomegalovirus) و هو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم أمه و تؤثر في خلايا الدماغ ،

- الإلتهاب الدماغي الفيروسي Herpes Encephalitis : و هو إلتهاب يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة. **(كوهين وبولتون، 2000،ص.180)**

7-2-3- اللقاح Vaccination :

- حديثا زاد الإهتمام بالمطاعيم و خاصة المطعوم الثلاثي (MMR) و التي تشمل :

- مطعوم الحصبة (Measles) ، و مطعوم أبو دغيم (Mumps) و مطعوم الحصبة الألمانية (Rubella) كسبب من أسباب الإصابة بإضطراب التوحد ؛

- إن المطعوم الثلاثي يعطي الحماية ضد الحصبة الألمانية ، و يعمل على تنشيط جهاز المناعة لإنتاج الأجسام المضادة ضد هذه الفيروسات و في العادة يعطى هذا المطعوم للأطفال على جرعتين الأولى على عمر (12-15) شهرا و الثانية على عمر (3-5) سنوات ؛

- إن معظم الأطفال يأخذون المطعوم بدون أي آثار جانبية تذكر، و لكن لوحظ في بعض الأطفال أنهم تعرضوا خلال أيام قليلة أو أسابيع إلى المرض الشديد، فبدؤوا بالصراخ، أكل غريب و شاذ ، سلوكيات غريبة، و أنماط غريبة في النوم ، و توقف عن الكلام ، و الإنسحاب من المواقف الإجتماعية، إضافة إلى إنتفاخ و إضطرابات في الأمعاء وآلام في البطن بينما أظهرت بعض الدراسات حديثة كدراسة لباتجو وآخرين Patja et al, 2000 أنه لا يوجد أي علاقة بين اللقاحات و بين الإصابة بإضطراب التوحد.

(Wing, 2001,p.98)

7-2-4-الإضطرابات الأيضية Metabolic condition

هذه النظرية تفترض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد Peptide خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على الناقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي ، و هذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الببتيدات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة ، هذه المواد Peptides تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين Gluten كالقمح، الشعير، الشوفان، كمادة الكازين Casien الموجود في الحليب و منتجات الألبان. لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص، و مع ذلك لم يصابوا بالتوحد، و هنا تظهر نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ و من ثم تأثيرها على الدماغ و حدوث أعراض التوحد.

7-2-5- الخلل الوظيفي في الدماغ:

تشير الدراسات إلى وجود إختلالات بالمخ تسبب إعاقة التوحد ، و أن الفحوصات البيولوجية أشارت إلى حدوث تلف بالمخ قد يسبب الإصابة بالتوحد، و منها دراسة (Bauman Kamper ,1985) التي إستخدمت تقنية الرنين المغناطيسي على المخ تشير إلى إحتمالية الإصابة بالتوحد نتيجة سبب بيولوجي قائم على وجود خلل أو قصور في أجزاء المخيخ ، و وجود ضمور في حجم المخيخ خصوصا الفصيصات الدورية رقم ستة سبعين و يصل هذا الضمور إلى (نسبة 13 %) من حجم لدى الأطفال المصابين بالتوحد

و تذكر" وفاء الشامي" أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم مخيخ أصغر حجما، و كذلك وجود نقص في عدد و حجم خلايا بركينجي purkinje cells و بالتالي هذا يعيق قدرة الفرد على تحويل إنتباهه من شيء إلى أخر دون أن تفوته أية معلومات.

7-2-6- الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي المركزي:

إن من الأسباب التي يعتقد أنها تؤدي إلى الإصابة بالتوحد إصابات و إضطرابات المخ والجهاز العصبي والتي يمكن أن تحدث نتيجة العديد من الأسباب ومنها : العيوب الخلقية ، العيوب الوراثية ، PKU Tuberous sclerosis , ، نقص الأكسجين وقت الولادة ، الأدوية والتسممات ، الإصابات (وقت الولادة وبعدها) ، إلتهابات المخ والسحايا ، الولادة المبكرة وهذه الإصابات تختلف في درجتها من البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي، كما أنها قد تؤدي إلى إضطرابات في السمع و البصر، وبعض الذين يصابون بهذه الإصابات قد تظهر عليه أعراض التوحد.

7-2-7- الأسباب المناعية :

- أشارت بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير ملائمة بين الأم و الجنين ؛
- تأثر الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال التوحديين و هم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات ؛
- إحتمال تلف الأنسجة الأجنة أثناء مرحلة الحمل.

(محمد أحمد خطاب،المرجع ذاته، ص. 44)

7-2-8- مضاعفات أثناء الحمل و الولادة:

تمثل فترة الإستعداد للحمل مرحلة مهمة للإعداد الجسمي و النفسي و العقلي للمرأة و حيث تحدث العديد من التغيرات التي تحدث أثناء تلك الفترة ، لذا يجب عليها المحافظة على الوزن المناسب و تجنب ممارسة العادات الخاطئة مثل التدخين و تعاطي الأدوية مما يؤدي مضاعفات عند الولادة و تشوهات الجنين و يعتبر ممارسة نظام غذائي (الحمية) بقصد إنقاص الوزن أثناء الحمل وإن كان لفترة قصيرة مضراً و خطيراً على الأم والجنين.

- إضافة إلى إصابة الأم بالنزيف خلال الشهور الثلاثة الأولى أو حدوث تعقيدات أثناء الولادة أو قبلها أو طعم الأم ضد الحصبة الألمانية ، فوجد أنه من الممكن أن يكون السائل الداخلي المحيط بالجنين معتبر لديهم مقارنة بالأطفال العاديين ؛
- إصابة الطفل التوحدي بعد الولادة بمتاعب التنفس و الأنيميا ؛
- تأثير العقاقير التي تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة و النتيجة هي إحتمال ميلاد طفل توحدي؛

– الإصابات أثناء الولادة ،عسر الولادة كالولادة بالملاقط ، ظروف الولادة السيئة ، و تعرض الطفل للحوادث كالسقوط من إحتمالات ظهور التوحد.

(محمد أحمد خطاب، المرجع ذاته، ص44)

7-3- النظرية البيوكيميائية Biochemical theory :إن الخلل الكيميائي في الدماغ قد يؤثر في الأداء الوظيفي لأجزاء من المخ كالفصين الصدغي و الأمامي و كذلك جذع المخ و المخيخ، و هذا الخلل في الدماغ يؤدي إلى خلل في بعض النواقل العصبية في الدماغ ومنها :

7-3-1- السيروتونين sérotonine :

يعد السيروتونين من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي و هو مسؤول عن العديد من الوظائف و العمليات السلوكية كإفراز الهرمونات و النوم و حرارة الجسم و الذاكرة الدم و السلوك النمطي. و قد أشارت بعض الدراسات إلى إرتفاع نسبة السيروتونين في الدم لدى الأفراد الذين يعانون من التوحد مقارنة مع الأفراد غير المصابين بالتوحد . و أن الأطفال الذين يعانون من التوحد إذا تناولوا الفنفلورامين. (FenFluramine) الذي يخفض مستوى السيروتونين في الدم فإن الأعراض التوحدية سوف تقل و يظهر تحسن في الكلام و السلوك الإجتماعي و درجة الذكاء.

7-3-2- إيندورفين Endorphins :

إلى أشارت الدراسات إلى أن إرتفاع نسبة إيندورفين في الجهاز العصبي المركزي يؤدي ظهور أعراض توحدية و يحفز سلوك إيذاء الذات.

(Locke, Banken& Mahone, 1994, p.123)

7-3-3- الدوبامين Dopamine :

هو ناقل عصبي يشتمل على عمليات الإنتباه و العمليات الإدراكية و يلعب دورا في التوحد ، و هذا يتشكل من الحامض الأميني الفينيلانين Phynylanine و يتركز كذلك في الدماغ الأوسط و إذا زادت كميته تظهر السلوكيات التوحدية مثل الطقوسية و النمطية و النشاط الزائد، إضافة إلى ظهور اضطرابات حركية لدى التوحديين. و أشار كامبل و زملاءه Campbell, 1982 في هذا الصدد إلى أن الكثير من أعراض التوحد تقل مثل سلوك إيذاء الذات و الحركات النمطية المتكررة عند تناول الطفل عقار يخفض من مستوى الدوبامين.

(قحطان أحمد الظاهر ،المرجع ذاته،ص.85)

7-4- النظرية البيئية Environmental Theory :

تقوم هذه النظرية على إفتراض أن العوامل البيئية هي المسببة لإضطراب التوحد، حيث أشارت الدراسات إلى حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي نتيجة الإرتطام أو الحوادث المختلفة التي تصيب الرأس و إرتباطها بالإصابة بإضطراب التوحد، ويفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي و ما يحدث من تلف دماغي و تسمم في الدم بسبب المعادن السامة كالزئبق و الرصاص و إستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف وغيرها من الأسباب يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات التي قد تؤثر على القدرات الطفل مثل المشي و النطق وبعض أشكال السلوك التوحدي ، و من هذه الملوثات :

- الزئبق (Mercure) : يشير البعض أن التسمم بالزئبق قد يؤدي إلى تخلف عقلي وعدم الإتزان العضلي و العصبي و ظهور بعض أعراض التوحد ؛

- مادة (Thiromersal): و هي مادة حافظة للمطاعيم حيث يرى الباحثين أن الإصابة بالتوحد لا يعود للمطاعيم نفسها وإنما لهذه المادة ؛

- الرصاص: يؤدي إلى تأثيرات سلبية على النمو و يؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية عديدة ؛

- التسمم بأول أوكسيد الكربون: تؤدي إلى تشوهات خلقية و تلف في خلايا الدماغ و وفاة الجنين و إضطرابات في الحركة سواءا في مرحلة الحمل أو في المراحل النمائية الأولى من العمر.

(الشيخ الذيب،2005،ص.11)

7-5- نظرية العقل Theory of Mind :

لوحظ بأن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في فهم الحالات العقلية للآخرين، و مشاعرهم وأفكارهم وعدم قدرتهم على التنبؤ إضافة إلى إعاقة في التفاعلات الإجتماعية و التواصلية والتخيلية تأتي من شذوذات في الدماغ التي تمنع من تكوين فهم صحيح للمواقف الإجتماعية و عدم القدرة على التنبؤ و شرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية أو أنهم لا يرون الأشياء من وجهة نظر الشخص الأخر بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين كما أن العجز الإجتماعي الملاحظ عند الأطفال المصابين بالتوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فالمشكلات الإجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية ، و بالتالي فان العجز الإجتماعي يعود إلى عيوب في "نظرية العقل"

(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات ،المرجع ذاته،ص.117)

و على هذا فإن عدم إكتمال نمو الأفكار يؤدي إلى عدم القدرة على حل المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته الإجتماعية و المواقف اليومية. و عليه فإنه لا يستطيع فهم أن لدى الآخرين أفكار و مشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات و الإيماءات و أوضاع الجسم . **(جميل الصمادي،2007،ص.65)**

7-6- النظرة المعرفية Cognitive Theory :

تشير هذه النظرية إلى وجود عجز أو قصور معرفي والذي يفسر بعض المظاهر الإكلينيكية كالأعراض التي يتميز بها الأطفال التوحدين وهذه النظرية تتضمن القصور في النواحي المعرفية و الإجتماعية ، و قد أكدت الدراسات أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عملية إستخدام الرموز كالقدرة على التفكير ويرجع ذلك إلى التأخر في النمو اللغوي ، وبين سيقموند **Sigmand** (1995) وجود نقص أو خلل في الفهم الإجتماعي، مما يبين أن هنالك معاناة يعاني منها الأطفال التوحديين في إستجاباتهم السلوكية الشخصية مثلا نجدهم لا يشاركون في الأنشطة أو الأفعال التي تتطلب إنتباه مشترك . ويرى البعض أن المشاكل الرئيسية هي في تغير و دمج المدخلات في الحواس المختلفة، وأن التوحد نتيجة لعيوب إدراكية متعددة. وأشارت دراسة آلين و آخرون (1991) أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة إضافة إلى ذلك إضطراب إدراكي نمائي وإنخفاض قدرتهم على الإدراك وإضطراب اللغة.

(محمد أحمد خطاب،المرجع ذاته، ص. 42-43)

هذه النظريات أكدت سبب ظهور التوحد حسب توجهها، وهناك إتجاه آخر يؤكد أن التلفاز هو سبب ظهوره.

7-8- التلفاز:

توقع التربويون أن يكون التلفاز نافذة تطل على آفاق رحبة تساهم في تحول أطفالنا من كائنات إجتماعية إلى كائنات عاقلة ، أخلاقية ، ناقدة ومبدعة ، وأن يساعد على إشباع حاجاتهم وتهيئهم للمدرسة و للحياة من هنا خضع هذا الجهاز لمئات الدراسات بحثا في ظل العولمة التي إنطلقت، فما أن أعلن عن بعض سلبيات هذا الجهاز حتى إنهالت الدراسات و الأبحاث ومن الحقائق التي توصل إليها مايلي :

- تزايد طول الفترة التي يقضيها الطفل في مشاهدة برامج التلفاز الموجهة للأطفال و الراشدين ، ما ينجم عن هذا من إضطرابات سلوكية ومشكلات مدرسية ؛

- وفي دراسات أخرى إكتشف عدد من الباحثين أن هرمون النمو الذي ينشط بفاعلية أثناء النوم، يزداد إفرازه لدى الأطفال الذين يشاهدون التلفاز بشكل مكثف وبالتالي يصلون مرحلة البلوغ المبكر قبل الأطفال الأقل مشاهدة له ؛

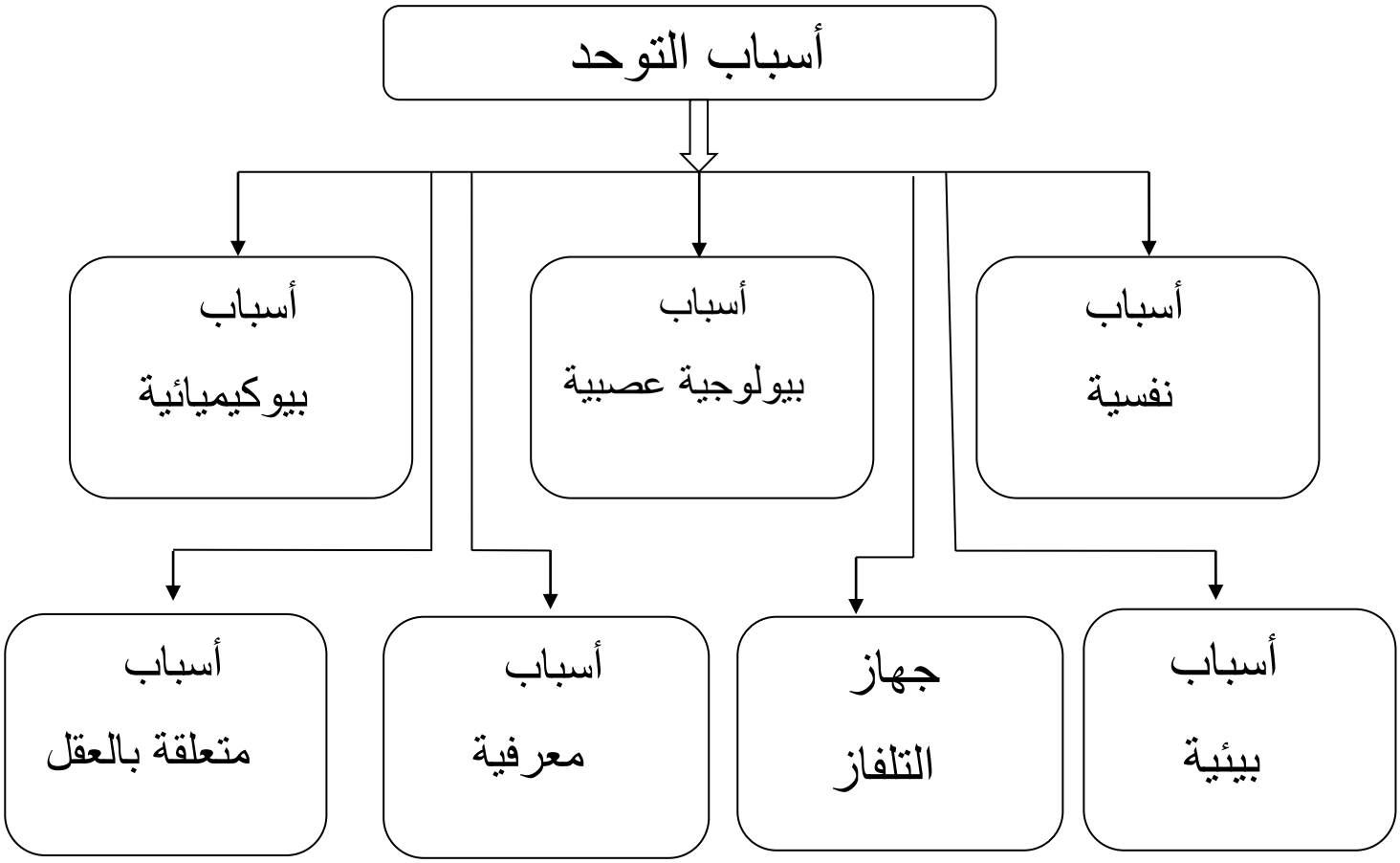
- إنخفاض عتبة الإحساس بالألم لدى الأطفال عند مشاهدتهم للتلفاز، والإنتباه في حدوده الدنيا، و العملية الإدراكية في سبات، و ينقطع الإحساس بالعالم الخارجي ،

– يظهر ملامح هذا الخوف عبر مشاعر القلق، والخوف من الظلمة أو من الجلوس في البيت بمفرده مع الانسحاب من الأصدقاء والتغيب عن المدرسة ، ولا سيما أن الأطفال تحت سن الثامنة لا يفرقون بين الخيال والواقع ؛

– كما يؤثر التلفاز في عمر ما بين 2 إلى 6 سنوات على القدرة على التخيل ، ويحرمه من الأنشطة الإيجابية القائمة على المحادثة واللعب المتبادل مع من حوله بهدف تطوير مهارات الإتصال وعدد المفردات و التراكيب اللغوية المعقدة ؛

(www.update jo.com/autism–frequency–study. Htm)

– فبقاء الطفل أمام التلفاز في سن مبكرة يكسبه العديد من السلبيات كتأخر اللغة سواء اللفظية أو غير اللفظية والتقليد للسلوكات العدوانية ويبعده عن التواصل و التفاعل الإجتماعي ويدخله في قوقعة الروتين وهذا ما يكسبه سلوكات توحدية.



الشكل رقم (02) يبين أسباب اضطراب التوحد

8- تشخيص إضطراب التوحد :

8-1- تعريف التشخيص :

يشير مصطلح التشخيص إلى تحديد طبيعة الإعاقة ، من حيث نوعها سواء كانت حسية أو جسمية أو عقلية أو نفسية أو اجتماعية ، وتحديد درجتها سواء كانت شديدة أو متوسطة أو بسيطة ، مع تقديم التفسير العلمي لكيفية حدوثها ، وتحديد أكثر العوامل المؤدية إليها سواءاً كانت عوامل وراثية أو مكتسبة ، عوامل ذاتية مرتبطة بالشخص نفسه ، أو بيئته مثل العوامل الصحية و الإجتماعية و الإقتصادية.

(مدحت محمد،2004،ص.187)

و التشخيص هو تلك الإجراءات الضرورية المستخدمة للحكم على طبيعة إعاقة الطفل إن وجدت، و على سببها المحتمل ، **و** هو عملية أساسية لمعرفة ما إذا كان الطفل مصابا بالتوحد أم لا ولعل هذا الأمر يُعد من أصعب الأمور و أكثرها تعقيدا نظرا لتداخل الأعراض بين إضطراب التوحد و الإضطرابات المشابهة له ، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل و بالتالي صعوبة في التدخل في المراحل اللاحقة.

8-2- فريق التشخيص :

يتوجب وجود عدد من الأخصائيين من ذوي الخبرات الجيدة في مجال التوحد ، يؤدي بالوصول إلى تشخيص أكثر دقة ويقلل من الأخطاء التشخيصية والإجتهادات الفردية ولذلك لا بد من تقييم الطفل المشتبه إصابته بالتوحد من قبل الفريق الشامل متعدد التخصصات الذي يضم عددا من الإختصاصين بحيث يقوم كل بحسب تخصصه بتقييم الطفل ليتم في النهاية إعتماد التشخيص النهائي ويشتمل فريق التشخيص على :

- أخصائي في علم النفس • أخصائي أرطفوني • معالج نفسي • أخصائي تربية خاصة
- طبيب الأطفال • طبيب عقلي للأطفال • طبيب أعصاب • أخصائي اجتماعي.

حيث يتم عمل تخطيط المخ والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة ، و ذلك لإستبعاد وجود أي مرض عضوي، ولحد الآن لم يوجد تشخيص محدد ، وهذا راجع للتباين في الأعراض من حالة لأخرى ، وتشابه أعراض الإضطراب مع الإضطرابات الأخرى .

8-3- صعوبات التشخيص :

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع الحالات الأخرى ، و يمكن تقديم موجزا لهذه الصعوبات وهي كالتالي :

- تشابه إضطرابات التوحد مع الكثير من الإضطرابات الأخرى مثل فصام الطفولة و متلازمة اسبرجر، و متلازمة ريت، ومتلازمة الكروموزوم الهش، ومتلازمة لندوكلنفر، و متلازمة وليامز، التأخر في الكلام ، و إعاقات التخاطب ، و التخلف العقلي و غيرها من الإعاقات ؛

– يصاحب إضطراب التوحد العديد من الإعاقات مثل الإعاقة العقلية و الإعاقة البصرية و الصرع و غيرها من الإعاقات، مما يؤدي إلى إحتمالية وقوع خطأ في التشخيص ؛

– ندرة أدوات التشخيص و القياس التشخيصي لإضطراب التوحد ؛

– حدوث تغير في شدة بعض الأعراض ، و إختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر ؛

– عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لإضطراب التوحد ؛

– تتعدد و تتنوع أعراض التوحد ، و تختلف من فرد إلى آخر ، و من النادر أن تجد طفلين متشابهين تماما في نفس الأعراض ؛

– تتعدد و تتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ و الجهاز العصبي ، فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو تلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات ؛

– التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي و المعرفي و الإجتماعي، و الإنفعالي و بالتالي تعوق عمليات التواصل و التخاطب.

8-4- محكات التشخيص (أعراض إضطراب التوحد) :

الجدير بالذكر أن الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض و الإضطرابات النفسية و العقلية في طبعته الرابعة DSM- 4 والطبعة الأخيرة الخامسة DSM- 5 الصدران عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والتصنيف الدولي العاشر (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية ، يعدان المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض و الإضطرابات المختلفة في الوقت الراهن.

8-4-1- معايير تشخيص التوحد حسب جمعية طب النفس الأمريكية Diagnostic and Statistical Manual IV كما نص عليها في DSM- 4 T R/2000

أولا : ظهور ستة أعراض على الأقل أو أكثر من مجموعات 1 و2 و3 شرط أن يكون فيها إثنان من أعراض المجموعة الأولى على الأقل بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من المجموعتين الثانية و الثالثة.

المجموعة 1:

✓ قصور كيفي في قدرات التفاعل الإجتماعي يتجلى على الأقل في إثنين من الأعراض التالية :

1- قصور واضح في إستخدام صور متعددة من التواصل غير اللفظي ، مثل تلاقي العيون أو تعابير الوجه أو حركات الجسم في المواقف الإجتماعية و الإتصال مع الآخرين ؛

2- الفشل في تكوين علاقات مع الأقران تتناسب مع العمر أو مرحلة النمو؛

3- قصور في القدرة على مشاركة الآخرين في الأنشطة الترفيهية أو إنجاز أعمال مشتركة معهم ؛

4- غياب المشاركة الوجدانية أو الإنفعالية أو التعبير عن المشاعر.

المجموعة 2:

✓ قصور كيفي في القدرة على التواصل تظهر بواحدة على الأقل من التالي :

1- تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (التخاطب) وحده بدون مساعدة أي نوع من أنواع التواصل غير اللفظي للتعويض عن قصور اللغة ؛

2- بالنسبة إلى الأطفال القادرين على التخاطب ، يوجد قصور في المبادأة بالحديث مع الشخص الآخر وعلى مواصلة هذا الحديث ؛

3- التكرار و النمطية في إستخدام اللغة ؛

4- عدم القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو التقليد الإجتماعي الذي يتناسب مع المرحلة العمرية.

المجموعة 3:

✓ إقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات النمطية كما يكشف عنها واحد على الأقل من الأعراض التالية :

1- إستغراق أو اندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الإهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها ؛

2- الجمود و عدم المرونة الواضح في الإلتزام أو الإلتصاق بسلوكيات و أنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها ؛

3- ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر غير هادف مثل رفرفة الأيدي أو ثني الجذع للأمام و الخلف أو تحريك الذراع ؛

4- الإنشغال المفرط بأجزاء الأشياء (أدوات و أجسام) مع إستمرار اللعب بها لمدة طويلة.

ثانيا: تأخر أو سلوك غير طبيعي يبدأ قبل عمر ثلاث سنوات في واحد مما يلي:

1- التفاعل الإجتماعي ؛

2- إستخدام اللغة في التواصل أو التخاطب الإجتماعي ؛

4- اللعب الرمزي أو التخيلي ؛

ثالثا: الإضطراب لا يدخل في تصنيف تناذر ريت أو إضطراب الإنتكاس الطفولة .

(الوزنة طلعت بن حمزة ،2005،ص.60)

8-4-2- معايير تشخيص التوحد حسب جمعية طب النفس الأمريكية Diagnostic and Statistical Manual IV كما نص عليها في DSM -5 T R/2014

❖ **المعلومات التي تغيرت مع DSM -5 :**

1- أصبح يطلق على لفظ ASD: إضطراب طيف التوحد دون ذكر المتلازمات الأخرى .

2- متلازمة ريت syndrome de Rett أصبحت من الإضطرابات الجينية وإستبعدت من ASD.

3- قبل DSM -5 كان التشخيص للتوحد (الكلاسيكي) يجب أن يظهر قبل 3 سنوات الأولى من الممكن الكشف عنه في المرحلة العمرية المبكرة ، وأضافوا بندا بأنه يمكن ألا تظهر الأعراض بشكل واضح في هذه المرحلة (إن الأعراض تكون خفيفة ومختبئة وخاصة إذا كانت المتطلبات الإجتماعية قليلة).

4- خروج فئة جديدة هي SCD: إضطراب التواصل الإجتماعي.

5- إختلال مصطلح الشدة : قبل DSM-5 كانت الشدة حسب عدد الأعراض الظاهرة ، كلما كانت عدد الأعراض أكثر كانت الشدة أكثر، أما في DSM-5 الشدة تعتمد على العرض نفسه من يحتاج إلى الدعم أكثر تكون شدة العرض عنده أكبر.

6- في الطبعة السابقة كان هناك عرضين مستقلين هما: التواصل الإجتماعي ، والتفاعل الإجتماعي ، في الطبعة الجديدة تم دمجهما في عرض واحد وللتشخيص يجب أن يحصل الطفل على 3 نقاط من 3 حتى يكون لديه مشكلة في هذا الجانب .

❖ معايير التشخيص في الدليل التشخيصي و الإحصائي للإضطرابات النفسية و العقلية الطبعة الخامسة DSM-5:

أولا - عجز في التواصل الإجتماعي والتفاعل الإجتماعي:

(هذا العجز مستمر ودائم) ولا يعزى هذا العجز إلى تأخر نمائي عام Retard de développement، يجب أن تظهر ثلاث الأعراض على الأقل 3/3.

1- ضعف التواصل البصري ؛

2- النطق من خلال الترديد ؛

3- التكرار العشوائي خارج السياق ؛

4- الرقابة و الغرابة أثناء الحديث، نغمة واحدة في الحديث ؛

5- عدم القدرة على إستخدام لغة الجسد وفهمها ؛

6- عدم القدرة على إستعمال تعابير الوجه وفهمها ؛

7- الإيماءات (تحريك الرأس كنعم ، لا ، التأشير) ؛

8- عدم الإنتباه إلى الأصوات الإنسانية و الإنتباه فقط لما يريده ؛

9- عدم القدرة على فهم النكت و الدعابات اللغوية و الأسئلة غير مباشرة ؛

10- مشاكل في الإنتقال من جملة إلى أخرى ، فشل في الحديث و المقاطعة وعدم إحترام الدور؛

11- ضعف في تقليد الكلمات و الحركات الجسدية و تعبيرات الوجه مما يؤثر على التواصل اللفظي و غير اللفظي و أسلوب اللعب.

ثانيا – أنماط سلوكية متكررة ومحدودة ونشاطات وإهتمامات محدودة متكررة :

✓ يجب أن يظهر عرضين على الأقل من هذه النقطة 4/2.

1- حركات نمطية باليدين و الذراعين و الأصابع و الجسد كله ؛

2- اللعب بالألعاب بشكل معين وبطريقة خاطئة (تدوير الألعاب) ؛

3- التركيز على نشاطات معينة و الإنشغال الكبير فيها ؛

4- عمل الأشياء بطقوس و روتين معين و الشعور بالضيق الشديد عند تغير النشاط أو مقاطعة أحد ما لنشاطهم ؛

5- مقاومة التغيير بشكل كبير سواء في البيئة المحيطة أو بطريقة أداء الأمور؛

6- بعض الأطفال يعانون من حساسية عالية للمثيرات أو حساسية منخفضة للمثيرات الخارجية.

ثالثا- يجب أن تظهر الأعراض هذه في المرحلة النمائية المبكرة ولكنها قد لا تكون واضحة حتى تصبح المتطلبات الإجتماعية تفوق قدرات الطفل المحدودة أو تكون الأعراض مختبئة ومن خلال إستراتيجيات متعلمة تجعل الطفل يخفي نقاط معينة .

رابعا – الأعراض معا يجب أن تؤثر على القدرات الوظيفية لدى الطفل وتكون ظاهرة على الأوقات و الأماكن . **(DSM- 5, 2014)**

❖ مجموع الأعراض هو على الأقل 9/7.

8-4-3- معايير تشخيص التوحد حسب الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD-10) التابع لمنظمة الصحة العالمية (1992):

1- ظهور عجز واضح قبل ثلاث سنوات في مجال واحد على الأقل من المجالات التالية:

- اللغة التعبيرية المستخدمة في الإتصال ؛
- اللعب الرمزي أو الوظيفي ؛
- تطور التفاعل الإجتماعي الإنفعالي المتبادل مع الآخرين.

2- قصور واضح في التفاعل الإجتماعي المتبادل من خلال:

- عدم التواصل البصري مع الآخرين ، و عدم القدرة على إستخدام الوجه أو الجسد للتعبير عن الإنفعالات؛
- عدم المقدرة في تطور العلاقات التي تتضمن مشاركة الإهتمامات و الأنشطة مع الأطفال ممن هم في العمر الزمني نفسه ؛

- قصور في البحث عن أشخاص آخرين يتجه إليهم للراحة أو الود أو في أوقات الضغط العصبي أو تقديم الراحة لهم حينما يظهر عليهم القلق و الحزن ؛
- عدم طلب الحنان و الأمان في أوقات الخطر، و عدم تقديم ذلك عند حاجتهم لها ؛
- عدم القدرة على التبادل العاطفي و الإنفعالي مع الآخرين ، و عدم القدرة على تكييف السلوك ليتناسب و الظروف الإجتماعية.

3- قصور في التواصل الإجتماعي من خلال :

- تأخر أو إنعدام اللغة التعبيرية دون محاولة التعويض عن ذلك بإستخدام الإشارات أو الإيماءات؛
- عدم القدرة على النقاش أو الحوار مع الآخرين ؛
- تكرار اللغة أو المقاطع اللغوي ؛
- إضطراب في الصوت و الإيقاع و سرعة الكلام و نغمته ؛
- عدم إستخدام النمذجة أو الخيال في اللعب.

4 - إهتمامات محدودة و نشاطات متكررة و تظهر من خلال:

- الإهتمام المبالغ بنشاطات محددة ؛
- التعلق و الإرتباط غير العادي بأشياء محددة ؛
- سلوكات روتينية محددة و غير مألوفة ؛
- حركات نمطية بالأيدي و الأصابع أو حركات جسمية معقدة ؛
- إهتمام مبالغ فيه بأجزاء الأشياء أو بخصائص غير وظيفية للأشياء ؛
- إنزعاج كبير لتفاصيل بيئية صغيرة و غير مهمة .

(جمال الخطيب وآخرون،المرجع السابق ،ص.325)

5- أن لا تكون هذه الخصائص ناشئة عن الإضطرابات النمائية أخرى أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل إجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له إضطراب إنفعالي و سلوكي أو متلازمة أو إنفصام مبكر.

(يحيى القبايلي،2001،ص.258)

8-5- التشخيص الفارقي:

أصبح من الواضح بعد عدة سنوات من البحث و العمل في مجال " إضطراب التوحد " أن هناك عدة أنواع من الإضطرابات التي تتقاطع مع أعراض التوحد ، وهي السبب في تسمية إضطراب "التوحد" بأنه إضطراب طيفي ، أو مصطلح إضطرابات طيف التوحد autistsic spectrum إشارة إلى أن النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهره ، وتدل هذه التسمية أيضا على الإختلافات الكائنة في التوحد تشبه الإختلافات الكائنة في ألوان طيف التوحد من حيث نوعها و شدتها.

❖ **التوحد و الإضطرابات الأخرى المشابهة :**

8-5-1- متلازمة اسبرجر Asperger syndrome:

إضطراب اسبرجر هو مرض يدخل تحت مسمى طيف التوحد ، الطفل يكون لديه بعض التصرفات المشابهة للتوحد ، ومن خصائصه : إن الطفل طبيعي الذكاء ، أو ذا معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديه تأخر في النطق. لديه ضعف في فهم العلاقات الاجتماعية والتعامل معها ، ولا يحب التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملبس، وعادةً تكون لهم طقوس وروتين معين في حياتهم ، ينشغلون ويلهون في أغلب الأوقات بشيء واحد، لديهم حساسية بشكل كبير للأصوات، يكون نمو القدرات العقلية واللّغوية في حالة متلازمة أسبرجر نمواً طبيعياً إلى حدٍ ما ، بينما يكون لدى الطفل التوحدي صعوبات في التفاعل و التواصل الإجتماعي ، عدم بدء ظهور أعراض أسبرجر ، إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة بينما حالات التوحد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة . **(الحمدان عبد الله إبراهيم،2000،ص.39)**

8-5-2- متلازمـة الريت Rett:

هو إضطراب نيرولوجي Neurologique يختلف عن إضطراب التوحد من حيث خصائص تقدير الجنس و أنماط العيوب ، حيث يصيب إضطراب ريت الإناث أما التوحد فإنه منتشر أكثر بين الذكور و إضطراب ريت يمتاز بتباطؤ نمو الرأس و فقدان المهارات اليدوية المكتسبة سابقا و ظهور تناسق ضعيف في الحركات الرئيسية أو المشي، و خلال سنوات ما قبل المدرسة يظهر الأطفال المصابون بإضطراب ريت صعوبات في التفاعل الإجتماعي مشابهة لما هو موجود في التوحد.

(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع ذاته ، ص. 157)

8-5-3- الإعاقة العقلية (التخلف العقلي):

نلاحظ أنّ هناك تشابهاً كبيراً بين كل من التوحديين والأطفال المعاقين عقلياً يتمثل في وجود قصور واضح لدى كل منهم في تكوين علاقات إجتماعية ناجحة مع الآخرين، وتكوين صداقات معهم ، وبالتالي الاندماج معهم، وهو ما يدفع بهما معا إلى الانسحاب في المواقف الإجتماعية المختلفة. ويرى دينيس وآخرين Dennis et Al(1999) أنّ التوحديين يتسمون بدرجة من الوعي الإجتماعي أكثر إنخفاضاً من المعاقين عقلياً ، مما يجعلهم أقل مسايرة للآخرين ، ويرى نجار دفيك وآخرون (Njardvik et Al1990) أنّ الأطفال المعاقين عقلياً يتفوقون على أقرانهم التوحديين في المهارات الإجتماعية، وفي مستوى نموهم الإجتماعي. ويشير كيلين Klin (1991) إلى أنّ الأطفال المعاقين لديهم قدرة نسبية على التعلق بالآخرين، وهو الأمر الذي لا يتوافر عند التوحديين كما أن القصور اللغوي الذي يعاني منه التوحديين يجعلهم غير قادرين على إقامة علاقات إجتماعية ناجحة مع الآخرين بينما المعاقين عقلياً يتفوقون في كم مفرداتهم اللغوية، كما يستخدمون قليلا ما لديهم من مفردات لغوية في التواصل مع الآخرين ، والتوحديين لديهم عيوب جسمية أقل بكثير من المعاقين عقليا. **(محمد أحمد خطاب، المرجع ذاته ،ص.68)**

8-5-4- فصام الطفولة:

قديما كان يعتقد أن هناك تشابه بين التوحد و الفصام لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام، و لكن مع إجراء العديد من الدراسات تبين أن هناك فروقا بينهما وكان أهم أوجه الإختلاف في:

- الطفل التوحدي غير قادر على إستخدام الرموز مقارنة بالفصامي ؛
- ضعف النمو اللغوي ، الإجتماعي ، و الإنفعالي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي ؛
- عدم وجود هلاوس و هذيانات عند التوحدي بينما يكثر وجودها عند الفصامي ؛
- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين و نصف بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن فالفصام يبدأ في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة.

8-5-5- الإضطرابات الذهانية :

أوضح شاكر قنديل (2000) وكذلك دراسة كوريتا و آخرون Kourita et Al (1992) التي طبقت فيها إستمارة خاصة بالأمهات ، مع المتابعة المستمرة للحالات من الذهانيين و التوحديين عن وجود بعض الإختلافات بين الإضطرابين كالتالي :

- تدهور واضح وإضطراب في الإنتباه لدى التوحدي مقارنة بالذهاني ؛
- نقص التواصل اللفظي و غير اللفظي لدى التوحد بالمقارنة بالذهاني ؛
- نشاط حركي مفرط لدى التوحدي ؛
- نسبة الإعاقة عند الذكور أكثر من الإناث عند التوحد بينما تتساوى لدى الجنسين في الذهان ؛
- ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدل الطفل التوحدي ، فهو يعاني من إضطراب نمائي و سلوكي و إنفعالي بينما لدى الذهان ما هو إلا إضطراب عقلي. **(محمد أحمد خطاب، المرجع ذاته،ص.74-75)**

8-5-5- إضطرابات الصمم:

الأطفال المولودون بالصمم يواجهون الكثير من المشاكل خلال نموهم وتطورهم ، وقد يكون لديهم مشاكل سلوكية متعددة، منها الإنعزال الإجتماعي ونقص التواصل اللّفظي، ولديهم القدرة على التواصل غير اللفظي عن طريق لغة الإشارة وقراءة الشفاه والتقليد والمحاكاة. أما التوحديين فليس لديهم نقص في السمع ولكنهم غير قادرين على التواصل اللّفظي و غير اللفظي. **(الوزنة طلعت بن حمزة ، المرجع ذاته،ص.63)**

8-5-6- إضطرابات اللّغة:

ذكر أورنتز Ornitz (1973)أن إضطرابات اللّغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحد، فإنّ من المتوقع أن يكون هنالك تشابه بين التوحد والإضطرابات اللّغوية. وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط

أحياناً بين التوحد وهذه الإضطرابات. وقد تظهر المجموعتين إعادة الكلام وخاصة الكلام المتأخر. كما أن الأطفال في إضطرابات اللّغة يتعلمون مفاهيم اللّغة الأساسية ويحاولون التواصل مع الآخرين وبناء عليهم فإن القدرة على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين. و رغم أنّ إضطرابات اللّغة تتشابه مع الإضطرابات التي يظهرها التوحديين لكن يمكن أن نميز بين الإضطرابين حيث أنّ ذوي الإضطرابات اللّغوية يحاولون التواصل بالإيماءات والإشارات بعكس التوحديين الذين يواجهون صعوبة كبيرة في ذلك. **(القريوتي وآخرون 1995،ص.373-374)**

8-5-7- إضطرابات الطفولة التفككي:

في هذا الإضطراب يكون إرتقاء الطفل طبيعيا في العام الأول و الثاني من العمر ثم يبدأ بعد ذلك في فقدان المهارات التي إكتسبها من قبل و خاصة مهارات اللغة و التفاعل الإجتماعي و القدرات المعرفية و المهارات الحركة و لابد أن تظهر هذه الأعراض قبل العام العاشر من عمر الطفل حتى تم التشخيص بإضطراب الطفولة التفككي ، فبعد مرور عامين من الارتقاء الطبيعي للطفل المصاب بإضطراب الطفولة التفككي تبدأ تظهر عليه نفس الأعراض الخاصة بالتوحد وقد تكون مصحوبة أيضا بفقدان للمهارات الحركية و نوبات صرعية ، بينما التوحدي يظهر عليه تدهورا و تأخر خلال العام الأول و الثاني من عمره و هكذا فإن بداية ظهور أعراض الإعاقتين من أهم عناصر التشخيص الفارقي بينهما.

(خليل إيهاب محمد،نفس المرجع،ص. 84)

8-5-8- الإضطراب النمائي العام غير المحدد:

غالبا ما يعرف هذا الإضطراب بالتوحد اللانموذجية أو الشاذة ويتميز هذا الإضطراب عن التوحد إما في العمر الذي تبدأ تظهر فيه أعراض الإضطراب عن الطفل أو في عدم التطابق التام للمحكات التشخيصية الثلاثة المطلوبة لتشخيص التوحد و المتمثلة في قصور عملية التواصل و التفاعل الإجتماعي و ظهور سلوكات نمطية ، وفي نفس الوقت لا تتطابق معايير هذا الإضطراب مع إضطراب النمو المعمم و لا مع معايير الفصام أو معايير إضطراب الشخصية التجنبية فهو يدخل ضمن الإضطرابات التوحدية غير النموذجية و أنه لا يتوافق مع إضطراب التوحد لأنه يظهر في سن متأخر.

8-5-9- الحرمان النفسي الإجتماعي:

الإضطرابات الشديدة في البيئة الطبيعية و الإنفعالية مثل الحرمان الأمومي ، الإنحطاط النفسي الإجتماعي، ... وغيرها يمكن أن يدفع الأطفال إلى أن يظهروا لا مبالاة و إنسحابا و إغترابا مع تأخر اللغة و المهارات الحركية والأطفال الذين لديهم هذه العلامات غالبا ما يتحسنون بسرعة عندما يوضعون في بيئة ملائمة غنية بالمناخ الإجتماعي النفسي و لكن هذا التحسن ليس هو الحال مع الأطفال المصابين بالتوحد.

(محمد أحمد خطاب،المرجع ذاته،ص.74-75)

8-6- أدوات تشخيص و قياس إضطراب التوحد:

دائما يلجأ الأخصائيون إلى العديد من الطرق لتجميع البيانات المختلفة عن الطفل ، و ذلك من أجل تشخيص محدد لحالة الطفل الذي يعاني من مثل هذا الإضطراب ، و من أشهر أدوات التشخيص مايلي:

8-6-1- التاريخ التطوري للحالة:

إن أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور الطفل حتى الوقت الحالي، و يشتمل التاريخ التطوري للطفل نموه و المتغيرات التي طرأت عليه في هذه الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي و هل تناول عقاقير معينة من الفترة السابقة أو حدثت لها أي حوادث أو أصيب بأي مرض و في أي سن ...الخ. **(Freeman.B.j, 1986, p.18-21)**

8-6-2- التاريخ الوراثي للحالة:

إن الحصول على التاريخ التطوري للحالة يشمل أيضا الحصول على التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج و الزوجة، هل هناك أحد أفراد الأسرة لديه إضطراب أو خلل مرتبط بالحالة ، فقد أدركت لأبحاث أن حوالي30%إلى 50 %من حالات التوحد قد تكون لها أصول جينية وراثية وأوضحت بعض الدراسات أنه قد يكون الطفل التوحدي لديه مشاكل في التفاعل الإجتماعي مع المحيطين، بمعنى أن هذه الأسرة قد تكون غير إجتماعية أو تحب الإنطواء، أو تكون من الأسر المحبطة و عليها ضغوط كثيرة ، فكل ذلك له تأثير على الطفل. **(محمد أحمد خطاب،المرجع ذاته ، ص .58)**

8-6-3- تاريخ الحمل :

دائما يحتاج الأخصائي أو الطبيب المعالج معرفة المزيد عن فترة حمل الأم للطفل، حيث قد يحدث للأم بعض مخاطر أثناء هذه الفترة تكون لها صلة بوجود طفل توحدي لديها، بمعنى أن الأم من الممكن أن تتعرض لمجموعة من المخاطر أثناء الحمل مثلا تعرضها لإحدى الأمراض المعدية أو تعاطيها جرعة شديدة من أحد الأدوية أو حدوث طفرة جينية أو يحدث إضطراب في كروموزومات الجنين دون أن تدري .

(محمد أحمد خطاب، المرجع ذاته، ص .58)

8-6-4- التقييم السلوكي :

إن التقييم السلوكي جزء هام من تقييم الطفل التوحدي و لكن هذا النوع من التقييم يحتاج إلى خبرة كثيرة من قبل الأخصائي ، و يوجد أسلوبان أساسيين لتجميع المعلومات السلوكية ، الأسلوب الأول : الملاحظة غير مقننة ، و الثاني : الملاحظة المقننة و يجب أن يستند على النوعين في آن واحد للتقييم السليم .

8-6-5- إختبارات الذكاء:

يمكن لإختبارات الذكاء الكشف عن نقاط القوة و الضعف لدى الطفل ، حيث تبين ما يستطيع فعله و ما لا يستطيع فعله حيث تنقسم إلى :

- إختبار الذكاء اللفظي : و يشمل على القدرة على إدراك اللغة وإستخدامها لأغراض الإتصال مع الآخرين، ويركز إختبار الذكاء اللفظي على جانبين هما اللغة الإستقلالية و هي إدراك ما يقال له ، و اللغة التعبيرية وهي الوعي بكيفية إستخدام الطفل للغة المتحدث بها ، فالعديد من الأطفال التوحديين يكررون الكلام كثيرا دون إدراك .

- ذكاء الإنجاز : حيث يقيس الإختبار مدى جودة الأطفال و سرعتهم في إنجاز مهمات معينة، مثل إكمال أجزاء ناقصة في لوحة للتأكد من وجود تآزر حركي بصري.

(فهد المغلوث ،2006،ص.106)

8-6-6- إستخدام أدوات التشخيص:

8-6-6-1- قائمة تقدير سلوك التوحد :Autism Behavior checklist: (ABC) و هي أداة طورها كيرغ و أريك وألموند (Kurg, Almound & Arik,1980) و هدفت إلى التفريق بين حالات التوحد والإعاقات الأخرى كالتخلف العقلي الشديد و الأصم ، و المكفوفون و الأطفال ذوي الإضطرابات الإنفعالية الشديدة و العاديين . و يتكون من 58 وصفا للسلوك موزعة على خمسة عوامل رئيسية هي: البعد الحسي ، الإرتباط، إستعمال الجسم ، و البعد الإجتماعي و اللغة . **(Eric schopler et al ,1994 ,p.25)**

8-6-6-2- قائمة ريملاند التشخيصية للأطفال المضطربين في السلوك Checklist for The: Behavior Disturbed children(E2) Diagnostic و قد تم تصميم هذه القائمة من قبل ريملاند ونشرت الصورة الثانية عام1971 وهي قائمة إسترجاعية. **(أحمد القحطان الظاهر،المرجع ذاته،ص.142)**

8-6-6-3- مقياس تقدير التوحد الطفولي:Child hood Autism Rating Scale (CARS) وطوره شوبلر و رشلر ورينر Schopler Reichler& Renner سنة (1988) يعتمد على الملاحظة في البيت أو المدرسة مقارنة بالسلوك الطبيعي لمثل أعمارهم في العديد من الأبعاد كالتقليد، الإستجابة الإنفعالية ، إستخدام الحواس التواصل اللفظي و غير اللفظي ،مستوى النشاط...الخ.

(Eric schopler et al ,1994 ,p.25)

8-6-6-4- جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Schedule Observation (ADOS) و هو مقياس طوره لورد وروتر وديليفور وريزي Lord, Rutter, Dilvore (& Risi, 1989) بهدف إيجاد ملاحظة معيارية للسلوكات الإجتماعية و التواصلية للأشخاص التوحديين والإضطرابات الأخرى، تركز على التعبير النوعي للأشياء و التواصل و السلوكيات الإجتماعية.

8-6-6-5- الصورة الجانبية النفسية التربوية (الإصدار الثالث) Psycho Profile Third educational Edition:وقام بتطويره كل من شوبلر و لانسنج وريشلر وماركوس (Schopler, lansing, Reichler & Marcus, 2005).

8-6-6-6- قائمة التوحد للأطفال الصغار(CHAT) : The Check list for Autism in Toddlers بنى هذه القائمة بارون ، كوهين و ألين وجلبيرج Baron Cohen ,Allen &

(**Chillberg, 1992**)

8-6-6-7- المقابلة التشخيصية للتوحد (l'ADIL) Autism Diagnostic Interview Revised : طورها روتر (Rutter ,1988) وليكوتر (Lecouteur ,1989) يعتمد على المقابلة التي تعتمد على إستجابات إختيارية إجبارية و تبنى الأسئلة صورة مفصلة عن التطور في ثلاث جوانب رئيسية هي اللغة و التواصل، النمو الإجتماعي، اللعب.

8-6-6-8- أداة كشف التوحد لأغراض التخطيط التعليمي The Autism Screening Instrument for Educational Planning(ASIEP) هذه الأداة طورها كروخ و أريك والموند (1978) لتحديد الأطفال التوحديين في المدارس النظامية. في محاولة لتصميم أداة لها علاقة بالتعليم ، و تركز على معلومات سهلة الإستخدام و مرتبطة بالزمن . و تتكون من خمسة أجزاء مصممة لتزويد المعلمين و مخططي البرامج بالمعلومات التي يمكنها أن تساعد على تحقيق أهداف البرنامج لتعليم التوحديين تعليما.

8-6-6-9- مقياس الملاحظة السلوكية للتوحد (BOS) Behavior Obervation Scale : طوره فريمان (Freeman, 1978) بهدف تمييز التوحد عن أطفال ما قبل المدرسة الطبيعيين والمتخلفين عقليا. و يتكون من 24 سلوكا موزعا على أربع مجموعات: السلوك الإنعزالي ، العلاقة بالأشياء، العلاقة بالناس، و العلاقة باللغة .

8-6-6-10- مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال:Childhood Autism Rating Scale : حيث يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة و ضعه" Eric Shopler " و زملائه عام (1988)و يعتمد هذا المقياس على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر له 15 درجة و يقيم المختصون سلوك الطفل من خلال:(التقليد ، الإدراك ، حركة العضلات الدقيقة ، حركة العضلات الكبيرة ، تآزر اليد كالعين ، الأداء المعرفي العملي، الأداء المعرفي اللفظي، كما يضم سلم للسلوك يضم 34 بندا ويقيس أربع مجالات سلوكية و هي (الإرتباط الوجداني ، اللعب ، الإستجابات الحسية ، اللغة).

(**Eric schopler et al ,1994 ,p.26-27**)

خلاصة:

يتضح مما سبق ذكره أن التوحد إضطراب نفسي إجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة (syndrome) تتضمن عدة إضطرابات في النمو اللغوي، التواصلي، السلوكي، الإجتماعي الإنفعالي، البدني الصحي، المعرفي، و أن معرفتنا لهذا الإضطراب و تحديد أسبابه و كذا التشخيص المبكر له من شأنه أن يسهل علينا التعامل معه، ووضع الخطط العلاجية المناسبة التي تساعد هؤلاء الأطفال للخروج من هذا الإضطراب أو التقليل من شدته وكذا تدريبهم على السلوكات السوية من أجل تحسين حياتهم و إدماجهم في المجتمع.

الفصل الثالث

القدرات المعرفية

الفصل الثالث: القدرات المعرفية

الرقم	العنوان
- 01	تمهيد
- 02	**أولاً: اللغة**
-1-2	تعريف اللغة
-2-2	خصائص اللغة
-3-2	وظيفة اللغة
-4-2	مظاهر اللغة
-5-2	أهمية اللغة
-6-2	مراحل النمو اللغوي
-7-2	نظريات نمو و إكتساب اللغة
-8-2	العوامل المؤثرة في النمو اللغوي
-9-2	اللغة و الطفل
-10-2	خصائص لغة الطفل التوحدي
-11-2	مشكلات التواصل و اللغة لدى الطفل التوحدي
-12-2	طرق الإتصال عند الأطفال التوحديين
-03	**ثانياً : الفهم الشفهي**
-1-3	الفهم ، تعريفه وأنواعه

3-2-	تعريف الفهم الشفهي
3-3-	أنواع الفهم الشفهي
3-4-	الجانب التشريحي لوظيفة الفهم
3-5-	مستويات الفهم الشفهي
3-6-	مستويات نمو قدرة الفهم الشفهي لدى الطفل
3-7-	إستراتيجيات الفهم الشفهي
3-8-	درجات الفهم الشفهي
3-9-	خطوات عملية الفهم الشفهي
3-10-	عوامل صعوبة الفهم الشفهي
3-11-	علاقة الفهم بالوظائف المعرفية الأخرى
3-12-	تشخيص صعوبات فهم اللغة الشفهية
3-13-	أعراض صعوبات فهم اللغة الشفهية
3-14-	الفهم الشفهي لدى المصاب بالتوحد
3-15-	الطرق المساعدة على فهم اللغة الشفهية
4-	خلاصة

تمهيد :

يعتبر إضطراب التوحد من أهم المسببات لإضطرابات في العمليات المعرفية و خاصة المشكلات في التواصل اللغوي ، الإنتباه ، التذكر ، الفهم الشفهي ، الإدراك ، هذه المشاكل تعيق الطفل التوحدي عن التواصل مع الآخرين و عن التكيف و التوافق مع البيئة التي يعيش فيها مما يشكل لديهم إضطرابات في العلاقات الإجتماعية ، لذا إعتمدنا في دراستنا على دراسة اللغة و الفهم الشفهي عند هذه الفئة بإعتبار اللغة من أهم الوسائل التي تحقق التواصل و التفاهم بين أفراد المجتمع و بواسطتها تتحقق عملية الإندماج الإجتماعي ، كما يعتبر الفهم الشفهي من مجالات النشاط المعرفي اللغوي المتميز في حياة الفرد فعن طريقه يشبع الفرد حاجاته و ينمي فكره و عواطفه و يثري خبراته بما يزوده من إدراك ووعي للأفكار و آراء و خبرات .

و سنحاول تناول اللغة و الفهم الشفهي بشيء من التفصيل بالتطرق إلى بعض المعلومات المهمة عن هذه الوظائف المعرفية ، و أثر تأخر نموها وقصورها على الطفل التوحدي .

أولاً : اللغة

1- تعريف اللغة :

- إختلف الباحثون في تعريف اللغة و تحديد مفهومها ، و ذلك نظرا لأن دراسة اللغة تدخل في دائرة اهتمام كل من علماء اللغة و علماء النفس و علماء الإجتماع بكافة فروع هذه العلوم ، فالتعريفات التي طرحت للغة تختلف إختلافا كبيرا من مجال إلى أخر ، وتعتمد على إهتمام العالم و إنتماءه و إطاره المرجعي و داخل نفس المجال نجد إن التعريفات التي قدمت للغة تختلف كذلك بسبب تعدد العمليات اللغوية و تعدد الوظائف التي تؤديها اللغة .

- يعرفها القاموس الأرطفوني على أنها مجموعة من الرموز الخاصة من أجل التواصل بين الأفراد ، و إنها عملية معقدة لتنوع وظائفها فهي فعل فيزيولوجي (محققة بتنسيق بين مجموعة من أعضاء الجسم الإنساني) ، نفسي و إجتماعي . **(Frédérique & all .1997, p.102)**

- و تعرف أيضا على أنها الوسيلة التي بواسطتها يمكن تحليل أي صورة أو فكرة ذهنية إلى أجزائها أو خصائصها ، و تركيب هذه الصورة مرة أخرى في أذهاننا و أذهان غيرنا بواسطة تأليف كلمات ذات تركيب خاص

- تعريف "pailous" إن اللغة هي نتاج نشاط عصبي معقد يسمح للحالات الانفعالية و النفسية بادراك القدرة الرمزية (صوتية ، خطية ، إشارية)، و كذلك تجسيد الحالات النفسية أو الانفعالية الداخلية أو الخارجية ، بالاستعمال الصحيح للوظائف الصوتية و الحركية للأوليات المتوصل إليها لا المتخصصة لهذه الآثار. **(pailous et autre, 1975, p. 95)**

- و عرفها " ميلر Miller " بأنها : " رموز صوتية مقطعية تعبر عن الفكر" .

- و عرفها " تشو مسكي Noème Chomsky" أنها : "ملكة فطرية و عملية سيكولوجية نشطة يقوم بها الفرد بغرض فهم و تكوين و إنتاج جمل نحوية " و يستند في ذلك على ثنائية : القدرة و الأداء حيث تمثل الأولى الاستعدادات الفطرية التي يولد الفرد مزودا بها و التي تؤهله فيما بعد لإنتاج و فهم اللغة ، و تتمثل الثانية في الأداء اللغوي الفعلي للفرد. **(فاديه علوان، 2003،ص.150)**

- و من خلال التعريف السابق نستنتج إن اللغة ملكة فطرية تستند على الجملة كوحدة أصلية لتحليل الرسالة اللغوية إلى معاني مفهومة ، كما أنها عملية ذات خصائص نفسية دينامكية ، كما عرفها البعض بأنها " نظام صوتي لفظي اصطلاحي بهدف الاتصال المتبادل ، يمكن من خلاله تعيين و تصنيف الأحداث ، و الأشياء ، و هي تمثل نظاما مشتركا للتواصل الرمزي تحكمه قواعد موجهة و مسيرة لعمليات الإنتاج ، الفهم، و الترجمة الدلالية ، و يتصف بالمرونة و التعقيد. **(الزغلول ، الزغلول ، 2003،ص. 102)**

– كما عرفها "جون ديوي" بأنها وسيلة اتصال بين أفراد الجماعة تؤلف بينهم على صعيد واحد " و تعتبر أداة إتصال و تعبير تحتوي على عدد من الكلمات بينها علاقات تركيبية ، تساعد على نقل الثقافة و الحضارة عبر الأجيال . **(العتوم عدنان يوسف ، 2004، ص.260)**

– و يضع قاموس أنجلش (1958) عدة معاني للغة وهي :

✓ أي صورة من صور التخاطب سواء كان لفظيا أو غير لفظي.

✓ السلوك اللفظي كان شفهيا أم مكتوبا .

✓ سلوك الكلام الشفهي.

و بالتالي يمكن القول أن السلوك اللغوي هو السلوك الذي تلعب فيه اللغة الدور الرئيسي أو سلوك يستخدم كتخاطب مقصود و له معنى مقنن لمن يتلقاه. **(سهير محمد سلامة ، 2006، ص. 16)**

– و تعرف أيضا بأنها مجموعة من الرموز تمثل المعاني المختلفة و هي المهارات التي اختص بها الإنسان و اللغة نوعان لفظية و غير لفظية و هي وسيلة الاتصال الاجتماعي ، و إحدى وسائل النمو العقلي و الحسي الحركي ، و تحتل اللغة جوهر التفاعل الاجتماعي و يعتبر تحصيل اللغة أكبر في إطار النمو العقلي للطفل . **(حامد زهران ، 1990،ص.170)**

أما "جون بياجيه Piaget" يعرفها على أنها شكل من أشكال الوظيفة الرمزية و هذه الأخيرة تعني مجموعة المعاني و المدلولات الداخلية لمواضيع و أشكال خارجية. **(أحمد قاسم ، 2000، ص. 14)**

2– خصائص اللغة :

الألفاظ اللغوية التي تطلق على الأشياء هي بمثابة رموز إصطلاحية للدلالة على المفاهيم الموجودة في البيئة المادية و الإجتماعية، و هذه الرموز المرئية أو المسموعة التي تشكل اللغة، تمتاز بمجموعة من الخصائص:

1– اللغة هي نتاج للأنشطة الاجتماعية و المعرفية و هي صانعة للحقيقة ؛

2– هي نظام اتصال يتم من خلاله ترجمة الأفكار و المشاعر و الآراء إلى الآخرين ؛

3– خصوصية اللغة من حيث أنها ترتبط بثقافة و مجتمع ما، و هذا يعني وجود لغات متنوعة لا يستطيع السامع أو القارئ فهمها ما لم يتعلمها ؛

4– اللغة هي نظام اتصال فريد ، يختلف عن أنظمة الاتصال السائدة لدى بعض الحيوانات أو الأصوات الموسيقية الأخرى ؛

5– اللغة قابلة للتغيير و التطور ، بل يشير البعض إلى أنها تتجه نحو التبسيط مع مرور الزمن.

(العتوم عدنان يوسف، المرجع السابق،ص. 261)

6- تتضمن أية لغة ثلاثة عوامل رئيسية هي :

أ – مجموعة المفردات وهي الارتباطات الاصطلاحية بين مجموعة الأصوات و المفاهيم ؛

ب- القواعد وهي المبادئ التي تظم العلاقات بين الأصوات اللغوية في بناء الكلمات و الجمل، و تعني بجوانب النحو و الصرف. وتتألف هذه القواعد من مجموعتين إحداهما لا تتطلب التعليم ، و هي القواعد التوليدية أو الضمنية و مثل هذه القواعد يتعلمها الطفل من خلال تفاعله مع البيئة التي يعيش فيها واستماعه للأصوات ، أما النوع الثاني من القواعد فهي القواعد الظاهرية أو التو صيفية ، التي تعني بالقواعد النحوية و الصرفية في بناء الجمل و العبارات و مثل هذه القواعد تتطلب التعلم من خلال المناهج المدرسية ؛

ج – الوسيط الصوتي هو بمثابة الفراغ أو الحيز الذي تنتقل من خلاله الرسائل الصوتية بين المتكلم و المستمع اللغة تنقسم إلى نوعين ، إستقبالية و تتطلب السمع ، و الفهم ، و تعبيرية تتطلب إنتاج اللغة المنطوقة و المكتوبة وفق قواعد تركيب اللغة و صياغتها ؛

د- تتضمن اللغة وسائل أخرى للتواصل مع الآخرين ، وهي غير الصوتية أو المنطوقة ، و تشمل الإشارات و الإيماءات و الصور و الحركات الجسدية و التعبيرية و الجمالية .

(الزغلول ، الزغلول ،المرجع السابق ،ص.224)

و أضاف أيضا " لومار Lemaire " مجموعة من الخصائص تتميز بها اللغة هي :

- **خاصية الإبداعية** : المقصود بها أنه يمكن لمجموعة من الكلمات الخاصة بلغة معينة و التي تدل على معاني معينة ، أن تستعمل لأداء معاني أكثر من معانيها الأصلية أو لإصدار أقوال تختلف أو تتعدى المعنى الحقيقي للكلمة .

- **خاصية العالمية:** المقصود بها أن كل فرد له خصائص فيزيولوجية و عصبية سليمة و عادية غير مضطربة كالإعاقات ، و نشأ في ظروف لغوية ملائمة يمكن له أن يستعمل اللغة .

- **خاصية التعقيد** : كل اللغات الممارسة في العالم تتضم ضمن مجموعة من القواعد ، و يبلغ التعقيد في أن اللغة طريقة خاصة ، في التدرج التعبيري عن الأشياء المتنوعة و في الوضعيات المختلفة حيث يمكن أن تصف اللغة أعقد الوضعيات و أكثرها تنوعا.

- **خاصية الإعتباطية:** إن الكلمات المنتمية إلى لغة ما ليس لها علاقة بالأشياء التي تدل عليها و هذا ما يسمى بالإعتباطية، فعند قول كرسي لا يوجد في الكلمة ما يدل عليه .

- **خاصية التوليد** : أغلب اللغات تحتوي على عشرات من الأصوات صوائت و صوامت و هي الأصوات الأساسية للغة ، و إنطلاقا من هذه الأصوات يمكن توليد عدد غير محدد من الكلمات ، و إنطلاقا من الكلمات يمكن توليد عدد غير محدود من الجمل.

- **خاصية الاشتراك** : للغات عناصر مشتركة تجتمع تحتها مجموعة من الصفات المشتركة عالميا ، فكل اللغات تتكون من الصوائت و صوامت ، مفرد و جمع ، أسماء و أفعال...إلخ. **(جورج كلاس،1999،ص.18)**

3- وظيفة اللغة :

إن ضرورة اللغة و أهميتها بالنسبة للإنسان ، تظهر من خلال الدور الذي تؤديه في حياته كفرد و كعضو في الجماعة . و قد تعددت الآراء حول الوظيفة التي تقوم بها اللغة بالنسبة للفرد أو المجتمع. فهناك من يرى أنها وسيلة للتعبير و التفاهم الإنساني التي يعبر بها عن نفسه و يندمج فيها بكل كيانه.

و ينظر علم النفس إلى اللغة باعتبارها سلوكا يمكن دراسته باستخدام الأساليب السيكولوجية المختلفة فيركز على الجانب الإدراكي في اللغة و كيفية اكتساب الطفل لها و العلاقة التي تربط المتحدث بالمستمع أثناء الاتصال ، و نتيجة تداخل مجالات دراسة اللغة بين علماء اللغة و علماء النفس حدث تقارب بينهما و تمخض هذا التقارب عن ظهور فرع من فروع المعرفة الإنسانية أطلق عليه علم النفس اللغوي (Psycholinguistique). **(محمد علي الخلوي ، 1982، ص.57)**

وتعتبر اللغة نتاج عمليات سيكولوجية خاصة بالفرد المرسل ، و المستقبل كدرجة الذكاء و مستوى الإدراك و السيطرة الوظيفية الحسية العصبية .

فعلماء النفس يتعاملون مع اللغة باعتبارها سلوكا يمكن إخضاعه للدراسة و التجريب ، رغم أنها ظاهرة معقدة سواء في تركيبها syntaxe (علم النحو) أو في دلالتها Sémantique (علم المعاني) و تبرز الصورة أكثر وضوحا من خلال دراسة علاقة التفكير باللغة باعتبار أن التفكير من الموضوعات الرئيسية التي يركز عليها علم النفس.

و يلخص كثير من الباحثين الوظائف التي تؤديها اللغة في وظائف ثلاث رئيسية يندرج منها وظائف فرعية ، وذلك على النحو التالي : الوظيفة التواصلية (fonction de communication) فاللغة أساس مهم للحياة الاجتماعية ، و ضرورة من أهم ضروراتها لأنها هامة لوجود التواصل في الحياة لتوطيد سبل التعايش فيها ، و يرى "جاكبسون Jakobson " (1979) في تحليله للنشاط التواصلي أو المحادثة بين شخصين أن الاتصال يتكون من ثلاثة عناصر رئيسية :

1- متحدث أو مرسل ؛

2 - مستمع أو مستقبل ؛

3- رسالة كلامية ترسل من فرد إلى آخر ، أو نظام إشاري أو لغة مشتركة ، أو لغة مشتركة يتكلمها المرسل و المستقبل ، وهذا النظام الإشاري له محتوى يرمز إليه و التواصل من خلال اللغة يحدث من خلال نشاطين رئيسيين هما :

- الكلام و الاستماع و هذان النشاطان لهما أهمية بالغة لدى علم النفس باعتبارهما مرتبطين بأنشطة عقلية هامة :

– عند الكلام يضع المتحدثون الأفكار في كلمات ، قد يتحدثون عن مدركاتهم أو مشاعرهم أو مقاصدهم التي يريدون نقلها إلى الآخرين ؛

– عند الإستماع يقومون بتحويل الكلمات إلى أفكار، و يحاولون إعادة صياغة أو تركيب المدركات و المشاعر و المقاصد ، بمعنى أن المستقبلين يستقبلون الإشارة الكلامية ، فيستعملونها مباشرة أو تخزن في مخزن الذاكرة . **(سمير محمد سلامة ، المرجع السابق ،ص. 23)**

كما قدم لنا " هاليداي Halliday " ثمانية وظائف للغة و هي كالآتي :

– أولا : الوظيفة النطقية و الوسيلة(النفعية):

فاللغة تسمح للأفراد منذ طفولتهم المبكرة أن يشبعوا حاجاتهم و يعبروا عن رغباتهم و ما يريدون الحصول عليه من البيئة المحيطة و هذه الوظيفة يطلق عليها وظيفة " أنا أريد" .

– ثانيا : الوظيفة التفاعلية :

تساعد الفرد على التفاعل مع الآخرين في محيطه الإجتماعي ، و تتعتبر بمثابة أداة للتخاطب بين الجماعات و هي تخدم وظيفة (أنا و أنت و نحن و هم) و تبز أهميتها في التفاعل و التواصل الإجتماعي بين الأفراد.

– ثالثا : الوظيفة التنظيمية :

تؤدي اللغة وظيفة الطلب و الأمر و التوجيه فمن خلال اللغة يستطيع الفرد أن يتحكم في سلوك الآخرين و يطلق عليها اسم (افعل و لا تفعل) أي وظيفة الفعل .

– رابعا : الوظيفة الشخصية :

يستخدم الفرد اللغة كوسيلة للتعبير عن آرائه و إتجاهاته و مشاعره نحو المواضيع و المواقف المتعددة فهي بمثابة أداة يثبت الفرد من خلالها هويته و ذاته و كيانه و ذلك من خلال اللغة الصحيحة .

– خامسا : الوظيفة التخيلية :

من خلال اللغة يمكن للفرد الترويح عن نفسه و التغلب على الصعوبات و المتاعب التي يواجهها في حياته اليومية وذلك باستخدام اللغة في أعمال أدبية و أشعار في قوالب لغوية تعكس إنفعالاته و تجاربه و أحاسيسه و كذلك باستخدامها لترجمة الخيال ممثلا ذلك في قصص خيالية .

– سادسا : الوظيفة الاستكشافية :

تستعمل اللغة كأداة للإستكشاف و التعلم ، فمن خلالها يمكن للفرد أن يكتشف العديد من المعارف و الخبرات و فهم البيئة من خلال التساؤل عن العديد من الظواهر التي يواجهها في حياته اليومية حيث يمكن أن نطلق عليها الوظيفة الإستفهامية بمعنى انه يسأل عن الجوانب التي لايعرفها في البيئة حتى يستكمل النقص في معلوماته عنها .

- سابعا : الوظيفة الإخبارية الإعلامية :

يستطيع الفرد من خلال اللغة أن ينقل العديد من المعارف و الخبرات و المعلومات إلى الإفراد الآخرين و من جيل إلى أخر في آي زمان و مكان من خلال و سائل الإعلام و الإتصال و الدعايات و الإعلانات...إلخ

- ثامنا : الوظيفة الرمزية :

هي الوظيفة التي تقتصر على التواصل و التخاطب، فاللغة من خلال الألفاظ تمثل رموزا إصطلاحية للدلالة على المفاهيم المادية و المجردة.

4- مظاهر اللغة :

تأخذ أي لغة مظاهرا متعددة ، فهي لا تقتصر على الرموز الصوتية المنطوقة فحسب ، بل تتعدى ذلك لتشمل وسائل أخرى غير منطوقة و مثل هذه الوسائل بحد ذاتها ربما تشكل أداة فعالة في التخاطب و التواصل معا الآخرين دون الحاجة إلى اللجوء إلى استخدام الكلام المنطوق.

✓ فيما يلي عرض لمظاهر متعددة للغة :

4-1- المظهر اللفظي : و يشتمل لغة الحديث المتمثل بالكلام المنطوق و المكتوب ، و من خلاله يتم التعبير عن الخبرات و المعارف و الحاجات و المشاعر ، و هو وسيلة من وسائل التفكير و التخيل و التذكر.

و بالرغم من أهمية لغة الكتابة و تفردها بميزتين هما :

إمكانية إنتقالها من مكان إلى آخر عبر مسافات طويلة و أنها ثابتة لا تتعرض للتغيير الذي يحدث على الكلام المنطوق أكثر أهمية لكونه أكثر إنتشارا في عمليات التواصل بين الأفراد ، حيث يمكن للعامي و غير العامي إنتاجه و إدراكه . فالكلام يقوم على أساس لاستخدام الرموز الصوتية الاصطلاحية المنطوقة التي يتم بموجبها تكوين كلمات أو جمل لنقل المشاعر و الأفكار و الرغبات من المتكلم إلى السامع , أما لغة الكتابة فهي إحدى أشكال التعبير اللغوي التي من خلالها يتم نقل الأفكار و الخبرات على نحو مرأى و ليس مسموعا . و هذا ما يشير إلى إمكانية التواصل من خلال الكلام على نحو أكبر بكثير من التواصل من خلال لغة الكتابة.

4-2- المظهر غير اللفظي : و يشتمل على وسائل التي نستخدمها في التواصل مع الآخرين دون إستخدام الرموز الصوتية المنطوقة أو المكتوبة ، و تشمل الإشارات و الإيماءات و الحركات الجسدية و التعبيرية و الجماليةو مثل هذه الوسائل ثقافية تختلف من مجتمع إلى آخر.

(محمد بن قطاف،2013،ص118-119)

5- أهمية اللغـــــة :

✓تكمن أهمية اللغة في النقاط التالية :

1- وسيلة إتصال و تفاعل ما بين البشر ؛

2- وسيلة لنقل الحضارات من جيل لآخر ؛

3- وسيلة لتطوير الفكر الإنساني و العلاقات الإنسانية ؛

4- وسيلة أساسية للتعليم و التعلم ؛

5- تتيح للفرد مكانة خاصة في مجتمعه ؛

6- تميز البشر عن غيرهم من الكائنات الحية ؛

7- تيسر للإنسان بواسطة نظامها الرمزي سيطرة لا حدود لها ؛

كما تحتل اللغة أهمية كبيرة بين أفراد الجنس البشري ، حيث تستخدم في مختلف مواقف حياتهم لأغراض التحدث مع الآخرين ، و التفكير و التعليم و الترفيه و التحية ، و جذب الانتباه ، و طلب المساعدة ، و التعبير عن المشاعر و الانفعالات في المواقف الاجتماعية و التأثير على الآخرين ، و تشكيل اتجاهاتهم و آرائهم ، كما تستخدم في تبادل الرسائل بين الأفراد و تبادل المعارف و المعلومات ، و الحصول على الأخبار و الوقوف على طبيعة حياة الإنسان بصورة عامة و تطورها قديما و حديثا و مستقبلا .

✓ كما تكمن أهمية اللغة لدى الأطفال بأنها تساعدهم :

1- على تكوين عالمهم بجميع أبعاده ؛

2- في التعرف على العادات و القيم السائدة في مجتمعه ؛

- و على هذا الأساس يمكن التأكيد بأن أهمية اللغة بشكل عام تكمن في النقطتين التاليتين :

- **الأولى:** الإتصال ما بين الناس في جميع أمور الحياة في مواقف متنوعة كالزمنية و الإجتماعية و الروحية و العاطفية و الإنفعالية

- **الثانية:** تعبير الفرد عن ذاته من مشاعر و أحاسيس.

(أحمد قاسم ، المرجع السابق،ص.30- 31)

6- مراحل النمو اللغوي :

هناك مراحل أساسية للنمو اللغوي للطفل ، و هذه المراحل يمر بها الأطفال جميعا ليصلوا إلى مرحلة الكلمات و تكوين الجمل و الحوار مع الآخرين ، و سوف نعرض هنا هذه المرحلة المختلفة بصورة مختصرة لمعرفة ما هي المرحلة التي توقف عندها الطفل التوحدي و ذلك من أجل مساعدته على تخطيها إلى المراحل الأخرى .

✓ و يقسم العلماء مراحل نمو اللغة عند الطفل إلى مرحلتين أساسيتين و هما:

6-1 - المرحلة قبل اللغوية :

6-1-1مرحلة الصراخ Crying stage :

و تبدأ بصرخة الميلاد و التي تأتي مباشرة بعد الميلاد و التي تحدث بسبب اندفاع الهواء بقوة عبر الفجوة إلى رئتي الطفل حيث يتم اهتزاز الأحبال الصوتية ، و بالتالي فهي خطوة هامة لحياة الطفل ، و يساعد صراخ الطفل في هذه المرحلة إلى إشباع رغباته (الأكل – الشرب – الإخراج) و للصراخ في هذه المرحلة أهمية كبرى لأنه يفيد في نمو اللغة لدى الطفل ، يعتبره العلماء أنه اللغة الغير متطورة.

6-1-2- مرحلة المناغاة Babbling stage :

و في هذه المرحلة يبدأ الطفل بإحداث ترديدات من تلقاء نفسه تكون شبه واضحة و تأخذ شكل لعب صوتي ، و تكون هذه الأصوات من اجل إسعاد الطفل لنفسه فيجد الطفل في ذلك لذة و متعة ، و في هذه المرحلة يكتشف الطفل فعالية الأصوات التي يصدرها و ذلك في إطار ردود الأفعال الصادرة من المحيطين وأولهم الأم ، و جميع الأطفال يمرون بمرحلة المناغاة بما فيهم الأطفال الصم ، البكم ، المتخلفين عقليا و غيرهم و قد تستمر هذه المرحلة من أشهر إلى سنة أحيانا ، و ما يلفظه الطفل في هذه المرحلة يعدل و يتغير و يتمايز و ذلك حسبما يتوافر للطفل من مدعمات من حوله .

6-1-3- مرحلة التقليد imitation :

و في هذه المرحلة يقلد الطفل صيحات و أصوات الآخرين التي يسمعها و ذلك بهدف إن يتصل بهم أو يصبح مثلهم أو يهدف إشباع حاجة ما ، و عملية التقليد توجد لدى جميع الناس ، واعتبر العلماء هذه العملية بمثابة واحدة من طرائق تعليم اللغة و عملية تقليد الطفل لألفاظ الآخرين يتوقف على عملية المعززات التي يتلقاها من المحيطين ، و يتعلم الطفل في هذه المرحلة الأشياء الصحيحة التي يجب تقليدها و الأشياء الخاطئة التي لا يجب تكرارها ، و ربط "جان بياجيه" بين التقليد و ذكاء الطفل و قال إن للذكاء أثر كبيرا في ظهور عملية التقليد بصورة صحيحة ، و يبدأ التقليد كما يقول "بياجيه" عند الطفل من سن سنة أو بداية

السنة الثانية فإن بنهاية السنة الأولى من عمر الطفل تتحول عملية التقليد إلى عملية تلقائية لا إرادية يصاحبها عنصر الفهم بعد إن كان عنصر الفهم غير واضح تماما. **(فيصل محمد خير الزراد، 1996،ص.42)**

6-1-4- مرحلة الإيماءات Gestuels:

يفهم الطفل الإشارات و الإيماءات قبل أن يفهم الكلمات كما انه يستخدم تلك الإيماءات بالفعل قبل إن يستخدم اللغة الحقيقية بفترة .

6-2-المرحلة اللغوية :

أجمع العلماء على أن هذه المرحلة تبدأ عن سن (15شهرا) عند الأطفال العاديين و (38شهرا) عند الأطفال المتخلفين عقليا ، و يؤكد بعض العلماء على أن المرحلة اللغوية تبدأ عند سن 7 إلى 9 أشهر حيث تتماشى عمليتي الفهم و التعبير مع بعضهم ، و يذكر "بياجبه" إن في نهاية المرحلة الحسية الحركية أي التي تنتهي قبل سن سنتين تظهر الوظيفة الرمزية لدى الطفل في لغته ، و تتميز لغة الطفل في هذه المرحلة كما يقول " بياجبه " :

- اللغة المتمركزة حول الذات ، و يتصف بتكرار و الحديث مع النفس
- اللغة الاجتماعية و التي تعتمد على التبادل الكلامي بين الطفل و شخص أخر مع محاولة إثبات الذات

و يقع أغلب الأطفال التوحديين كما أثبتت الدراسات في المرحلة الأولى إلى مرحلة اللعب (اللغة المتمركزة حول الذات). **(Cash j .R 1989, p. 19)**

و في مرحلة السنتين يبدأ الطفل بتركيب جملة بسيطة مكونة من كلمتين و تكون أكثر الكلمات حسية ثم تتدرج إلى الأسماء المجردة ، و يبدأ الطفل في أواخر السنة الثانية إستخدام الضمائر و خاصة الضمائر الشخصية (أنا ، أنت) و لكن أحرف الجر ، العطف تظهر متأخرة.

و تظهر بعض الكلمات مبكرا مثل كلمة (لا) و تعني بالنسبة له أداة تنبيه ، و تأتي بعدها تأتي بعدها كلمة (نعم) و تظهر متأخرة بعد كلمة (لا) و هي تكون إجابة عن سؤال و تتركز كلمة (نعم) على عامل الفهم و التمييز.

يبدأ الطفل عند عمر ثلاث سنوات استخدام الضمير الغائب (هو) (هي) و ذلك للإشارة إلى أشخاص بعينهم ، و أيضا في هذه المرحلة يستخدم الطفل ضمير المتكلم (أنا) و قد يحدث بعض الخلط بين (أنا) (أنت) عند بعض الأطفال و لكن بالتدريب المستمر يزول هذا الخلط

ولكن الطفل التوحدي يستمر في الخلط بين (أنا) (أنت) و هذا دليل على عدم الدراية بذاته و أيضا لفشله في فهم الضمائر ، فدائما يستخدمون أو يشيرون إلى الآخرين على أنهم (أنا) و الذات على أنه (هو).

7- نظريات نمو و إكتساب اللغة :

إن الإهتمام بموضوع إكتساب اللغة ليس جديد عند علماء النفس ، كما أن موضوع إكتساب اللغة عند الطفل شغل إهتمام الكثير من العلماء ، و تعد ظاهرة مشتركة بين علم النفس و علم اللغة و لذلك ظهر ما يسمى حديثا بعلم النفس اللغوي و الذي اعتبر أن إكتساب اللغة لدى الكفل يبدأ بإكتساب الأصوات اللغوية ، ثم تبدأ تلك الأصوات في التمايز لتصبح كلمات لها معنى . ثم يتم تركيب هذه الكلمات مع بعضها البعض لتكون جملا نحوية و تراكيب ذات معنى .و لقد إهتم علم النفس اللغوي كذلك بالنظريات التي حاولت تفسير عملية إكتساب اللغة لدى الطفل و العوامل المؤثرة و فيما يلي عرض لأهم النظريات التي حاولت تفسير عملية إكتساب اللغة عند الطفل.

7-1 النظرية الفطرية:

كان للغوي "تشومسكي Chomsky " أثر كبير في تطوير هذا النموذج ، حيث يرتكز على مبدأ أن اللغة موروثة ، و موجودة منذ ميلاد الطفل ، تتعلق بتركيب في المخ يجعلها قابلة للتعلم ، حيث يرتكز على مبدأ ،أن اللغة موروثة و موجودة منذ ميلاد الطفل ، تتعلق بتركيب في المخ يجعلها قابلة للتعلم ، حيث يولد مزودا بما سماه العمومية ، كذلك بكفاية لغوية تعرفه باللغة التي يتحدث بها ، فهي نظام فطري يعطي للفرد القدرة على اختراع القواعد وابتكارها و كلما تقدم نموه اللغوي زادت قدرته على الإنتاج و توليد الجمل السليمة الشبيهة بلغة الراشد. **(جون آن برور ، ترجمة :سهي أحمد 2005،ص.296-297)**

فتشومسكي أعطى دفعة جديدة للأبحاث اللغوية من وجهة نظر معرفية ، فحسبه أن الوسط الذي يعيش فيه الطفل يقتصر دوره على بعث إشارات تفعيل لآلة موضوعية مسبقا في دماغ الطفل لتؤدي وظائفها ، و يسمى هذه الآلية ب : (وسيلة اكتساب اللغة) حيث تمثل قابلية كامنة تمكن الأطفال من الاستفادة من كل المعلومات اللغوية التي يصادفونها ليحولوها بذلك إلى كفاءة لغوية مقبولة.

(روبرت واطسن ، هنري كلايد ، ترجمة داليا عزت 2004، ص.305)

و يؤكد" Chomsky "أن لكل طفل مجموعة من القواعد اللغوية التي تمكنه من تعميم عبارات و جمل جديدة يبتكرها هو ، و هو ما يجعل نظريته تسمى بالتحديدية. **(Doron .R, purot .f, 1991, p. 412)**

كما تسمى بالنظرية التوليدية التحولية ، و هي من النظريات التي تفسر ارتقاء اللغة من خلال عوامل جينية وراثية ، حيث نجدها أيضا تقارن بين الأعضاء العقلية les organes mentaux مقابل الأعضاء الجسدية les organes physique و هو بنموذجه التحولي ، هذا يعني بأن اللغة انطلاقا من كونها فطرية تحدث لها تحولات ، حيث يولد الطفل ببنى عميقة و يقتصر تعلمه على تعلم هذه التحولات، و ما يساعده في ذلك هو نظام (أداة الاكتساب اللغوي) L . A. D language acquisition Device ، الذي يزوده بطرائق التحليل و بمعلومات عن طبيعة التحولات ، و البناء اللغوي.

(Moreau.M & Riddle.M, 1981, p.11- 76)

مما يساعده على السيطرة على الرموز و الإشارات الصوتية و فهمها ، و إنتاج الأصوات ، و تعلم القواعد خلال عدد فرص قليل من فرص التفاعل مع المحيط و الخبرات ، فالاستعداد البيولوجي لا يؤدي إلى اكتساب لغوي على نحو آلي ، بل لابد من التعرض للخبرات اللغوية و التعامل معها ، لتسهيل إكتسابها و هذه النظرة الفطرية ، هي ما تفسر حسبه توحد تسلسل التطور اللغوي عند جميع الأفراد من مجتمعات مختلفة ، حيث تعتبر (أداة الاكتساب اللغوي) ظاهرة عامة لكل أفراد الجنس البشري ، فآليات ترتيب مفردات الجملة في بدايتها متماثلة لدى كل أطفال العالم ، فالطفل يلد بنظام لغوي جاهز و يتحول بمرور الوقت تحولات مهيأة مسبقا ، و هو بذلك لا يستطيع تعلم عناصر غير عالمية في لغته وهو الرأي الذي سانده فيه David Mc Nrill

(Rachel.M, 1974, P.22)

حيث نجد Chomsky هنا يدافع على القدرة الإبداعية في إستعمال اللغة ، و فهم و تكوين الجمل التي لم يسمعها الطفل من قبل ، كما دافع على تميز اللغة بعدد من الخصائص مثل الازدواجية (مستوى تركيبي – مستوى صوتي) التحول اللغوي (عبر الزمان و المكان ، الانتقال الغوي (من جيل إلى آخر) الإبداعية اللغوية (نظام مفتوح للإنتاج و التعبير) كما يفترض تألف كل جملة من بنائين ، احدهما سطحي يعكس ترتيب المفردات و خصائصها في الجملة ، و آخر عميق يعكس المعنى الكامن ، الذي يتطلب وظائف عقلية لاستنتاجه كالاستدلال و الذاكرة الدلالية .

كما ميز بين الكفاءة اللغوية ، و الأداء اللغوي ، حيث تتعلق الكفاءة –كما ذكرنا سابقا – بالنموذج اللغوي الموجود في عقل الطفل ، و المرتبطة بالمعرفة الأساسية عن اللغة و قواعدها ، أي ما يعكس الاستعداد الفطري لكيفية توليد الجمل و فهم اللغة ، أما الأداء فهو المظهر الفعلي السلوكي الدال على وجود هذه الكفاءة ، من خلال تسلسل و ترتيب أصوات و كلمات جمله و عباراته اللغوية ، و هو المؤثر الوحيد حسب" Chomsky"على الكفاءة لكنه في الواقع غير صادق دائما.

(الزغلول، الزغلول ،المرجع السابق،ص.249-252)

و من ساند هذه النظرية نجد من علماء نفس اللغة : " lennenberg لينبرج" (1997)، و" ايماس imas" كذلك "براون و بلوجي brown K . Bellugi " حيث يرى "لينرج" أن اللغة هي خاصية بشرية فطرية ، تقوم على النضج الجسدي وفق تسلسل منظم و سرعة ثابتة إلا أن هناك من العلماء من نقدوا هذه النظرية ، و أرو أنها لا تفسر عملية اكتساب اللغة على نحو شامل هؤلاء نجد: "برونر Bruner & Snow(1978) و غيرهما حيث يقترحون أن المظاهر الاجتماعية هي التي تحكم هذه العملية إلا أنهم لم يلغوا بذلك الجانب الفطري فيها ، و إنما افترضوا عدم كفايتها لتفسير هذا الاكتساب ، بما يؤكد حسبهم أن اللغة نتاج تفاعل مجموعة عوامل بيولوجية و إجتماعية و معرفية و عوامل الخبرة و التعزيز.

(الزغلول ، الزغلول ، المرجع السابق، ص.251)

7-2- نظرية سكينر السلوكية :

كما توجد نظريات أخرى أكثر تطرفا ، من أبرزها نظرية "سكينر Skinner " في الإشتراط الإجرائي، و التي مثلها مثل النظرية السلوكية ، تخضع اللغة لمبادئ الاستجابة و المثير ، كما تفترض أن اللغة متعلمة كأي سلوك آخر ، و هي ترتكز بذلك على دور البيئة و التعزيز و الثواب و العقاب و التفاعل .... وفقا لمبدأ التقريب المتتابع تدريجيا ، و يشمل كذلك كل ما يتعلق باللغة من عبارات و مفردات و قواعد نحوية ، كما ركز على دور المحاكاة و التقليد في ذلك التعلم ، حيث يرى أنه يمكن كذلك اكتساب اللغة عن طريق النمذجة و التقليد و المحاكاة ، حيث أن الحياة الاجتماعية تؤثر كثيرا على الطفل الصغير الذي يعتمد على المحيطين به ، و خاصة الوالدين للحصول على إشباعات لحاجاتهم الحيوية و النفسية ، و أثناء عملية الإشباع يكتسب الطفل ألوان السلوك المختلفة عن طريق المحاكاة .و أهم أنواع السلوك نجد اللغة ، و تشير معظم الدراسات معظم الدراسات إلى انعكاس لغة الأبوين و الإخوة المخالطين انعكاسا كبيرا على سلوك الأطفال اللغوي . فالطفل في هذا المنظور يكتسب اللغة بمحاكاة من يتعايش معهم و يصل إليه كلامهم و هذا يكون في الربع الأخير من السنة الأولى ، و هي تستمر حتى أوائل السنة الرابعة .و طبيعة المحاكاة لدى الطفل في هذه الحالة تقوم على استماعه لما حوله من أصوات ثم تحويلها إلى أصوات خاصة ، و إذا لم يتمكن من ذلك اظهر محاكاة و إلا فانه يختزنها و لا يخرج بها إلا إذا كان مطمئنا على إتقانه لها و لا تقتصر أهمية المحاكاة على نطق الأصوات اللغوية إنما تتجاوز ذلك إلى اكتساب السلوك الاجتماعي السوي.

✓ و قد ذهب العلماء إلى تحديد مظاهر المحاكاة و صورها فيما يلي :

1- التلقائية : و التي لا يقصد فيها الطفل أن يحاكي الآخرين ؛

2- الإرادية : التي يقصد فيها الطفل أن يحاكي غيره .

و يؤكد "ألبرت باندورا A .Bandoura "على دور التعلم من خلال الملاحة ، فحسبه لغة الأطفال ترتقي بصفة أساسية بتقليد المفردات و التراكيب اللغوية التي يستخدمها الآباء .

كذلك يعتمد على مبدأ المحاولة و الخطأ وفقا لمبدأ التغذية الراجعة و يحدد السياق و علاقات الكلمات فيما بينها نوع البناء. **(محمد سلامة شاش 2002، ص.122)**

إلا أن نظرية" سكينر" انتقدت بشدة من طرف عدة علماء و ذلك باعتبار أن التعزيز لا يفسر الجانب الإبداعي في اللغة ، و توليد جمل جديدة ، كما أنه لا يفسر الثبات المميز لتعاقب مراحل اكتساب اللغة عند أطفال جميع الثقافات ، حتى أولئك الذين لم يتلقوا تعزيزا كون أبائهم صما ، بكما . كما انتقدت ن طرف "تشو مسكي" و "مارك ريشال" ، فحسبهم نموذج "سكينر" ينفي دور الفرد في التعلم واعتبر اللغة مجرد تراكم للمتعلمات كما انه جعل منه آلة يقتصر دورها على الإختيار و الإحتفاظ بالسلوك و الإستجابة جراء مثير.

(Moreau.M & Ridelle.M, 1981, p. 17)

7- 3- نظرية بياجيه :

و التي تؤكد إكتساب اللغة يحدث نتيجة تفاعل الطفل مع البيئة في إطار القدرة على معالجة المعلومات معرفيا ، حيث يؤكد صاحبها أن الاتجاهين السلوكي و الفطري لم يوفقا في تفسير إكتسابها ، و الذي حسبه يقوم على عملية معرفية إبداعية للتراكيب اللغوية ضمن أساس معرفي للطفل ، هذه التراكيب البنائية تساعده على استعمال و التعامل مع الرموز و المفردات اللغوية الناشئة عن مفاهيم ناتجة عن تفاعل الطفل مع بيئته منذ المرحلة الحسية – الحركية ن فقبل أن يستطيع الطفل إجراء عملية المقارنة بين الأشياء ، يجب عليه تعلم مفاهيم مثل : الحجم ، الوزن ، التصنيف .... وفق بنائه المعرفي ، و الذي حدده "بياجيه" وفق المراحل المعرفية التي حددها للنمو المعرفي.

(يوسف عدنان العتوم، المرجع السابق،ص.270)

و حسب "بياجيه "، تطور اللغة ليس إلا تعبيرا عن هذا النمو ، فالطفل يبدأ في التعلم أولا ثم يأخذ بالمتكلم و اللغة تكتسب حقا عندما يستطيع أن يستعمل رموزا و دلالات ن و هو ما لا يتحقق قبل نهاية المرحلة الحسية الحركية ، حتى و إن كانت إرسالاته دلالات مليئة بالمدلولات فهي لا تنتج عن إستعمال الرمزية و كتب "بياجيه" في ملاحظاته أن الأطفال يقلدون و لا يفعلون إلا ما يريده الكبار ، فالطفل يتمثل و يلاءم إدراكاته الحسية (البصرية ، اللمسية ، السمعية ....) و المعطيات المدركة ، و الربط بينها و الذي لا يأتي إلا إلى عندما يكتسب الطفل مفهوم دوام الشيء وهنا نجد جذور اللغة ، و الطفل قادر على صنع صورة رمزية إنطلاقا من نشاطه الحركي ، كما نجده يعنى كثيرا بالتقليد l'imitation

و هو شكل راهن للملائمة ففيها يعالج الطفل المدركات خارجيا مثلما فعلته Lucienne بفتح فمها للتعبير عن فتح علبة الكبريت ، ثم ما يفتأ يستدخل بالتكرار و التعود ، و هنا لا تضطر Lucienne إلى فتح فمها للتعبير عن الفتح و الغلق بل ستستحضر ذلك ذهنيا بالوظيفة الرمزية ، ثم بعد ذلك يستطيع التكلم ، إلا أن كلامه هذا و كما قلنا سابقا يبقى متمركز حول الذات و بمعزل من الآخرين

و يقول "بياجيه" أنه بعد 7 سنوات يبدأ الطفل العمل في جماعات ، و تبدأ لغته الاجتماعية لتقل تدريجيا تمركزيته ، و هو يتعلم كل الجمل و الكلمات و القواعد قبل أن يستخدمها جيدا ، فالطفل قبل 7 سنوات متحدث جيد لكنه مستمع سيء و محادثاته تمركزية و عموما "بياجيه" يعتبر أن اللغة لا تنموا إلا بالاكتساب لا بالوراثة السلوك مثلما طرحه السلوكيون .

فأساس نظريته هو دخول عناصر جديدة على البيئة المعرفية للطفل مما يحدث لديه خلل في توازنه فتتدخل عملياته المعرفية (التمثل ، التنظيم الذاتي...) لإعادة التوازن أما بالاستيعاب أو الملائمة.

و بما أن اللغة –حسية– جزء من البناء المعرفي فهي تخضع لنفس المبدأ الهادف للتكيف و هو ما يفسر حسبه أن الكلمات و الجمل لا تظهر إلا بعد تحقيق نوع من التطور المعرفي و المفاهيمي الذي يتوقف على قدرة الطفل على التمثيل و التنظيم حيث يرتبط النمو اللغوي بسير النمو المعرفي و يتزامن معه وفق نفس المراحل المعرفية لهذا الأخير كالتالي :

1- المرحلة الحسية – الحركية اللغوية :

و تعتبر من المراحل الحرجة للنمو اللغوي و المخططات اللغوية ، و التي تظهر في هذه المرحلة على شكل ردود أفعال انعكاسية مرافقة للحركات و النشاطات الحسية – الحركية كالقبض و المص و التحرك التي تتطور تدريجيا ، إذ يكرر الأصوات المرتبطة بها ، حينما يحرك شفتيه و لسانه أثناء المناغاة ، و تظهر هذه الحركات بشكل كلي متكامل فحينما يصرخ تتحرك كل أطرافه لعدم مقدرته على الفصل بين نشاطاته و تخصيصها و هو بذلك يعتمد على تفاعلات حسية و حركية لعمليات التمثيل اللغوي كأساس لبناه المعرفية الرمزية ، و المخططات اللغوية المتقدمة ، و مما يسيطر عليه في هذه المرحلة التكرارات الترادادية (الأصداء) : Répétition écholaliques ، و التي تتعلق بالمناغاة و ترداد الأصوات للذة و بصورة عشوائية. **(Bronckart .j, 1977, p. 45)**

2- مرحلة ما قبل العمليات اللغوية :

و تمتد من 3 سنوات إلى 7 سنوات ، إذ يحتفظ بالخبرات الحسية التي طورها سابقا ، لكن يحدث لدية تطور كمي و نوعي على ذخيرته اللغوية ، و قدرات التسمية و التصنيف.

(يوسف قطامي، 2000 ، ص 358-359)

إلا أنها متمركزة حول ذاته و حاجاته ، و هو ما يجعلها متميزة بالحديث الذاتي : Le monologue فهو يتحدث لنفسه بصوت عال دونما اهتمام بتوجيه كلامه لأي أحد ، و يظهر كأنه يفكر بصوت عالي ، كما تزداد حصيلته المفرداتية و يلجأ إلى الاستفهام و التساؤل ، كما يستخدم أدوات الربط و الصفات إلا أنه يبقى عاجزا عن وصف ما يقوم به بشكل صحيح و صفا لغويا.

(الزغول الزغول ، المرجع السابق ، ص .254-255)

✓ و يقسم بياجيه هذه المرحلة إلى مرحلتين فرعيتين كما هو الأمر بالنسبة لمراحل النمو المعرفي هما :

– مرحلة ما قبل المفاهيم اللغوية : و التي تتميز بإدخال الخبرات على صورة رموز لغوية ، إلا أنه يبقى قاصرا على تكوين المفاهيم ذو التفرقة بينها لارتباط لغته بما هو محسوس فقط.

– مرحلة التخمين أو الحدس : تتطور فيها إمكانياته اللغوية ، إلى أنها تبقى خاضعة لتشويشات الإدراكات الحسية و الذاتية و التركيز على بعد واحد للأحداث ، فنراه في وصفه لعملية ما أو خبرة يركز على بعد واحد في التفسير و الوصف اللغوي و يصعب عليه فهم الطرائف و النكت المتناقضة للمنطق أو الخاضعة للتحريفات النطقية كالقلب و الإبدال. **(يوسف قطامي ، المرجع السابق، ص. 360)**

كما يكون إستخدامه للرمز اللغوي أكثر شمولا ، لقصوره اللفظي و يمنح بعض الألفاظ معاني غريبة و مبتكرة.

و يظهر في آخر هذه المرحلة الحديث الذاتي الجماعي أو ما يسمى المونولوج الجماعي les monologues collectifs ، حيث يظهر الأطفال و كأنما يتحدثون مع بعضهم لكن في الواقع كل طفل

يتحدث مع نفسه دون أن يهتم بحديث الأطفال الآخرين أو بآرائهم و إجاباتهم ، و نجد هنا إختلاف الموضوعات إلا أنه تعتبر هذه المرحلة بداية للتواصل الاجتماعي. **(Bronckart (j) 1977, p 46)**

3- مرحلة العمليات المادية اللغوية : و تمتد من 7-8 سنوات إلى غاية 11-12 سنة و هي ترتبط بالدخول إلى المدرسة حي تزداد حصيلته اللغوية كما و كيفا ، و تأخذ بذلك الطابع الاجتماعي ، و يدرك العلاقات الوظيفية للمفردات المستخدمة ، كما يظهر لديه ما يسميها "جاكوبسون" باللغة المرجعية référentielle و هي اللغة التواصلية الاجتماعية. **(Bronckart (j) 1977, p 47)**

و يستطيع الطفل خلالها وصف الخبرات لغويا كما يكون قادرا على التصنيف و الترتيب و فهم بعض النكت ، كما تخضع لغته لظروف الزمان و المكان و البناء للمجهول ، إلا أنه لا يستقل تماما عن معطيات الواقع الحسية في تفكيره و وقوعه أحيانا في عملية التزييف الحسي. **(يوسف قطامي ،المرجع السابق،ص. 362)**

4- مرحلة العمليات المجردة اللغوية : تتميز باستخدام الأفكار المجردة و فهم الكنايات و الإستعارات و المجاز دون تجريد حسي ، كما يزداد فهمه للغة البلاغية و التواصل بالمعلومات الرمزية و التعامل مع المجهول (س ، ص...) ، و نمو الوظيفة الدلالية لديه ، و تصبح لغته بذلك أقرب منها إلى لغة الراشد و يستخدمها كأداة للتفكير.

كما يمكنه وضع الفروض اللغوية و عمل إستدلالات و إستنتاجات منطقية لغوية ، و هو ما يتعلق بنمو التفكير الفرضي الاستنتاجي لديه . **(الزغلول ، الزغلول ، المرجع نفسه ، ص.356)**

7-4- نظرية فيكو تسكي Vygotsky :

لاحظ "فيكو تسكي Vygotsky"أن المعالجة الحسية الحركية التي تتم في الشهور الأولى من عمر الطفل كالقبض و المعالجة اليدوية هي معالجة تنعدم فيها اللغة ، و أن المناغاة و الأصوات الأولى إنما يقصد بها جذب الإنتباه و اللعب و هي غير خاضعة للمعالجة الحسية أو التفكير. و إنما تتمثل في ردود فعل إنعكاسية مستقلة. **(يوسف قطامي، المرجع السابق ،ص. 381-382)**

و قد بين فيكو تسكي مسار النمو اللغوي لكتابه "اللغة و الفكر" الذي ترجم من طرف "برونر Bruner .J.S" سنة (1962) و من أبرز ما قدمه فيكو تسكي من مفاهيم جديدة في تفسير النمو المعرفي و اللغوي نجد مفهوم : Z.P.D و مفهومي : INTER-PSYCHOLOGIQUE الصفة الداخل – نفسية ، INTRA-PSYCHOLOGIQUE أو الضمن – نفسية.

كذلك مفهوم الوساطة في سياقات التفاعل المحققة من طرف الراشد إلى طفله الصغير في الصفة الداخل – نفسية تتعلق برمز مشترك مع المتحدثين ، و الصفة الضمن – نفسية تتعلق باستعمال الطفل لهذا الرمز لنفسه (و ليس في حديث مشترك مع غيره).

بصفة عامة Z.P.D تعني المنطقة المقاربة للنمو (المجاورة للنمو) La zone proximal de développement و التي يعرفها بأنها : المسافة بين مستوى النمو الحالي الذي يحدد وفق ما يستطيع الطفل عمله (حله) وحده ، و مستوى النمو الكامل الذي يحدد وفق ما يستطيع الطفل عمله لأنه مدعوم براشد أو مساعد أو بأطفال أكبر سنا.

فالدور الرئيسي للراشد هو تفسير إنتاجات الطفل و تحويل دلالاته إلى دلالة إجتماعية ، و هو ما يعطيه معنى لإنتاجاته و يتعلق ذلك بالصفة الداخل – النفسية INTER–PSYCHOLOGIQUE لإكتساب اللغة في حين يتعلق إنتاجاته في الصفة الضمن – نفسية INTRA–PSYCHOLOGIQUE لكونه قادرا على عمل مرجعية له خاصة به انطلاقا من حقيقة Extra linguistique بمساعدة الدلالات اللغوية.

فالتعلم يتم ضمنيا و هو ليس مقصودا و لا مصرحا به من الراشد و لا مخططا له قبليا ، و إنما يخضع في ذلك لوضعية اتصال هدفها الأول التواصل و ليس التعلم. فالراشد لا يقدم دروسا في اللغة و منه فالتعلم ضمني في محتوى معقد و زمن طويل ، و يقوم على تبسيطات لإنتاجات الراشد كمساعدة له و الطفل أيضا لا يهدف إلى التعلم و إنما إلى تحقيق مجموعة نشاطات يومية أو تقاسم حالات عقلية. فمساعدة الراشد له ضرورية و تمر عبر تعلم لرمز الإتصال المشترك في جماعة إجتماعية ما عرقية أو وطنية.

و حسب " فيكو تسكي " الدال (اللغوي و غير اللغوي) هو "دائما في الأصل وسيلة تستخدم لهدف إجتماعي للتأثير على الآخرين و فقط فيما بعد وسيلة للتأثير على ذواتهم" ، و حسبه الأهمية هي للمدلول و ليس للدال فنحن نستطيع باعتباطية تغير الدوال و الإحتفاظ بالمعاني (المدلولات).

(Bernicot .j, et all 1998, p 12–14)

مما سبق نستنتج أن فيكو تسكي أعطى أهمية كبيرة لآليات الدعم و التوسط من طرف الراشد و هو بذلك إنما يعطي هذه الأهمية لدور البيئة الثقافية و الإجتماعية في هذا النمو اللغوي و هو ما يفسر تسمية نظريته: بالنظرية الإجتماعية الثقافية للنمو.

8 –العوامل المؤثرة في النمو اللغوي :

✓ هناك عدة عوامل مؤثرة في النمو اللغوي للطفل يمكن تقسيمها إلى مجموعتين من العوامل :

- العوامل الوراثية و الحيوية و العضوية ؛
- العوامل البيئية الخاصة بمجتمع و ثقافة الطفل .

8–1– العوامل الوراثية الحيوية و الوراثية :

تخضع هذه العوامل في جزئها الأكبر إلى عوامل حيوية عضوية ، و من هذه العوامل الذكاء حيث أنه من المعروف أن الاستعداد للذكاء موروث ، و لكن البيئة تلعب دورا كبيرا في إبرازه .

✓ و من أهم العوامل التي تؤثر في النمو اللغوي نجد :

8- 1-1- النضج و العمر الزمني :

لقد تطرق (Brooks 1973) إلى العوامل المؤثرة في النمو اللغوي و ركز على أهمية العلاقة بين المرحلة العمرية و النضج ، و خاصة نضج الجهاز الكلامي و النضج العقلي و ما يترتب على ذلك من اكتساب الخبرات في مواقف التعلم ، فاللغة تتطلب تحكما كبيرا في اللسان و الشفتين و عليه فإنه من الواجب أن لا نبدأ بتعليم اللغة للطفل إلا عندما تظهر عليه بوادر النضج ، و قد أثبتت كثيرة أن مستوى النمو اللغوي للطفل يختلف اختلافا كبيرا باختلاف مستوى عمره الزمني ، فطفل الثالثة يتوقع أن يأتي بمستوى من النمو اللغوي يزيد عن مستوى الطفل في عمر السنتين . **(سهير محمد سلامة ، المرجع السابق،ص. 96-97)**

8-1-2- الذكاء:

توجد علاقة إيجابية بين النمو اللغوي و الذكاء ، و تظهر في جوانب عديدة منها بدأ الكلام ، كما أن هناك علاقة واضحة بين الذكاء و القدرة اللغوية ، و الطفل ذوا القدرة العقلية الممتازة له ميراث يتصل بقدرته على الملاحظة و إدراك العلاقات ، و فهم المعنى و إدراك الفروق التي بين المعاني المختلفة ، و هذه كلها عوامل تساعد على النمو اللغوي. **(مصطفى فهمي ، 1974، ص.170)**

و يرى (ثريفرز) أن المهارة في إستخدام الكلمات تقع في لب الذكاء البشري ، فالذين يمتلكون أفضل القدرات اللغوية يبلغون أعلى الدرجات فيما يدعى بالسلوك الذكي.

و قد دلت الباحثة (Mead) أن الكلمة الأولى تبدأ في الظهور عند الطفل الموهوب في الشهر الحادي عشر ، و عند الطفل المتوسط الذي في عمر خمسة عشر شهرا ، و عند الطفل ضعيف الذكاء في عمر 38.5 شهرا . **(سهير محمد سلامة ، المرجع ذاته، 2006، ص. 98)**

8-1-3- الحالة الجسمية :

لقد تبين من خلال دراسات كثيرة أن للنمو اللغوي للطفل علاقة بالصحة و النشاط الجسدي ، فسلامة الطفل من الناحية الجسدية تجعله أكثر قدرة على اكتساب اللغة ، فالمرض الشديد خلال السنتين الأوليتين من حياة الطفل يعطل ملكة الكلام عند الطفل و القدرة على إستعمال الجمل ، و قد ينتج ذلك بسبب إبتعاد الطفل عن الآخرين و قلة اتصاله بهم ، و كذا دافعيته للكلام في هذه الحالة تكون قليلة لأن جميع حاجاته تتحقق له من خلال الرعاية الزائدة ، و يلاحظ أن الأطفال الأصحاء يتعلمون الكلام أسرع لأنهم يمتلكون أكفاء في جماعة اجتماعية و يتصلون ببقية الأعضاء .

8-1-4- حاسة السمع :

فمن البديعي أن تكون عند الطفل القدرة على السمع ليستطيع أن يتكلم ، فأي ضرر يصيب الجهاز السمعي ينعكس سلبا على إكتساب اللغة. **(دحام الكيال ، 1977، ص. 33)**

8-2-العوامل البيئية و الثقافية :

حجم الأسرة و تركيبها : يتفوق الطفل الوحيد في الأسرة في جميع أشكال النمو اللغوي لأن الآباء يعطونه وقتا أكبر لإثارته لتعلم اللغة أكثر مما لو كان لديه إخوة آخرون ، و كذا ترتيبه بين إخوته فعادة الطفل الأول يتفوق في نموه اللغوي على اللذين يلونه في ترتيب الولادة

المستوى التعليمي و الإجتماعي و الإقتصادي للأسرة : تؤكد الدراسات وجود إرتباط بين غزارة المحصول اللفظي و المستوى الثقافي و الإجتماعي و الإقتصادي للأسرة فأطفال البئات الإجتماعية و الإقتصادية العالية يتكلمون أفضل و أسرع و أدق من البيئات الدنيا لأنهم ينشئون في بيئة مجهزة بوسائل الترفيه و يكون أهلهم متعلمون يمكنهم التزود بعدد كبير من المفردات و تكوين عادات لغوية صحيحة و غالبا ما يشجعونهم بشكل أفضل لتعلم اللغة ، أما الأطفال الذين ينشؤون في بيئة فقيرة غالبا ما يجدون صعوبات كثيرة في السيطرة على المهام التربوية ، لذا يتأخرون عن أقرانهم منذ البداية و يزداد تأخرهم عن أقرانهم بمرور السنوات. **(سهير محمد سلامة ، المرجع السابق، ص. 103)**

8-2-1- وسائل الإعلام :

إن الإذاعة و التلفزيون و غيرها من الوسائل الإعلامية تنتج للطفل نماذج لفظية و لغوية أكثر و أفض.

(محمود عبد الحليم منسي ، 2001، ص. 148)

8-2-2- تعدد اللغات :

تؤثر اللغات التي يتعلمها الطفل خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة من نمو لغته ، فحينما يتكلم لغتين نتيجة إختلاف لغة البيت عن لغة الأصدقاء و أطفال الجيران ، أو عن لغة المدرسة أو حين يضطر إلى تعلم لغة أجنبية في الوقت الذي لا يزال يتعلم فيه اللغة الأم ، فإن ذلك يربك مهارته اللغوية و يؤخرها في كلتا اللغتين .

الإلتحاق بالروضة : تلعب خبرات الطفل و المؤثرات التي تتعرض لها دورا مهما في زيادة ثروته اللغوية و إشباع مدركاته ، كما أن الخبرات و الفرص التي تتهيأ للأطفال قبل دخول المدرسة الإبتدائية تساهم في تطوير لغتهم و زيادة مفرداتهم ، و رفع مستواهم الدراسي. **(سهير محمد سلامة، المرجع السابق ، ص. 103)**

9- اللغـة و الطفـــل :

لغة الطفل ذات أبعاد متشبعة لا يمكن الإلمام بها ، يرى" بياجيه piaget" أن الطفل يحقق عن طريق حديثه على الأخص خلال السنوات المبكرة من عمره رغبته في التحدث أولا ، و قبل كل شيء التعبير عن نفسه لنفسه ، للآخرين ، و يطلق على هذا الحديث مصطلح (اللغة مركزية الذات) بينما يطلق على اللغة الموجهة للمجتمع اللغة الاجتماعية ، و تبلغ نسبة اللغة (مركزية الذات) حوالي ثلث حديث الطفل حتى سن السادسة و تتناقص تدريجيا مع زيادة عمر الطفل و تطوره. **(ليلى كرم الدين ،1990،ص.65)**

و قد أخذ بعض الباحثين على " بياجيه piaget " أمرين أساسيين هما :

- إن هذه النتائج و إن كانت صحيحة إلا أنها ناقصة و في حاجة إلى تكملة و أن الحوار الذاتي ما هو في الحقيقة إلا تعبير عن رغبة الطفل في أن يقترب أكثر فأكثر من الغير؛

- أن عمر الطفل الذي ينتقل فيه من الذاتية إلى الاجتماعية يصعب تحديده بدقة .

(صالح الشماغ ،1992، ص.127)

و يذهب بعض الباحثين إلى القول أن الطفل حين يكتسب لغته يكتسب وسيلة تعبير إبداعية تتيح له التعبير عن أفكاره ، كما تسمح له أيضا بفهم تعابير فكرية متجددة ، لذلك لابد أن تتم عملية إكتساب اللغة في إطار سماع يتجدد في كل لحظة فعملية إكتساب اللغة عملية ذاتية يقوم بها الطفل انطلاقا من قدراته الذاتية و من خلال سماعه كلام أهله والأفراد المحيطين به .

إن النمو اللغوي عند الطفل يسبق النمو القرائي ، فالطفل يستطيع أن يصغي إلى اللغة التي يتكلم بها من يحيطون به ، و يكون فكرة عما يقصدون و ذلك تبعا للمواقف التي يستمع بها إلى كلمات معينة سواء قام أحد بتعليمه أو لم يقم ، فكما هو معروف تسبق مرحلة الفهم مرحلة الكلام عند الطفل ، و الكلام مهارة من مهارات اللغة الأساسية و يستعمل فيها الإنسان الكلمات للتعبير عن أفكاره ، فهو مزيج من التفكير و الإدراك و النشاط الحركي ، و الإستعداد للكلام فطري أما اللغة فهي مكتسبة.

و يرى "بولر" أن للغة عند الطفل نوعين فقط من الوظائف و هما :

1- الوظيفة التعبيرية : أي تلك التي يعبر بها الطفل عن حالة نفسية عنده عندما يتفوه بصوت ما أو يقوم بحركة معينة و هي تخص السنة الأولى من العمر ؛

2- وظيفة الإستدعاء : و هي التي يستدعي بها الطفل أو الكائن الحي عموما ، إتجاها لدى الغير ليحقق شيئا مناسبا.

و يضيف" بولر" أن هناك عناصر غير لغوية قد تقوم بهذه الوظيفة مثل الصور و الخرائط والمجسمات المختلفة و لكن اللغة تبقى هي أهم الوسائل و أكثرها إستخداما. **(حامد أحمد سعد،2001،ص.96)**

لغة الطفل إذن هي دعوة ثابتة إلى الغير و واسطة لتحقيق عملية تبادل مع الآخرين و من ثم فهي ذات طابع إجتماعي لا يهمل العوامل البيولوجية و النفسية و يذهب الباحثين إلى القول أن اللغة عند الطفل تساعده على :

1- التعرف على العادات و القيم السائدة في المجتمع ؛
2- التعرف على الأفكار و المشاعر و الاتجاهات السائدة حوله و على الأخص ما يتعلق بالوالدين ؛
3- تكوين عالم خاص بكافة أبعاده و جوانبه ؛
4- تحقيق الشعور بالأمان من حيث المفردات الخاصة بالحب و الأمن.

(ليلى كرم الدين ،المرجع السابق،ص.35)

و يرى " فيكو تسكي Vysotsk " من جهته في كتابه التفكير و اللغة ، أن الكلام في البداية لدى الطفل يكون إجتماعيا ، يليه الكلام المتمركز حول الذات و يأتي في المرتبة الثالثة الكلام الداخلي أو التفكير فهو يرى أن اللغة تسبق التفكير .

أما " بياجيه piaget" فيرى عكس ما يراه فيكو تسكي حيث يشير إلى أن الإرتقاء المعرفي يحدث أولا ثم يتبعه الإرتقاء اللغوي ، فالتفكير ينعكس على لغة الطفل أن تفكير الطفل هو الذي ينمو من خلال تفاعله مع البيئة من حوله ، أما إرتقاء اللغة فيتوقف على مدى تأثرها بهذا التفاعل ، و عليه فانه حسب بياجيه الكلام المتمركز حول الذات يظهر لدى الطفل أولا ، فهو يتحدث كما لو كان كل ما يراه ملكا له ، عند ذلك يبدوا غير قادر على فهم وجهة نظر الآخرين ، و يلاحظ أن الكلام المتمركز حول الذات يكون نصف منطوقات الطفل في سن ثلاث سنوات، لم ينخفض هذا الكلام بالتقدم في العمر فيصل إلى ربع ما يمتلكه الطفل في سن 7 سنوات عند ذلك يظهر الكلام الاجتماعي خاصة عندما يتعلق الطفل ببيئته الإجتماعية في المنزل أو المدرسة .

و من خلال الآراء المتعددة التي تناولت العلاقة بين اللغة و التفكير و كذلك اللغة عند الطفل يمكن إستنتاج مايلي :

- أن تعلم اللغة يساعد الطفل على التمييز بين الأشياء كما يساعد على تكوين معاني تلك الأشياء ؛
- معاني الأشياء عند الطفل تستند إلى الألفاظ سواء كانت رموزا أو كلمات ؛
- عملية التفكير تصدر عند الطفل نابعة من التجارب السابقة و الذكريات سواء على المستوى الشعوري أو اللاشعوري و هذا هو رأي نظرية التحليل النفسي.

(سيد أحمد البهاص ، 2007،ص.67)

10- خصائص لغة الطفل التوحدي:

- الطفل التوحدي لا ينتبه إلى الصوت الإنساني رغم أن لديه حاسة سمع طبيعية و قد يكون على دراية بالأصوات التي تثير اهتمامه ، فمثلا ينتبه لصوت ورقة بسكويت يتم فتحها ؛

- يكون الفهم عنده ضعيفا أو منعدما و يبدي هذا الطفل اهتماما قليلا في التواصل مع الآخرين إلا في حالة أنه يريد شيئا ما فيحاول أن يجد طريقة مبسطة لسد احتياجاته التي يريدها ؛

- توجد لديه محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل باستخدام العين أو الإيماءات أو عن طريق الإشارات و هذه المعلومات القليلة بفعلها الطفل التوحدي لتلبية حاجاته الخاص ؛

- لا يحاول جذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم أن الطفل العادي يحاول جذب الانتباه و الاهتمام قبل إتمامه عامه الأول ؛

- تنمو عند الطفل خاصية تسمى بالترديد المرضي حيث يردد الطفل الكلام كله أو الجرء منه وكذلك تنمو عنده خاصية الكلام الرتيب و هو نطق كلمات متعاقبة أو متتالية بدون تغيير طبقة الصوت؛

- يجد صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام فهم يستخدمون الضمير أنت بدلا من أنا مثلا :أنت تريد اللعبة بدلا من أنا أريد اللعبة و عنده مشكلة في حروف الجر مثل : في ، على و يستطيع فهمها من خلال التدريب في نطاق البيئة الضيق ؛

- يردد الكلام دون أن يفهمه و ربما يكون في بعض المواقف و يردد كلمات أو جملا قيلت أمامه فالآخرون يتخيلون أنه على فهم و دراية بما يقول و هو عكس ذلك ؛

- مهارات الاتصال الداخلي تبدو ضعيفة و هي تعني أن الطفل لا يستطيع المشاركة في الحوار؛

- يعاني هذا الطفل من شذوذ في طريقة الكلام شاملا ارتفاع الصوت و نغمته و الضغط على المقاطع و الإيقاع (مثل نبر الصوت تكون مثلا على وتيرة واحدة مثل الآلة)؛

- يفشل في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به ؛

- يستخدمون طرق أو أساليب (اللغة الوسيلية) و ليست (التعبيرية) ؛

- قد لا يتكلم البعض من الأطفال التو حديين ؛

- يفشل في استخدام الإشارات و حركات الرأس ، تعبيرات الوجه و يفشل في القيام بأي مجهود لتدعيم المتحدث ، و يبدوا غير قادر على (قراءة) الآخرين لرفض سلوكهم الاجتماعي المرفوض مثل : التحديق بالنظر ، أو الإشارة باليد أو التحذير بالضرب.

(Elisabeth & Dykems & Volkmor . 1991p 402)

11- مشكلات التواصل و اللغة لدى الطفل التوحدي :

يواجه العديد من التوحديين مشاكل و صعوبات في التواصل و يفتقدون القدرة على إستخدام اللغة بطريقة صحيحة ليتواصلوا بها مع من حولهم و أيضا لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تساعدهم على التواصل و التعامل مع الآخرين ، و هذا ما أكدته دراسة (Romberg 1996) أن هؤلاء الأطفال التوحديين يفتقرون اللغة بكل أشكالها و أيضا قواعد اللغة و هذا بدوره يؤثر على سلوكهم التواصلي تجاه المجتمع المحيط بهم.

و من أهم المشكلات التواصلية التي تظهر بوضوح لدى الطفل هي كما يلي :

11-1- ترديد الكلام :

إن ترديد الكلام أو الصدى الصوتي هو أحد العلامات المميزة للغة التوحدي إذ يعد صفة معوقة لتواصل الأفراد التوحديين ، و التي تظهر مع بدء الكلام عند الأطفال التوحديين مع الآخرين ، و تظهر أكثر عند الأطفال التوحديين ذوي الكفاءة و القدرات اللغوية المنخفضة ، و في المواقف التي يشعرون فيها بعدم الأمان و الإثارة و تعرض هؤلاء إلى تغيرات مفاجئة أو مواقف لا يحسبونها . **(محمد علي كامل ، 1997، ص.39)**

و يعمد الطفل التوحدي لهذه الطريقة لأنه لا يدرك ما قيل له و لإحساسه الزائد بالاستثارة و عدم الأمان في بعض المواقف ، كما يستعملها بعض التوحديين من ذوي الكفاءات العليا لتوضيح رغباتهم لمن حولهم أو للتعبير عن أنفسهم للآخرين ، و هذا ما أكده (Rydell , 1995) على أن الأطفال التوحديين الأكبر سنا و الأقل في الاضطرابات الادراكية يستخدمون هذه الطريقة لتوضيح متطلباتهم أو التعبير عن أنفسهم في وقت معين **(Rydell. P & prizant. B, 1995, P. 105- 132)**

11- 2- عكس الضمائر :

عادة ما يخلط الأطفال التوحديين بين الضمائر أنا ، أنت و يشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدلا من أن يستخدموا الضمير (أنا) ، واستنتج بعض العلماء مثل (Fay. 1980) أن هؤلاء الأطفال في الواقع لا يعكسون الضمائر و لكنهم ببساطة يرددون ما سمعوه. **(FAY & Wh,1980,p .21)**

11-3- مشكلة الانتباه :

يفشل الأطفال التوحديون في الإنتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون ، و لكن إذا حدث و إنتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة يكون من خلال التوجيه من الآخرين ، و الإنتباه عنصر أساسي في التواصل اللغوي و لهذا فشل الطفل في الانتباه إلى الأشياء المحيطة يجعله غير قادر على التواصل مع من حوله.

(Jardan. R & powell.s, 1995, p.18)

11-4- مشكلة الفهم :

إن الأطفال التوحديين يعانون لديهم تمييز سمعي ضعيف و أيضا لديهم مشاكل في الإدراك السمعي و بالتالي يكونون غير قادرين على إستخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة و اللغة غير المسموعة ، وهذا يؤثر على قدرة الأطفال التوحديين على الفهم و التعرف و بالتالي على التواصل اللغوي .

11-5- مشكلة التعبير :

إن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في الحديث التعبيري وقد يكون حديثهم عشوائي أو يظل بعضهم بكما طوال حياتهم والأطفال التوحديون يجدون صعوبة في بناء الجمل و ذلك إذا إمتلكوا بعض الكلمات البسيطة .

11-6- مشكلة التسمية (اللغة الرمزية):

تغيب اللغة الرمزية كليا أو تكون شاذة بدرجة عالية و يظهر ذلك في عدم مقدرة هؤلاء الأطفال على تسمية الأشياء أو اللعب بطريقة رمزية .

11- 7- مشكلة التقليد :

التقليد من أهم المهارات اللازمة للأتصال ، فالطفل التوحدي لا يستطيع تقليد الأفعال أو الأصوات التي حوله ، و التقليد كما أكد عليه "Hochman " أنه العملية الهامة التي لابد من وجودها لتأسيس نظام اتصالي غير شفهي سليم ، و أيضا أكدت دراسة "Mazet" على أن التقليد الحركي يعد من المراحل الأولى في التواصل أي لابد وجود مهارة التقليد ليبدأ الطفل بتقليد المحيطين به سواء أمه أو إخوته.

المشكلات السابقة ألا و هي (الإنتباه ، الفهم ، التعبير ، التقليد ، التسمية) هي أهم المهارات التي تشكل التواصل اللغوي و بالتالي فالطفل التوحدي يعاني من مشكلات في هذه المهارات المكونة للإتصال اللغوي.

11-8- النقص في القدرة على تبادل الحديث :

الأطفال التوحديون ينقصهم القدرة على تبادل الحديث بمعنى الفشل في الربط و التنسيق بين الحديث الصادر عن الآخرين و عنهم ، كما يعجزون عن الدخول في حديث مرتب و فهم ما يجهلون و متى يبدؤون في الحديث و متى يتوقفون عنه من أجل الإستماع للطرف الآخر ، و غالبا ما يؤدي أسلوبهم في الحوار إلى نقص إهتمام الآخر الموجود معهم و بالتالي يؤثر على إتصالهم بمن حولهم.

(محمد علي كامل ، نفس المرجع ، ص. 45-44)

12- طرق الإتصال عند الأطفال التوحديين :

12-1- إستخدام الإشارات :

12-1-1- الإدراك المسبق :

ونعني بالإدراك المسبق هو أن الطفل قادرا على فعل الشيء بمفرده و لكنه لا يريد أن يفعل الشيء بمفرده و يشير للآخرين ليفعله له ، و أباء الأطفال التوحديين يعرفون مشكلة أطفالهم حينما يشعرون بغياب (الإدراك المسبق) لدى أطفالهم فمثلا الطفل يكون قادرا على الوقوف بمفرده و لكنه يشير لآبائه لكي يرفعوه .

12-1-2- المشاورة و القيادة باليد pointing and hand leading :

إن اللغة الإشارية تعتبر شكلا من أشكال الاتصال ، فالأصبع يشير إلى شيء موجود في إتجاه الإشارة و القابلية للإشارة تعد العلامة الأولى على أن الطفل يعرف أن الشخص الذي أمامه يكون قادرا على إستنتاج ما يشير إليه ، و لكن الأطفال التوحديين ليست لديهم هذه المقدرة ، فهم يكتسبونها ببطء من البيئة المحيطة و ذلك بالمقارنة بالأطفال العاديين الذين تكون الإشارة عندهم تلقائية و تظهر في سن 8 إلى 10 شهور دون أن يعلمهم أحد أن يشيروا في إتجاه الأشياء التي يريدونها و لكنهم يفعلون ذلك تلقائيا.

و الأطفال التوحديون بدلا من أن يشيروا إلى الشيء فإنهم يأخذون بيد الشخص الذي أمامهم ليحضر لهم الشيء الذي يريدونه ، و هذا يدل على أنهم يأخذون من اليد وسيلة وظيفية للاتصال ، فمثلا يأخذ الطفل بيد البالغ لفتح الباب و هذا يعني أنه يريد الخروج للحديقة أو الخارج ، و لكن الأطفال العاديين نادرا ما يستعملون اليد كوسيلة اتصال لأن الإشارة أكثر سرعة لتلبية حاجة الطفل ، وتنمو طريقة القيادة باليد عند الطفل التوحدي بعد قدرته على المشي و قبل قدرته على الإشارة ، و أن غياب الإشارة و وجود القيادة باليد هي من أهم الأشياء التي تساعد المعالج في التشخيص و إكتشاف الطفل التوحدي و ذلك حينما يبلغ هذا الطفل سن سنتين أو سنتين و نصف و لا يعرف إستخدام الإشارة و إستخدام اليد كوسيلة إتصالية .

(siegl.B , 1996, p.43-45)

12- 2- التعبيرات بالوجه :

12-2-1- الإبتسامة :

عادة ما يتعرف الطفل العادي على وجه أمه و يبتسم بإشراقه و ذلك في الفترة مابين شهرين إلى ثلاثة أشهر و ذلك ليظهر لها تعرفه عليها و سعادته بها ، و لكن الطفل التوحدي لا يظهر هذه الإبتسامة حتى السنة الأولى أو الثانية و التي تكون بالنسبة للطفل العادي علامة مبهجة على إستمتاعه بالبيئة المحيطة به و لكن العكس صحيح بالنسبة للطفل التوحدي فالإبتسامة مع الآخرين تشكل عبئا عليه و يحاول تجنبها

و عدم الإستجابة لها ، و هذا ما أكدته دراسة " Dawson " على أن الأطفال التوحديين تكون إستجاباتهم لإبتسامات أمهاتهم أقل كثيرا في مقابل الأطفال العاديين. **(Dawson.G & lewy, 1989, p.49)**

12-2-2- الإتصال بالعين :

في نهاية السنة الثانية يظهر معظم الأطفال التوحديين بعض درجات الشذوذ في الإتصال بالعين و تكون نظرتهم متجمدة و ثابتة للآخرين الذين لا يعرفونهم و غالبا ما يكون الاتصال بالعين أفضل عندما يكون الأشخاص مألوفين بالنسبة لهم و ليسوا غرباء و لكن إتصالهم بالعين يكون قصيرا و يكون لهدف محدد و أيضا هؤلاء الأطفال قد يتصلون بالعين حينما يريدون ملاحظة البالغين المحيطين في النظر إلى ما يشاهدونه أو إلى ما فعلوه و هل يشجعونه على فعله أم لا و هل يهتمون أم لا ، و لهذا إعتبر

(Rutter.M ,1983) أن حملقة العين واحدة من أهم الصعوبات الشائعة لدى الأطفال التوحديين و أيضا أكد (Dawson,1984) أن مقدار الإتصال بالعين الذي يجربه الطفل التوحدي غالبا ما يكون مرتبطا بتعقيد أو تناول المهمة المتناولة. **(Dawson. G & Adams, 1984, p.209)**

12-2-3- مدى التعبيرات العاطفية :

يستخدم الأطفال العاديون في المراحل المبكرة من عمرهم نغمة الأصوات المختلفة للدلالة على المراحل المختلفة للعاطفة أي أن هذه التعبيرات التي يصدرها الطفل تشير إلى رد فعل الآخرين المحيطين ، و هذه الاستجابة تجعل الطفل يفهم بأن بهذه النغمة الصوتية استجاب له الآخرون بطريقة صحيحة و لكن هذا لا يحدث بالنسبة للطفل التوحدي أنه يميل إلى إظهار القليل من ردود الأفعال العاطفية أي يبدون منفصلين عن البيئة المحيطة بهم أي أنهم يظهرون حالة ثبات بدون أية عاطفة فمثلا : في بعض الحالات لا يظهرون أي استجابة خوف في المواقف الخطيرة التي قد يمرون بها . **(schere.B .L, 1994,p.335-358)**

تؤكد الدراسات أن هذه الفئة من الأطفال لديهم نقص في إدراك التعبيرات العاطفية و أيضا لديهم قطبين من التعبير العاطفي هما العاطفة الإيجابية السلبية و التي تظهر في الغضب و الإحباط و عدم السرور و هذه الأشياء غالبا ما تكون رد فعل للحركات الاجتماعية .

و أكدت الدراسات أيضا أن الأطفال التوحديين لا يشاركون البالغين الإبتسامة حتى إذا لعب معهم البالغون لفترة و أيضا تعبيرهم عن فرحتهم بالنجاح في عمل معين تبدوا أقل من غيرهم العاديين .

(Yirmya.N & Wigman.M & Mundy, 1989, p.725-735)

و أيضا أكد (Dawson 1990) أن الأطفال التوحديين ينقصهم الخبرة و التجربة في إقامة مشاركة عاطفية و هذا يسبب بطئهم في النمو و المشاكل التي تواجههم في إقامة العلاقات و هذا النقص يؤثر بالتالي في قدرته على التعبير حتى عن إحتياجاته. **(Dawson G 1990,& Hill D p 335-345)**

ثانياً : الفهم الشفهي

1- الفهم :

1-1- تعريف الفهم :

1-1-1- الفهم لغة : هو "حسن التصور المعنى" ، و جودة إستعداد ذهني للإستنباط ، و يقال فهمت فلان به . **(مجمع اللغة العربية، 1985،ص.23)**

1-1-2- الفهم من الناحية السيكولوجية : هو "معرفة العلاقات القائمة في موقف يواجه الفرد و إدراك هذا ككل مترابط". **(خيري المغازي، 1989،ص.67)**

1-1-3- الفهم من الناحية العلمية : هو " التكيف الناجح لموقف يواجه الفرد و هذا التكيف الناجح لا يأتي إلا بنتيجة لفهم العلاقات القائمة في المواقف ، و تمييز العناصر البعيدة عن الهدف " .

1-2- أنواع الفهم :

هناك نوعين من الفهم هما : الفهم الشفهي و الفهم الكتابي، و في البحث الذي نحن بصدد القيام به سنهتم بالفهم الشفهي .

2- تعريف الفهم الشفهي :

هناك عدة تعار يف للفهم الشفهي و من بين هذه التعاريف نذكر ما يلي :

-القاموس الأرطوفوني اللغوي (1997) يعرفه على أنه القدرة على تحقيق المعنى و دلالة الرسائل اللغويــة سواء كانت مكتوبة أو منطوقة ، و إن الفهم اللغوي يستدعي قدرات الفرد اللسانية (معرفة اللغة) و قدرات أخرى عديدة (الإدراك ، التمييز السمعي البصري ، الانتباه ، الذاكرة ، القدرات الذهنية.....).

-يعرف قيلفورد (GUILFORD.J,1977) الفهم الشفهي على أنه القدرة على إدراك معاني الكلمات أو الأفكار و هو أحد عوامل مصفوفة العوامل في النموذج النظري لبناء العقل.

-أما سيد خير الله و محمد زيدان (1989) فيعرفه على أنه عامل يتعلق بالقدرة على فهم الكلمات و يقاس هذا العامل بالكشف عن مستوى معرفة الفرد لمعاني الألفاظ المختلفة.

-و يرى (CHARK ET CLARK ,1977) أن الفهم الشفهي هو " الإدراك الصائب من المستمع لمعنى ما يقصده المتكلم " .

-أما "وفاء عبد الخالق " فعرفت الفهم على انه الإدراك الواعي لمعاني الألفاظ و العبارات حيث أن هناك نوعين من الإدراك : إدراك تلقائي لاشعوري ، و هو لا يزيد عن مجرد محاكاة و استرجاع غير إرادي لما يسمعه الطفل ، و إدراك واعي شعوري و هو ما يطلق عليه الفهم. **(وفاء عبد الخالق،1985،ص.122)**

- أما " بلازا PLAZA " فعرف الفهم الشفهي على أنه ذلك النشاط الذي يخفي حقيقة النشاطات الذهنية حيث أنه عندما يكون الأطفال في حالة الإنصات فهم في حالة نشاط ذهني دائم و ذلك لأن الفهم الشفهي يتطلب عمليات ذهنية عليا و معقدة. **(Plazza, 1999, P137)**

- و الفهم اللفظي هو مقدرة بعض الأفراد على فهم الألفاظ و التعبيرات اللغوية المختلفة، و معرفة ترادفات الكلمات و أضدادها فهي لذلك ترتبط ارتباطا وثيقا بالأسلوب اللغوي للفرد، و بفهمه الدقيق لتباين الألفاظ وإختلاف معانيها. **(WOLF,1946,p.50)**

- و حسب " كمال دسوقي " ففعل يفهم أي فهم ما يشير إليه رمزا أو ما تنطوي عليه مادة التفكير و الفهم تدخل فيه المعرفة الأكمل و الأكثر تركيب أو تعقيدا ، و هو إلتقاط ذكي لمعنى موقف أو تصرف يستخدم إختبار الفهم في مقياس بينه حيث يسأل المفحوص عما سيفعله أو ينبغي أن يفعله في موقف معين يشمل الفهم معرفة أكمل و أصرح بالعلاقات و المبادئ العامة مما يشمل العلم و الإحاطة.

(كمال دسوقي، 1988،ص.147)

- و لقد عرفته " نادية عبد السلام" (1983) الفهم اللفظي بأنه ما يتعلق بفهم الألفاظ و معاني الكلمات و العلاقات بينهما ، و يكون هذا العامل منذ بداية تعلم الطفل لمبادئ اللغة و رموزها حيث يرتبط كل رمز لغوي بمعنى معين لدى الطفل. **(السعيد عواشرية ،2005، ص.36)**

و عليه فالفهم هو تصور ذهني يهدف إلى إخراج المعنى المطلوب من السياق ، أو من المواقف و إدراكها بصفة كلية من خلال التعرف على العلاقات المكونة لها بطريقة تدريجية و منظمة و بالتالي التوصل إلى تفسيرات صحيحة ، و لا يتوقف الأمر إلى هذا الحد بل يتعداه إلى توظيف هذه التفسيرات في بعض الأنشطة حاضرا آو مستقبلا،كما يتأثر الفهم بشكل عام بإختلاف القدرات الفردية أو الخبرات الشخصية.

(سعيد عواشرية ،المرجع ذاته، ص.40)

و يتضح من تعريفات الفهم الشفهي أنه العملية الأكثر عمومية و التي تنطوي على الإدراك ، و ليس العكس ، و منه فالفهم هو العملية النهائية التي تبدأ بالإدراك و تنتهي بالفهم و الإستيعاب و يتكون من ثلاث جوانب هي الإدراك ، و فهم الدلالة التي يعني بفهم المعنى في اللغة.

(جمعة سيد يوسف 1997،ص.83)

3- أنواع الفهم الشفهي :

3-1 الفهم التركيبي : إن عملية التركيب هو علم دراسة نظام الكلمات و بنية الجمل و الألفاظ التي تتخذها العبارة في اللغة و دراسة العلاقات الموجودة بين الوحدات اللسانية ، و يبحث في أنواع الجمل أما الفهم التركيبي فهو فهم النظام الخاص بالكلمات داخل الجملة لتحقيق الفهم للجمة ، مثلا الجملة "رأيت بائع التفاح" تختلف في معناها عن "رأيت تفاح البائع"، لذا يستوجب معرفة تركيبات الجمل من فعل و فاعل و مفعول به ،فالطفل يعتمد على ترتيب الكلمات و العلامات الصرفية في فهم العلاقات الموجودة بين عناصر الجمل. **(مرسي،1984،ص.563)**

3-2 الفهم الدلالي : يهتم علم الدلالة بدراسة المعاني و الدلالات المترابطة بالمفردات و الجمل و التعابير اللغوية ، فهو يسعى إلى تحديد و فهم العملية العقلية التي يستخدمها المستمع في تمييز الأصوات المسموعة و عمليات ترميزها و تفسيرها كأن يهتم بدراسة الشروط الواجب توفرها في الرمز اللغوي لكي يكون قادرا على إعطاء معنى معين ، أما عملية فهم المعنى أو تحقيق ما يسمى بالفهم الدلالي فيتطلب معالجة مهمة لمعاني المفردات و الجمل المتضمنة في النصوص اللغوية و معانيها المرتبطة بها و يشتمل هذا المعجم العقلي على الشفرة الصوتية للكلمات و بنائها المورفيمي و الفئة التركيبية و المعاني بحيث يتم إحراز المعاني المعجمية من خلال عمليات التمثيل الصوتي للمفردات.

(الزغلول ،الزغلول ،المرجع السابق، ص .232)

إذاً الفهم يكون على المستوى التركيبي و على المستوى الدلالي بهما يستطيع الفرد التوصل إلى الفهم الجيد للجملة.

4 -الجانب التشريحي لوظيفة الفهم:

إن الدراسات الحديثة تبين بوضوح الفرق الموجود بين نصف الكرة المخية اليمنى و بين نصف الكرة المخية اليسرى ، فقد كشفت أن نصف الكرة المخية اليسرى هي المسؤولية عن وظيفة الفهم و إنتاج اللغة فهي تهتم بمعالجة و تحليل المعلومات، و بالإضافة إلى هذه الوظائف فهي تتناول الإيقاع و التنظيم الزماني و باحة فرنيكي المتواجدة في الفص الصدغي هي المسؤولة عن عملية الفهم. **(Hommet , 2005,p.11)**

إن مركز الكلمات المسموعة يقع بالقرب من منطقة السمع أما مركز الكلام فيقع بالقرب من منطقة الحركة و بين هاتين المنطقتين يوجد أعصاب موصولة تربطهما ، و لأن اللغة المنطوقة تتطلب عادة استخدام المنطقتين و تعاونهما ، فإذا أصيب مركز الكلام المسموع بتلف فان الإنسان لاستطيع فهم معنى الكلمات المسموعة و لو أنه يسمع الأصوات جميعا ، و إذا ما أصابه تلف في مركز التكلم فلا يتمكن المريض الكلام و لو أنه يفهم معنى ما يسمع. **(العواملة حابس،2004،ص .105- 213)**

5- مستويات الفهم الشفهي:

5-1- مستوى معاني الكلمات:

أثبتت عدة دراسات في علم النفس المعرفي وجود ارتباط بين سعة القاموس اللغوي للفرد ، و مستوى الفهم الشفهي ، و لكي يتم الفهم الشفهي للكلمات بمهارة هناك مجموعة مكن المبادئ التي لابد من أخذها بعين الإعتبار ، و العنصر الذي لابد أن نذكره هو أنه ليس للكلمة الواحدة معنى واحد ، بل إن معظم الكلمات لها أكثر من معنى ، فمعنى الكلمة يحدد من خلال السياق المستعمل فيه كما يرتبط المعنى بالخبرات السابقة للمتعلم , ففي ما يخص الطفل فان لديه قدرا كبيرا من المعاني و لا بد أن يرجع للسياق لكي يفهم المعنى.

- إن المعنى المحدد للكلمة إنما هو وليد السياق المستعمل فيه الكلمة و ليس المقصود بالسياق مجرد السياق اللفظي من الكلمات و الجمل و الفقرات فقط بل كذلك السياق الثقافي العام لكل من الكاتب و القارئ معا.

- إن لدى الطفل قدرا كبيرا من المعاني و لا مناص أمامه من إستخدام السياق ، حتى ينتقي المعنى المناسب للكلمة في سياق إستخدامها ، و قد يستخدم المترادفات أو المقابلات ، أو مدى تشابه الكلمة و إختلافها مع غيرها ، و قد يستخدم الصور و الأشكال و التحليل الصوتي أو الصرفي أو التركيبي للكلمة حتى يحدد المعنى المقصود منها.

5-2- مستوى معاني الجمل:

تحمل الجملة معاني الكلمات التي تكونها ، حيث يتم فهم المعنى التام للجملة إنطلاقا من ترتيب الكلمات و السمات النحوية للكلمات في الجملة و صيغ الزمن النحوي و في أفعال الجملة و الضمائر و الروابط.

و تعد الجملة الوحدة الأساسية للتواصل فضلا عما تحمله من معاني للكلمات الداخلة في تركيبها و لا شك إن القراءة ذات المعنى تساهم في تطوير الفهم عامة و الفهم الشفهي خاصة و تفسير للغة و أنماطها المكتوبة ، وإذا لم يترجم القارئ كل تلك المكونات في عقله ، فلن يتمكن من تكوين المعنى التام للجملة ، و لا تأتي مواد القراءة دوما في صورة منفردة أو جمل منفصلة ، فضلا عن أن معنى الجملة الواحدة ليس مجرد مجموع معان الكلمات الواردة في تكوين الجملة ذاتها ، بل أن هناك علاقات متبادلة بين الكلام بعضه يبعضه في تركيب الجملة ، و ما لم يتمكن القارئ من تلك العلاقات فلن يتسنى له فهم المعنى التام للجملة. (Herber. h,1970P.283)

و أكثر الأمور أهمية في تعليم الطفل البحث عن معنى الجملة أن يتعود الطفل أن الجملة دوما لها تركيب و وظيفته لابد من الإخبار بشيء من الإخبار أو الإخبار عن شيء ، و هذه الأمور يمكن لأسئلة الإكمال إن تؤديها و أن يعتاد عليها الطفل.

و الجملة ليست كيانا منفصلا و لكنها جزء من قفرة تزودها بالمعنى التام ، من خلال الفقرة ذاتها و عن طريق السياق العام الذي تدور فيه الفقرة و الجملة ، و هناك بعض الجمل تعد بمثابة مقدمات لبقية الجمل التي تليها ، و هناك جمل انتقالية ليست مقصودة كلية و لكنها مجرد وسيط يتوصل من خلاله إلى المعنى التام و هناك جمل شاملة تلخص كل الأفكار السابقة عليه ، و هكذا ينبغي أن يتعود التلميذ التمييز بين تلك الأصناف الثلاثة من الجمل داخل الفقرة الواحدة :

- الجمل الافتتاحية ؛
- الجمل الانتقالية ؛
- الجمل الملخصة.

5-3- مستوى معنى الفقرة:

تتابع سلسلة من الجمل متضمنة فكرة واحدة تكون فقرة حيث تكون الجملة المنظمة مرتبطة ببعضها. **(ميرود محمد، 2008، ص.143-144)**

و تعرف الفقرة أساسا على أنها سلسلة متتابعة من الجمل التي تتناول و تتضمن فكرة واحدة رئيسية و تصاغ الجمل في الفقرة بطريقة منظمة ترتبط الواحدة منها بغيرها في تتابع منطقي و مقبول .

و هذا معناه أنه يمكن تعليم التلاميذ تحديد الجملة التي تنتمي غالى الفقرة ، أو التي لا تنتمي إليها في ضوء الفكرة الواحدة التي تعبر عنها الفقرة نفسها و قد يكلفون بتحديد أنواع الجمل في الفقرة نفسها ، و تحديد أهم الجمل التي تلخص الفكرة التي تتناولها الفقرة ، و تحديد الأسلوب الذي استخدمه الكاتب في ترتيب أجزاء الفكرة في ضوء ترتيب الجمل نفسها ، كما يطالبون بتحديد التتابع الزمني لإحداث الجمل في الفقرة نفسها.

6- مستويات نمو قدرة الفهم الشفهي لدى الطفل :

من خلال سلوك الطفل و استجاباته لمواقف متعددة تمكن بعض الأخصائيين من وضع بنود يستدل بها على نمو هذه القدرة ، و قسمت إلى أربع مستويات هي :

المستوى الأول : يستجيب الطفل عن طريق ردود أفعال ؛

المستوى الثاني : يظهر الطفل إهتمام بمحيطه ؛

المستوى الثالث : ينتج الطفل أصوانا و حركات ؛

المستوى الرابع : يستعمل الطفل كلمات و جمل.

و الجدول التالي يوضح هذه المستويات :

المستويات	البنود
المستوى 1	– يستجيب الطفل بصفة مختلفة لأصوات متنوعة يسمعها
المستوى 2	– يتعرف على بعض الكلمات مثل : "بابا" ، "لا" ، "إلى اللقاء" ، "نم" ، و اسمه. – يبدأ بإدراك بعض النشاطات الروتينية فيشعر بالإثارة عند رؤية الطعام أو الماء أو الحمام.
المستوى 3	– يستجيب جيدا للتعليمات البسيطة مثل : يقبل ، يقول إلى اللقاء ، يعطي لأمه. – يعين بعض الأطراف في الجسم. – يتعرف على أشياء مألوفة عندما تسمى له. – يستجيب لثلاث تعليمات بسيطة.
المستوى 4	–يفهم 50 كلمة. – يفهم الأسئلة البسيطة. – يستجيب لنشاط لتعليمات صارمة (قف ، اجلس ، توقف). – يعين أطراف في الجسد و اللباس في الصورة. – يستجيب لتعليمات مزدوجة (أجلب الكرة و أرميها لأبيك). – يفهم مئات الكلمات. – من بين مجموعة كبيرة من الأشياء يمكن له أن يعين الأشياء التي نسميها له. – يمكن أن يعين صورة لشيء مألوف توصف له وظيفته. – يجيب على التساؤلات التي تبدأ بـ "أين". – يفهم بعض الظروف مثل "فوق" ، "تحت" ، "أمام".

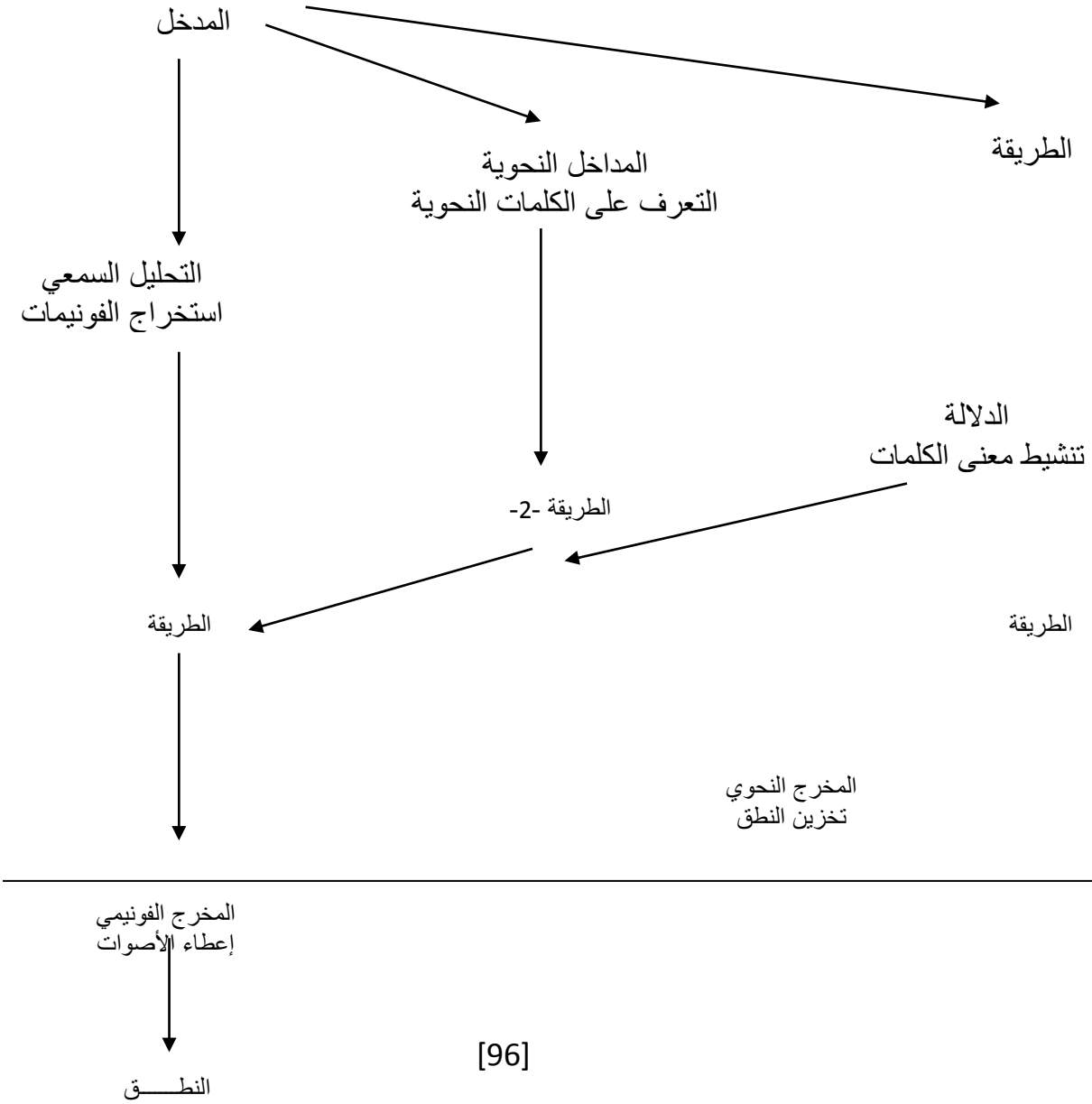
الجدول رقم (01) يوضح مستويات نمو قدرة الفهم الشفهي عند الطفل.

و تشير بعض الدراسات إلى أن فهم الجمل يمكن أن يعتمد على السياق الذي تستخدم فيه أكثر من إعتماده على بنائها ، و هذا يعني أننا لا نستطيع الحديث عن تعقيد معالجة الجمل من نمط نحوي معين على إطلاقه ، فالجمل المبنية للمجهول ليست صعبة الفهم دائما من الجمل المبنية للمعلوم ن و أن الجمل المنفية ليست دائما أصعب في الفهم من الجمل المثبتة ، و يبدو أن الناس يفضلون وصف أنواع معينة من المواقف باستخدام أنواع معينة من الجمل و من ناحية أخرى تتأثر التحويلات للجمل الأساسية بالاستراتيجيات التي يتبناها المستمع و كيفية تعامله مع الجملة ، و مدى ملائمتها للموقف الذي نشير إليه أو الحديث الذي تصفه ، و في المقابل فإن قواعد النحو التفسيرية المعجمية تؤكد أن فهم الجمل لا يتحقق من خلال التحويلات ، و أنه بواسطة فحص الوحدات المعجمية التي تخزن فيها المعلومات بالفعل.

(سيد جمعة ،1997،ص.91)

و يقدم (سلوين) عرضا ثريا لكيفية فهم الجمل ، و دراسة النحو من خلال عدد كبير من التجارب المعلمية المحكمة التي أشرنا إلى بعض نتائجها و لا نجد المقام يسمح بعرض البقية.

الشكل رقم (3) يمثل نموذج Ellis et Young للتعرف على الكلمات



7- إستراتيجيات الفهم الشفهي:

تنقسم إستراتيجيات الفهم الشفهي إلى نوعين :

7-1-الفهم الفوري: تسمح هذه المرحلة من الفهم الفوري بالتعرف على المستوى المعجمي اللساني للطفل، و لتقدير مستوى الفهم الفوري للطفل يجب تقييمه على ثلاثة استراتيجيات ،وفق المخطط المقترح من طرف الباحث "عبد الحميد خمسي (1989)".

7-1-1-الإستراتيجية المعجمية (lexicales) : تسمح هذه الإستراتيجية بفهم الحادثة إنطلاقا من التعرف على الكلمة ، و بوضعها على علاقة مع سياق الكلام حتى يتمكن الطفل من فهم معنى النص و التمكن من الإجابة ، و يكتسب الطفل هذه الإستراتيجية في نفس المرحلة التي تكتسب فيها المرحلة الحسية الحركية ، أي يكتسب الطفل هذه الإستراتيجية عندما يبلغ من العمر ما بين أربع سنوات و نصف .

7-1-2- الإستراتيجية الصرفية النحوية (morpho .syntaxiques):

تهتم هذه الإستراتيجية بمعالجة الوحدات اللسانية المعقدة (الجملة) من الناحبة الصرفية النحوية ، فعلى الطفل إن يكون واعي بكل التحويلات التي لابد من القيام بها .

لفهم الحادثة على الطفل أن يكون قادرا على وضع العلاقة بين الاسم و الفعل ، و هو أدني مستوى في هذه الإستراتيجية .كما عليه أن يتقن استعمال متغيرات صرفية . نحوية أخرى فيما بينها تسمح له بفهم الحادثة .تعبر هذه المسالة على الدرجة القصوى من الأهمية في قيام التلاميذ بكيفية تركيب أو بناء الاستدلال و كذا التفكير في ماهية إجاباته عن السؤال المطروح أو الموجه إليهم . يمكن للطفل البالغ من العمر ما بين خمس سنوات و ست سنوات من إتقان هذه الإستراتيجية .

7-1-3- الإستراتيجية القصصية (narative):

تتطلب هذه الإستراتيجية من اجل فهم الحادثات للقدرة على المعالجة المتتابعة للبنية الزمنية و السببية المطبقة في هذه الإستراتيجية ،و التي تكون خاصة ببعض النصوص مثل القصص القصيرة ، لهذا تم تحديد الحادثة على أنها وحدة لسانية مركبة

فحسب الباحث " **bacri..cohen** " (1978) يمكن تطبيق هذه الإستراتيجية على مختلف النصوص و القصص التقليدية ، كما يمكن تطبيقها على الحادثات الأكثر تعقيدا من الناحية الصرفية المعرفية و يمكن للطفل البالغ من العمر سبع سنوات أن يتقن هذه الإستراتيجية بطريقة جيدة .

7-2- الفهم الكلي (compréhension global) :

وضعت هذه المرحلة بهدف التعرف على سلوكات الطفل انطلاقا من استراتيجيات تم وضعها من طرف الباحث "عبد الحميد خمسي " وهي على علاقة بالفهم الفوري و التي من خلالها يمكن و صف و تقييم القدرة على إستعمال إستراتيجيات الفهم الشفهي و قد قسمت هي الأخرى إلى ثلاثة إستراتيجيات و هي كالأتي :

7-2-1- سلوك المواظبة (comportement de persévération):

نجد هذا السلوك عند الأطفال الأصغر سنا ، و التي توافق عدم القدرة على التركيز في سياق الكلام بالنسبة للعرض الأول للحادثة ، هذا يدل على عدم التأكد من الإجابة الصحيحة ، و بالتالي عجز على المستوى اللساني المعرفي ، وهي إستراتيجية تهدف من خلالها إلى معرفة ما إذا كان قد توصل إلى الفهم محتوى الحادثة .

7-2-2- سلوك تغيير التعيين:

يمكن للطفل أن يكتسب هذا النوع من السلوك إنطلاقا من تحليل ثاني للحادثة أو لسياق الكلام ، كما يمكن أن يكتسبه من اجتماعي انطلاقا من الراشد ، هذا يسمح بتدخل استراتيجيه أخرى إلا و هي الإستراتيجية المعرفية الاجتماعية التي تتدخل في إنتاج (para verbale) و إشارات الراشد و معالجة السلوك الذي يطلب من الطفل تغيير التعيين في حالة الإجابة الخاطئة .

إذن هذا النوع من السلوك لا يتطلب معرفة جديدة ، بل يحتاج إلى معارف إجتماعية

7-2-3- سلوك التصحيح الذاتي (comportement d'auto correction):

يتطلب هذا النوع من السلوكيات إكتساب السلوك الإجتماعي الذي يضبط هذا الأخير ، و يسمح هذا السلوك للطفل من المرور من الإستراتيجية المعجمية إلى الإستراتيجية الصرفية النحوية و بالتالي إلى الإستراتيجية القصصية . إن اضطراب هذا المسلك يؤدي إلى بالضرورة إلى اضطراب الفهم الفوري للحادثات

إن نجاح الطفل في استراتجيات الفهم الفوري يؤدي إلى اتخاذ السلوك أمام أي شكل يواجهه ، و بالتالي تطوير المستوى اللساني المعرفي لديه . هذا ما يمكنه من الانتقال إلى استراتجيات أعقد من المذكور أعلاه .

و المراقبة الذاتية تتطلب الأداء الإيجابي في عملية التعلم و ليس الأداء السلبي ، في حين يظهر على التلاميذ عدم الوعي بالنقائص ، و بهذه الطريقة يتعلم التلاميذ كيف يفحصون المادة العلمية قبل إن يجيبوا على أي سؤال ، و الهدف من المراقبة الذاتية هو تقليل الإجابة الاندفاعية غير المتقنة و التأني في الإستجابة حتى نصل إلى الاستجابة السليمة عن طريق البحث المنظم ،حيث لا يعرف التلاميذ كيف يتفاعلون مع النص بفاعلية ليحصلوا على المعلومات الجديدة مع ما لديهم من معلومات سابقة.

✓ و بما أن الدراسة تخص الطفل ، يمكن أن نقسم الفهم على النحو التالي:

فهم و إدراك الحروف المنعزلة ، الفهم الفونولوجي (الصرفي . النحوي) ، فهم و إدراك المقاطع المعزولة فهم السياقات الدلالية و المورفيمية و فهم و تمييز الفونيمات المعزولة ، القدرة على تقطيع السلسلة الكلامية التعرف على الوحدات الكلامية ، فهم الصياغة و التوظيف و فهم الكلمات ، بناء العلاقات بين المعاني و الكلمات ، التمييز بين العناصر المقطعة على مستوى النغمة و الكلام كالضحك ، التساؤل.

(زيري نبيل ،2008،ص. 41)

8- درجات الفهم الشفهي :

✓ يوضح "مادي لحسن" أن للفهم درجات تتلخص فيما يلي :

8-1- التحويل :

و يظهر في قدرة المتعلّم على شرح إرسالية ما أو قدرته على التعبير اللّفظي على شيء معين ، كأن يكون المتعلم قادرا مثلا على تحويل رسم بياني إلى لغة مفهومة ، إنه تحويل لغة إلى لغة أخرى أو التعبير عنه بشكل من أشكال التواصل مع الأمانة و الدقّة و التعبير عن المضمون دون تأويل أو تحريف للمعنى الأصلي.

8-2- التأويل :

و هي درجة ثانية من الفهم ، إذ تأتي بعد تمكّن التلميذ من عملية التحويل ، فهي كعملية عقلية تتجاوز مستوى الشرح أو المعنى الحرفي للإرسالية ، فالتأويل هنا معناه إدراك للعلاقة الموجودة بين عناصر الإرسالية و استخلاص ما يمكن استخلاصه منها من أفكار. نتائج و تقديمها على شكل مختلف أو من خلال وجهة نظر جديدة. و هذه العملية لا يمكن أن تتم إلاّ بحصول المعرفة أولا ، ثم فهم محتواها و قدرة التعبير عنها بشكل أو بآخر، آنذاك يمكن لعملية التأويل أن تتم بدورها.

8-3- التعميم :

درجة راقية من الفهم ، و يتطلب الوصول إليها تمكن التلميذ من التحويل و من التأويل ، و يعني التعميم الانتقال بمفهوم أو نظرية من إستعماله الأصلي إلى توسيع إستعماله على مظاهر أو مجالات أخرى معروفة مع إدراك التلميذ لحدود التعميم.

(ميرود محمد،المرجع السابق ، ص.143-144)

9- خطوات عملية الفهم الشفهي:

✓ حدد كلارك و كلارك (1977)Clark et Clark خمس خطوات لتحقيق الفهم و هي :

أ- إستقبال المعلومات المسموعة و الاحتفاظ بها في الذاكرة العامة (القصيرة) لتحليلها إلى مكونات جملية ؛

ب- يبدأ السامع بتحليل الألفاظ المتوفرة في الذاكرة الفاعلة (القصيرة) إلى مكونات جملية قصيرة تمهيدا لترميزها و استقبال المعلومات المسموعة من مصدرها (التابع) ؛

ت- تحويل المكونات الجملية القصيرة إلى معاني (عملية الترميز) مع استمرار المرحلة الأولى و الثانية ؛

ث- يقوم الفرد بتجميع معاني المكونات الجملية القصيرة لتكون معنى شمولي و تكاملي للجملة كاملة ؛

ج- يتم التخلص من الصورة اللفظية للجمل و يتم بعث معاني الجمل الكاملة و الكلية إلى الذاكرة الطويلة من اجل التخزين الدائم فيها .

✓ أما أندرسون Anderson 1995 ، فيؤكد أن السامع يتخلص من النص بعد تجاوز مرحلة الإدراك و تمثيل المعلومات ، و بذلك فان الفهم يتحقق من خلال ثلاث مراحل و هي :

أ- **مرحلة الإدراك:** إدراك النص كما تم ترميزه أصلا من خلال ممارسة عمليات الإدراك وفق نظام معالجة المعلومات ، في الذاكرة القصيرة كما تم شرحه سابقا ، و قد يكون هذا الإدراك حرفيا للنص من خلال الفهم المباشر لمعانيه أو يكون ضمنيا أي مراعيا للمعاني غير المباشرة للنص ؛

ب- مرحلة التمثيل: تمثيل معاني الكلمات و الجمل الواردة في النص المسموع أو المقروء ، و تخزينها أو وضعها في حالة الإستعداد للإستجابة ؛

ت- مرحلة الاستجابة: إستخدام المعاني التي تم تمثيلها في حالة إن النص يتطلب الإجابة على سؤال وجه للسامع أو إتباع تعليمات معينة خلال أداء مهمة معينة للدلالة على الفهم .

و تعد المراحل السابقة و أفكارها عند كلارك و كلارك و أندرسون في تحقيق الفهم متشابهة ، إذ أن المرحلتين الأولى و الثانية تقابلان المرحلة الأولى عند أندرسون ، بينما تقابل المرحلة الثالثة المرحلة الثانية عند أندرسون ، و تقابل المرحلة الرابعة و الخامسة المرحلة الثالثة عند أندرسون.

(العتوم عدنان يوسف، المرجع السابق،ص.274- 275)

✓ أما حسب الباحث " داود عبده " يمر السامع بخطوات حين يفهم ما يقوله المتكلم و هي :

أ- تتلقى إذن السامع ما ينطقه المتكلم من أصوات و يحتفظ بالصورة اللفظية لما يسمعه من كلام في الذاكرة العاملة لتحليلها إلى مكونات جملية

ب- يحلل السمع هذه الألفاظ التي دخلت الذاكرة العاملة إلى مكونات جملية في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الذاكرة العاملة عبر الأذن مزيدا من ألفاظ الجملة

ت- يحول كل مكون جملي إلى الفكرة التي تعبر عنها "معناها" في نفس الوقت الذي تستمر فيه الخطوتان السابقتان .

ث- يضم الفكر معاني المكونات الجملية شيئا فشيئا و يؤلف منها معاني مركبة لمكونات جملية أوسع إلى إن يتم تأليف جملة كاملة من معاني أجزائها .

ح- يتلخص من الصورة اللفظية للجملة و ينقل معناها إلى الذاكرة الدائمة.

(داود عبده ،1984،ص.11)

10- عوامل صعوبة الفهم الشفهي :

✓ هناك عوامل عديدة تسبب صعوبة في فهم اللغة أهمها ما يلي :

10-1- صعوبة المفردات:

- إن توضيف كلمات صعبة أو غير شائعة في الجملة يستغرق فهمها مدة طويلة.

• طول الجملة : إذا تساوت جملتان في مختلف العوامل باستثناء الطول ، فإن الجملة الأطول تكون أصعب لأنها تشكل عبئا أكبر على الذاكرة العاملة.

• كثرة مقولات الجملة : و قد تتساوى جملتان في الطول و تختلفان في عدد المقولات (الفكر) التي تحويها كل منهما ، في هذه الحالة تكون الجملة إلي تحتوي على مقولات أكثر أصعب من الجملة الأخرى.

(جمعة سيد يوسف،المرجع السابق ، ص.55)

• المكونات الجملية المتقطعة : الجملة التي يفصل بين أجزاء المكونات الجملية فيها فاصل تكون بشكل عام أصعب من مثيلتها التي تكون فيها تلك المكونات متصلة ، فالجملة الأولى من الجملتين التاليتين أصعب على الفهم من الثانية مثلا :

- وافقت اللجنة التي إقترحها الطلاب على الإقتراح .
- اللجنة التي إقترحها الطلاب وافقت على الإقتراح .

• التركيب المعقد : إن حشو جمل موصولة متعددة بعضها في البعض الآخر تكون صعبة الفهم حيث يصعب على الفرد فهمها وفهم معناها وفهم ما تحتويه من معلومات

• عدم وقوع المكون الجملي في موقعه الطبيعي : فمن الأوضاع غير الطبيعية في الكلام :

أ- أن يرد المفعول قبل الفاعل و الخبر قبل المخبر عنه .

ب-ورود الجملة الفرعية قبل الجملة الأساسية .

10-2- تعدد معاني الجملة:

من عوامل صعوبة فهم الجملة تعدد معانيها ، سواء و جود كلمة فيها ذات معان متعددة أو لأن لها بني داخلية متعددة.

10-3- التعبير عن المعنى بطريقة تختلف عن الطريقة الطبيعية في الملاحظة و التفكير :

يلاحظ الإنسان الأشياء بطريقة معينة يحددها ببروز احد هذه الأشياء أو حجمها فإذا جاء التعبير مخالفا لطريقة هذه الملاحظة ، فإنه يجد صعوبة إضافية في الفهم.

10-4-التعبير عما يخالف توقعات السامع: يجد السامع صعوبة في فهم الجملة إذا كانت تعبر عما يخالف توقعاته. **(تنساوت صافية،2010،ص. 63)**

10-5-إعادة النظر في المعنى المستخلص :

سبقت الإشارة إلى أن السامع يؤلف معنى الجملة بالتدريج خلال الاستماع إليها ، و لا ينتظر حتى نهايتها ، و ينتج أحيانا عن هذا أن يضطر السامع إلى إعادة النظر فيما توصل إليه من معنى للجزء الأول بعد أن يستمع إلى الجزء الجديد .

10-6-عدم التآلف بين بعض مفردات الجملة:

و قد تنشأ صعوبة الفهم بسبب وجود تناقض في الملامح الدلالية بين كلمتين من كلمات الجملة أو عدم ألفة ورودها معا ، و هذا يتضح في بعض العبارات التي تخرج عن المألوف.

(داود عبده،المرجع السابق،ص.11 -37)

11-علاقة الفهم بالوظائف المعرفية الأخرى:

11-1-علاقة الفهم بالإدراك :

برى الباحث سيد جمعة يوسف إن العديد من الدراسات النفسية في ميدان فهم اللغة ، بينت وجود خلط بين الفهم و الإدراك ، حيث يميل البعض إلى إستخدام الفهم مع اللغة و الإدراك مع الكلام بينما يميل البعض الأخر إلى إستخدامهما كمفهومين لهما نفس المعنى ، دون تمييز واضح بينهما .

فإدراك الكلام هو إستقبال السامع للكلام و تمييزه له ، و هو ما ببحثه علم الأصوات السمعي . أما الفهم فهو عملية معرفية تشمل تحصيل المفاهيم ، و هي تمثل في حد ذاتها تجريدات من الأشياء المدركة و معنى هذا الإدراك مترابط بالمنبهات في العالم الخارجي (عالم الأشياء) أما الفهم فهو مرتبط بالعمليات المعرفية التي تتجرد فيها المفاهيم من سياقاتها المختلفة و تنتظم في تراكيب موحدة ، لأن فهمنا لما نسمعه من الآخرين أو ما نقراه يشمل أكثر من مجرد معاني الكلمات المختلفة التي ندركها ، و يتضح من تعريفات الفهم

أنها العملية الأكثر عمومية و التي تنطوي على الإدراك ، و ليس العكس . لذا يميل الباحث سيد جمعة يوسف إلى تفضيل الرأي الذي يقول أن الإدراك و الفهم مختلفان لكنهما غير منفصلين ، حيث أن عملية الفهم تبدأ بالإدراك أساسا ، و بالتالي يمكن استخدام مصطلح الفهم للغة ، و مصطلح الإدراك للكلام إستنادا إلى المبررات التالية :

- يمكن على مستوى الإدراكي التمييز بين الكلمات و إعادتها إعادة صحيحة دون معرفة أو فهم المعاني البعيدة.

-أحد مصادر سوء الفهم هو الإدراك غير الجيد و غير الكافي الذي يسبقه بالضرورة .

هناك عددا من المراحل المختلفة التي يمكن أن تدرس فيها أصوات الكلام ، و إحداها هو أن ندرس الأصوات كما تستقبل و تدرك في إذن المستمع. **(جمعة سيد يوسف،المرجع السابق، ص .59 -61)**

11-2- علاقة الفهم بالإستحضار :

حسب غرا دوري garanderie أنه في عملية الفهم ، ليس الإدراك البصري أو السمعي أو الحسي الحركي هو الذي ينتج لنا الفهم ، في الواقع على امتداد الإدراك ، يحصل الاستحضار بسرعة فائقة بحيث أنها تفلت من كل وعي ، و منه يكون الشرط اللازم و الكافي لإحداث الفهم ، و هناك حالتين يجب أن نأخذ بعين الإعتبار :

1- عندما يكون الموضوع سهل أو مألوف ، يقوم الإدراك بإحداث الاستحضار تلقائيا الذي يعطي الفهم؛

2- عندما يكون الموضوع مركب أو جديد ، لا يقوم الإدراك بإحداث الاستحضار تلقائيا و بالتالي لا يتكون الفهم ، فالفهم إذن هو طابع استحضاري و ليس إدراكي، يعتمد على فعل ذهني لإعادة التعبير عن المعلومة المقدمة من طرف الإدراك.

- إن مشروع المعنى لعملية الفهم هو إنشاء الاستحضارات التي ستمد المعنى "الفهم" لما هو مقدم لفهمه يجب إن تكون هذه الاستحضارات ترجمات للأمر الذي هو محل الفهم

✓ يميز غراندوري Garanderie ثلاثة حالات الترجمة :

1- تلك التي لا تظهر شيئا من معنى الشيء المطلوب فهمه ؛

2- تلك التي تظهر كأنها ضد المعنى ؛

3- تلك التي تمد كل المعنى أو جزء منه .

فأما في الحالة الأولى ، تكون الترجمة خارج المجال ، و في الحالة الثانية ، يكون إكتسب المعنى بضده، و في الثالثة بالمماثلة إذ ليس للوهلة الأولى يتم التحصل على الفهم ، سيكون إكتسب ذلك في غالب الأحيان أثر جهد لإيجاد الإستحضارات الكاشفة عن المعنى . **(لعمارة محمد إسماعيل،2008، ص .93-94)**

11-3-علاقة الفهم بالإنتباه و الذاكرة :

إذا كانت وسيلة الإنتباه تجعل الحاضر حاضرا ، و إذا كانت وسيلة الذاكرة تجعل الغائب حاضرا ، فان وسيلة الفهم ، هي نتيجة "تصادم" بين هاتين الوظيفتين أي تلك التي تخص الإنتباه و تلك التي تخص الذاكرة هذا التصادم يفضي إلى المعنى ، لهذا فوسيلتي الذاكرة و الانتباه يجب أن تكون حاضرتين مع التداخل داخل العمليات كل واحد منهما و تكملا بعضهما ، و إلا سوف لن يتم فهم أي موضوع خاص و هناك عدة أشكال يتم فيها تدخل الوظائف المعرفية و هي كالأتي :

- التي تخص الغنتباه ؛
- التي تخص الذاكرة ؛
- التي تخص ثمرة الذاكرة مع الإنتباه (و ليس ثمرة الانتباه مع الذاكرة المذكورة أعلاه)؛
- إمكانية التقاء أكثر من شكلين من الوظائف ، ثلاثة أو أربعة مثلا . لكن مبدأ وسيلة الفهم يبقى هو نفس المعنى للنقاء الوسيلتين المذكورة أعلاه .

✓ و أيضا حسب غاراندوري ، يحصل الإلتقاء بين الوسيلتين في الذهن تبعا لثلاثة أشكال ممكنة من التداعيات التجاوز (contigüité) التماثل (ressemblance) و التباين (contraste)

إذ يكون الحصول على معنى موضوع ما نحو ثلاثة أشكال :

- المعنى لما هو "التواطؤ" (univocité) ؛
- معنى التشابه (similitude et différence) ؛
- المعنى لما ليس له تماثل و لا اختلاف (équivocité) .

- وبهذا ينبثق من نشاط الفهم أشكال مختلفة تصدر من جراء التقاء الوسيلتين (الذاكرة و الانتباه) و بهذا يكون مصدر إنطلاق أحاسيس (حدس) المعنى ، لنستكشف عن قرب ، وببطء و في أزمنته محددة ، ما يحدث في داخل عقل شخص يحاول فهم موضوعا معينا ما :

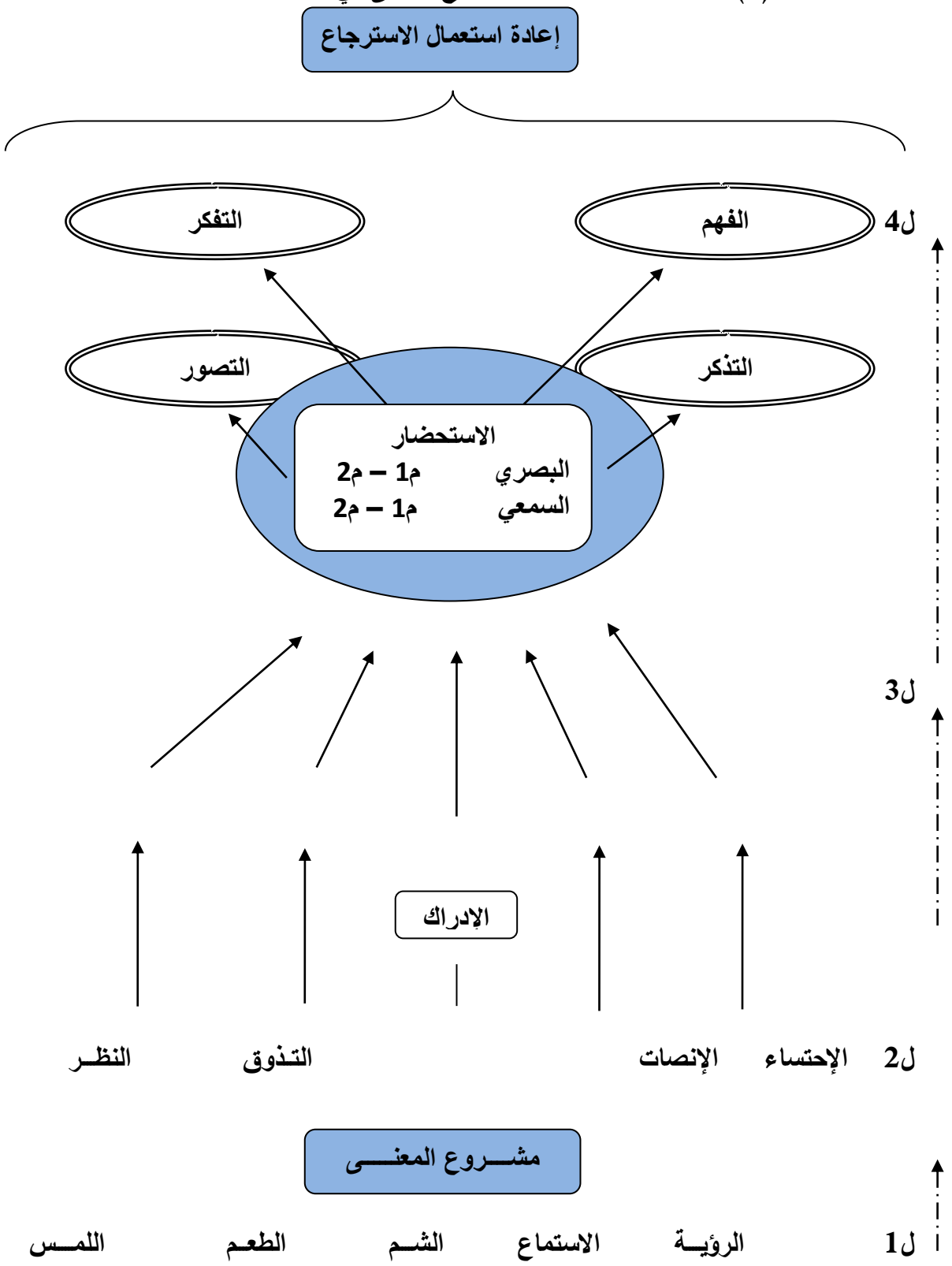
- قبل لحظة T ، وضع الفرد ضمنيا نفسه في مشروع معنى أن يجعل في تناسب ثمرة الإنتباه مع ثمرة الذاكرة ؛

- في لحظة T، تضمن عملية الغنتباه الحضور الذهني للشيء المدرك (حسيا) و الذي يرادف فهمه ؛

- في اللحظة T1، تضمن عمليه الحفظ ثمرة أداة الإنتباه للحظة T إلى اللحظة T1 (زمن اللحظة متغيرة حسب الإفراد) ؛ **(تنساوت صافية ، المرجع السابق،ص.70)**

– في اللحظة T2 فما فوق ، تجعل عملية الفهم في مقارنة ثمرتي الأداتين إلى أن يتحدد حدس المعنى (أو حس المعنى) و يبلغ إكتماله و يكون شكل حدس المعنى المتحصل عليه من خلال هذا الإلتقاء إما التجاور أو التماثل أو التباين .

الشكل (4) اللحظات الأربعة لتدخل مشروع المعنى في العملية الذهنية للمعرفة



11-4-علاقة الفهم بالحلقة الفونولوجية :

تتمثل وظيفة الحلقة الفونولوجية في المحافظة و المعالجة للمادة اللفظية التي تأتيها من القناتين السمعية و البصرية ، و التي تخزن في سجل للتخزين الفونولوجي القصير المدى بحيث لا تتجاوز الثانيتين ، و التي يمكن إعادة تنشيطها بواسطة عملية التكرار اللفظي

عندما ترد المادة اللفظية من القناة السمعية إلى الحلقة الفونولوجية تمر بعملية التحليل إلى وحدات فونولوجية و التي تعرف بمرحلة فك الترميز (décodage) و التي تسمح للفرد أن يتعرف إليها ، ثم تحول إلى سجل التخزين الفونولوجي أين يتم تخزينها لفترة وجيزة من الوقت قد لا تتعدى الثانيتين . بعد ذلك أما تزول آو تمحى من الذاكرة ، ولكن هناك إمكانية الاحتفاظ بها لإعادة تنشيطها (réactivation) بواسطة عملية التكرار اللفظي ، ثم إعادة ترميزها بواسطة عملية الترميز الفونولوجي (encodage phonologique)

لذا تلعب الحلقة الفونولوجية دورا هاما في عملية الإدراك و الفهم و بالخصوص عند إدراك جمل طويلة معقدة سواء كانت مقروءة أو مسموعة . فقد توصل إليها الباحث "baddeley" في دراسة أجراها في سنة (1993)على حالة إصابة باضطراب في الدماغ نتج عنه خلل على مستوى الحلقة الفونولوجية توصل إلى أن الحالة تعاني أيضا مشاكل على مستوى الفهم . نفس النتيجة توصل إليها الباحث "crain"و آخرون في سنة (1990)الذي توصل إلى انه في حالة الإصابة بعسر القراءة تظهر مشاكل على مستوى الفهم عند المصابين. **(حمرى خديجة ،2007،ص.54-55)**

11-5-علاقة الفهم بالتفكير :

يشير "واطسون Watson "رائد المدرسة السلوكية إن التفكير هو اللغة ، أي انه لا يوجد فرق بينهما حيث أن التفكير هو العبارة عن تناول الكلمات في الذهن كحديث داخلي ضمني بدون أصوات ، و أن اللغة قد تكون خارجية كالكلمات و الأصوات أو داخلية كالتفكير . أما" بياجيه" فيؤكد أن التفكير يسبق اللغة حيث ينمو تفكير الطفل أولا خلال تفاعله مع بيئته ثم يتبعه الارتقاء اللغوي و بذلك فانه لا يوجد لغة بدون تفكير على العموم ، إن مكونات عملية التفكير تتطلب جميعها القدرة على تنظيم المفاهيم و تجزئة المعرفة و ربطها في بعضها من أجل الوصول غالى هدف أو تحصيل مستوى جديد من الفهم ، فمن أهم المكونات عملية التفكير هي : الحكم ، المقارنة ، العمل يلت الحسابية و التساؤل و الإستدلال ، و التقويم و التفكير الناقد ، و حل المشكلة ، و إتخاذ القرار...إلخ.

(هدى عبد الله الحاج العشاوي ، 2004،ص.124-125)

إن صعوبات التفكير من أكثر أنواع إضطرابات اللغة شدة ، و تشمل اللغة الداخلية و تمثل بداية اللغة حين يفكر الطفل و هو في مرحلة الرضاعة ، و الطفولة دون إستخدام الكلمات و يمكنك معرفة ذلك من خلال ملاحظته أثناء اللعب ، و النشاطات التي يقوم بها :

- هل يستخدم الأدوات بشكل مناسب ؛
- كيف يجمع الأشياء ؛
- كيف يصل إلى إستنتاجات مناسبة من خلال اللعب و النشاطات اليومية ؛
- كيف يتصور نفسه في المواقف الخيالية .

إذا كانت هذه السلوكيات سلبية ، هذا يوضح أن الطفل يعاني من مشكلات في اللغة الداخلية التي نستنبطها من خلال السلوكيات الرمزية دون نطق الكلمة.

عندما يبدأ الطفل في إستعمال اللغة للتواصل مع نفسه و يقصد بذلك التحدث مع النفس ، تسمى هذه المرحلة مرحلة الكلام مع النفس و لها أهمية في التفكير ، و إستنتاجات علاقات ذات معنى .

✓ ومن بين الخصائص التي يمكن ملاحظتها عند وجود مشكلة ما يلي :

- صعوبة في إستخدام التشبيهات ؛
- صعوبة في تنظيم المعلومات ؛
- صعوبة في فهم الأمثال ، و الأشياء السخيفة و المنافية للعقل ؛
- صعوبة في فهم المتضادات مثل : أم – أب – إمرأة – رجل ؛
- صعوبة في ربط الأشياء لفظيا مثل : عند عرض على الطفل حذاء ، جوارب ، كرة ، مضرب و نسأله ماذا يتناسب مع الحذاء ؟ فسوف يشير إلى الجوارب ، و لكن عندما نطلب منه الإستجابة اللفظية يكون غير قادر على الاستجابة بلفظ كلمة (الجوارب) ، فالطفل إذ يعاني من صعوبة في تحديد العلاقة بين الأشياء و الخبرة السابقة لفظيا ؛
- صعوبة في ربط ما سمعه بخبراته السابقة ذات العلاقة : مثال عند عرض على الطفل (كأس) و نطلب منه تسميته فيستجيب بقوله كأس ، ثم نسأله ماذا يفعل الكأس ؟ فلا يقدر على الإستجابة ، في هذه الحالة من الواجب إعطاء الطفل الانتباه الرئيسي و مساعدته على التمييز في التعرف و التفكير حول المفاهيم مثل: المتناقضتان و السبب و الأثر و العلاقات الزمانية و المكانية و العدد و الفراغ و الجزء و الكل و الأدوات و كيفية استخدامها و الترتيب المتسلسل ... الخ .

(Mortier , Robinson,2005,P.5)

12- تشخيص صعوبات فهم اللغة الشفهية :

✓ يمكن الكشف عن الوجود الفعلي لصعوبات الفهم اللفظي للغة و ذلك بإتباع الطرق التالية :

- قراءة فقرة قصيرة للطفل حيث يطلب منه الاستماع و فهم الفقرة و تكون مناسبة لعمره الزمني ثم أسلوب الاختبار المتعددة للأسئلة و يوضع علامة على الإجابة الصحيحة ؛

- الإجابة على أسئلة متعلقة بتفصيلات معينة كالسبب ، و النتيجة و التسلسل ، و الفكرة الرئيسية و إتباع التعليمات ؛

- إتباع التعليمات الشفهية (الأوامر) ؛

-إستعمال أسلوب ملأ الفراغ و ذلك بحذف الكلمة الخامسة أو السادسة بشكل متعاقب من فقرة أو قطعة من كتاب القراءة ، ثم يطلب منه كتابتها أو إكمالها شفهيا ؛

(هدى عبد الله الحاج العشاوي ،نفس المرجع السابق،ص .279)

- الوقوف خلف الطفل على مسافة عشرون قدما و النطق ببعض الكلمات الأولى و الأعداد بصوت خافت فإنه يستطيع ملاحظة فيما إذا كان لديه فقدان سمعي يحتاج إلى تقويم متخصص ؛

– تحديد إذا كان الطفل منتبها للصوت لأن هناك من الأطفال الذين يستمعون و لكنهم لا ينتبهون لأصوات الكلام و الكلمات و العبارات و الجمل و إذا كان الطفل كذلك فسوف جد صعوبة و تأخرا في بناء لغوي سمعي ؛

- و يعتبر الانتباه متطلبا سلوكيا سابقا ليتعلم الطفل فهم ما يقوله الآخرون و من أجل التعبير عن ذاته ؛

-إذا اكتشف أن الطفل يفشل في الانتباه إلى الصوت فمعنى ذلك أنه يعاني من إعاقة سمعية أو من مشكلات إنفعالية أو اضطرابات عضوية في الفص الصدري للشق الدماغي اليسر؛

-تحديد إذا كان لدى الطفل صعوبات في التمييز السمعي حتى يفهم الطفل الرموز اللغوية الشفهية يجب عليه أن يميز بين الأصوات و الكلمات و العبارات ، فإذا كان الطفل غير قادر على سماع أوجه الشبه و الإختلاف في بدايات أو أوساط أو نهايات أصوات الكلمات و توليف الحروف المتحركة أو الساكنة فإنه سيجد صعوبة في إكتساب اللغة ؛

-تحديد إذا ما كان لدى الطفل عجز في الذاكرة السمعية أم لا ، و يتحقق ذلك وجدت لديه صعوبة في إستدعاء أو إعادة ترتيب المعلومات السمعية بشكل متسلسل ؛

-مشكلات في إتباع سلسلة من الأوامر و الحفظ و تعلم أسماء كلمات جديدة ، كذلك التسلسل و الترتيب و إعادة ما سمعوه ؛

- مشكلات في تطوير البناء اللغوي القوا عدي و النماذج الجمل المناسبة.

(تنساوت صافية ،المرجع ذاته،ص.76)

13- أعراض صعوبات فهم اللغة الشفهية (الفهم اللفظي) :

- الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء و الأعمال و المشاعر و الخبرات و الأفكار؛
- عدم فهم المسموع و اللغة لها معنى للتعبير عن الأشياء ؛
- الفشل في التمييز بين الكلمات أو مجموعات من الكلمات ؛
- صعوبة في إتباع التعليمات و الأوامر؛
- صعوبة في تعلم أجزاء معينة من الكلام مثل حروف المد و الصفات ؛
- صعوبة في تعلم المعاني المتعددة للكلمة نفسها. **(هدى عبد الله الحاج العشاوي ،المرجع السابق ،ص.279)**
- الشعور بالملل نحو الموضوع و الانشغال بالأمور التافهة ؛
- الفشل في فهم الفكرة الرئيسية التي يعرضها المتكلم و أخذ ملاحظات فرعية مع تضييع النقاط الهامة ؛
- الإستجابة للكلمات المنفردة أو شبه الجمل و لكنه غير قادر على فهم الوحدات الطويلة ؛
- مشاكل في إتباع سلسلة من الأوامر ، حفظ القصائد الشعرية ، تعلم أسماء و كلمات جديدة و العد و التسلسل و الترتيب و إعادة ما سمعه ؛
- صعوبة في تعلم المعاني المتعددة للكلمة نفسها ؛
- صعوبة نطق الكلمة ؛
- صعوبة في مدلول الكلمات : أي صعوبة في المدلول الذهني الفوري المباشر للكلمات و هذا يظهر من خلال ما يتعرف عليه الطفل من خلال سماعه للكلمات في الجمل أو النص او موضوع الدراسة و التي لها مدلولات ذهنية فورية. في هذه الحالة يحتاج الطفل إلى دافع من الداخل من أجل تقوية مفرداته اللغوية و جعل قاموسه اللغوي معرف و غزير؛
- صعوبة في إسترجاع الكلمات أو بطأ في إسترجاعها ؛ **(Mortier, robinson, 2006, P.6)**
- صعوبة دلالات أو تلميحات السياق : أي صعوبة في المؤشرات الدلالات أو التلميحات التي تساعده على التعرف على الكلمة من خلال المعنى ، أو سياق الجملة في الفقرة أو النص أو الحديث الذي تظهر من خلاله الكلمات ، في هذه الحالة يحتاج الطفل غلى تشجيعه على استخدام اللغة من خلال القصص و الكتب و المجلات المناسبة لعمره ؛
- صعوبة في فهم العلاقة بين المعاني و تركيب الجمل ؛
- صعوبة في تحليل خصائص المعاني فإن تحليل خصائص المعنى طريقة تنظم بها المفاهيم و الكلمات ذات العلاقة يبعضها البعض ، مثلا يجد الطفل صعوبة في خاصية كل كلمة و الكلمات المرادفة لها؛ و صعوبة في مفاهيم الألفاظ و متضاداتها ، في هذه الحالة يحتاج الطفل غلى تدريبه على تنظيم المفاهيم ذات العلاقة مع بعضها البعض عن طريق القوائم أو الخرائط.

(هدى عبد الله الحاج العشاوي، المرجع السابق،ص.293-296)

14-الفهم لدى الطفل المصاب بالتوحد :

إن تقييم مستوى الفهم اللغوي يكون أصعب من مستوى الإنتاج اللغوي ، فقد يعطي الفرد إجابة صحيحة و يظهر مبدئيا انه قد فهم المضمون و ذلك من خلال تحليله للوضعية و ليس اعتمادا على السياق اللغوي المقدم له ، و هذا ما يحدث بالفعل مع الأطفال المصابين بالتوحد ، فهم غالبا ما يعتمدون على إقتباس المعنى المزاد من الوضعية و المضمون غير لغوي إذ أنهم يخمنون أو يتنبؤون بما لم يمكنهم فهمه من التحليل اللساني للخطاب كما يجدون صعوبات في تنظيم الفكر و الربط منطقيا بين كلمتين حيث يتعذر عليه فهم هذا الربط و رغم صعوبة تقييم الفهم اللغوي إلا أن هذا لم يمنع ان تكون هناك بعض الدراسات العلمية في هذا المجال بالضبط لدى فئة المصابين بالتوحد .

إن دراسات رومبيرغ و جونسون غيلبيرغ ROMBERG و AJOHONSON GILLBERG سنة 1996و دراسات ريدل RYDELL و PRIZANT سنة 1995و فاي FAY سنة 1980 تنص جميعها على أن الأطفال المصابين بالتوحد يجيدون صعوبات في فهم :

- كيفية توظيف الضمائر ؛
- تصريف الأفعال ؛
- الجمل المنفية و المبنية للمجهول ؛
- البني التركيبية المعقدة و الطويلة ؛
- تقديم و تأخير الأفعال و تحديد أزمنتها ؛
- الكلمات المجردة.

(أحمد أمين نصر، 2004،ص.84)

في عام 1980 صرح FAY بأنه من الصعب إدراك سبب عدم فهم هذه الفئة من الأطفال الجمل المنفية من جهة و من جهة أخرى في نفس السنة اظهر كل من جاردن و باولغ POWELLG & JARDEN أن الأطفال التوحيديين قادرون على تكرار و فهم الجمل المتكونة من ألفاظ متداولة و اعتادوا على إستعمالها و توظيفها أي أنهم على دراية بها و التي تناسب مستوى قدراتهم التركيبية و التي يعبرون بها من خلال إنتاجياتهم العفوية ، و لكن لديهم تمييز سمعي ضعيف و مشاكل في الإدراك السمعي و بالتالي غير قادرين على إستخلاص المفاهيم من اللغة غير المسموعة و اللغة المسموعة ، و هذا يؤثر على قدرة الأطفال التوحديين على الفهم و التعرف و بالتالي على الاتصال اللغوي مع الآخرين ، و يجدون صعوبة في فهم جمل من نوع تركيبي معقد.

(محمد قاسم عبد الله ، 1997،ص98)

بالإضافة إلى أن تقييم لغة الطفل المصاب بالتوحد أصعب مما هو عليه عند الطفل العادي و يتم ذلك على مستويين :

1- مستوى التعبير اللفظي :

- التنفس ؛
- التصويت ؛
- النطق ؛
- التقييم الفونولوجي ؛
- الإختبار الصوتي الفمي ؛
- الطلاقة اللفظية.

2- مستوى الفهم اللفظي :

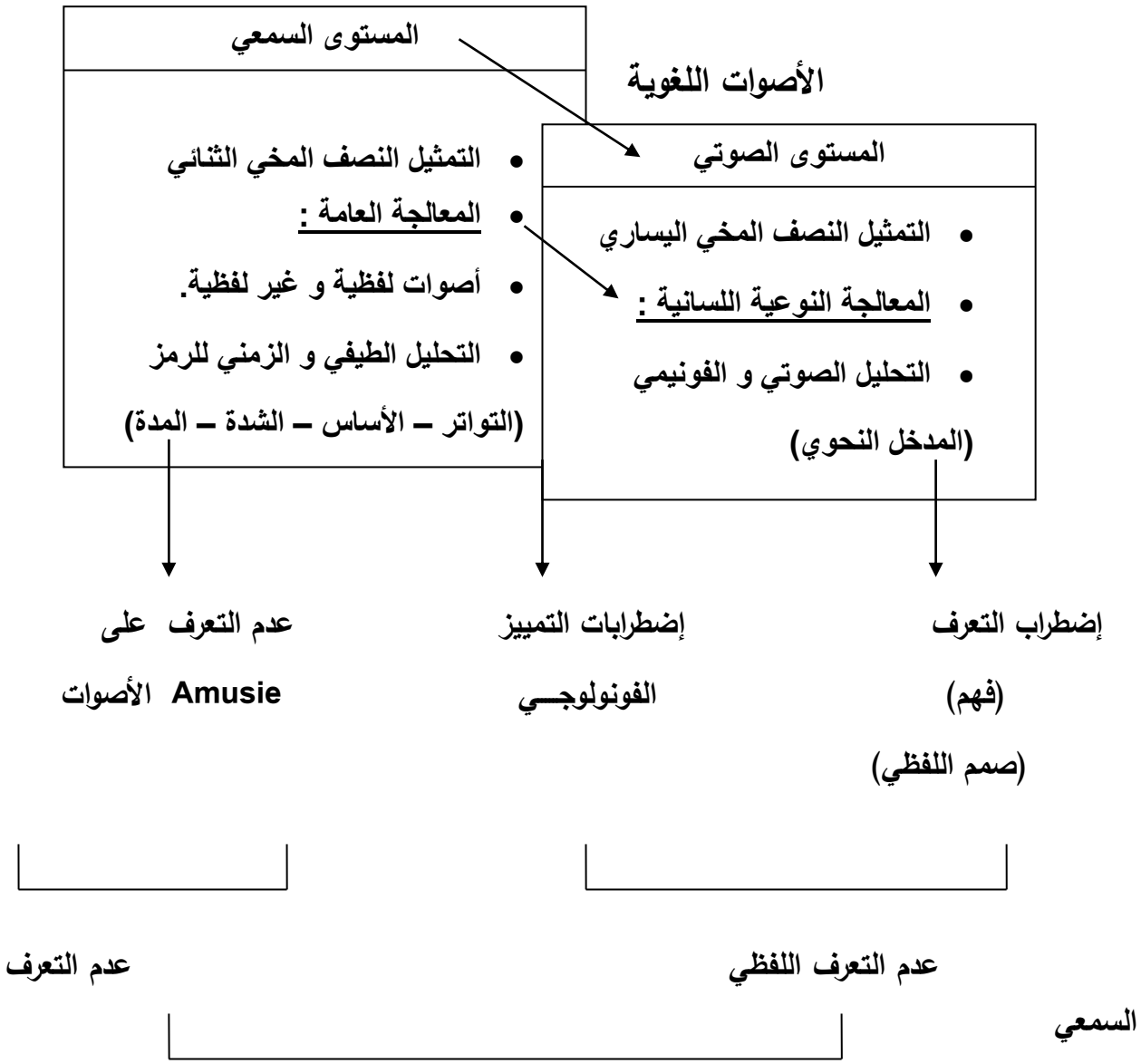
✓ و هو ما يهمنا في هذا البحث و يتم تقييم هذا المستوى من خلال :

- مدى إهتمام الطفل بما يقال حوله ؛
- قدرته على الاستجابة للتعليمات البسيطة ؛
- الإستراتجيات التي يستعملها للإجابة على التعليمات المركبة و قدرته على الإنتباه و التركيز ؛
- البنية الزمانية – المكانية و مفاهيم الجانبية ؛
- قدرته على التذكر ؛
- فهمه للمواقف المضحكة و التفاهة ؛
- قدراته على الإستدلال المنطقي و السببية ؛
- قدراته على التجريد.

و أن إصابة الأطفال IMC العصبية أدت إلى إضطراب في وظائف المعرفية تظهر خصائصها من خلال الأعراض و عدم تنظيم استجاباتهم ، و الطرق التي يوصف بها الإضطراب تكون من خلال المعالجة النوعية للغة (اللفظية) و الشكل رقم(3) يوضح طرق فك الترميز Décodage gnosique التي تعطي معنى للغة الشفوية (اللفظية) و كلام الآخرين ، و كل هذه الاضطرابات تتجمع في لفظ Dysphasies (réceptive)(ديسفازيا الحسية) يوضح أيضا المعالجة العصبية للأصوات حسب الأهمية اللغوية agnosies verbales هي نوعين :

- إضطرابات فهم الكلام و التعرف على الكلمات تعرف ب (الصم اللفظي) (surdité verbal) ؛
- إضطراب في التمييز الفونولوجي الخاصة باللغة ، تدعى إضطرابات التمييز الفونولوجي (Discrimination phonologique).

(**mazeau, 1997, P.49-50**)



الشكل (5) يوضح المعالجة العصبية للمعلومات الصوتية

(Mazeu, 1997, P.50)

3- فهم الكلام و إضطراب التعرف على الكلمات :

✓ تستلزم هذه القدرة عدة عمليات معقدة :

- القدرة على تقطيع السلسلة الكلامية و التعرف على الوحدات الكلامية ؛
- المدخل الدلالي للكلمات ؛
- بناء العلاقات بين معاني الكلمات ؛
- التحليل العناصر المقطعة مثل: النغمة،واختيار مستوى الكلام (حجج ،أمر مضحك ، قصة...الخ) ؛

– إدماج العناصر اللسانية (المواقف ، السلوك ، الحركات ، الإيماءات .....الخ) ؛
– و في حالة الإضطراب لا يمكننا التعرف على الإصابات في هذه المستويات المختلفة و لكن يمكن ملاحظة الأطفال الذين يواجهون مشاكل في فهم الكلام الملحوظ عامة نحكم على هذا الطفل على أنه يعاني من إضطراب في التعرف على الكلمات خاصة في صعوبة تقطيع السلسلة الكلامية حيث لا يمكنه عزل الوحدات الكلامية. **(mazeau,1997, p.69)**

15-الطرق المساعدة على فهم اللغة الشفهية :

15-1- تركيز الانتباه :

إن المحافظة على تركيز الإنتباه أمرا مهما ليتعلم الطفل معنى اللغة و يستطيع التفاعل مع الآخرين فقبل أن تعطي الطفل توجيهات أو تفسيرات ، التأكد من أنه ينظر إلى المفحوص و مستعد لإستقبال الرسالة مع مراعاة إستخدام الكلمات مثل (إنتبه، إسمع، أنظر) و يجب توفير للطفل الفرصة المناسبة للإنتباه للأدوات بإتباع الطرق التالية:

– الإستعانة بالتعبيرات الموجهة أثناء الكلام معه ، أثناء حمله أو إطعامه ؛
– إستخدام أدوات تصدر أصوات متناغمة (أجراس ، دمى .....الخ) ؛
– مراقبة استجابات الطفل للأصوات و الكلام ؛
– هل ينظر إلى المفحوص عند التحدث إليه ؛
– هل يبحث عن المفحوص بعينه أو يدير رأسه عند سماع صوته ؛
– التوفير للطفل فرصة الاستماع للأصوات الجديدة التي تصدرها أدوات صوتية يقوم هو بتحريكها ؛
– ربط جرس إلى رأسه والى ركبته برباط بحيث يصدر الجرس صوتا عند حدوث الحركة ؛
– مساعدة الطفل على التصفيق بإمساك كلتا يديه.

(هدى عبد الله الحاج العشاوي ، المرجع السابق،ص.186)

15-2- ربط المعاني مع الكلمات :

إن الطفل بحاجة إلى حاسة السمع و القدرة على الإصغاء و حاسة البصر و النظر ، يجب عند الكلام أن يكون وجه المفحوص عند مستوى نظر الطفل ، مع إستخدام لغة واضحة جملها مفيدة و بسيطة تناسب عمره و تحديد بدقة الأسماء و الأشياء و تكرار ما يقال واستخدام الحركات و الإشارات التي تساعد على توضيح دلالات الكلام ، و عند الشعور بان الطفل لم يستطع الربط بين اللفظ و المعنى فعلى المفحوص مساعدته و توجيهه خطوه بخطوة ثم العمل على تحقيق هذا النجاح.

✓ و يمكن تحقيق هذا الهدف بتطبيق ما يلي :

– مد الذراعين لحمله و القول له : (تعال ، فوق) مساعدته على مد ذراعيه إلى الأعلى حتى يتعلم الإستجابة للأمر ، عندها يجب مكافأته بأنه حمله بسرعة ؛

– هز الذراعين و القول (السلام عليكم) أو للألعاب المفضلة لديه ؛

– توفير الفرص لاستكشاف الصور و الكتب ، ذات ألوان زاهية ، صور حقيقية ، ثرية ، القراءة له بصوت مرتفع بينما يجلس هو أمام المتحدث ؛

– إستخدام جمل بسيطة و قصيرة لوصف الصور ، و نسمح للطفل بجمعها و لمسها ؛

– مساعدة الطفل على تعلم الأشياء المألوفة ؛

– سؤاله عن الأشياء التي يلبسها و التي يستخدمها في الطعام ؛

– إستخدام أدوات تعليمية مناسبة حسب الزمان و المكان الذي تتم فيه عملية التعلم.

15– 3– تذكر المعلومات :

إن ذاكرة الطفل مهمة لتخزين المعلومات التي يتعلمها من العالم المحيط به عن طريق حواسه ، و قدراته على تذكر معلومات مهمة لإستقبال اللغة و التعبير عنها.

✓ ومن بين الأنشطة الخاصة بتكوين مهارات الإنتباه و الإصغاء و التذكر نذكر :

– القيام بسرد قصص مصورة له ؛

– الاستماع بالإصغاء لبرامج مناسبة من التلفاز ؛

– قص ثلاثة إلى أربعة صور لحيوانات أو أشخاص أو أدوات يمكن العمل بها كقصة متسلسلة ثم وضعها أمام الطفل ؛

– تخصيص أوقات ملائمة لسرد القصص.

15– 4 – المساهمة في إغناء لغة الطفل :

✓ يتم هذا بإستخدام كلمات ، الأفعال ، و كلمات الوصف بالطرق التالية :

– التحدث عما نقوم به مع تكرار الأفعال : أنا أمشط شعري ، أمشط ؛

– قراءة الكتب مع الطفل ، مع تقليد الأفعال الموصوفة في الكتاب ، ثم الطلب من الطفل تقليدها ؛

– عند رفع شيء ثقيل نقول هذا ثقيل ، (حذاء بابا كبير) ، (حذاء أحمد صغير)؛

– زيادة مقدرة الطفل لإستعمال جمل مكونة من ثلاث كلمات على الأقل و هذا ب : قراءة القصة له ذات جمل قصيرة ، مع تكرار القصة نفسها لعدة أيام حتى يبدأ الطفل سردها بالطريقة نفسها عندما يشاهد الصور طرح أسئلة عن النشاطات التي أنهاه الطفل فورا و مع تحديد الأسئلة عن تجربة مر بها للتو.

(هدى عبد الله الحاج عبد الله العشاوي،المرجع السابق ،ص.189)

خلاصة:

إن النمو المعرفي للطفل التوحدي ينمو و يتطور تدريجياً و بصورة بطيئة و هذا النمو لا يتناسب مع عمره الزمني إذ لديه قصور و تأخر في قدراته المعرفية ، ومن هنا تبرز الحاجة لإنماء هذه القدرات المعرفية و المهارات التي تساعده على التكيف و التوافق مع البيئة الأسرية و المجتمعية من خلال التكفل النفسي الأرطفوني و هو الأمر الذي سوف نتطرق إليه في الآتي .

الفصل الرابع

التكفل النفسي الأرطفوني

الفصل الرابع : التكفل النفسي الأرطفوني

الرقم	العنوان
01	تمهيد
02	تعريف التكفل النفسي الأرطفوني
03	أهداف التكفل النفسي الأرطفوني بأطفال التوحد
04	التدخل المبكر(التكفل المبكر بالطفل التوحدي) تعريفه ، مبرراته ، مميزاته
05	الأخصائي النفسي و الأرطفوني، تعريفه ودوره مع الطفل التوحدي
06	المتطلبات التربوية و العلاجية
07	الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج التوحد
08	طرق التكفل بالأطفال التوحديين
09	البرامج العلاجية و التربوية للأطفال التوحديين
10	خلاصة

تمهيد :

يعتبر التوحد من الأمراض المعقدة من حيث العلاج و التكفل النفسي ، و لابد من علاج فعال أو إستخدام أسلوب تربوي للرعاية و الإهتمام فلكل مشكلة حل و لكل مرض علاج ، و مشكلتنا في هذا البحث تتمحور في الإتصال و التفاعل اللغوي للطفل التوحدي و فهمه الشفهي لما يقال له ، و لكننا نعلم أن هذا الطفل يرانا و يشعر بنا وبما حوله ويحس ويتألم ويفرح على طريقته الخاصة ، و لأسباب غير واضحة و مبهمة لنا يختار هذا الطفل عدم الإتصال والإنعزال والإنطواء ، لذا لابد من التكفل بهذه الفئة ووضع خطة علاجية مناسبة و التي تتطلب جهدا و حرصا قويا و ذلك من أجل إختيار الطريقة الملائمة لكل طفل توحدي وحتى يكون التدخل فعال وناجع.

و في ما يلي سوف نتطرق إلى التكفل النفسي الأرطفوني بهذه الفئة .

1- تعريف التكفل النفسي الأرطفوني:

1-1- مفهوم التكفل :

التكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية و الجماعية في مختلف الحقول العلاجية التربوية و البيداغوجية والإجتماعية ، يمكن إذن لهذا المفهوم أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أرطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي بإعتبار المؤسسة مكان للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو تجهيزي أو علاجي .

(شلبي فادي رفيق ،2009، ص.23)

1-2- تعريف التكفل النفسي الأرطفوني :

1-2-1- هو تلك العملية المنظمة و المستمرة و التي تهدف إلى تكيف الطفل التوحد مع نفسه من جهة و مع العالم المحيط به من جهة أخرى. **(هلال سراج الدين ،2009،ص.105)**

1-2-2- هو جملة الخدمات ذات الصبغة الإجتماعية و النفسية، و التي توفر لطفل التوحد ، لمساعدته على إكتساب السلوك الإجتماعي الإيجابي الذي يمكنه من التكيف و الإندماج في الوسط المحيط به سواء في الأسرة أو المدرسة أو الشارع و بالتالي القدرة على الإندماج و التكيف الإجتماعي.

1-2-3- هو جملة الخدمات التي تهدي إلى تنمية شخصية الطفل التوحدي و قدراته إلى أقصى ما يمكن أن تصل إليه، و ذلك من جميع النواحي العقلية و الحسية و النفسية.

(زرارقة،2009،ص.123)

و تعتبر عملية التكفل النفسي مدخل للرعاية بالطفل التوحد لذلك فهي إحدى العمليات التربوية والنفسية و الإجتماعية الهامة في حياة كل طفل بغية الحفاظ عليه و على توازنه العقلي ، النفسي العاطفي الإجتماعي و مساعدته لإعداده للإندماج داخل المجتمع و تكيفه نفسيا صحيا، دراسيا.

و كلما كانت الوسائل الخاصة بالتكفل النفسي بالطفل التوحد مدروسة عمليا ومضبوطة كلما كانت النتائج إيجابية على الطفل بالدرجة الأولى و على الأسرة والمجتمع ككل ، و لهذا نجد العديد من الإختصاصين النفسانيين يستحدثون وسائل جديدة تماشيا مع تطورات العصر و حتى إن كان هناك إختلاف فالهدف واحد هو التكفل النفسي بالطفل التوحدي من أجل خلق فرد سوي و عادي مندمج مع أسرته و المجتمع.

(بو تعني فريد،2005،ص.91)

❖ كما نجد بعض المصطلحات التي تتداخل مع التكفل النفسي وهي التأهيل والرعاية والعلاج النفسي:

✓ **التأهيل:** يعرف في معجم العلوم الإجتماعية (1975) مجموع العمليات والأساليب التي يقصد بها تقييم و إعادة الأشخاص المنحرفين في الحياة السوية ، كما يقصد بها محاولة تربية الشواذ.

(محمد حسن غانم،2005،ص.191)

✓ **الرعاية :** هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين بها القدرة و المعرفة و المهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضي من الأفراد أو المتحسسين منهم على معاودة نشاطاتهم الحياتية المعتادة بعد إستعادتهم لعافيتهم التي كانوا عليها قبل المرض. **(عبد الكريم قاسم أبو الخير،2002،ص.21)**

✓ **العلاج النفسي:** التكفل النفسي يقارن أحيانا بالعلاج النفسي، و يقال أن التكفل يتجه نحوه ، و قد يتشابهان بدرجة كبيرة لأنهما يستخدمان طرق دراسة الحالة ووسائل التقييم وطرق المقابلة العلاجية ، و قد يتفق التكفل النفسي والعلاج النفسي بأنهما يقدمان خطة علاجية تختلف عن الخدمة العلاجية التي يقدمها الأطباء النفسيين ، التي تتطلب العلاج بالحقن والعقاقير الطبية كالصدمات الكهربائية، و يشترك المرشد و المعالج النفسي مع الطبيب النفسي في عملية التشخيص. **(سهام درويش أبو عطية ،1997،ص.20)**

2- أهداف التكفل النفسي الأرطفوني بأطفال التوحد:

❖ يهدف التكفل النفسي الأرطفوني بالطفل التوحد إلى:

- مساعدة الطفل التوحد على فهم و تقدير خصائصه النفسية و معرفة إمكانياته الجسمية و العقلية و الإجتماعية، و تطوير إتجاهات ايجابية نحو الذات ؛
- تعديل بعض السلوكات الخاطئة لدى الطفل التوحد ؛
- تخفيف التوتر والقلق والعدوان الذي يعاني منه الطفل التوحدي ؛
- تدريب الطفل التوحدي على تدريب أموره وغرس الثقة بنفسه و الآخرين و إدراكه لإمكانياته و تبصيره بها وكيفية إستغلالها و الإستفادة منها ؛
- المساعدة على تنمية الشعور بالقيمة و تقدير الذات و السعي إلى تحقق أقصى درجة من تحقيق الذات.
- مساعدة التوحدي على ضبط عواطفه و إنفعالاته الزائدة ؛

(هلال سراج الدين،المرجع ذاته،ص. 105- 106)

- التكفل ينمي النمو الحسي الحركي من خلال التمرينات النفسية الحركية كما تمكنه من الشعور بذاته و يضع لنفسه مرجع يستدخل من خلاله المفاهيم الفضائية و الزمانية التي تعتبر القاعدة الأساسية في إكتساب مهارات اللغوية المنطوقة و المكتوبة والمهارات الحسية ،حيث أن التكفل النفسي من خلال التمرينات الحسية الحركية مثل (الزفير، الشهيق، إطفاء الشمعة) ؛
- التقليل من الفشل عند الإلتحاق بالمدرسة أو المركز الخاص ؛

- كما يساعد التكفل على إكتساب اللغة اللفظية وغير اللفظية للتواصل الإجتماعي ؛
- تصحيح النطق للأطفال التوحدين الذين لديهم عيوب في النطق ؛
- العمل على تسهيل عملية الفهم للأطفال التوحدين.

❖ ويؤكد كافة الأخصائيين أن الإكتشاف المبكر لهذا الاضطراب هو الأساس الأول الذي يتوقف عليه نجاح وفاعلية العلاج وخاصة إذا كان التكفل مكيف و موجه في مرحلة عمرية مبكرة .

3- التدخل المبكر (التكفل المبكر بالتوحد) Intervention Précoce :

3-1- تعريف التكفل المبكر:

على أنه ذلك النظام المتكامل من الخدمات التربوية و العلاجية والوقائية، تقدم للطفل الذي لديه خاصية نمائية و تربوية و المعرض لخطر الإعاقة لأسباب متعددة حتى يكتسب المهارات التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها مهما كانت طبيعة الإضطراب. **(لطفي أحمد بركات،1995،ص.68)**

3-2- مبررات التكفل المبكر:

1- يعتبر التعليم في سن ما قبل المدرسة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية ؛
2- يتبع الأطفال المتأخرين في النمو نفس مسار النمو الطبيعي مع أنه في العادة لا يكون على نفس المستوى الوظيفي ؛
3- تقديم قواعد ثابتة لأسر الأطفال المعوقين عن كيفية تنشئة أطفالهم حتى يتجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية ؛
4- التأخر النمائي في السنوات الخمس الأولى قد يكون من بين الأسباب الرئيسية لإحتمالات ظهور سلبيات تستمر مدى الحياة. **(خولة أحمد يحيى وماجدة السيد،2005،ص.92)**

3-3- مميزات التكفل المبكر:

إن المساعدة المبكرة تساهم بطريقة إيجابية في تطوير مراحل النمو، و التكفل بالطفل يتميز بثلاث خصائص حسب " **Cuilleret**" وهي:

3-3-1- يجب أن تكون الكفالة مبكرة:

أي بدء هذا التكفل في أسرع وقت ممكن بعد إكتشاف مرض الطفل حتى لا يتقدم هذا الإضطراب إلى مراحل متقدمة ، فلابد من التوجيه الآني من قبل الفرقة الطبية ، لأن إنتظار طلب الوالدين للتكفل بالطفل التوحدي يتوقف على الإحساس بأهمية التدخل المبكر بكل جوانبه من قبل الأشخاص و القطاعات المعنية بإحتياجات وخصوصيات هذه الشريحة في المجتمع بما ذلك وسائل الإعلام.

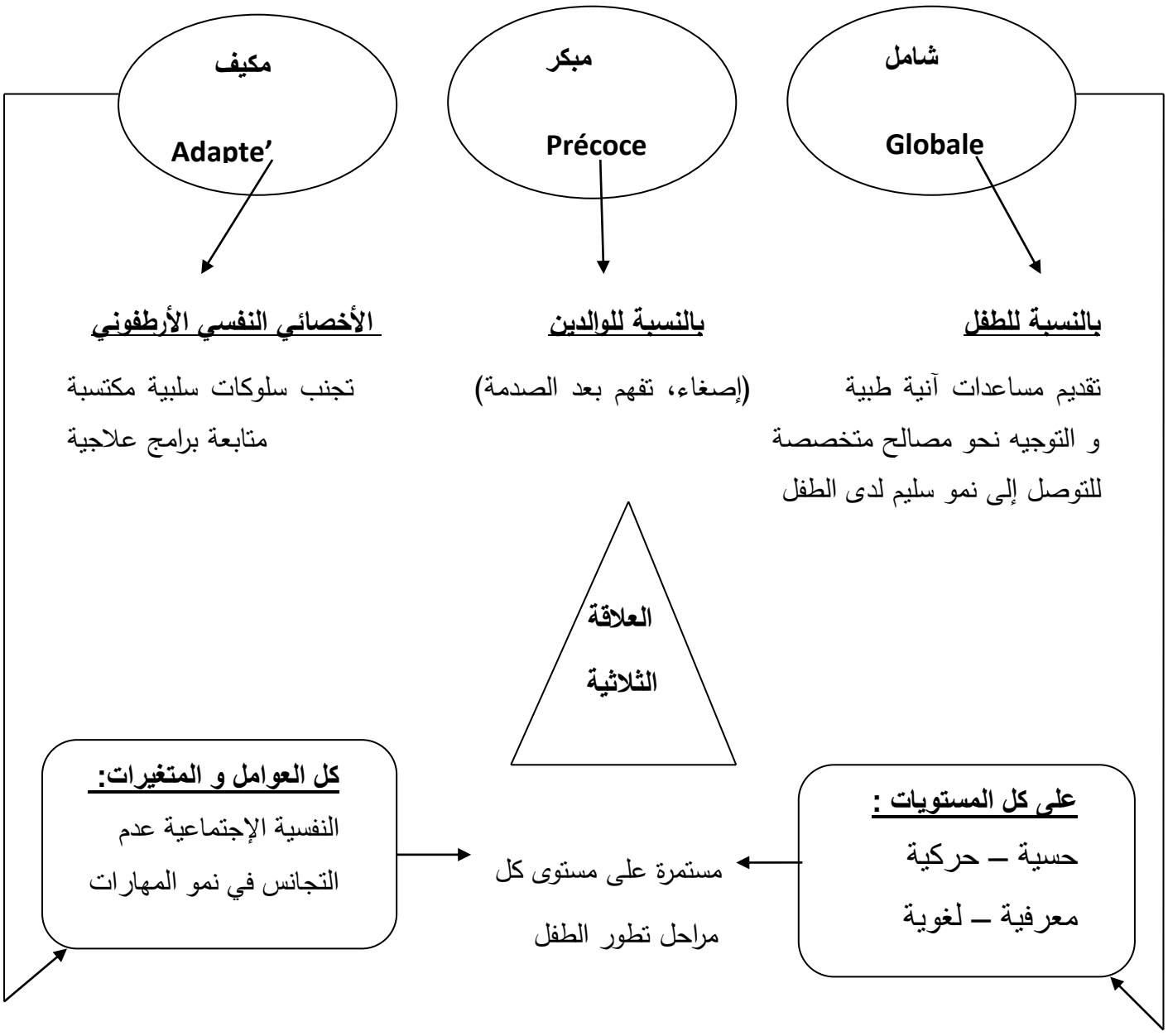
3-3-2- يجب أن تكون الكفالة مكيفة:

حيث تكون الإقتراحات مكيفة وفق كل حالة ، مما يجعل التكفل مسارا منفرد لطفل منفرد، فكل ما يحتاجه طفل عادي يحتاجه الطفل المصاب بالتوحد مع إضافة بعض العناصر الخاصة بهذا الإضطراب.

3-3-3- يجب أن تكون الكفالة مستمرة:

فلا مغزى للتكفل إذا لم يستند على مساعدة جدية ومتواصلة طيلة المراحل التطورية لحياة الطفل ، من الطفولة إلى غاية الرشد. **(Cuilleret Maunique, 2007,p.186)**

الشكل رقم (6): المشروع السيكوبيداغوجي الطبي للتكفل المبكر بالطفل التوحدي



4- الأخصائي النفساني الأرطفوني :

4-1- تعريف الأخصائي النفسي: هو شخص متخصص في علم النفس غالبا ما يحمل دبلوم دراسات عليا في إحدى تخصصات علم النفس و يحتاج في إعداده إلى دراسات إكلينيكية و تربوية خاصة بإضافة إلى دراسات تأهيله و تدريبه في إحدى المجالات النفسية الخاصة مثل الضعف العقلي أو ذوي الحاجات الخاصة أو الجنوح أو إرشاد الأطفال أو إحدى أساليب الإرشاد (العلاج النفسي) مثل الإرشاد بالعب أو الإسترخاء...الخ.

(أبو زعيزع عبد القادر،2009،ص. 28)

4-2- تعريف الأخصائي الأرطفوني : و هو الشخص الذي يتكفل بذوي الإضطرابات والمشكلات يعتمد في مخطط علاجه على الكشف، التشخيص والتكفل المبكر عن طريق أدوات تربوية لمعالجة إضطرابات الصوت والنطق والكلام إضافة إلى الإضطرابات المشتركة لفهم اللغة المكتوبة والشفوية ، و صغار الصم والمتخلفين ذهنيا ، والمعاقين حركيا وحتى يتحقق ذلك فالأرطفوني مطالب بتكوين أولي ثم تكوين مستمر بعد تخرجه للتزود بالمعارف العلمية والأدائية الضرورية والمناسبة التي تؤهله علاجيا و مهنيا.

4-3- يعرف الأخصائي النفساني و الأرطفوني في الجزائر: هو من تلقى تكوينا بيداغوجيا يركز على الإعداد النظري و التطبيقي ، وتم ذلك بعد الحصول على شهادة الباكالوريا في شعبة الآداب أو العلوم حيث يوجه الطالب إلى فرع علم النفس حسب النظام الكلاسيكي ليتابع الدراسة لمدة سنتين جذع مشترك و سنتين تخصص إما في علم النفس الإكلينيكي ، أو التربوي ، أو الأرطفوني ، وحاليا يتم التوجيه إلى نظام LMD أين يحصل على ليسانس أو ماستر أو دكتوراه.

4-4- دور الأخصائي النفسي الأرطفوني مع الطفل التوحدي:

يتمثل دور الأخصائي النفسي الأرطفوني مع الطفل التوحد فيما يلي:

4-4-1- الحصول على المعلومات الشخصية عن الحالة : وذلك من خلال جمع المعلومات الأولية عن طريق الوالدين أو من خلال الأشخاص المقربين و تتمثل هذه المعلومات في: التاريخ المرضي و التطوري للأسرة و الطفل التوحدي نفسه من خلال نموذج دراسة الحالة ، أسباب و جود الإضطراب ، و جود إعاقة أخرى ، الأمراض العضوية ، العلاجات المستخدمة ، علاقة الطفل التوحدي بأفراد الأسرة ، مدى تقبلهم للطفل، إعتماد الطفل على ذاته ، مدى حاجته لبرامج تعديل السلوك.

4-4-2- التشخيص diagnostique : يستلزم التشخيص على فريق متكامل من المختصين حيث يتكون من: الطبيب الأطفال من أجل تشخيص الصحة العامة للطفل كالسمع الصرع ...إلخ ، و أخصائي أرطفوني وذلك من أجل تشخيص إضطرابات اللغة وصعوبات النطق ومشكلات التواصل ، و أخصائي النفساني والذي يكمن دوره في معرفة تاريخ الحالة ، و وضع الطفل داخل الأسرة و مستوى قدراته و مهاراته

المعرفية و التربوية و ذلك عن طريق الاختبارات النفسية وكذا متابعة الحالة بالتعاون مع الأخصائي الأرطفوني.

4-4-3- إعداد التقرير النفسي préparation de rapport psychologique:

يتفق الأخصائي النفساني مع الأخصائي الأرطفوني على وضع خطة علاجية وفق ما يحمله الطفل التوحدي من إضطرابات مستخدما في ذلك عدة طرق و وسائل منها اللعب ، الفن...إلخ.

❖ ويتضح دورهما مع أطفال التوحد من خلال التركيز على النقاط التالية :

- تشجيعهم على الإنخراط في المجتمع و الإندماج مع أقرانهم و مع الآخرين دون خوف مع توفير جو إجتماعي ملائم لهم و يعالج السلوكات غير السوية لديهم و يكسبهم الإجتماعية المقبولة؛

- إختيار العلاج المناسب حسب درجة التوحد لدى كل طفل فهناك من يحتاج إلى علاج سلوكي أو علاج السيكوديناميي أو علاج بالفن أو الموسيقى أو العلاج بالبرامج العلاجية لعلاج مشكلات اللغة والإتصال لدى الأطفال التوحديين؛

- ملاحظة الإضطرابات السلوكية أولا بأول و العوامل المؤدية إليها، و من ثم كيفية الحد منها و تعديها؛

- تحديد الأهداف العامة والتعليمة وأساليب وطرق التدريس التي سوف تستخدم مع طفل التوحد؛
- نقل الملاحظات الخاصة بأداء الطفل للمهارات التي يتدرب عليها طفل التوحد التركيز على تحديد الأولويات لنقاط القوة والضعف لدى طفل التوحد؛

- إرسال بعض التعليمات و التوجيهات الخاصة لطفل التوحدي بطريقة سهلة وسلسة تمكنه من إدراك التي تم التوصل إليها بشكل دوري؛

- التأكيد على المرحلة و المستوى الذي و صل إليها الطفل ضمن البرنامج العلاجي؛

- كتابة تقرير سلوكي دوري خاص بالجوانب المختلفة التي تم العمل بها مع الطفل التوحدي و الإستجابات التي أظهرها و المشكلات التي تم التغلب عليها؛

(البيلاوي و عبد الحميد،2002،ص.56-57)

- مساعدة أسر أطفال التوحد على تقبل إبنهم و التكيف معها و للتعايش و التعاون المناسب مع الواقع الجديد بصدررحب ؛

- مساعدة أسر أطفل التوحد في تحقيق التوافق و الصحة النفسية لإبنهم و إلى الأسرة كذلك ؛

- مساعدة الأسرة كيفية التعامل مع الطفل الذي لا يستطيع توصيل أو نقل حاجاته ورغباته للآخرين ؛

- مساعدة الأسرة التحكم في السلوكات الشاذة ذات الطقوس النمطية التي يمارسها الطفل التوحد.

5- المتطلبات التربوية و العلاجية:

إن تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد ينطوي على تحديات حقيقية، وهذه التحديات تنجم جزئيا عن طبيعة التوحد، حيث أنه يأخذ أشكالا عديدة ، فبعض الأطفال يتمتعون بمهارات جيدة وبعضهم عدواني تجاه ذاته وإتجاه الغير، وبعضهم الآخر منسحب ومنعزل في عالم خاص به ، فليس هناك جملة من إستجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين، ولكل طفل شخصيته وأنماطه السلوكية الخاصة، وبالرغم من كل شيء فالأطفال التوحديين قادرون على التعلم والتحسن.

✓ وعليه ينبغي على البرنامج التربوية و العلاجية القائمة على رعاية الأطفال الذين يعانون من التوحد أن تراعي المبادئ الأساسية التالية:

1-إن التدخل المبكر و الفعال أمر حيوي جدا للأطفال الذين يعانون مظاهره ؛

2- إن أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في تطوير ذات و سلوك الأطفال الذين يعانون من التوحد هي الأساليب التي توظف مبادئ تعديل السلوك في بيئة تربوية منظمة ، و تركز على تطوير المهارات و خفض المظاهر السلوكية غير التكيفية ؛

3- يجب أن توجه البرامج التربوية و العلاجية نحو تلبية الحاجات الفردية للطفل ، و أن يتم تنفيذها بطريقة شمولية و منظمة بعيدة كل البعد عن العمل العشوائي ؛

4-يجب الإعتماد على البيانات العلمية لتحديد طبيعة البرامج اللازمة و للحكم على فعاليتها ؛

5- يجب أن تستخدم البرامج أنظمة فردية لتحفيز الأطفال للتعلم، وهذه النظم عموما تستند إلى مبدأ التعليم الشهير المعروف بإسم مبدأ الأثر والذي ينص على أن السلوك يزداد إذا كانت النتائج المترتبة عليه إيجابية ؛

6- يجب أن تكون الأوضاع التعليمية منظمة تسمح بممارسة التدريس الفردي والتدريس في مجموعات صغيرة. **(الخطيب جمال ، الحديدي منى ، 2009، ص.214)**

6-الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج التوحد:

1- تنمية الإتصال عن طريق التدريب الحسي و الحس حركي و التدريب المتعدد الحواس للطفل التوحدي؛

2- التركيز على الأحاسيس و تنميتها ؛

3- علاج مهارات التواصل ؛

4- التدريب السمعي ؛

5- العلاج الوظيفي ؛

6- إستخدام برامج تعديل السلوك تزويد الطفل التوحد بمهارات التواصل الإجتماعي و المهارات العناية الذاتية التي تساعده على التخلص من السلوكات غير التكيفية التي يعاني. **(كوافحة مفلح، 2005، ص. 172)**

7- طرق التكفل بالتوحد:

يمكننا أن نعرف العلاج بصفة عامة على أنه " تقديم خدمات للمعاق لمساعدته على التغلب على المشكلات التي تواجهه سواء كانت هذه المشكلات صحية أو إجتماعية أو نفسية ، فالمعاق يحتاج غالبا إلى عدة أنواع من العلاج ، كالعلاج الطبي و الطبيعي و الإجتماعي و النفسي و السلوكي.

(مدحت أبو نصر،2004،ص.188)

يعتبر علاج أطفال التوحددبين عملا متعبا للغاية، و ربما يرجع ذلك إلى صعوبة فهم السبب الذي أصبح من أجله الطفل متوحد ، و يشير "أوجرمان O'Gorman" إلى أن تفاعل المعالج أو المدرب مع الطفل التوحدي و الطرق التي يستخدمها في علاجه أو تدريبه جب أن تكون بقدر الإمكان قائمة على إدراكه لطبيعة هذا الطفل. كما أن فشل الطفل في التحسن بعد ساعات طويلة من العلاج و التدريب ، فإن المعالج يكون غير قادر على قبول هذا الوضع كفشل لشخصيته كمعالج ، و يميل إلى إعتبار الطفل غير قابل للعلاج ، أما إذا كان المعالج واعيا و مثاليا فيتقبل فشل الطفل و يصبح أكثر تميما و إصرارا على الإستمرار في معالجته. **(O'Gorman,1970 ,P.124)**

✓ ويشير التراث السيكولوجي إلى مدخلين علاجيين تم إستخدامها مع الأطفال التوحديين و هي كالأتي :

6-1- العلاج النفسي:

حاول " ليوكانر" هو أول من إكتشف التوحد تفسير سبب هذا الإضطراب فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الإنفعالية و التواصلية بين الوالدين (و خاصة الأم والطفل) بذلك نظر الآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث إضطراب التوحد لدى أطفالهم ، ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد إعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب و يتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والإنفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم يرى أيضا هذا الإتجاه أن الإضطراب ينتج عن الخبرات البيئية غير السوية ، ولذلك فتعرض الطفل للخبرات البيئية الإيجابية قد يخلصها من هذا الإضطراب ، والعلاج النفسي الفردي للأطفال التوحديين يعمل على توفير مواقف تتسم بالدفء والرعاية و الضبط ، حيث يتعلم الأطفال مبادئ الهوية والتفاعل الإنساني. **(عبد العزيز الشخص،زيدان السرطاوى،1999 ،ص.440)**

و من رواد هذا النوع من العلاج نجد "ميلانى كلاينKlien Melany " و"برونوبتلهيلم Betteelheim" و"مرشانت Merchant " وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد و أشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت بإستخدام الأساليب النفسية ، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي بإستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيدا للأشخاص التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع ، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض .

كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على إعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة.

✓ و هذا النوع من العلاج يشتمل على مرحلتين:

في الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم و تقديم الإشباع و تجنب الإحباط ، مع التفهم و الثبات الإنفعالي من قبل المعالج .

و في الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدرب على تأجيل و إرجاء الإشباع و الإرضاء. **(عبد الرحمان سيد سليمان، المرجع السابق ، ص. 91-92)**

2-6- العلاج السلوكي :

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا و إستخداما في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد ويعتمد العلاج السلوكي على فنية إدارة السلوك و ذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة ، و التقليل من الأفعال التكرارية النمطية ، و غيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي ، و يعد الثواب و العقاب مبدأ رئيسيا في هذه الفنية مع هدف تطوير و تعزيز السلوك الإيجابي و تقليل أو استبعاد السلوك السلبي ، و لقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع إكتساب المهارات الإجتماعية، و مهارات التواصل ، و رعاية الذات، و المهارات المعرفية .

(عمر بن الخطاب خليل،1991،ص.333)

* وتكمن أهمية أسالب العلاج السلوكي في :

أ – أنه أسلوب مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً ؛

ب – إنه أسلوب يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس ؛

ج – نظرا لعدم وجود إتفاق على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا يعير إهتماما للأسباب و إنما يهتم بالظاهرة ذاتها ؛

د – ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك ؛

✓ و يجدر الإشارة إلى أن هناك عدة خطوات يتعين الإهتمام بها لضمان نجاع العلاج السلوكي و هي :

تحديد الهدف ، سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل ، حث الطفل على الإستجابة ، المكافئة.

8- البرامج العلاجية و التربوية للأطفال التوحديين:

تعتبر البرامج العلاجية أهم عنصر في معالجة الأطفال الذين يعانون من التوحد، وهناك العديد من البرامج العالمية المستخدمة مع هؤلاء الأطفال، و نظرا لأن الأطفال التوحديين ليسوا العديد مجموعات متجانسة تماما، فهم يختلفون في الأعراض والأسباب والدرجة و الشدة، لذلك لا توجد برامج تصلح لجميع الأطفال لذلك يفترض وضع خطط و أهداف تلبي إحتياجات و متطلبات كل طفل على حدى وفقا لخصائصه العقلية والإجتماعية و التواصلية و السلوكية و قد أشارت الدراسات إلى فاعلية و نجاح بعض هذه البرامج من خلال إستخدامها بطرق علمية، و لم يثبت فاعلية و نجاح البعض الآخر، و من أشهر هذه البرامج ما يلي:

8-1- البرنامج التعليمي الفردي:

يعرف أنه برنامج تعليمي خاص مبنى على إفتراض أن لكل طفل توحدي إحتياجاته التعليمية الخاصة ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة أو بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية خاصة تحدد مشكلاته و إحتياجاته و العمر الزمني لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني ، هذه الصورة تعد بناءاً على قياس و تقييم دقيق لتلك القدرات يقوم بإجرائه فريق من الأخصائيين النفسيين و التربويين ليكون أساسا لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.

و الفكرة هي تهيئة البيئة التعليمية للطفل التوحدي و التي تسمح بتعليمه بسرعة أقل من سرعة تعلم الطفل العادي مع التركيز على أنشطة و موضوعات تعليمية وطرق تدريس وتكنولوجيا خاصة به ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد وعلى نمو قدراته ، ويعتمد إختيار الفصل المناسب لمستواه و على درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمي وعما إذا كان يعاني من التوحد فقط أو إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد، وتتطلب أساليب تعليمية و أنشطة فضلا عن تلك التي تتطلبها إعاقة التوحد كذلك لابد أن يتضمن برنامج التقييم حصرا وصفيا دقيقا للسلوكيات النمطية التي يندمج في القيام بها الطفل التوحدي بكل متكرر يستنفذ جزءا كبيرا من وقته و تركيزه، كذلك تحديدا للسلوكيات الشاذة و العدوانية التي تسبب إيذاء له أو لمخالطيه فالحصر و التقييم لهذه السلوكيات تؤدي إلى تضمين البرنامج التعليمي جانبا من وسائل و طرق العلاج تلك السلوكيات التي لو أهملت تحول دون فعالية البرنامج التعليمي و تحقيق أهدافه. **(الراوي حماد،1999،ص.55)**

8-2- برنامج لوفاس:(YAP)LOVAAS Young Autistic Program :

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين للدكتور نفساني "إفار لوفاس Ivor Lovaas " و هو أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلس و بدأ تجاربه في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين ، و قد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك. و هو أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين. و يقوم هذا البرنامج على إستخدام الإستجابة الشرطية بشكل

مكثف ، و التدريب في التعليم المنظم و التعليم الفردي بناءا على نقاط القوة و الضعف لطفل و إشراك الأسرة في عملية التعليم.

و يقبل الأطفال الذين شخصت حالاتهم بالتوحد و يعتبر العمر المثالي لإبتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى خمس سنوات و تكون درجات الذكاء أعلى من 40 % و لا يقبل من هم أقل من ذلك، و قد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر 6 سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام و يتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعيا ، حيث يبدأ الطفل في بداية الإلتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة و تزداد تدريجياً خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعيا.

يهدف هذا البرنامج إلى زيادة السلوك المرغوب فيه و إنهاء أو تقليل السلوك غير المرغوب فيه ، و بناء المهارات المطلوبة ليستطيع الطفل المصاب بالتوحد من مواصلة متطلبات الحياة .

إن الأهداف الرئيسية لبرنامج الأطفال الذين يكونون أقل من ثلاث سنوات هي : تحسين التواصل ، تنمية مهارات اللعب، بناء علاقات فاعلة، ردود فعل مناسبة للمثيرات الحسية، تطوير مهارات التركيز، التقليد الطلب و أهم المجالات التي يركز عليها لوفاس (الإنتباه، التقليد ، لغة الاستقبال ، لغة التعبير ، ما قبل الأكاديمي ، الإعتماد على النفس)

1- **الحضور و الانتباه** : أن يجلس الطفل بمفرده بطريقة مستمرة ، أن يتواصل ببصره إستجابة لسماع إسمه أن ينظر و يتصل عند سماع أمر (انظر هنا) ، أن يستجيب للأوامر مثل ضع يدك على الطاولة إفتح الباب، أطفئ الضوء...

2- **التقليد:** أن يقلد حركات الجسم الكبرى ، أن يقلد حركات بإستعمال الأشياء ، أن يقلد الحركات الدقيقة أن يقلد حركات الفم والشفاه

3- **فهم اللغة** : أن يتبع التعليمات من الأوامر الواحدة ، أن يتعرف على أعضاء الجسم ، أن يتعرف على الأشياء ، أن يتعرف على الصور، أن يتعرف على الأشخاص المألوفين ، أن يتبع الأوامر و الأفعال أن يتعرف على الأفعال في الصور، أن يتعرف على الأشياء في البيئة ، أن يشير إلى الصورة في الكتاب أن يتعرف على إستعمال الأشياء ، أن يتعرف على الملكية ، أن يتعرف على الأصوات في البيئة.

4- **اللغة التعبيرية:** أن يشير إلى الأشياء التي يرغبها عند سؤاله عما يريد ، أن يشير بأصبعه تلقائيا إلى ما يريد ، أن يقلد الأصوات و الكلمات ، أن يسمي الأشياء ، أن يطلب رغباته شفهيا ، أن يعبر حركيا ب نعم أو لا، أن ينادي الأشخاص المألوفين، أن يقوم بالإختيار، أن يتبادل التهاني.

5- **ما قبل الأكاديمي:** أن يستطيع المطابقة بين الأشياء المتماثلة و الصور المتماثلة وبين الأشياء و صورها ومطابقة الألوان و الحروف و الأرقام و الأشكال وأن يتعرف على الأشكال و الألوان.

6- **الإعتماد على النفس:** أن يكتسب مهارات العناية بالذات ، أن يستغل أوقات الفراغ بالإستقلالية ، أن يتواصل مع المجتمع ، أن يندمج في المدرسة. **(مجدي عبد الله،2013،ص. 255-256)**

8-3- برنامج التعليم المنظم "تيتش" علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال ذوي الإعاقات التواصلية: -Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH):

أسس هذا البرنامج " إيريك شوبلر Eric Schoplar"عام (1964) في جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية ، ويعتبر برنامج تيتش من البرامج المهمة في مجال التوحد حيث يطبق بشكل كبير في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا وبعض البلدان العربية .

يقوم هذا البرنامج على ضرورة الإعتماد على المثيرات البصرية كونها تساعد الطفل التوحدي على الإستجابة للتدريب بشكل أفضل من المثيرات اللّفظية، ولذلك يعتمد هذا البرنامج على نظام Teaching Structure تنظيم بيئة الطفل سواء في المنزل أو المدرسة ، فيدعوا إلى ضرورة ترتيب الغرف الصفية بحيث تتسم بالأمان و الراحة و الجاذبية و الأركان التعليمية المنظمة التي يستخدمها الطفل المتوحد في برنامجه الدراسي اليومي، و الذي يتم ترتيبه بناءً على إستخدام جدول غني بالمثيرات البصرية التي تمكنه من التعرف على جدوله الدراسي بشكل إستقلالي وسهل تمكنه من الإنتقال من نشاط لأخر بعملية منظمة.
(Nadia Boulekras,2011,p.120)

و يتعامل البرنامج مع جوانب عديدة أهمها اللغة ، التواصل ، السلوك ، الجانب الحسي ، العاطفي الإجتماعي في الحياة اليومية للطفل التوحدي بشكل تكاملي زمن خلال الإطار الصفي أو الجماعي وتشدد طريقة تيتش (TEACCH) على التعاون و التواصل المستمرين بين أسر الأطفال و الأخصائي بإعتبار ذلك عنصرا أساسيا يؤثر بدرجة كبيرة على نجاح الطفل ومدى تقدمه وتطوره ، تتحدد الميادين العلاجية التربوية حسب إختيار لوضع الخطة العلاجية الفردية الخاصة بكل طفل Psycho Educational Profil حيث يضم : التقليد ، الإدراك ، الحركات العامة ، الحركات الدقيقة ، التنسيق العيني اليدوي ، المعارف ، الكفاءات اللفظية ، الإستقلالية الذاتية ، التعايش الإجتماعي و السلوك.

(Schopler .E et al, tra Dominique et al, 2001, p.141-142)

يعتمد برنامج تيش على التوافق والتكامل بين النظرية السلوكية والنظرية المعرفية التي تأخذ بعين الإعتبار ضرورة إستخدام التعليمات و المعززات المناسبة دون إهمال الفروق في النمو، و ينمي هذا البرنامج الدافعية و التواصل التلقائي والتفاعل الإجتماعي لدى الأطفال التوحديين ، من مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحدى كل على إنفراد و يقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الإجتماعية – العقلية – العضلية – و اللغوية و بذلك بإستعمال إختبارات مدروسة.

✓ الخدمات التي يقدمها برنامج Teacch:

• التشخيص و التقييم : و يتم من خلال عدة تقييمات المتمثلة في) تاريخ الحالة الملف الطبي و المدرسي ملاحظة السلوكات و المقابلة مع الأولياء) ، هناك تقييمات أخرى عن طريق الإختبارات التشخيصية.

• الإدماج المدرسي: و ذلك يتم في أقسام **Teacch** المتواجدة في المؤسسات العادية حيث يضم كل قسم 5-8- أطفال يشرف عليهم أخصائي خاص بالتربية و مساعد، و يجب توفر بناء منظم لإطار عملية التدريس و التربية و ذلك عن طريق تنظيم المكان الذي يتم فيه العمل "القسم" ، فهذا يسمح للطفل بالتعرف على واجباته و ذلك في الربط بين المكان المتواجد فيه و ما ينتظره من العمل ، و تنظيم الوقت حسب النشاطات و تحفيز الطفل على المشاركة في القسم (إختيار النشاطات ، اللعب بتلقائية مشاركة الأطفال الآخرين). **(Perrot.A, B et Lelord. G, 1991, p.24-25)**

و في نفس الوقت يمكن إستدعاء الأطفال العاديين إلى الأقسام الخاصة لمساعدة أقرانهم المعاقين و ذلك بمشاركتهم في الألعاب الجماعية المنظمة من طرف المعلم و تعد هذه الطريقة الأفضل لدمج الأفراد المعاقين مع الأطفال العاديين.

8-4- برنامج نظام التواصل عن طريق تبادل الصور: Picture Exchange Communication System (PECS):

طور هذا البرنامج عام (1994) في الولايات المتحدة الأمريكية على يد الأخصائي النطق "بوندي Bondy " و زوجته " فروست Frost " إعتمادا على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي لأطفال المرحلة التحضيرية الذين لديهم قصور واضح في اللغة الشفوية. ثم إنتقل هذا البرنامج في عام (1997) إلى بريطانيا ليطبق كأحد الأساليب للأفراد الذين يعانون من مشاكل في التواصل و هو عبارة عن نظام تبادل الصور لأن الأفراد المصابين بالتوحد يتعلمون عن طريق البصر بشكل أساسي ، و لا يحتاج هذا البرنامج إلى مواد مركبة أو معقدة أو تقنيات عالية. **(قحطان الظاهر،المرجع السابق،ص.173-176)**

و يتم التدريب على البرنامج طوال اليوم من خلال الأنشطة اليومية، و يعمم التدريب في المواقف الطبيعية و يتكون البرنامج من ست مراحل أساسية ، و مرحلة إضافية ، و هي:

***المرحلة الأولى :كيف نتواصل How to Communication:** أو التبادل بالمساعدة الجسدية Physical Exchange ، و الهدف من هذه المرحلة هو أنه عند رؤية شيء محبب لدى الطفل يضع يده على صورة هذا الشيء ويضعها في يد شريك التواصل شريك(Communicative Partner) و يشترط في هذه المرحلة وجود مدربين إثنين، أحدهما يجلس أمام الطفل(شريك التواصل) و الآخر يجلس جنب أو خلف الطفل (الملقن الجسدي) .

* **المرحلة الثانية: توسيع مفهوم التلقائية Expanding Spontaneity:** أو المسافة الإستمرارية Distance and Persistence ، الهدف من هذه المرحلة هو أن يذهب الطفل إلى كتاب التواصل و ينتزع الصورة و يذهب بها إلى شريك التواصل و يضع الصورة في يده.

و يتعلم الطفل في هذه المرحلة كيف يلفت إنتباه الآخرين، و تتم في هذه المرحلة زيادة المسافة تدريجيا بين الطفل و شريك التواصل، و بين الطفل و كتاب التواصل، و تقييم أشكال التلقين المستخدمة و البدء بإخفائها، و زيادة عدد الأشياء التي يطلبها الطفل.

* **المرحلة الثالثة: مرحلة التمييز Picture Discrimination:** الهدف من هذه المرحلة هو أن يطلب الطفل ما يريده بالذهاب إلى كتاب التواصل و إختيار صورة ذلك الشيء الذي يريده من بين عدة صور، و يذهب بها إلى شريك التواصل ويضعها في يده. و يتم التدريب في هذه المرحلة على التمييز بين الشيء المفضل و الشيء غير المفضل ، و التدريب بين شيئين مفضلين ، ثم ثلاثة ، و هكذا.

و في البداية توضع الصور على كتاب التواصل من بين شيئين مفضلين، ثم ثلاثة، و هكذا، و في البداية توضع الصور على كتاب التواصل من الخارج ، و لاحقا يتم تدريب الطفل على إختيار الصورة المفضلة من داخل الكتاب و يستخدم مدرب إستراتيجية تصحيح الخطأ Step Error Correction عند قيام الطفل بإختيار الصورة الخطأ.

* **المرحلة الرابعة: تكوين الجملة Sentence Structure:** الهدف من هذه المرحلة هو أن يقوم الطفل بطلب الأشياء الموجودة و غير الموجودة أمامه من خلال إستخدام جملة مكونة من عدة كلمات بالذهاب إلى كتاب التواصل، و إلتقاط الرمز" أنا أريد" و وضعه على شريط الجملة ، ثم إلتقاط صورة أو رمز الشيء الذي يريده ووضعه على شريط الجملة ، ثم إنتزاع شريط الجملة من كتاب التواصل و الذهاب إلى شريك التواصل و وضعه في يد المدرب.

و يتعلم الطفل في هذه المرحلة وظائف التواصل كالطلب و التعليق، و أشباه الجمل من خلال إستخدام الرموز" أنا أريد " ، " أنا أسمع " ، " أنا أرى" و يستمر العمل على ما يسمى فحص التطابق و إستخدام ما يسمى بالتسلسل العكسي Back Word Chaining لتعليم الطفل تركيب الجملة.

* **المرحلة الخامسة :الاستجابة للطلب Responding to Request** : الهدف من هذه المرحلة هو أن يقوم الطفل بطلب أشياء متعددة بشكل تلقائي و الإجابة عن سؤال ماذا تريد؟

✓ و يتم التدريب في هذه المرحلة من خلال خطوتين:

– الأولى: عدم وجود فاصل زمني بين السؤال (ماذا تريد؟) و بين تلقين المساعدة بالتأشير أو المساعدة الجسدية (Zero Second Delay).

– الثانية: ترك فاصل زمني قصير بين طرح السؤال (ماذا تريد؟) و بين تلقين المساعدة بالتأشير أو المساعدة الجسدية، لإتاحة الفرصة للطفل بالمبادرة بالإجابة عن السؤال ، و تدريجيا تتم زيادة الفاصل الزمني.

*** المرحلة السادسة: التعليق Commenting :**

الهدف من هذه المرحلة هو أن يجيب الطفل عن أسئلة ماذا تريد؟ ماذا ترى ؟ ماذا تسمع ؟ ما هذا ؟ و في هذه المرحلة يكون الطفل قد تعلم على أسئلة الطلب ، فيتم تعزيزه إجتماعيا عند الإجابة ، و من الأمثلة على ذلك أسئلة التعليق على أحداث بيئية مثل سماع صوت سيارة أو أصوات حيوانات وغيرها ؟

***المرحلة الإضافية: المفاهيم Attributes :**

الهدف من هذه المرحلة هو أن يطلب الطفل الأشياء الموجودة و غير الموجودة بالذهاب إلى كتاب التواصل و إلتقاط الرمز" أنا أريد" ووضعه على شريط الجملة ، ثم التقاط صورة الشيء المفضل و وضعه على شريط الجملة، ثم إلتقاط الرمز الإضافي ووضعه على شريط الجملة و الذهاب إلى شريك التواصل و وضع شريط الجملة بيده و قد تكون المفاهيم الإضافية ألواناً أو أحجاماً أو كميات أو أشكالا وغيرها.

(Forst & Bondy, 2002p.188)

8-5- برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية: The Douglass Development Disabilities Center (DDDC):

تأسس مركز "دوغلاس" عام (1972) للأطفال الذين يعانون من التوحد ، و يقبل البرنامج الأطفال الذين تم تشخيصهم بإضطراب التوحد أو أي إضطراب من الإضطرابات النمائية ، و تتراوح أعمارهم من (30-62) شهراً ، و معدل درجة ذكائهم من (36-105) درجة ، و يعمل في هذا البرنامج معلمون مؤهلون و حاصلون على درجة الماجستير في التربية الخاصة ، و ينقسم برنامج دوغلاس إلى ثلاث مراحل:

1- فصل التحضير: و هي المرحلة الأولى من البرنامج ، و يتلقى الطفل25 ساعة من التدريب السلوكي في المركز و15 ساعة من التدريب السلوكي في المنزل ، و يتم التدريب بشكل فردي من خلال تقنيات سلوكية و المحاولات المنفصلة.

2- فصل المجموعة الصغيرة: و هي المرحلة الثانية من البرنامج، و يتلقى الطفل تدريبا مكثفا لإكتساب مهارات تؤهله للإنتقال إلى مرحلة الدمج في فصل مرحلة رياض الأطفال مع أطفال طبيعيين ويضم الفصل ستة أطفال ممن يعانون من التوحد ونسبة صغيرة من الأطفال العاديين مع معلمين.

3- فصل الدمج في رياض الأطفال: و هي المرحلة الثالثة من البرنامج و يتلقى الطفل المنهج العادي لرياض الأطفال مع إجراء بعض التعديلات لتناسب قدرات الأطفال التوحديين، و يضم الفصل ثمانية أطفال

طبيعيين و ستة أطفال ممن يعانون من التوحد و ثلاثة معلمين أو معلما و مساعدين إثنين أو معلمين اثنين و مساعدا واحدا.

و يتلقى الأطفال في مرحلة فصل التحضير 25 ساعة من التدريب في المركز ، و 15 ساعة من التدريب في المنزل، و ينخفض عدد ساعات التدريب بإنتقال الطفل إلى مراحل متقدمة من التدريب، و في جميع المراحل يتلقى الطفل خمسة أيام أسبوعيا من التدريب و لمدة سنة.

و يحتوي المنهج على تسلسل نمائي لمهارات متعددة منظمة من الأسهل إلى الأصعب و يهدف المنهج إلى تعليم الأطفال التوحديين المهارات الإجتماعية و الإدراكية و الحركية و مهارات الإعتماد على النفس و التعبير عن المشاعر، و يقوم برنامج دوغلاس على تعديل السلوكيات غير المرغوبة و غير السوية من خلال ما يعرف بالمدخل الوظيفي لتعديل السلوك. **(وفاء الشامي،المرجع السابق،ص.289)**

8-6- التدريب على المهارات الإجتماعية : Social Skills Training (SST)

و يشتمل التدريب على المهارات الإجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص الذاتويين على التفاعل الإجتماعي ، و يرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الإجتماعية يعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الإجتماعية بإعتبار أن المشاكل التي يواجهها الذاتويين في هذا الجانب واضحة و تفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى و بالتالي فإن محاولة معالجتها تمثل جزء أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

و هذا النوع من التدخلات العلاجية مبنى على عدد من الإفتراضات وهى :

1- إن المهارات الإجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة و تعمم بعد ذلك في الحياة الإجتماعية من خلال إنتقال أثر التدريب .

2- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها و يمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الإجتماعية و اللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية .

3- إن القصور الإجتماعي Social Déficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة و من الوسائل التي يمكن إستخدامها في التدريب على المهارات الإجتماعية القصص ، تمثيل الأدوار ، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقة و بشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الإجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض الذاتويين تحول بينهم و بين القدرة على تعميم المهارات الإجتماعية التي تدربوا عليها فى

مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها و في بعض الأحيان يبدو السلوك الإجتماعي للطفل الذاتوى متكلف و غريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية و لم يكتسب بطريقة تلقائية طبيعية .

8-7- العلاج بالحياة اليومية: Daily Life Therapy (DLT) :

إبتكر هذا العلاج عن طريق الدكتورة "كيوكيتارهارا Kiyo Kitahara "(1964) من اليابان و لها مدرسة في ولاية بوسطن الأمريكية تحمل هذا إسم "مدرسة هيجاشي " و هي كلمة باليابانية و تعني "الحياة اليومية " و هذا النوع من العلاج يتم بشكل جماعي ويقوم على إفتراض و هو أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل عالي من القلق و لهذا يتركز البرنامج على التدريبات البدنية تدريب بدني تطلق فيها الأندروفينا Endorphine التي تحكم القلق والإحباط بالإضافة إلى الكثير من الموسيقى و الدراما مع السيطرة على سلوكات الطفل غير المناسبة و إهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية.

- ✓ و تقوم هذه الطريقة على ثلاثة مبادئ أساسية وهي :

1- إستقرار وتوازن المشاعر لدى الأطفال التوحديين و تدريبهم على مهارات العمل على الإعتماد على النفس؛

2- العمل على تطوير و إتباع ما يسمى أنظمة إيقاع الحياة من خلال التدريبات الرياضية ؛

3- العمل على تنشيط العمليات الإدراكية والذهنية.

و يقبل هذا البرنامج أطفال التوحد الذين تتراوح أعمارهم من (3-12) سنوات ، و قد يقبل في بعض الأحيان الحالات لغاية 16سنة، و يبقون في البرنامج لغاية عمر23 سنة ، يكونون تحت إشراف معلمين متخصصين و يستخدم في هذه الطريقة الأساليب و المبادئ السلوكية كالتلقين و الإخفاء و التعزيز التفاضلي للسلوك البديل و يركز على التعلم الموجه للمجموعة و التعلم عن طريق التقليد و التقليل من السلوكيات غير المرغوبة، كما يركز المنهج على الموسيقى و الرسم و الأنشطة الرياضية كالجري و كرة القدم و السلة.

(قحطان الظاهر، المرجع السابق،ص .183)

8-8- برنامج ماكتون: Macaton Program :

هو برنامج لغوي تمّ تصميمه خصيصا لتطوير عملية التواصل و مهارات القراءة و الكتابة للأطفال و البالغين الذين يعانون من صعوبات في التعلم والتواصل وتتضمن أيضا المعاقين عقليا و التوحديين و ذوي الإضطرابات اللغوية.

و أطفال المصابين بالتوحد يتصفون بشكل أساسي بقصور التواصل اللغوي اللفظي و غير اللفظي و التي تشكل أحد الأعراض الثلاثة الرئيسية إضافة إلى قصور واضح في التفاعل الإجتماعي و السلوك النمطي

و الطقوسي، يعتمد البرنامج على لغة الإشارة فهو يختلف عن برنامج بيكس في كون الأخير يحتاج إلى صور، بينما يحتاج هذا البرنامج إلى يدي الطفل.

و لقد طورت السيدة "مارجريت ووكر Margraet Waklre" مفردات ماكتون اللّغوية في أوائل السبعينيات، و هي أخصائية في النطق بكلية سان جورج بجامعة لندن، ثم شاع إستخدامه في العالم. يتكون البرنامج بشكل أساسي من مفردات أساسية تصل إلى 450 كلمة لكل منها مفهوم لغوي يكون اللبنة الجوهرية للبرنامج ، تقدم المفردات عبر مراحل ثمانية و بشكل تدريجي من البسيط إلى الصعب ، و المكون الثاني مصادر المفردات التي تغطي حوالي 9000 مفهوما لغويا لكل جوانب الحياة.

يمكن ربط المفردات بجمل أو عبارات تتدرج من البسيط إلى إستخدام القواعد اللغوية المتقدمة ، يستخدم مع هذا البرنامج أساليب مقننة لتنمية مهارات التواصل الوظيفي و اللغة و التعلم يستعين البرنامج بالإشارات و الرموز الصوتية و الكلام، فالإشارات هي التي يستخدمها الأطفال التوحديين العاجزين عن الكلام وذلك بإستخدام تعبيرات الوجه و لغة الجسد و لغة الإشارة ، أما الرموز فهي تدل على المفردات أي يعبر الرمز عن الكلمة و يوفر أكبر قدر ممكن من المعلومات حول المفهوم الذي يمثله سهولة رسم الرمز مرة أخرى.

(قحطان الظاهر، المرجع ذاته، ص.179-180)

8-9- التجارب التعليمية، برنامج بديل للأطفال وآبائهم ما قبل المدرسة ,Learning Experiences an Alternative Program for Preschoolers and their Parents (LEAP)

إفتتح هذا البرنامج عام (1982) في جامعة كالارادو، و يتضمن : برنامجاً للأطفال ما قبل المدرسة و برنامج تدريب الآباء على المهارات السلوكية.

يقبل في البرنامج الأطفال الذين تم تشخيصهم بأي من الإضطرابات النمائية المماثلة، و معدل ذكائهم61 درجة ، و يقبل البرنامج الأطفال الطبيعيين والذين تتراوح أعمارهم بين(30 -64) شهراً ، و يعتبر هذا البرنامج من أول البرامج التي دمجت الأطفال التوحديين مع الأطفال الطبيعيين لتعليم المهارات الإجتماعية و يقوم بتنفيذ البرنامج مجموعة من المعلمين المؤهلين و المتخصصين و الذين يحملون درجة الماجستير في التربية الخاصة، و يتراوح عدد الأطفال في الفصل الواحد بين ستة أطفال من ذوي الإضطرابات النمائية و ثمانية أطفال طبيعيين، و ثلاثة من المعلمين ومساعد واحد و يشتمل منهج البرنامج على منهج رياض الأطفال و هو يشمل المجالات الإدراكية و الحركية و الإجتماعية و اللغوية و الإنتباه و الإعتماد على النفس و السلوك ، و يتلقى الأطفال التوحديون المنهج من خلال التعليم الفردي و يحتوي البرنامج على ثلاثة عناصر أساسية ، هي :

- رياض الأطفال: حيث يدمج الأطفال الذين يعانون من أي الإضطرابات النمائية المماثلة مع الأطفال الطبيعيين لمدة ثلاث ساعات يوميا لمدة خمسة أيام أسبوعياً طوال السنة.

- تعديل السلوك: يتم تدريب أفراد الأسرة على فنيات تعديل السلوك .
- نشر الوعي و برامج تدريبية خارجية : تتم من خلال التدريب على الخطط التربوية الفردية ، و إدارة السلوك، و تعليم المهارات الإجتماعية وغيرها.

(وفاء الشامي،المرجع السابق،ص.292)

8-10-برنامج صن رايز Son- Rise Program :

طور هذا البرنامج باري كافمان وسمريه كافمان Kaufman and Samahrai (1970) و هما والدا طفل توحدي تم تشخيصه بإضطراب التوحد مصحوبا بإعاقة عقلية شديدة، و قد أخبرهما الأطباء بأن حالة إبنهما ميؤوس منها ، و بعد ملاحظة و مراقبة سلوك ولدهما ساعات عديدة قاموا بتعليم ولدهما لمدة 12ساعة يوميا على مدار الأسبوع طوال السنة ، و أظهرت النتائج تقدما و تحسنا ملحوظا على طفلهما و أصبح يتكلم بطلاقة ، و يركز البرنامج على تدريب الأسر، و من ثم تقوم الأسرة بتدريب طفلهم بشكل فردي و لمدة عدة سنوات و تقوم فلسفة البرنامج على تقليد حركات الطفل والدخول إلى عالمه الخاص مما ينمي لديه الشعور بالحب و الطمأنينة و الثقة. **(وفاء الشامي، المرجع ذاته، ص. 294)**

8 -11- برنامج ديلور للتوحد:

يعتبر أحد تطبيقات منحنى تحليل السلوك التطبيقي قام بتصميمه "بوندي و فرست" "Bondy&Frost" عام (1980) في مدرسة حكومية لولاية ديلور الأمريكية و يستهدف الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم من (47 شهر إلى 21 سنة) يقضي الأطفال في البرنامج يوميا 6 ساعات طوال العام الدراسي الذي تبلغ مدته 241 يوميا و يكون معلم و مساعد لكل (4-5-) أطفال توحديين و أخصائي نطق لكل (12) طفل و أخصائي نفسي لكل (20) طفل، يتلقى كل طالب نصف ساعة يوميا في تعلم التكيف الجسدي إضافة للعلاج الطبيعي و الوظيفي عند الحاجة ، يتكون البرنامج من خطوات رئيسية تتمحور في:

1- وضع هدف سلوكي قابل للقياس.
2- تعزيز الخطوات الصحيحة.

8-12- برنامج دينفر للعلوم الصحية:

أسسه "روجرز وزملائه" "Rogers & Collegues " (1981) منطلقين من المنحنى النمائي بالاعتماد على نظرية بياجيه حيث يطبق البرنامج فريق متعدد التخصصات يضم : معلم التربية الخاصة و أطباء متخصصين في طب نفس الأطفال و أخصائي النطق و اللغة و معالج وظيفي و منسق عام للبرنامج و الأنشطة و مدرب يراقب و ينسق عمل أعضاء الفريق، تبلغ عدد الساعات التدريبية للطفل (34-41) ساعة أسبوعية موزعة كما يلي : (12) ساعة في الروضة و(12) ساعة تعلم فردي و (4-17) ساعة روتين منزلي منظم. و ينطلق البرنامج من أفكار عديدة أهمها:

1-الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاج للطفل و كل طفل حالة فريدة بحد ذاتها ؛

2-إمكانية تحقيق الطفل نجاحا في التعلم ؛

3- التوحد إضطراب إجتماعي بالدرجة الأولى فلمهارات التفاعل الإجتماعي أولوية كبيرة ليستطيع الفرد التوحدي أخذ دوره الطبيعي في المجتمع؛

4- يمثل اللعب أداء ذا أهمية كبيرة جدا بإعتباره أداة معرفية و إجتماعية فعالة في تعليم الأطفال التوحدين

5- التركيز على التعلم النهاري بتزويد الطفل على الأقل ب (20) ساعة تدريبية و يشمل التدريب على ثلاثة أوضاع رئيسية هي: تدريس الأسرة للروتين اليومي ، التدريس اليومي الشامل في رياض الأطفال التدريس اليومي المكثف و الذي يختلف من طفل لأخر حسب قدراته كما يختلف عند نفس الطفل عبر المراحل التطورية المختلفة و قد يكون التدريس خلال دوام الروضة أو خارجها.

✓ و يتضمن المنهاج الفردي لطفل التوحدي في برنامج دينفر خمسة مجالات هي:

1- مجال التواصل : من خلال تعليم الطفل أهمية التواصل و التقليد و الإيماءات التواصلية غير اللفظية ؛

2- مجال اللعب : من خلال التركيز على تطوير مهارات اللعب للتقليل من العزلة الإجتماعية ؛

3- المجال الإجتماعي : من خلال التركيز على المبادرة في التفاعل الإجتماعي ؛

4- المجال الحسي : تطوير النظام الحسي عن الطفل التوحدي من خلال تطور مهارات الإنتباه و الإثارة و الإنفعال ؛

5- المجال الحركي: تطور المهارات الحركية الوظيفية الضرورية للعب .

(ذيب الشيخ الرائد ،2005،ص.20)

8-13- برنامج ويلدن ما قبل المدرسة :

أسس هذا البرنامج من قبل "ماكجي و ديلي و جوكبز" "Mcgee .Daly.and Jacobs" عام (1985) يهدف لدمج الطفل عن طريق استثمار إهتمامات الطفل و تشجيعه على التفاعل مع زملائه بتطوير مهارات اللغة التعبيرية و تفعيل تعليمه من قبل الزملاء ، و يشتمل البرنامج على:

1- تنظم البيئة التعليمية لجذب الطفل لنشاطاته المفضلة ؛

2- الكشف عن إهتمامات الطفل ؛

3- إستخدام التعزيز و التلقين .

- يركز البرنامج في السنة الأولى على اللغة التعبيرية و المهارات اللفظية عن طريق تنظيم بيئة تعليم تلقائية تتيح الفرصة للطفل إختيار التعلم إضافة إلى تزويده بخبرات لغوية طبيعية و في السنة الثانية يتم تهيئة

الطفل لكيفية تعلمه من أقرانه في الصف ، تبلغ ساعات دوام الطفل في البرنامج أربع ساعات يوميا و يعتبر التواصل مع الأسرة في غاية الأهمية حيث يتاح لها الكثير من فرص التفاعل مع البرنامج .

(ذيب الشيخ الرائد،المرجع ذاته،ص. 22)

8-14- طريقة فاست فورورد Fast Forword :

طورت هذه الطريقة من قبل "ميشيل وباولا" Michael Meyzenich and Paula Tallal " و هي عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب، و يقدم البرنامج سلسلة من التمارين على شاشة الحاسوب مستخدما أصوات كلامية تختلف في طولها، و يتعلم الطفل تمييز الأصوات.

و يتألف البرنامج من (100) دقيقة في اليوم و لمدة خمسة أيام في الأسبوع لمدة(4 -8) أسابيع و هذا البرنامج مناسب للأطفال الذين يتراوح أعمارهم بين (5- 14) سنة و الذين حصلوا على درجات دون المستوى الطبيعي على واحد أو أكثر من الإختبارات الرسمية لتطور اللغة و الوعي الصوتي و الإستيعاب اللغوي ، و الذاكرة ، و القراءة ، و التهجئة.

و تعتبر هذه الطريقة في علاج اللغة إيجابية في معالجة المعلومات في بعض حالات الأطفال الذين يعانون من خلل في تعلم اللغة ، لاسيما عندما تدمج من خلال برنامج يشتمل على علاج اللغة الوظيفية. و تقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب و يلعب و يستمع إلى الأصوات المنبعثة من هذه الألعاب.

(الجلبي سوسن شاكر ،2005، ص.118)

و هذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة و الإستماع و الإنتباه ، و بالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية و نظراً للضجة التي عملها هذا الإبتكار فقد قامت بولا طلال بتأسيس شركة بعنوان" التعليم العلمي " Scientific Learning "حيث طرحت برنامجها تحت إسم Fast For Word ، و قامت بتطويره و إبتكار برامج أخرى مشابهة ، كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

8-15- علاجات التبادل و النمو: Thérapie d' Echange et de Développement (THED):

علاج التبادل و النمو هو نوع من الكفالة الفردية الموجهة إلى أطفال يعانون من إضطرابات حادة في الشخصية **(Lelord.G, et Al,1995,P.23)**

تمارس حاليا في الجناح الخاص بالعلاج النفسي للأطفال في المستشفى الجامعي "Tours" في فرنسا و تطبق على الأطفال المصابين بالتوحد و الأطفال الذين يعانون من إضطرابات أخرى في النمو و ترتكز مبادئ هذا العلاج على أسس فيزيولوجية ، إنطلاقا من أن التوحد كإضطراب وظيفي للنظام العصبي

المركزي ، و البرنامج العلاجي THED يتم خلال عدة حصص في الأسبوع ، و الحصة مدتها حوالي 20 إلى 30 دقيقة على الأقل لمدة عامين ، تطبق هذه الحصص بإنتظام في قاعات للعلاج خاصة و في توقيت مناسب و كل حصة تضم نشاطات مختارة بالنظر إلى مستوى نمو الطفل، فالمعالج يستشير الطفل و يحاول شد إنتباهه.

✓ **ومن أهم المقترحات في علاجات THED :**

•**الانتباه :(attention)**: و ذلك بإختيار الأشياء التي تجلب إهتمام الطفل و العمل بها في تمارين تهتم بإثارة الانتباه ؛

•**الإدراك:(perception)**: و تهدف التمارين إلى تطوير التوجه نحو الأصوات و الأشكال وذلك من خلال إعادة تربية الحواس حتى يتمكن من تمييز مختلف المثيرات ؛

•**الاقتران :(L'association)** : و يضم الإقتران البصري اليدوي حيث يتم تقديم صور و أشكال للتركيب و الإقتران السمعي اليدوي من خلال مجموعة من الألعاب الصوتية ؛

• **الشعور الداخلي (الإرادة) : (L' intention)** : يتعلق بتوجيه الطفل إلى المحيط الخارجي و إلى المعالج فمن خلال النشاطات المقترحة يتم تنمية وظيفة الإرادة ففي عدد معين من الحصص يصبح الطفل هو الذي يبادر باللعب ؛

•**التقليد:(L'imitation)**: في البداية المعالج يأخذ بيد الطفل و يساعده على إنجاز النشاط و بعد مدة يتمكن الطفل من تقليد ما يفعله المعالج ؛

• **المقوية :(Le tonus)** : تُنمى المقوية بوضع الأشياء في متناول الطفل و بالتالي يتوصل إلى الإمساك بها بعد بذل جهد و تنسيق هذا الأخير مع حجم و ثقل الشيء المراد أخذه ؛

• **الحركية :(La motilité)** : و تتمثل في تصميم وضعيات يستعمل فيها الطفل يديه معا في نفس الوقت و هنا يلاحظ أن الوضعيات الغريبة مثل السلوك النمطي تتراجع ؛

•**العاطفة :(L'émotion)** : بإمكان المعالج التوصل إلى تعديل الإضطرابات العاطفية دون إستعمال الأشياء و ذلك بواسطة الإيقاع ، الإيماءات ، الملامسة التقرب من الطفل ؛

• **الغريزة:(L'instinct)** : و المتمثلة في التغذية ، النوم ... حيث يتم تنمية و تعديل هذه الوظائف من خلال برنامج منجز من طرف المربين و الممرضين و العائلة ؛

• **الاتصال:(Le contact)**: و يتمثل في إيجاد وسيمة لجلب إهتمام الطفل و الإستفادة من أوقات عطائه، و هذا للوصول بالطفل إلى أن ينظر للمعالج ، يبحث عنه ثم بعد مدة يتفاعل معه ؛

- **التواصل: (La communication)**: تدريب الطفل على أن يعرض على المعالج الأشياء الموجودة في المحيط أو الصور؛
- **الإنجاز: (La réalisation)** : تدريب الطفل على مراقبة تفاعلاته و تحسين وظائفه.

8-16- التدريب من خلال المحاولات المنفصلة (DTT):

تعتبر المحاولات المنفصلة الطريقة الرئيسة في التدريب للكثير من التدخلات السلوكية المستخدمة لتعليم الأطفال ذوي إضطراب التوحد وذلك بسبب نجاحها حيث يقوم المعلمون و أفراد الأسرة بتطبيق التعليم من خلال المحاولات المنفصلة بشكل فردي (مربي واحد وطفل واحد) في بيئة خالية من المشتتات ، و يعتبر التعليم من خلال المحاولات المنفصلة من أكثر الاستراتيجيات فاعلية في تعليم الأطفال التوحديين و التدريب من خلال المحاولات المنفصلة هي ليست علاجاً بحد ذاتها إنما إستراتيجية تعليمية تستخدم مع الأطفال التوحديين، مشتقة من طريقة التحليل السلوكي التطبيقي.

يقوم المدرب بعرض الهدف التعليمي على الطفل بشكل متكرر عدة مرات يتراوح عددها بين (5-9) مرات، و كل مرة يعرض فيها الهدف التعليمي يطلق عليها "محاولة" و يشتمل التدريب من خلال المحاولات المنفصلة على تجزئة المهارات المعقدة إلى مهارات جزئية تجعلها أسرع و أسهل في التعليم ، و يمكن إستخدام هذه الإستراتيجية مع جميع الأعمار.

و يعود أصل المحاولات المنفصلة إلى الطرق التي إستخدمت في الأبحاث التجريبية التي قام بها كل من "ثورنديك Thorndike "، و "واطسون Watson "، و "بافلوف Pavlov " في أواخر(1920) و تقوم المحاولات المنفصلة على ثلاثة عناصر أساسية للتحليل السلوكي التطبيقي و هي المثير Antécédent و السلوك الاستجابة Behavior و النتيجة Conséquence .

لقد أوصلت العديد من الدراسات المنشورة بفاعلية التدريب من خلال المحاولات المنفصلة، كما أظهرت هذه الدراسات بأن هذه الإستراتيجية تساعد الأطفال الذين يعانون من التوحد على تعلم العديد من المهارات و تشمل مهارات التواصل، و التفاعل الإجتماعي، و العناية بالذات كما أن المحاولات المنفصلة تستخدم في علاج المشكلات السلوكية كالهروب و نوبات الغضب مثلا، إذ إن معظم البرامج التي صممت في خفض المشكلات السلوكية استخدمت إستراتيجية التدريب من خلال المحاولات المنفصلة.

✓ **إجراءات تطبيق إستراتجية التدريب من خلال المحاولات المنفصلة :**

1- يجلس الطفل أمام المعلم في بيئة خالية من المشتتات، و يبدأ المحاولة بمداعبة الطفل ؛

2- يقول المعلم للطفل" أفعل هذا " مرة واحدة و يصفق المعلم بيده مرة واحدة ؛

3- ينتظر المعلم إستجابة الطفل، علما أنها لا توجد فترة إنتظار محددة بل تعتمد على الطفل، بعضهم يحتاج إلى فترة إنتظار لترجمة المعلومات، و البعض الآخر لا يحتاجون إلى فترة إنتظار لفترات طولية لأنهم قد يفقدون إنتباههم، و على جميع الأحوال يجب أن لا ينتظر المعلم لكي يستجيب الطفل أكثر من عشرين ثانية ؛

4- بعد أن يستجيب الطفل يقوم المعلم بإعطاء قطعة من الحلوى و يقول له مبتسما " ممتاز، أحسنت " أما إذا إستجاب الطفل بشكل خطا أو فشل في الإستجابة يقوم المعلم بتعزيزه و قد يقول له " لا" أو يحاول مرة أخرى أو يلقنه الإستجابة الصحيحة ؛

5- ينتظر المعلم مدة تتراوح ثوان (3-5) ؛

6- يقوم المعلم بتكرار نفس المحاولة من (5- 9) مرات، مع مراعاة عدم التغير المثير في كل محاولة و لكن من الممكن التنوع في المعززات ؛

7- ينتقل المعلم إلى تدريب على محاولات جديدة لهدف آخر ؛

8- تسجيل المعلم لإجابات الطفل كلك هدف و تحديد تاريخ التدريب.

(وفاء الشامي، المرجع ذاته، ص.296)

✓ و هنالك عدة عوامل تجعل التعليم بالمحاولات المنفصلة إستراتيجية ناجحة مع الأطفال التوحديين و منها:

1- التكرار: يتلقى الطفل التوحدي عدة فرص و محاولات لتعلم المهارة و الأهداف ، لذا تصبح عملية التعلم أسهل و أسرع ؛

2- التنظيم : يحتاج الطفل التوحدي إلى التنظيم لأنه يجد صعوبة في فهم البيئة غير المنظمة، و لأن إستراتيجية المحاولات المنفصلة هي طريقة منظمة يسهل على الطفل التوحدي إتباع التعليمات و فهم ما هو مطلوب منه ؛

3- التعزيز: يتلقى الطفل التوحدي المعززات بعد كل إستجابة صحيحة، و هذا يزيد من إحتمالية تكرار الإستجابة في المرات القادمة و ترفع من مستوى الحافز لديه .

8-17- التدريب على التكامل السمعي (AIT) Auditory Intégration Training :

طورت هذه الطريقة على يد الدكتور "جاي بيرارد Berard Gay "(1967) في فرنسا، و تقوم هذه الطريقة على إفتراض أن الأشخاص المصابين بالتوحد يعانون من حساسية في السمع، إما زيادة مفرطة في الحساسية أو نقص في الحساسية السمعية و هو ما يسمى بصعوبة معالجة الإحساسات السمعية و تعمل هذه الطريقة على تحسين قدرة السمع لدى الأطفال من خلال تحديد حدة السمع لديهم عن طريق

فحص السمع، ثم وضع سماعات على أذان الأطفال التوحديين بحيث يستمعون إلى الموسيقى ويتم التحكم بفترة الأصوات فإما نزيد من الحساسية أو نقللها حسب الحاجة ، و يتطلب التدريب و العلاج عشرين جلسة لمدة (12 –10) يوما، و مدة كل جلسة(30) دقيقة مرتين في اليوم، و أشارت نتائج الدراسات بأن هذه الطريقة تحسن في الإنتباه و الإثارة ، و اللغة ، و المهارات الإجتماعية و تحسن سلوكهم الإجتماعي و تفاعلهم مع أقرانهم و تجدر الإشارة إلى أن هناك معارضين ومؤيدين لهذه الطريقة.

(الجلبي سوسن شاكر،المرجع ذاته، ص.117)

8-18- العلاج بالتكامل الحسي (SIT) Sensory Intégration Therapy:

و تسمى أيضا التدريب على الدمج الحسي و هي عملية عصبية يتمكن بها الدماغ من دمج و تفسير التنبيه الحسي الوارد من البيئة. **(محمد زياد أحمد،2001،ص.121)**

أول من بحث في هذا العلاج هي الدكتورة "جين آثرز **Jane Ayres**" عام (1979)، و التي رأت أن بعض الأطفال يجدون صعوبة في تنظيم و توجيه المعلومات الحسية المختلفة الصادرة عن أجسامهم و عن البيئة ، كالسمع ، الشم ، النظر، اللمس ، التذوق، وهذا الخلل في الدمج الحسي قد يؤدي إلى المشكلات التالية : قلق و توتر، عدم القدرة على المعالجة الصحيحة للمعلومات البصرية و السمعية ، تأخر لغوي عدم القدرة على تحمل لمس الغير، ضعف مهارات التركيز ، مستويات إثارة غير ملائمة صعوبات التعلم ضعف توازن الجسم و الوقوف.

تهدف المعالجة بالدمج الحسي إلى التقليل من هذه الأعراض، من خلال إستخدام نشاطات من المفترض أنها تؤثر على النظام العصبي، وتشمل الأدوات و الأساليب اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي:

- التدليك ، اللمس برفق ؛
- تحريك أشياء ثقيلة ؛
- شد حبل بقوة ؛
- التأرجح على الأرجوحة ؛
- اللعب بمواد متنوعة مختلفة اللمس (الرمل، الأرز ، العدس...) ؛
- الدحرجة على كرات كبيرة ؛
- القفز و غيرها من النشاطات المماثلة. **(وفاء الشامي، المرجع ذاته، ص.298)**

8-19- التواصل الميسر أو المسهل Communication Facilitée:

هذه الطريقة أقترحت في أستراليا من طرف Rose Mary Grossley سنة (1987) و هي تهدف إلى مساعدة الأطفال المصابين بالتوحد المبكر و تناذر الريت و عرض داون و ذوي الإصابات الدماغية و تشجيع الأشخاص الذين لديهم إضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم بمساعدتهم جسديا و تدريبيا و ذلك عن طريق المسهل.

حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال إستخدام السبورة أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر أو لطرح الكلمات و التسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، اللمس على الكتف للتشجيع فالشخص المصاب بإضطرابات معينة قد يبدأ الحركة و المساعدون يقدمون السند و المساعدة الجسمية له. **(رائد خليل العبادي، 2006، ص.81-82)**

و هذا النوع من العلاج يبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل الذاتوى إنما تنتج من إضطراب الحركة علاوة على القصور الإجتماعي والتواصلي و على ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدى في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر(الآخر) كما أن هذا الأسلوب يركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة . و قد حظيت هذه الطريقة بإهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء بإستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون إستخدام الميسر. **(فهد بن حمد المغلوث ،المرجع السابق، ص. 126- 127)**

8-20- العلاج بالتدريبات البدنية : Physical Exercice (PE)

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland (1988) و قد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ، إذ تساعد ممارسة الأنشطة الرياضية أطفال التوحد في حالة الأطفال منخفضي النشاط ، حيث يمكن للأنشطة الرياضية أن ترفع من مستواهم و تجعله أكثر ملائمة للمواقف التي تصادفه ، و يمكن أيضا أن تساعد الأطفال الذين لديهم درجة مرتفعة من النشاط فتكون الأنشطة الرياضية تفريغ للطاقة الزائدة لديهم ، و تكون هذه الأنشطة عبارة عن تسلق أو قفز أو الجلوس فوق كرة علاج كبيرة و القفز إلى الأعلى و إلى الأسفل و المشي و الهرولة و السباحة ، و كل هذه الأنشطة تساهم في عملية علاج الطفل التوحدي و نستطيع عبر هذه الأنشطة دمج بعض المعطيات المعرفية التي تلقاها الطفل في برنامجه مع المعلم أو المربي في النشاط الرياضي مثل داخل و خارج، فوق وتحت.

(أحمد العزيز وبلال عودة،2009،ص.193)

8-21- العلاج بالمسك أو الاحتضان: (HT) Holding Therapy

يقوم العلاج بالإحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتوى ينتج عنه عدم توازن إنفعالي مما يؤدى إلى إنسحاب إجتماعي و فشل في التفاعل الإجتماعي و في التعلم و هذا الإنعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الإرتباط بين الأم والطفل وبمجرد إستقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث. وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق و بالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ و على المعالج (الأب،الأم،المدرس... الخ) أن يقف أمام الطفل و يمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين و يمكن أن تتم الجلسة و الطفل جالس على ركبة الحاضن و تستمر الجلسة لمدة (45) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل. و في هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء و أمهات الذاتويين على إحتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى و إن كان الطفل يمانع و يحاول التخلص و الإبتعاد عن والديه و يعتقد أن الإصرار على إحتضان الطفل بإستمرار يؤدى بالطفل في النهاية إلى قبول الإحتضان و عدم الممانعة ، و قد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدؤوا في التدقيق في وجوههم و أن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضا بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل و التفاعل الإجتماعي، و لكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى إستخدام أسلوب العلاج بالإحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً.

8-22- العلاج باللعب :

يعد اللعب النشاط الذي يعبر عن طريقة الطفل في التفكير و الإستدلال، حيث يعرفه "غفروبل "بأنه نشاط تلقائي و نفسي و في الوقت نفسه هو خيالي للحياة البشرية في مجموعة ، لذلك كان مقرونا دائما بالفرح و الحرية و الرضا و الراحة النفسية و الجسمية. **(جابر عبد الحميد، 1997، ص.467)**

فهو أحد الأساليب الهامة في تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم ، و هو طريقة هامة في علاج الأطفال المضطربين نفسيا، حيث يستغل اللعب للتنفيس الإنفعالي، و تنفيس الطاقة الزائدة ، و التعبير عن الصراعات ، و تعليم السلوك المرغوب.

- ✓ و هناك ثلاثة إتجاهات رئيسية في تبني اللعب المتمركز حول الطفل وهي:

1- الإيمان بالطفل و الثقة به ؛

2- تقبل الطفل كما هو و التواصل معه ؛

3- إحترام الطفل كإنسان. **(معوض خليل مخائيل، 2000، ص.40)**

إن إشراك التوحديين مع أقرنهم الأسوياء هو جزء من التقارب و إكتساب الخبرة المفيدة لحياتهم ، و على الرغم من إن التواصل و التفاعل و الإحتكاك مع سائر الأطفال قد تطلب توسطا من الأسرة و الأخصائيين و بذل الجهد الكامل لإعدادهم لفترات الإختلاط و مشاركتهم في النشاط اللعبي، إذ لابد من إفساح المجال

لأطفال التوحد الدخول إلى العالم الواقعي الذي سيستفيدون منه مستقبلا ضمن برامجهم العلاجية ذات التخطيط المسبق ، و هناك توصيات بخصوص ألعاب الطفل التوحدي منها:

– يجب أن تحتوي اللعبة على مثيرات بصرية حتى تشد الطفل التوحدي على التحديق في الأضواء و تركيز و تثبيت بصره ؛

– يجب أن تحتوي اللعبة على مثيرات سمعية لأنه يعبر دائما و ينطق و يهمهم ، و يستعمل لسانه ؛

– يجب أن تحتوي اللعبة أيضا على مثيرات ملموسة لأن الطفل التوحدي عادة يحاول ضرب جسمه أو وضع أصبعه في فمه فلابد أن تكون الألعاب ناعمة ؛

– يجب أن تحتوي هذه الألعاب على مثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدي لديه عادات مثل أحيانا يضع جسمه في وضع غريب أو أحيانا يمشي على أصبع القدم و يقلب رأسه إلى الخلف ؛

(محمد بن عبد العزيز الفوزان،2000،ص.114)

– كما يجب توفير لأطفال التوحد ألعاب ذات النمط المحسوس و القريبة من الحياة الواقعية كالأدوات المطبخية و الطبية و المهنية حتى تقترب لديه فكرة الحياة بشكل تدريجي مما يكون له أثر إيجابي.

8-23- العلاج بالموسيقى:

يعد العلاج بالموسيقى من العلاجات المهمة التي أستخدمت مع الأطفال التوحديين و غيرهم من فئات التربية الخاصة كالمضطربين انفعاليا ، حيث أنها تعمل على مساعدة الطفل التوحدي على إقامة التواصل و إقامة العلاقات ، كما يمكن أن تستخدم لتحسين العلاقات مع الآباء و الآخرين ، و زيادة نسبة التعلم و النمو. حيث يضفي هذا النوع من العلاج على الأطفال التوحديين المرح و اللعب و التقليل من حالات التوتر و القلق، بالإضافة إلى أن لها تأثيرات فيزيولوجية ، و فيزيائية من خلال مجموعة من التغيرات الكيماوية التي تحدثها على الدماغ في قسم التفكير و الجزء المسؤول عن الإنفعال و الإحساس ، إضافة إلى هذا فهي تساعد الطفل على التفاعل الإجتماعي و تشجع التواصل البصري مع الآخرين كما يساعد على تطوير مهارات إنتظار الدور و هي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الإجتماعية .

(عبدا الله بن محمد الصبي،2003،ص.127)

8-24- العلاج بالفن: Art Therapy :

تعد " نومبيرغ Nomberg " (1919) من الأوائل الذين إهتموا بالعلاج بالفن، و أسست مدرسة للأطفال أسمتها مدرسة والدن Walden التي إهتمت فيها بتطوير أساليب تعليمية جديدة مبنية على الإهتمام بالنمو الإنفعالي و الإبداعي، و بينت العلاقة بين التعبير الفني و مشكلات السلوك لدى الأطفال و المراهقين إذ يتيح الفن أو الرسم تحديدا الفرصة للأطفال على تأكيد ذاتهم و التعبير عن الإنفعالات و تكوين شخصياتهم، كما أنه يطور قدرتهم على الملاحظة و الرؤية الدقيقة، إضافة إلى تنمية قدراتهم الحسية من

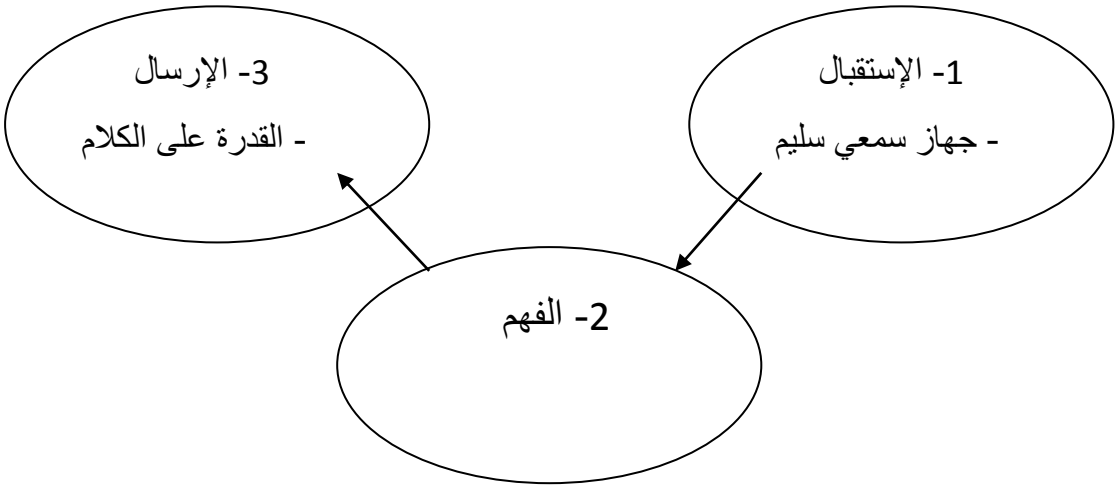
خلال العمل اليدوي و تعويدهم على النظافة و الصبر و تنمية روح التعاون، كما يسمح بتطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لأنه يعبر عن الأفكار و المشاعر و يخفض من شدة التوتر و الألم، و الطفل التوحدي أكثر إحتياجا للفن نظرا لما يعانيه من قصور في التواصل و التفاعل الإجتماعي إذ يعد من الوسائل الهامة للتعبير عن المكنونات الداخلية كما يعمل على تنمية مهارات الإدراك كالإدراك البصري و الإنتباه. تعليم الفنون ييسر إكتساب اللغة ، و يزيد من الإبداع ، و يعزز الإستعداد للقراءة ، و يساعد في النمو الإجتماعي ، و في التحصيل الفكري ، و يعزز الإتجاهات الإيجابية نحو المدرسة، كما عده الباحثون كعلاج للدماغ التالف، و هناك من يقو ل أن الفن يثير وعي الجسم و الإبداع و الإحساس بالذات.

(قحطان الظاهر، المرجع ذاته ،ص.228)

8-25 - العلاج بتنمية القدرات اللغوية:

بعد التأكد من سلامة الجهاز السمعي للطفل ، إذ أن الأطفال التوحديون لديهم جهاز سمعي سليم و لكن مشكلة عدم الكلام و ضعف المفردات اللغوية تنشأ من نمط شخصية التوحدي و من عدم قدرتهم على التعبير، حيث تظهر المشكلة ما بين السنة الثالثة و الرابعة من عمر الطفل و هي من أكثر المظاهر التي يهتم بها الأهل، و تتمثل المشكلة في شقين إحداهما هو ضعف القدرة على التمييز السمعي و الثاني هو ضعف القدرة على النطق الصحيح .

(مصطفى جمال،2008،ص.54)



ويبدأ تعليم الطفل اللغة في مرحلة معينة من مراحل الرعاية المتكاملة أو الشمولية للطفل عندما يتوفر عنده قدرة و لو بسيطة على الإنتباه مع قبوله لتكوين تواصل مع الآخرين، و يمكن تقسيم مراحل التعليم و التطور اللغوي عند الطفل إلى أربع مراحل وهي تشمل :

1- المرحلة الأولى: و فيها يتعلم الطفل مبادئ المهارات الأساسية للغة وهي :

- الإستجابة لإبتسامات الآخرين و لصورته بالمرآة ؛

- تقليد الحركات و الأصوات البسيطة ؛
- الإتصال البصري و تعزيز التواصل البصري ؛
- فهم اللغة البسيطة ؛
- إصدار الأصوات و الكلمات الأولى ؛
- إستخدام أغاني و أناشيد الأطفال .

2- المرحلة الثانية: مرحلة الكلمات و فيها يتعلم الطفل و يتدرب على :

- الإنتباه و الإستجابة للأصوات ؛
- الفهم لوظيفة الأشياء المألوفة لديه ؛
- التقليد لبعض الأعمال المنزلية ؛
- التعرف على الصور المألوفة ؛
- اللعب مع أقرانه ؛

3- المرحلة الثالثة : مرحلة الجمل و فيها يتعلم الطفل :

- التعرف على التفاصيل في الصورة ؛
- الإستماع إلى القصص البسيطة ؛
- معرفة الجنس: ولد / بنت ؛
- إستخدام النغمة عند طرح الأسئلة البسيطة مع الطفل ؛
- إستخدام جمل من 2 و 3 كلمات للجملة ؛

4- المرحلة الرابعة : و فيها يتعلم الطفل أن :

- يلعب لعبا جماعيا ؛
- يميز أصوات الآلات الموسيقية و يردد كلمات بعض الأغاني ؛
- يستمع إلى القصص و يجيب الأسئلة عليها؛
- يتابع محادثة بسيطة ؛
- يستخدم الكلمات – أمس – اليوم – غدا ، و الترحيب، يطلب الإذن... إلخ ؛- يذكر إسمه ، إسم أمه و أبيه، إخوته و أين يسكن. **(مصطفى، المرجع ذاته ، ص.59)**

خلاصة :

نستخلص أن هذا التنوع الكبير في الأساليب العلاجية لإضطراب التوحد يدل على مدى الإهتمام من جانب عدد كبير من المتخصصين في المجالات المختلفة ، و أن أي تقدم يحصل للطفل التوحدي يحدث عن طريق التدخل المبكر و البرامج التربوية المصممة بعناية و تنظيم، كما أن نجاح بعض أساليب التدريب و التأهيل ، و التفاعل التربوي و الإجتماعي مع حالة من حالات الأطفال التوحديين لا يعني بالضرورة نجاحها في كل الحالات المماثلة ، و ذلك لأن لكل طفل توحدي خصائصه المحددة التي تميزه عن غيره من الأطفال، وهذا معناه أيضا أن أية خطة علاجية أو تأهيل إتبعه طفل معين لا يعني بالضرورة أنها سوف تحرز نفس القدر من النجاح لو طبقت على طفل آخر ، فلكل طفل ظروفه و قدراته ، و نوعية ودرجة إعاقته ، و له ما يناسبه من أسس و مناهج و أساليب للتدريب و التأهيل.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات التطبيقية للبحث

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة :

الرقم	العنوان
1 -	تمهيد.
2 -	المنهج المتبع في الدراسة.
3 -	الدراسة الإستطلاعية.
4 -	ميدان الدراسة.
4-1-	المجال المكاني.
4-2-	المجال الزماني.
5 -	عينة الدراسة.
6 -	أدوات الدراسة.
6-1-	المقابلة.
6-2-	الملاحظة.
6-3-	السجلات.
6-4-	مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي.
6-5-	إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي.
6-6-	البرنامج العلاجي TEACCH.
7-	إجراءات تطبيق الدراسة.
8-	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
9-	خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعكس الجانب الميداني للدراسة العمل المنهجي للبحث الذي سارت وفقه الباحثتان ، و هذا الفصل يتضمن وصفاً لميدان الدراسة ، إذ سنتناول فيه الإجراءات التي تم إتباعها في هذه الدراسة و التي تضمنت توضيح لكل من الدراسة الإستطلاعية الميدانية ، و المنهج المتبع ، مع وصف عينة الدراسة و ذكر إجراءات التطبيق و الأدوات و الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

1- منهج الدراسة:

تختلف مناهج البحث العلمي بإختلاف الموضوع و مشكلة البحث ، و لقد إعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج الشبه التجريبي كونه يناسب طبيعة الدراسة، إذ يقوم على إجراء ما يسمى بالتجربة العلمية ، القائم على الملاحظة الدقيقة لسلوك الحالات ، للتمكن من تقييم قدراتها المتعلقة بعملية التواصل اللغوي و الفهم الشفهي.

و هو المنهج الذي تتمثل فيه معالم الطريقة العلمية بصورة جلية واضحة فهو يبدأ بالملاحظة و يتلوها وضع الفروض و يتبعها بتحقيق الفرض بواسطة التجربة ثم يصل عن طريق هذه الخطوات إلى معرفة القوانين التي تكشف عن العلاقات القائمة بين الظواهر. **(حسن ، 1990،ص.16)**

كما أن نتائج المنهج الشبه التجريبي أكثر دقة من غيرها لأنه يعتمد على التجريب و قياس النتائج قبل و بعد التجريب كما أنه من أفضل البحوث العلمية لتقييم برامج التدخل ، و نظرا للخصوصيات المميزة المتوفرة في المنهج الشبه التجريبي إرتأينا إلى إستخدام هذا المنهج في الدراسة ليمكننا من توضيح أثر تطبيق البرنامج العلاجي " Teacch " على أطفال التوحد كمتغير مستقل على القدرات المعرفية (اللغة و الفهم الشفهي) كمتغير تابع ، محاولة التوصل إلى وضع إستنتاج من خلال النتائج المتحصل عليها.

كما إعتمدنا في بحثنا هذا على أسلوب دراسة حالة الذي من خلاله نستطيع جمع أكبر عدد من المعلومات و البيانات حول الحالة ، كما تعتبر الوعاء الذي ينظم و يقيم فيه الأخصائي كل المعلومات و النتائج التي يحصل عليها عن الفرد عن طريق المقابلة و الملاحظة و التاريخ الصحي.

و يمكن تعريفها بأنها أداة قيمة تكشف لنا حقائق و وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالي، و هي خطوة أساسية في العمل تساعدنا في جمع معلومات تاريخية عن الفرد و مشاكله بأسلوب علمي منظم ، و قد ساعدتنا في دراستنا على تكوين فكرة عن الحالات التي سيجرى عليها البحث و دراستها دراسة دقيقة ، كاملة و شاملة.

أما عن التصميم التجريبي : فقد إستخدمنا في هذه الدراسة أسلوب المجموعة الواحدة ، إذ لا يوجد ضبط أفضل من إستخدام نفس المجموعة في الحالتين ، حيث نجري القياس قبلي– ثم نطبق البرنامج العلاجي (المتغير المستقل) – بعدها نجري قياس بعدي (المتغير التابع) ، و نحسب الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدي ثم نختبر دلالة هذا الفرق إحصائياً.

2 – الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية " مرحلة تجريب الدراسة " بقصد إستطلاع إمكانيات التنفيذ، و يقصد بها إختبار مدى سلامة الأدوات المستخدمة في البحث و مبلغ صلاحيتها، و يمكن إعتبار هذه الدراسة صورة مصغرة للبحث، تستهدف إكتشاف الطريق و إستطلاع معالمه أمام الباحث قبل أن يبدأ التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية. **(محمد بركات، 1984، ص.73)**

فالدراسة الإستطلاعية تعد من أهم مراحل البحث العلمي ، فعلى أساسها يتعرف الباحث على ميدان الدراسة و معرفة بعض جوانبها التي لا تظهر في القراءات النظرية المتعلقة بالظاهرة المدروسة ، فمن خلالها يتوقف الباحث عند الأمور التي تسمح له بإنجاز بحثه و الوعي بالعقبات و الصعوبات التي قد تواجهه أثناء التطبيق ، و لقد تمت الدراسة كالآتي :

بعد أن قمنا بالتربص الميداني لنيل شهادة ليسانس في مستشفى محمد بوضياف و بمكتب الأخصائية الأرطفونية، بقينا على تواصل مع الأخصائية الأرطفونية و مع الحالات التي كانت تعالجها، إتصلنا بها و شرحنا لها موضوع الدراسة، فقامت بالتنسيق بيننا و بين زميلتها التي وافقت على إعادة التربص الميداني لنيل شهادة ماستر بمكتبها، وأثناء فترة التربص قمنا بالدراسة الإستطلاعية، حيث طبقنا مقياس الفهم الشفهي و مقياس الإتصال اللغوي على عينة أولية تراوح عددها (10 أطفال مصابين بالتوحد الخفيف) بهدف الكشف على ما إذا كان هناك غموض في التعليمة و صعوبة فهم العبارة و لم يتم إدراجهم في عينة الدراسة ، بعد ذلك قمنا بحساب صدق و ثبات المقياس و توصلنا إلى نتيجة مفادها سهولة و بساطة البنود بالنسبة للعينة و لم نقم بحذف أي بند منه بل قمنا بتعديل طفيف في بعض البنود حتى يتيسر للمفحوصين الإجابة عنها.

أهداف الدراسة الإستطلاعية:

- وجود العينة اللازمة للدراسة
- التأكد من دراسة أداة البحث و معرفة مدى صلاحيتها و صدقها و ثباتها من أجل إستعمالها في الدراسة الأساسية .
- الكشف عن الصعوبات و النقائص التي يمكن مصادفتها في الدراسة .
- التأكد من إمكانية تطبيق الدراسة ميدانيا.

في ظل هذه المعلومات توصلنا إلى إمكانية إجراء الدراسة في المستشـفى :

– لحصولنا على الموافقة من طرف مدير المستشفى ومن طرف الأخصـائيـة.

– لتوفر الأطفال التوحديين بأعمار مناسبة و من كلا الجنسين و وجود عينة منهم يعانون من مشكلات في الفهم الشفهي و في التواصل اللغوي؛

– الإتفاق بين الباحثتان و الأخصائية النفسانية على العمل و الإلتزام بالمواقيت و بالقانون الداخلي للمؤسسة

3-ميدان الدراسة:

3-1-المجال المكاني:

تم إجراء الجانب الميداني لهذه الدراسة بمستشفى محمد بوضياف بولاية المدية و بمكتب الأخصائية النفسانية الأرطفونية .

3-2-المجال الزماني:

إمتدت فترة إجراء الدراسة من 05-12-2015 إلى غاية 17-05-2016 أي حوالي 6 أشهر حيث كانت زيارتنا للمستشفى موزعة على أيام الأسبوع بمعدل 3 مرات في الأسبوع .

4 - عينة الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة جميع الأطفال الذين يعانون من إضطراب التوحد و يعالجون بمكتب الأخصائية النفسانية الأرطفونية ، من كلا الجنسين و بمختلف الأعمار و البالغ عددهم 53 طفل .

أما عينة الدراسة فيقصد بها الحالات الجزئية التي يتوفر لكل منها الخصائص التي حددها الباحث .

(حسن، 1999، ص.20)

و إنطلاقا من الدراسة الإستطلاعية تم إختيار عينة البحث ، حيث تم ملاحظة (53) طفل توحدي و في نفس الوقت طبقنا عليهم مقياس الإتصال اللغوي و مقياس الفهم الشفهي لتحديد مستواهما و ذلك لكون دراستنا تتمحور حول الأطفال التوحديين الذين يعانون من مشكلات في التواصل اللغوي و في الفهم الشفهي و بعد معرفة النتائج تم إختيار عينة البحث بطريقة قصدية ، إذ إخترنا (5) أطفال توحديين منهم بنتين و ثلاثة ذكور تتراوح أعمارهم ما بين (4-7 سنوات) كانت نتائجهم منخفضة في كلا المقياسين ، كما أنهم لا يعانون من إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد قد تؤثر على هذين الجانبين ، و الجدول الآتي يوضح خصائص عينة الدراسة :

الحالات	السن	الجنس	التمدرس	درجة التوحد	مدة التكفل
1- (ن- م)	4 سنوات	أنثى	غير متمدرسة	متوسطة	6 أشهر
2- (هـ- س)	4 سنوات	ذكر	غير متمدرس	متوسطة	6 أشهر
3- (ر-ع)	5 سنوات	أنثى	غير متمدرسة	متوسطة	6 أشهر
4- (م- ب)	6 سنوات	ذكر	غير متمدرس	خفيفة	6 أشهر
5- (ع- خ)	7 سنوات	ذكر	غير متمدرس	خفيفة	6 أشهر

الجدول رقم (02) يوضح خصائص عينة البحث

5-أدوات الدراسة:

5-1- المقابلة: هي تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة، يحاول الباحث من خلاله أن يستشير معلومات و آراء أو معتقدات شخص أخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية كما تعتبر إحدى أدوات جمع البيانات تستخدم في البحوث الميدانية لجمع المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها نظريا. **(رشيد زرواتي، 2007،ص.248)**

و حسب" Benoit " المقابلة هي المنهجية الأكثر فعالية و إقتصاداً لنيل المعلومات المرغوب فيها و هي الدخول في الإتصال المباشر مع الأفراد.

و لقد قمنا بالمقابلة في البدء من أجل جمع المعلومات عن أفراد العينة مع المختصة النفسية بالمستشفى التي قامت بتوجيهنا وتقديم النصائح والمعلومات لنا عن كل حالة ، بعدها وكمرحلة ثانية تمت المقابلة مع الوالدين ثم مع أفراد العينة ، من أجل جمع قدر كاف من المعلومات .

5-2- الملاحظة: هي وسيلة هامة من وسائل جميع المعلومات، يستخدمها الباحث في الدراسة بغرض الحصول على معلومات لها أهمية في الدراسة.

ويمكن تعريفها على أنها توجيه الحواس والإنتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر، رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها، توصلا إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة أو تلك الظواهر المراد دراستها. **(عبد الرحمن العيسوي،1997، ص. 189)**

و قد مكنتنا الملاحظة من رصد مختلف السلوكات التي يصدرها الأطفال التوحديين أثناء الموقف اللغوي و موقف الفهم الشفهي مما مكننا من تصميم إختبار للفهم الشفهي ، كما إعتمدنا عليها في ملئ العبارات الخاصة بالإختبارين اللغوي و الفهم الشفهي .

5-3- مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي :

صمم هذا المقياس وقنن عربياً من قبل الباحثة " سهى أحمد نصر" سنة (2002) و الهدف من تصميمه هو التعرف على مظاهر ومستوى الإتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين و يظهر في صورة مؤشرات ملموسة أو سلوك يصدره الطفل يظهر قدراته على الإتصال اللغوي ، و يشتمل على خمسة أبعاد أساسية تكون الإتصال اللغوي عند الطفل وهي : التقليد – الإنتباه – التعرف و الفهم – التعبير – و التسمية.

- البعد الأول: التقليد ، و يتضمن هذا البعد (10) مواقف و تتمثل في الأرقام التالية (من 1 إلى 10)
- البعد الثاني: الإنتباه و يتضمن هذا البعد (10) مواقف وتتمثل في الأرقام التالية (من 11 إلى 20).
- البعد الثالث: الفهم و التعرف و يتضمن هذا البعد (10) مواقف و تتمثل في الأرقام التالية (من 21 إلى 30).

- البعد الرابع: التعبير و يتضمن هذا البعد (10) مواقف و تتمثل في الأرقام التالية (من 31 إلى 40)
- البعد الخامس: التسمية و يتضمن هذا البعد (10) مواقف و تتمثل في الأرقام التالية (من 41 إلى 50).

طريقة التصحيح:

يوجد أربع إختيارات لكل موقف من المواقف و عند تطبيق الإختبار من قبل الباحثتان في المستشفى يتم إختيار أي سلوك ينطبق على الطفل التوحدي أو يقوم به الطفل و ذلك من خلال إحتكاك الطفل بالأخصائي و الآخرين في المستشفى.

على مطبق الإختبار أن يقرأ كل موقف من مواقف المقياس و الخيارات الأربعة التي تليها (أ- ب- ج- د) ثم يختار المناسب منها لوصف سلوك الطفل في هذه المواقف و إذا إختيار الأخصائي السلوك (أ) يعطي الطفل (3) درجات وإذا إختار السلوك (ب) يعطي الطفل (2) درجتين وإذا إختار السلوك (ج) يعطي الطفل (1) درجة واحدة و إذا إختار السلوك (د) يعطي الطفل(0) صفر، و في النهاية تجمع الدرجات التي حصل عليها الطفل فيكون مجموعها هو درجة الطفل على مقياس تقدير الإتصال اللغوي ككل ، و المدى النظري للمقياس ككل يساوي من (0 – 150) درجة ، وكلما إقتربت من الزيادة كلما وقع الطفل في نطاق العاديين أما إذا إنخفضت درجات الطفل على المقياس كلما عبر عن إنطباق تلك السلوكيات المنخفضة عليه فبالتالي فإنه يعاني من مشاكل في الإتصال اللغوي.

و لمعرفة أوجه القصور بطريقة أكثر دقة يجب حساب كل بعد على حدة و درجة البعد الواحد تتدرج من (0- 30) فإذا زادت الدرجة فإنه لا يوجد مشكلة في الإتصال اللغوي و العكس صحيح.

صدق و ثبات المقياس:

* لقد تم حساب الصدق و الثبات لهذا المقياس في البيئة الجزائرية في دراسة للباحثة "عيفة أسيا" والتي قُدمت لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المعرفي اللغوي بجامعة الجزائر ، وقد أكدت الباحثة على صدق المقياس عن طريق حساب صدق المحكمين والذين أجمعوا على مناسبة الإختبار و صلاحيته لقياس مهارة الأطفال التوحديين على الإتصال اللغوي ، كما تحصلت في حساب الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ على الدرجة (0.90) و على الدرجة (0.88) بطريقة التطبيق و إعادة التطبيق ، و هذين الدرجتين دالتين على ثبات الإختبار.

5-4- إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي:

و هو من إعداد الباحثتان ، يهدف إلى قياس مستوى الفهم الشفهي للطفل التوحدي و معرفة قدراته على الفهم الشفهي لكلام الآخرين، يتكون الإختبار من (30) عبارة تقيس الفهم الشفهي و كل عبارة تحتوي على ثلاثة إحتمالات لسلوكات الطفل التوحدي أثناء الموقف اللفظي الشفهي .

طريقة التصحيح:

يوجد ثلاثة إختيارات لكل موقف من المواقف وعند تطبيق الإختبار من قبل الباحثتان يتم إختيار أي سلوك يقوم به الطفل التوحدي ، و يتم إعطاء:

- الدرجة (2) إذا كانت الإستجابة للموقف هي السلوك (أ)؛
- و الدرجة(1) إذا كانت الإستجابة للموقف هي السلوك (ب)؛
- و الدرجة (0) إذا كانت الإستجابة للموقف هي السلوك (ت).

و في النهاية تجمع الدرجات التي تحصل عليها الطفل هي درجة أو مستوى فهمه الشفهي ، و المدى ككل يساوي من (0 – 60) درجة، كلما إقترب المجموع الكلي من (60) فإن الطفل ضمن نطاق الفهم الشفهي الطبيعي و كلما إقترب من الصفر كلما كان هناك مشكلة في الفهم الشفهي للطفل .

حساب صدق و ثبات الإختبار:

يقصد بصدق الإختبار هو الإختبار الذي يقيس ما وضع الإختبار من أجل قياسه ، و هناك عدة طرق لقياس الصدق كأن نقارن درجات المفحوصين بدرجاتهم على إختبار آخر صادق أو من تحليل فقرات الإختبار و معرفة مدى إرتباطها بالسلوك الذي يقيسه ، أما ثبات الإختبار فهو الذي يعطي نتائج متقاربة أو النتائج نفسها إذا طبق أكثر من مرة في ظروف مماثلة. **(عبيدات، 2004، ص.126)**

و حسب ما أشار إليه "ألان و يان Allen et yen" إلى أنه وجب عرض فقرات المقياس على مجموعة من المحكمين للحكم على صلاحيتها في قياس الخاصية المراد قياسها . **(Allen et Yen،1986 p 96)**

و هو ما تم بالفعل حيث تم توزيع إختبار الفهم الشفهي على مجموعة من الأساتذة لحساب صدق المحكمين.

1- صدق المحكمين:

عرض الإختبار في صورته الأولية على عدد من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في علوم التربوية و النفسية و الأرطفونيا بجامعة المدية و جامعة وهران وجامعة الجزائر وكان عددهم (15) أستاذ والبعض منهم كانوا يجمعون بين العمل الأكاديمي و الممارسة العيادية للطفل التوحدي ، حيث طلب منهم دراسة صدق الإختبار والتأكد من ملائمة العبارات لعينة البحث و مدى مناسبتها لقياس ما وضعت من أجله و كذلك سلامة الصياغة اللغوية و وضوحها وترابطها و التأكد من سلامة طريقة التصحيح و سلم التنقيط

و قد أبدى المحكمون موافقتهم على غالبية العبارات مع إجراء بعض التعديلات على بعض العبارات و حذف بعض البنود، و قد أجمعوا على مناسبة الإختبار و صلاحيته لقياس الفهم الشفهي للطفل التوحدي وقد تم إعادة صياغة هذه العبارات و من ثم يكن الإختبار قد خضع لصحة و صدق المحتوى ، و الملحق رقم (04) يوضح أسماء الأساتذة المحكمين.

2- ثبات الإختبار:

2-1- معامل الإتساق الداخلي: طريقة ألفا-كرونباخ

تم حساب معامل Alpha de cronbach لإختبار الفهم الشفهي المكون من 30 عبارة ، و كانت قيمة معامل ألفا (0.95) و هي قيمة مرتفعة جداً ، مما يدل على أن الإختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,954	30

الجدول رقم (03) يوضح قيمة معامل الثبات ألفا-لكرونباخ

2-2- معامل الإستقرار: طريقة التجزئة النصفية

تم حساب قيمة معامل Guttman split-half لإختبار الفهم الشفهي المكون من 30 عبارة ، و بلغت قيمة معامل split-half (0.93) ، كما تم التحقق منه عن طريق معامل Spearman-Brown و الذي بلغت قيمته (0.95) مما يشير إلى أن الإختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,871
		Nombre d'éléments	15[a]
	Partie 2	Valeur	,938
		Nombre d'éléments	15[b]
	Nombre total d'éléments		30
Corrélation entre les sous-échelles			,917
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,957
	Longueur inégale		,957
Coefficient de Guttman split-half			,936

a. Les éléments sont : البند7, البند6, البند5, البند4, البند3, البند2, البند1, البند15 ,البند14, البند13, البند12, البند11, البند10, البند9, البند8.

b. Les éléments sont : البند21, البند20, البند19, البند18, البند17, البند16, البند29 ,البند28, البند27, البند26, البند25, البند24, البند23, البند22, البند30.

الجدول رقم (04) يوضح قيمة معامل الثبات غاتمان و سبيرمان براون

2-3- التطبيق و إعادة التطبيق :

كما قامت الباحثتان بتطبيق الإختبار على عينة من الأطفال التوحديين ثم أعادت الباحثتان تطبيق الإختبار على نفس الأطفال مرة أخرى بعد 15 يوما للتأكد من ثبات الإختبار، وقد تم حساب معامل الإرتباط بين درجات الأطفال في المرة الأولى للتطبيق و درجاتهم في المرة الثانية و تحصلت الباحثتان على معامل ثبات قدره (0.98) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01) و هي قيمة تدل على إرتفاع درجة الثبات و بهذا يكون الإختبار مستقر عبر الزمن ما يدل على ثباته.

Corrélations

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Corrélation de Pearson	1	,982**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	10	10
VAR00002	Corrélation de Pearson	,982**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	10	10

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الجدول رقم (05) يوضح قيمة الثبات من خلال معامل الإرتباط بارسون

5-5- البرنامج العلاجي TEACCH:

أسس هذا البرنامج الدكتور " إيريك شوبلر Eric Schoplar" و زملاءه عام (1964) في جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية ، ويعتبر برنامج تيتش من البرامج المهمة في مجال التوحد حيث يطبق بشكل كبير في الولايات المتحدة الأمريكية و أوروبا و بعض البلدان العربية .

و قد عرفه "عبد الله فرج الرزيقات" على أنه : برنامج تدريسي فعال يهدف إلى مساعدة الأطفال إلى أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر إستقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيق الفهم الأفضل للعالم من حولهم و يركز على تطوير مهارات التواصل المناسبة و الإستقلالية الشخصية خطوة من خلال برنامج تعليمي منظم في التنبؤ و ضبط البيئة .

كما يعالج برنامج Teacch عدة ميادين التي تضم التقليد، الفهم و الإدراك، الحركية العامة الكبيرة، الحركية الدقيقة الصغيرة، التنسيق العيني اليدوي، المعارف، الكفاءة اللغوية، الإستقلالية الذاتية، التعايش الإجتماعي ، و السلوك.

بعض نشاطات اللغة حسب البرنامج العلاجي TEACCH

الرقم	العنوان	الهدف	الإجراء
01	بداية النطق	تشجيع و تطوير النطق الذي يحمل معنى	الجلوس مقابل الطفل و القيام بلعبة فقاعات الصابون ثم تفجير تلك الفقاعات بأصبع الطفل مع إصدار صوت "pop" ونكرر التمرين حتى يتمكن من إصدار صوت الإنفجار بمفرده.
02	صوت الحرف	تطوير قدرة تكرار الأصوات البسيطة	إحضار صور لحيوانات بقرة ، بطة ، قطة ،.....ونريها للطفل مع ذكر صوت كل حيوان مثلا: هذه بقرة تقول " مو".
03	التعجبات البسيطة	تطوير القدرات الأساسية للنطق	نلعب مع الطفل بالكرة ونتركها تقع ونقول له " أو – أو" نكرر الفعل و الصوت حتى يتمكن من إصدار الصوت بنفسه بعدها نعيد التمرين لكن مع صوت " آ " " آ ".
04	الكلمات الأولى	تطوير الأصوات المقلدة إلى كلمات ذات معنى	إجلاس الطفل في حجر المعالج بحيث يتقابل وجه المعالج مع وجه الطفل ومسك أيدي الطفل و توجيههما نحو وجه المعالج وقول له بابا ومساعدته على تكرار الكلمة وبعد الإستجابة نكرر التمرين بكلمات أخرى.
05	صباح الخير وإلى اللقاء	تطوير الكلمات المناسبة للإندماج الإجتماعي	عندما يدخل المعالج ويخرج من الغرفة أين يوجد الطفل يقوم بالتسليم عليه في كل مرة يدخل الغرفة بتكرار كلمة السلام أو صباح الخير و إلى اللقاء في كل مرة يخرج من الغرفة حتى يتمكن الطفل من تكرار الفعل.
06	ترديد إسمه	تحسين لغة التعبير و مفهوم الهوية	نقابل الطفل المرآة ونره صورته، ونكرر إسمه مرات عديدة ثم نجعله يشير نحو صدره ونقول "من هذا؟" "هذا فلان" نكرر العملية لكن بتردد قبل ذكر إسمه "إنه..." نذكر الحرف الأول ونترك الطفل يكمله مع تشجيعه ثم نتخلص تدريجيا من مساعدته بإعطاءه الحرف الأول حتى يجيد نطقه.
07	الإنفعال	تطوير معرفة إستعمال الإنفعال وزيادة قدرات اللغة التعبيرية	نعطي الطفل صور بها أفعال{ رجل يأكل، نائم،يجري،يقفز ،جالس} ونقول له عدة مرات عديدة أنظر إنه يأكل... مع توضيح الفعل ، بعدها نسأله ماذا يفعل ، مع مكافئته في كل مرة يحاول فيها التكلم أو إصدار كلمة تقارب المعنى حتى يجيد إصدار الكلمة.
08	تسمية أفراد العائلة	تنمية اللغة التعبيرية و القدرة على الإتصال	نظهر للطفل صورة للأم ونقول "ماما، إنها ماما" ثم نحثه على قولها "من هي ؟ إنها... مع مساعدته على ترديد الكلمة، نكرر العملية عدة مرات حتى يتمكن من التعرف على الصورة وحده ثم نضيف أشخاص آخرين.
09	الغناء	تحسين قدرة النطق وتطوير الفهم	نجلس على الأرض مع الطفل ونبدأ بالغناء(أغنية بسيطة) مثلا il pleut bergère ونبين له متعة الغناء بتعابير الوجه و اليدين ونضرب على يديه

		للأنغام الصوتية	وإذا بدأ عليه الإهتمام بالحركات ندخله في الغناء مع اللمس على فمه كي يفهم أن عليه الغناء مع تشجيعه على تقليد التغيرات الإيقاعية.
10	ماذا تريد ؟	تحسين قدرات التعبير و المفردات	نضع على الطاولة زوجا من الأدوات {سيارة ، كرة} ونأخذ يد الطفل ونوجها نحو كل أداة و نسميها ونعيد أسماءها كثيراً نمسك يديه مع إبعادهما عن الأدوات ونقول له " ماذا تريد؟" وبإحتجاز يديه يفهم بأنه لا يمكن الحصول عليها إلا إذا نطق. إذا قام بمحاولة جزئية نعطيه إياها.
11	تسمية الأشياء و الأشكال و الألوان	تطوير الرصيد الكلماتي	نضع أمام الطفل صور بها حيوانات، خضر، فواكه، ألوان، أشكال ... ونقول له مثلا:أعطني دائرة نكرر مرارا الإسم بعد أن يعطيه لنا ثم نره الصورة ونقول "ما هذا؟" مع تشجيعه في كل مرة يحاول نطق الإسم وإذا إحتاج إلى مساعدة نقول له حرف الأول ثم نتخلى عن المساعدة تدريجيا.
12	هو و هي	تطوير إستعمال الضمائر وتحسين التمييز بين الرجل و المرأة	نظهر للطفل صورة لرجل يقوم بنشاط يعرفه ونقول له مثلا إنه رجل جالس نكرر العملية مع المرأة "إنها جالسة" مع إبراز الضمير ونضعها بجانب الصورة الأولى نعيد العملية مع صور أخرى وعندما يصبح قادر على التمييز نطرح السؤال "من يجري" مع تشجيعه على الإجابة.
13	الملكية	تحسين التعبير اللفظي وتعلم إستعمال الملكية	نأتي بأشياء ملكيتها تعود إلى أفراد العائلة يعرف الطفل أصحابها مثلا (حذاء بابا، فستان ماما، دمية أختي، شاحنة أخي) نعرفه أولا بأسماء كل شيء (هذا حذاء بابا...) ثم نطلب منه إعطاءنا إياها (أعطيني حذاء بابا) بعده نكرر التمرين بقولنا (هذا حذاء من؟) ونشجعه في كل مرة يتمكن فيها من تعريف الشخص المالك للشيء.
14	التعبير عن منافع الأشياء	تحسين القدرة على المحادثة وفهم منافع الأشياء	نأتي ببعض الأدوات المتداولة في الحياة ونقوم بتعريف الطفل بمنافعها مثلا:ملعقة،أنظر ملعقة ماذا نفعل بها؟ونجيب نأكل بها ولا نعطيه الملعقة حتى يحاول بذل مجهود للتعبير عن منافعها مع تشجيعه على التعبير.
15	مفاهيم الزمنية	تحسين فهم المصطلحات الزمنية و توسيع كم المفردات	نظهر للطفل صور بها نشاطات تمارس صباحاً و مساءاً، ليلاً ونهاراً مثلا:صورة بها طفل نائم نقول له ماذا يفعل الطفل؟ وإذا أجاب "ينام" نقول صحيح الطفل ينام في الليل ونكرر كلمة الليل مع ينام ثم نسأله متى ننام؟ دون أن يرى الصورة ونكمل مع باقي الصور. كما نقوم بإعداد جدول يتضمن أيام الأسبوع وأمام كل يوم نرسم صورة لتوضيح ما سيقوم به الطفل وفي كل يوم نريه الجدول ونقول له مثلا: اليوم أتيت إلى الأخصائية (جيت عند طاطا)، غداً تذهب للسباحة، وأمس ذهبت إلى المسجد، ثم نقوم بطرح الأسئلة مع مشاهدة الصورة ماذا فعلت أمس؟ وهكذا حتى يتعلم كافة المفاهيم الزمنية.

الجدول رقم (06) يوضح بعض نشاطات اللغة حسب البرنامج العلاجي TEACCH

بعض نشاطات الفهم الشفهي حسب البرنامج العلاجي TEACCH

الرقم	العنوان	الهدف	الموقف
01	المجيء إستجابة للنداء	تحسين فهم الأوامر اللفظية	يجب الإستعانة هنا بمساعد لتنفيذ هذا التمرين، إذ يجلس كل منهما مقابل الآخر على مقربة متر واحد وبيد كل منهما مكافأة ويطلب المعالج من الطفل المجيء و يمد يده التي تحتوي على المكافأة، في البداية يدفع المساعد الطفل كي يتحرك و عندما يتجه نحو المربي يأخذ مكافأته بعدها يقوم المعالج بتدويره نحو المساعد و هو بدوره يقوم بنفس العملية ننكرر العملية عدة مرات ثم نقلل تدريجيا توجيهه و من المكافأة حتى يفهم الأمر.
02	الجلوس إستجابة لأمر اللفظي	تحسين فهم الأوامر اللفظية	هنا أيضا نستعين بمساعد لتنفيذ هذا التمرين نضع ثلاث كراسي على مسافة متر واحد يجلس المعالج على الكرسي ويقول للطفل إجلس بصوت واضح فيجلس المساعد و يساعد الطفل على الجلوس ويكافئ المعالج الطفل في الحال نكرر التمرين حتى يستجيب الطفل دون مساعدة.
03	لعبة التوقف و الإنطلاق	تحسين فهم التوجيهات الفعلية	نمسك الطفل من يده ونمشي به في الغرفة ونقول له بين الحين و الآخر "توقف" ونمسكه عن الحركة مع مدحه على سكونه عن الحركة ثم نقول له إلى الأمام و نبدأ في المشي نكرر العملية حتى يستجيب عند سماع كلمة "توقف" ثم نترك يده و نمشي بالقرب منه ونكمل التمرين حتى الإستجابة.
04	التعرف على صورته في المرآة	تحسين فهمه لصورته و التعرف على إسمه	عندما يصبح معاذ يستجيب عند مناداة إسمه نجعله يقف أمام مرآة ونره صورته، ثم نوجهه كي يلمس المرآة كي لا يظن أن شخصاً ثانياً أمامه ونساعده على تحريك يده ويقفز كي يرى صورته تعمل نفس الشيء ثم نقول له أين...؟ و نساعده ليشير إلى صورته في المرآة ونقول "أنظر هذا..." نكرر التمرين عدة مرات حتى يتمكن من معرفة صورته.
05	مماثلة الصورة و الجسم	تحسين القدرة على التمثيل وتحصيل الإنتباه البصري	نضع صورتين معروفتين على الطاولة مع ذكر إسمها{ملعقة، كأس} ونأتي بهذه الأشياء على شكل أجسام ونطلب من الطفل شفهياً مطابقة الأجسام و الصورة نبدأ أولاً بصورتين حتى يستوعب فكرة التمثيل ثم نبدأ تدريجياً بزيادة الصور حتى يستطيع فهم وعمل التمرين مع مكافأته عند إجابة صحيحة.
06	الفرز البسيط	القدرة على فهم الفرز و الإنتباه البصري	نضع علبتين أمام الطفل و نأتي بحلقات و أقلام ونضع كل نوع في علبة ونطلب منه إكمال التمرين في البداية نوجه يده نحو العلبة المناسبة حتى يفهم التمرين ثم نوجه له الأوامر اللفظية دون مساعدة نكرر التمرين حتى يستطيع الإستجابة للفهم اللفظي و يقوم بعمل التمرين بطريقة صحيحة.

07	جملة تتضمن فعلاً و إسماً	تحسين الفهم للتوجيهات اللفظية	عندما يصبح الطفل قادراً على إعطاء الشئ مثلاً "الكرة" نبدأ في تعليمه كلمات أخرى أولا نستعمل عبارة الأمر"إعطني الكرة" نركز على الفعل ثم نقول" أنظر نُدحرج الكرة على الحائط" و نوجه يده كي يدحرجها نكرر التمرين ثم نشرع في إعطائه الأمرين"إعطني الكرة"و"دحرج الكرة" ثم نضيف توجيهات أخرى في كل مرة: إرم، نطط...إلخ حتى يستطيع فهم التوجيهات.
08	فهم الجمل المتكونة من قسمين	تطوير فهم الجمل المركبة	في البداية نعطي للطفل توجيهاً أولياً مثل:"أغلق الباب" ثم نعطه توجيهاً ثانياً:"ثم إجلس"، إذا لم يستجب للتوجه الثاني نأخذه إلى الكرسي ونكرر عليه التوجيه، في الأول ندعه ينفذ الأمرين كل واحد على حدى، وعندما يبدأ يفهم نربط ما بين الجملتين ونجعله يقوم بأمرين قبل العودة إلى الكرسي، و إذا ظهر عليه الإرتباك بعد تنفيذ الشطر الأول نقول له "ثم ماذا" و نغير التوجيهات حتى يصبح قادر على فهم الجمل المكونة من جزئين.
09	فهم وظائف الأشياء	تطوير الفهم للكلمات ومنافع الأجسام المعروفة	نضع أدوات { تفاحة–لعبة مفضلة–حذاء } في أماكن واضحة الرؤيا في المكتب ونمسك بيدي الطفل على الطاولة ونقول له" أين يوجد شيء للأكل" ونجعله يبحث ببصره حتى يجدها ولا نتركه يجري نحوها ليتعلم الإشارة أو الكلام، ونكرر التمرين مع الأجسام الأخرى وفي كل مرة نغير الأماكن و الأجسام وعندما يصبح أكثر خبرة نطلب منه جسما آخر من نفس الصنف.
10	تجميع أجزاء الجسم	تحسين فهم أسماء أعضاء الجسم	نأتي بأجزاء جسم إنسان { رأس، صدر، بطن، ساقين، يدين، رجلين} في البداية نستعمل 3 أجزاء ثم نبدأ بتعقيد التمرين، و نطلب من الطفل تركيبه وإذا وضعها بطريقة خاطئة نوجه يده نحو الموضع الصحيح مع ذكر كل عضو ونكرر التمرين حتى يركبه بطريقة صحيحة .
11	ما الذي يوجد في غير مكانه	تحسين القدرة على معرفة الفئات	نضع على الطاولة أمام الطفل أربعة صور مثلا: {تفاحة، برتقالة، شاحنة، موزة} ونقول له "ما هو الشيء الذي ليس كما الآخرين؟ ثم نأخذ أصبعه و نشير على كل واحدة مع ذكر إسمها ووظيفتها "تفاحة للأكل، برتقالة للأكل، والموزة للأكل، والشاحنة ليست للأكل وننزعها من المجموعة لكي يفهم التمرين. نكرر التمرين عدة مرات و مع أدوات أخرى حتى يستطيع التمييز بين الأشياء بطريقة صحيحة
12	الإقران بين الأشياء	ترتيب الأشياء في فئة حسب إستعمالها	نأتي بأدوات بحيث تشكل ثنائية مترابطة مثل ملعقة و صحن ، حذاء و جورب ، فرشاة أسنان و المعجون ، و نضع ثلاثة أشياء على الطاولة بحيث تكون واحدة خاطئة { صحن ، ملعقة، حذاء} ونسأله أيهما ينسجمان معا؟ أو أي هذه الأدوات يمكن أن نأكل بها؟ و نكمل الباقي حتى يسجل كل الأدوات المتجانسة و نكرر التمرين ونغير الأدوات حتى يفهمه و يصبح يقرن بين الأشياء المتجانسة بسهولة

13	ترتيب الصور حسب التسلسل	تحسين فهم التتابع الزمني و تطوير المصطلحات: الأول،التالي،الأخير	نأتي بحكاية مجزئة إلى 3 أجزاء مثلا { ينهض صباحاً، ثم يتناول فطوره، ثم يذهب إلى المدرسة} أولاً نحكي للطفل القصة بالصور ثم نعيد مزجها و نطلب منه إعادة القصة في البداية نساعده "أنظر تنهض صباحا" ثم ماذا تفعل، ونتركه يأخذ الصورة و"أخيرا". تدريجيا نستغنى عن المساعد وعندما يصبح قادراً على ترتيب الصور حسب تسلسلها نزيد في عدد الصور.
14	الصفات المتعارضة	تحسين الفهم للصفات والتعرف على الضد	نحضر{ حلوة (شيكولاطة) / مُرة (قهوة) ، ساخن (حليب) / بارد (مثلجات) } و صور { سماء/أرض ، قمر/شمس } ونعطي له هذه الأشياء واحد واحد وعندما يتذوق أحدها نذكر ميزتها مثلا:حلوة ونضيف ضدها ونضعها أمامها لكي يفهم الضد. نكمل التمرين مع الأشياء الأخرى وفي كل مرة نكرر التمرين وعندما يستجيب الطفل نطلب منه إذا كان يريد شيء حلو أو ساخن أو بارد ولا ندعه يأخذها حتى يختار إما بالإشارة أو بالنطق و يضع أمامها الضد.
15	الحروف	تحسين فهم المصطلحات الخاصة بالوضعية ذات البعدين	نأتي بصور{ منزل، فتاة، شجرة } و نتركها على الطاولة أمام الطفل و نعطي له توجيهات لفظية بسيطة مثل "أرسم دائرة حول الفتاة" و نأخذ أصبعه و نُديرُه على الفتاة و نكرر عدة مرات كلمة "حول" ثم نطلب منه "رسم خط تحت المنزل" ثم يضع "نقطة بجانب الشجرة" و عندما يصبح أكثر خبرة نزيد من درجة الصعوبة حتى يستطيع معرفة كل الأماكن و التفريق بينها.

الجدول رقم (07) يوضح بعض نشاطات الفهم الشفهي حسب البرنامج العلاجي TEACCH

6-إجراءات التطبيق :

6-1- التطبيق القبلي لأدوات الدراسة: تم تطبيق إختبار الفهم الشفهي ومقياس التواصل اللغوي على مجموعة من الأطفال التوحديين وهذا لمعرفة مستواهم في كلا الجانبين بهدف إختيار وتحديد أفراد العينة النهائية والتي كانت 5 أطفال.

6-2- تطبيق البرنامج: تم تطبيق القسم الخاص بالفهم و الحصيلة اللغوية من البرنامج العلاجي TEACCH على أفراد العينة إلى غاية التطبيق البعدي و قدرت الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج ب 6 أشهر.

6-3- التطبيق البعدي لأدوات الدراسة: تم تطبيق إختبار الفهم الشفهي و مقياس تقدير التواصل اللغوي للطفل التوحدي على أفراد العينة مرة ثانية قصد الوقوف على التحسن الذي طرأ على أفراد عينة البحث.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

إن الهدف من التناول الإحصائي هو الكشف عن الفروق الموجودة بين المتغيرات الإحصائية و في دراستنا نعمل على تنظيم مجموعة من الحسابات للتحقق من صدق و ثبات إختبار الفهم الشفهي الذي قمنا بإعداده ، و التحقق من الفرضيات البحث التي تم طرحها و التي تهدف إلى دراسة الفرق بين القياسين.

حيث إعتمدنا في الدراسة الحالية على مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات المتعلقة بثبات و صدق أداة البحث منها :

- معامل الإرتباط كارل بيرسون .
- معامل الإتساق الداخلي ألفا لكرونباخ .
- معامل الإستقرار غاتمان.
- معامل الإرتباط سبيرمان براون .

و لإختبار فرضيات الدراسة إعتمدنا على الإحصاء الوصفي المتمثل في :

- المتوسط الحسابي .
- الإنحراف المعياري .
- الخطأ المعياري.

و على الإحصاء الإستدلالي من خلال حساب :

- إختبار (t) لقياس دلالة الفروق بين القياسن القبلي و البعدي.

خلاصة الفصل :

إشتمل هذا الفصل على المنهجية المطبقة في البحث بدءاً بالدراسة الإستطلاعية التي مكنتنا من الكشف عن الصعوبات و العقبات التي قد تواجهنا في تطبيق الدراسة ميدانيا ، و البحث عن الحلول لها ، كذلك تمكنا من بناء إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي إنطلاقا من الملاحظة للسلوكات التي تطرأ على الطفل أثناء عملية الفهم ، و تمكنا من الوقوف على ملابسات التطبيق التي تُوصلنا في الأخير إلى نتائج أكثر مصداقية .

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة النتائج

الرقم	العنوان
1-	تمهيد
2-	عرض النتائج الحالات.
2- 1-	عرض نتائج القياس القبلي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي.
2-2-	عرض نتائج القياس البعدي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي.
2-3-	عرض نتائج القياس القبلي للحالات على إختبار الفهم الشفهي.
2-4-	عرض نتائج القياس البعدي للحالات على إختبار الفهم الشفهي.
3-	عرض الحالات و تفسير النتائج.
4-	عرض و تحليل نتائج فرضيات الدراسة.
5-	تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.
6-	الإستنتاج العام.
7-	خاتمة الدراسة.
8-	التوصيات و الإقتراحات.

تمهيد :

يتناول هذا الفصل عرضا للنتائج التي تم التوصل إليها ، بعد تطبيق أدوات القياس القبلي ، ثم تطبيق البرنامج العلاجي TEACCH و الذي يهدف إلى تنمية مهارات الإتصال اللغوي و الفهم الشفهي للطفل التوحدي ، ثم تطبيق أدوات القياس البعدي للتحقق من مدى فعالية هذا البرنامج العلاجي و التكفل المقدم.

1-عرض نتائج الحالات:

1-1- عرض نتائج القياس القبلي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي:

الجدول (08) يوضح نتائج القياس القبلي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي

الحالات / البنود	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5
البند 1	1	1	1	1	1
البند 2	1	1	1	2	1
البند 3	1	0	0	0	0
البند 4	0	0	0	0	0
البند 5	1	1	2	2	2
البند 6	2	1	2	2	1
البند 7	1	1	1	1	1
البند 8	0	0	0	1	0
البند 9	1	1	1	1	1
البند 10	1	0	1	1	0
البند 11	2	2	0	2	0
البند 12	1	1	0	0	0
البند 13	1	1	1	1	1
البند 14	1	1	1	1	1
البند 15	1	1	1	1	1
البند 16	2	1	2	2	1
البند 17	2	2	2	2	2
البند 18	1	2	1	2	2
البند 19	1	2	1	1	1
البند 20	1	2	1	1	1
البند 21	1	1	1	1	1
البند 22	1	1	1	1	1
البند 23	0	1	0	1	0

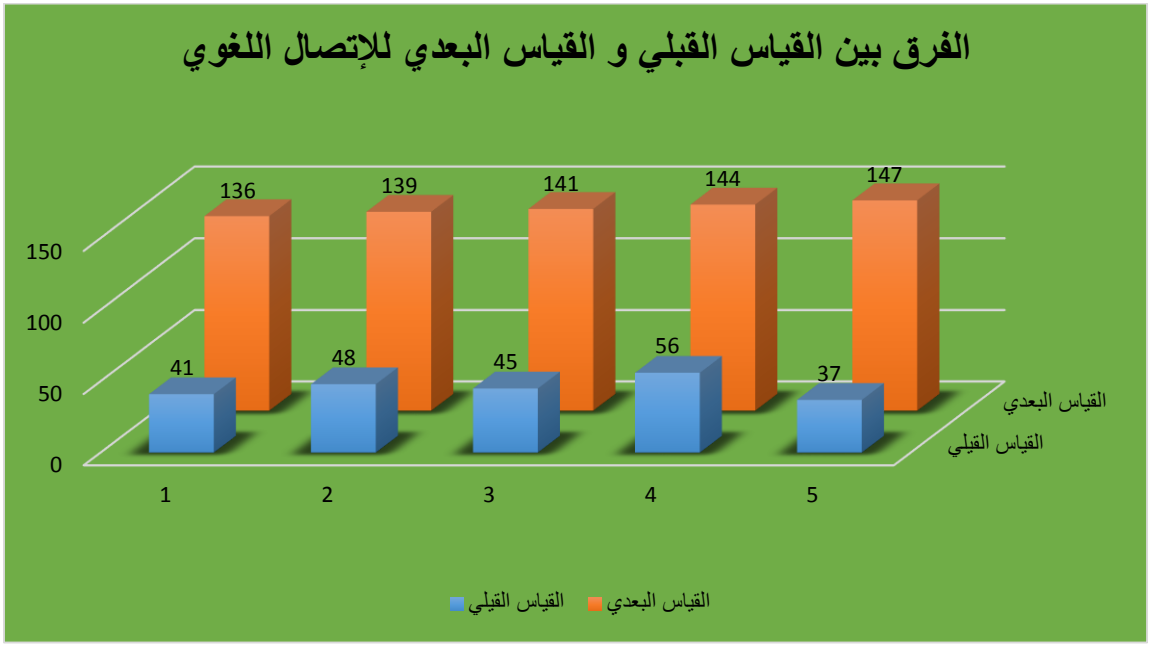
البند 24	0	1	1	1	1
البند 25	0	1	1	1	1
البند 26	1	1	1	1	1
البند 27	1	0	1	1	0
البند 28	0	1	1	1	0
البند 29	1	1	1	1	1
البند 30	0	1	1	1	0
البند 31	2	2	2	2	2
البند 32	1	1	1	1	1
البند 33	0	1	1	1	0
البند 34	1	1	1	1	1
البند 35	1	1	1	1	1
البند 36	1	1	1	1	1
البند 37	1	1	1	1	1
البند 38	1	1	1	1	1
البند 39	1	2	2	1	1
البند 40	0	0	0	2	0
البند 41	1	1	1	1	1
البند 42	0	1	0	1	0
البند 43	1	1	0	1	1
البند 44	0	0	1	1	0
البند 45	0	0	0	1	1
البند 46	0	1	1	1	0
البند 47	1	1	1	1	1
البند 48	1	1	1	1	1
البند 49	0	0	0	0	1
البند 50	1	1	1	2	1
المجموع	41	48	45	56	39

1-2- عرض نتائج القياس البعدي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي:

الجدول (09) يوضح نتائج القياس البعدي للحالات على مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي

الحالات / البنود	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5
البند 1	3	3	3	3	3
البند 2	3	3	3	3	3
البند 3	3	3	3	3	3
البند 4	3	3	3	3	3
البند 5	3	3	3	3	3
البند 6	3	3	3	3	3
البند 7	3	3	3	3	3
البند 8	3	2	3	3	3
البند 9	3	3	3	3	3
البند 10	3	3	3	3	3
البند 11	3	2	3	3	3
البند 12	2	3	3	3	3
البند 13	3	3	3	2	3
البند 14	3	3	3	3	3
البند 15	3	2	3	3	3
البند 16	3	2	3	2	3
البند 17	2	3	2	3	3
البند 18	1	3	3	3	3
البند 19	1	3	3	3	3
البند 20	1	3	3	3	3
البند 21	3	3	3	3	3
البند 22	3	3	3	3	3
البند 23	3	3	3	3	3
البند 24	3	3	3	3	3

البند 25	1	3	3	3	3
البند 26	3	2	2	3	3
البند 27	3	2	3	3	3
البند 28	3	3	3	3	3
البند 29	3	3	3	3	3
البند 30	3	3	3	3	3
البند 31	3	3	3	3	3
البند 32	3	3	3	3	3
البند 33	3	3	1	3	1
البند 34	2	3	2	3	3
البند 35	3	3	3	3	3
البند 36	3	3	3	3	3
البند 37	2	2	2	2	2
البند 38	1	2	1	1	3
البند 39	2	3	3	3	3
البند 40	3	3	2	3	3
البند 41	3	3	3	3	3
البند 42	3	3	3	3	3
البند 43	3	3	3	3	3
البند 44	3	3	3	3	3
البند 45	3	3	3	3	3
البند 46	3	3	3	3	3
البند 47	3	3	3	3	3
البند 48	3	3	3	3	3
البند 49	3	1	3	3	3
البند 50	2	2	2	2	3
المجموع	136	139	140	144	147



الشكل رقم (07) يوضح الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدي للإتصال اللغوي للأطفال التوحديين

1-3-عرض نتائج القياس القبلي للحالات على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي:

الجدول رقم (10) يوضح نتائج القياس القبلي للحالات على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي

الحالات / البنود	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5
البند 1	0	0	1	1	1
البند 2	0	1	1	1	1
البند 3	1	1	1	1	1
البند 4	1	0	0	0	0
البند 5	0	1	1	1	0
البند 6	0	1	1	0	1
البند 7	0	0	0	0	0
البند 8	0	1	1	1	1
البند 9	0	1	0	0	0
البند 10	0	1	0	0	0
البند 11	1	1	1	1	1
البند 12	1	1	1	1	1
البند 13	1	1	1	1	1
البند 14	0	0	0	1	0
البند 15	0	1	1	1	0
البند 16	0	1	1	1	1
البند 17	1	1	0	1	1
البند 18	0	1	0	1	1
البند 19	0	1	0	1	1
البند 20	0	1	0	1	1
البند 21	0	1	0	1	1
البند 22	1	1	1	1	1
البند 23	0	0	0	1	1
البند 24	0	0	1	1	0

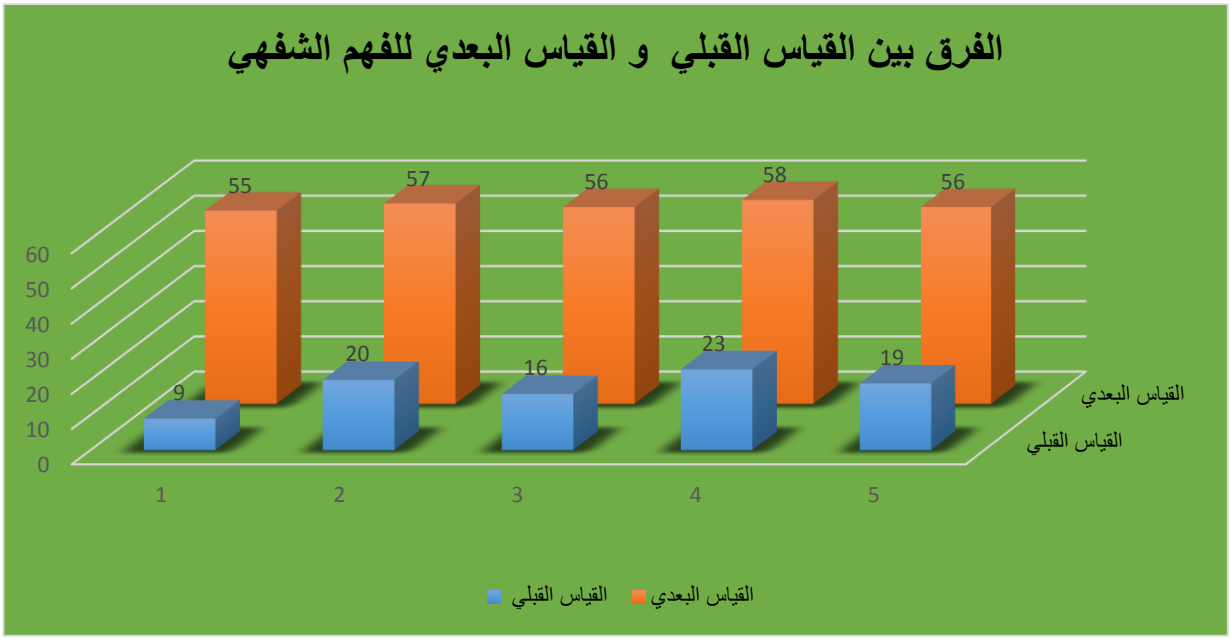
البند 25	0	0	0	0	0
البند 26	1	0	1	1	1
البند 27	0	0	0	1	1
البند 28	1	0	1	1	0
البند 29	0	1	0	0	0
البند 30	0	1	1	1	1
المجموع	9	20	16	23	19

1-4- عرض نتائج القياس البعدي للحالات على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي:

الجدول رقم (11) يوضح نتائج القياس البعدي للحالات على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي

البنود / الحالات	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5
البند 1	2	2	2	2	2
البند 2	2	2	2	2	2
البند 3	2	1	1	2	2
البند 4	2	2	2	2	2
البند 5	2	2	1	2	1
البند 6	2	2	2	2	2
البند 7	2	2	2	2	2
البند 8	2	2	2	2	2
البند 9	2	2	2	2	2
البند 10	2	2	2	2	2
البند 11	2	2	2	2	2
البند 12	2	2	2	2	2
البند 13	2	2	2	2	2
البند 14	2	2	2	2	2
البند 15	2	2	2	2	2
البند 16	2	2	2	2	2
البند 17	2	2	2	2	2
البند 18	2	2	2	2	2
البند 19	2	2	2	2	2
البند 20	2	2	2	2	2
البند 21	2	2	2	2	2
البند 22	2	2	2	2	2
البند 23	2	2	2	2	2
البند 24	1	2	2	2	1

البند 25	0	1	0	1	1
البند 26	2	2	2	2	2
البند 27	2	2	2	2	2
البند 28	2	2	2	2	2
البند 29	1	2	2	2	2
البند 30	1	1	2	1	1
المجموع	55	57	56	58	56



الشكل رقم (08) يوضح الفرق بين القياس القبلي و القياس البعدي للفهم الشفهي للأطفال التوحديين

2- عرض الحالات و تفسير النتائج:

الحالة الأولى:

(ن- م) طفلة توحدية من ولاية المدية تبلغ من العمر 4 سنوات ، تنتمي إلى عائلة مكونة من الوالدين و 5 إخوة (4 بنات وذكر) تحتل المرتبة الأخيرة بين إخوتها ، مستواهم الإقتصادي متوسط فالأم ماكثة في البيت مستواها التعليمي (9 أساسي) و الأب معلم متقاعد مستواه التعليمي نهائي ، كان زواجهما عن قرابة (أبناء الخال) و بفارق سن 20 سنة ويعيشون في الأسرة النووية.

كان الحمل غير مرغوب فيه من طرف الأب و الأم ، وقد أصيبت الأم أثناء فترة الحمل بالسكري كما تناولت الأدوية الخاصة بالمرض طيلة فترة الحمل وبعده و عاشت في حالة نفسية صعبة خاصة في الأشهر الأولى أما الولادة كانت طبيعية و في أوانها و بحالة صحية جيدة و لم تتعرض لأي أمراض في صغرها ، كانت الرضاعة طبيعية وقد تمت عملية الفطام في سن عامين ونصف و كان هذا صعب جداً بالنسبة للطفلة فلم تتقبل الفطام إلا بصعوبة كبيرة ، للطفلة شهية كبيرة و تعتمد على نفسها في الأكل و اللباس إلا أنها تعاني من إضطرابات في النوم فلا تحب النوم و تبقى تتجول في أرجاء المنزل حتى 2 صباحا و تستيقض باكراً كما أنها لا تقبل النوم لوحدها.

جميع مراحل النمو الحسي الحركي{ التحكم في إستقامة الرأس، الجلوس، الحبو، الوقوف، المشي } كانت طبيعية و في وقتها ، أما النمو اللغوي كان متأخراً إذ أن بداية المناغاة كانت في 6 أشهر ، و أول كلمة كانت في عام و نصف كما كانت تبتسم لوحدها في 3 أشهر لكن عندما يتحدث معها أفراد العائلة لا تبدي أي إستجابة و كأنها لا ترى و لا تسمع، غياب قلق الشهر 8 فكانت لا تفرق بين الأقرباء و الغرباء و لم تكتسب النظافة حتى بعد التكفل (4 سنوات).

و عند بلوغها 4 سنوات لاحظت الأم أن إبنتها تعاني من تأخر في الكلام فقررت أخذها للأخصائية النفسانية التي قامت بدورها بتشخيص الإضطراب نظراً لظهور عدة أعراض على الطفلة كغياب اللغة التعبيرية و التواصلية و لا تقوم بتعويضها بالتعبيرات و الإيماءات الوجهية كما أنها تتلفظ ببعض الكلمات باللغة العربية الفصحى نظراً لمشاهدتها لقناة تلفزيونية تبث باللغة الفصحى، و تقوم بإعادة ما تسمعه بإستمرار l'écholalie et stéréotypie verbale ، غياب التواصل البصري ، الغناء و الكلام المبهم (Jargon) كما أنها تعاني من إضطرابات في السلوك ، و تقوم بحركات نمطية تكرارية ، لديها نوبات غضب عنيفة ، لا تستطيع فهم ما نقوله أو ما نطلبه منها ، كما قامت الأخصائية بإرسال الحالة إلى مركز الطب العقلي للأطفال بدريد حسين لتأكيد التشخيص و هو ما تم بالفعل و شخصت الحالة على إصابتها بإضطراب التوحد من الدرجة المتوسطة.

و حين علم الوالدان بمرض إبنتهما لم يتقبلا الأمر رغم ثقافتهما و وعيهما بهذا المرض ، فقد تأثرت العلاقة بينهما و حدثت مشاكل داخل الأسرة مما دفع الأم إلى الشعور بالذنب و هي السبب في مرض إبنتها كما غيرت أسلوب المعاملة وأصبحت تعاملها بحماية زائدة و منحتها الإهتمام و الرعاية أكثر من إخوتها أما الأب غير مهتم و لا يبالي بها وحتى الآن لم يتقبل المرض و لا يحب أخذ البنت للأخصائي النفساني و الأرطفوني و لا يترك الأم تقوم بالأنشطة التي تكلفها بها الأخصائية في المنزل ، أما الإخوة لا يهتمون بها و لا يحبون اللعب معها لأنها تفسد عليهم اللعب و تمزق أدواتهم فلا يحبون التعامل معها رغم أنهم واعيين بالمرض لكنهم غير متفهمين وغير متعاونيين.

أما العلاقات و الإتصالات الإجتماعية فهي جد ضعيفة فالطفلة لديها قصور كيفي في التفاعلات الإجتماعية نلاحظ هذا النقص في عدم إستعمال السلوكات غير اللفظية كالإتصال البصري و التعبيرات و الإيماءات الوجهية ، غير قادرة على إقامة علاقات مع أقرانها و لا تتواصل و لا تتفاعل مع الآخرين حتى و إن أتى الآخرين للتعامل معها أو لمسها تبدأ بالصراخ و تستعمل أساليب عدوانية معهم ، كما أنها لا تلعب الأطفال من نفس سنها و حتى مع أبناء الجيران و لم تقبل البقاء في الروضة كما أصبح الأطفال يتجنبونها لأنها عنيفة معهم و تستعمل معهم العض و الخدش والضرب.

و بعد 6 أشهر من التكفل النفسي الأرطفوني بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و الذي خصصنا منه الجزء الخاص بالفهم الشفهي و الحصيلة اللغوية توصلت الطفلة إلى القيام بمجمل التمارينات بعد مجهودات كبيرة حيث تعودت بصعوبة على المجيء للعلاج و الإنتظار بدون صراخ و بكاء في القاعة و أصبحت تلتزم بالتعليمات بعد أن كانت لا تستجيب للأوامر و حتى للعقاب، و حسب الأم و الأخصائية النفسانية وملاحظتنا للحالة طيلة 6 أشهر هناك تحسن كبير للحالة و لمسنا هذا التغير في السلوك الهدوء و الإتزان ، تطور قدرات الطفلة المهارية و الأدائية كما أصبحت تفهم ما نقوله و تقوم بمختلف الأوامر التي نقدمها لها وبدأت تتواصل بصرياً و تستعمل اللغة العامية في التواصل و استغنت عن اللغة الفصحى ، أما الأعراض التي بقيت عند الحالة هي تكرار كلام (المصاداة) و إضطراب في التركيز بسبب كثرة الحركة.

نتيجة مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي: أظهرت نتائج الحالة 1 من خلال مقياس تقدير الإتصال اللغوي على درجة 136 بعدما كانت في القياس القبلي 41 و هي درجة تعتبر جيدة، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

نتيجة إختبار الفهم الشفهي: أظهرت نتائج الحالة 1 من خلال إختبار الفهم الشفهي على درجة 55 بعدما كانت في القياس القبلي 9 ، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

الخلاصة: يظهر من خلال تحليل و عرض نتائج الحالة الأولى أنها إستفادت من التكفل النفسي الأرطفوني الذي كان بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و هذا أثر إيجابياً على فهمها الشفهي و تواصلها اللغوي مع الآخرين.

الحالة الثانية:

(هـ– س) طفل توحدي من ولاية المدية يبلغ من العمر 4 سنوات و نصف ، ينتمي إلى عائلة مكونة من الوالدين و 3 إخوة (بنتين وذكر) هو الذكر الوحيد في الأسرة يحتل المرتبة الثانية بين إخوته ، مستواهم الإقتصادي متوسط فالأم ماكثة في البيت مستواها التعليمي نهائي و الأب تاجر مستواه التعليمي جامعي ، لم يكن زواجهما عن قرابة و بفارق سن 20 سنة و يعيشون في الأسرة النووية.

كان الحمل مرغوب فيه ، ولم تُصب الأم أثناء فترة الحمل بأية أمراض و لم تتناول أية أدوية كما عاشت حالة نفسية عادية خلال فترة الحمل، أما الولادة كانت طبيعية و في أوانها و بحالة صحية جيدة وفي 6 أشهر أصيب الطفل بجفاف و إسهال شديد و تناول أدوية حتى شُفي، كانت الرضاعة مزدوجة وقد تمت عملية الفطام في 4 أشهر وقد تقبل الفطام بسهولة كبيرة ، للطفل شهية ضعيفة فلا يأكل سوى العجائن و الأطعمة ذات اللون الأحمر، لا يعتمد على نفسه و كل أموره تقوم بها أمه ، كان نومه عادي و في سن 3 سنوات أصبحت تظهر عليه إضطرابات في النوم (لديه نوم مفرط) .

جميع مراحل النمو الحسي الحركي{ التحكم في إستقامة الرأس، الجلوس، الحبو، الوقوف، المشي} كانت طبيعية وفي وقتها، أما النمو اللغوي كان متأخراً إذ أن بداية المناغاة كانت في 7 أشهر ، و أول كلمة كانت في عام وشهرين (بابا– ماما) دون أن يميز أمه و أبيه كان ينادي كل النساء ماما وكل الرجال بابا ، كما كان يبتسم لوحده في 3 أشهر ، غياب قلق الشهر 8 فكان لا يفرق بين الأشخاص المقربين و الغرباء ، و لم يكتسب النظافة حتى سن (3 سنوات و نصف).

و عند بلوغه 3 سنوات لاحظ العم سلوكات الطفل كالإفراط في مشاهدة التلفاز ، عدم الكلام و عدم الجلوس مع الجماعة و الجلوس وحده في مكان منعزل ، الإختباء وراء الأريكة لفترة طويلة و لا يعير أي إهتمام لمن حوله سواء والديه أو إخوته ، فإقترح على الأم أخذ الطفل للأخصائي النفساني لأنه شبه سلوكاته بسلوكات إبن أخت زوجته الذي يعاني من إضطراب التوحد فقررت الأم أخذه للأخصائية النفسانية التي قامت بدورها بتشخيص الإضطراب نظراً لظهور عدة أعراض على الطفل كغياب اللغة التعبيرية و التواصلية و لا يقوم بتعويضها بالتعبيرات و الإيماءات الوجهية ، غياب التواصل البصري ، البكاء و الصراخ ، يتفوه بكلام غير مفهوم بصوت خافت خاص به langage idiosyncrasique ، كما أنه يعاني من إضطرابات في السلوك و يقوم بحركات نمطية تكرارية ، كما قامت الأخصائية بإرسال الحالة إلى مركز الطب العقلي للأطفال بدريد حسين لتأكيد التشخيص و هو ما تم بالفعل و شخصت الحالة على إصابتها بإضطراب التوحد من الدرجة المتوسطة.

و حين علمت الأم بمرض إبنها لم تتقبل الأمر رغم ثقافتها ووعيها بهذا المرض حتى أصيبت بالإكتئاب أما الأب فتقبل الأمر و قال هذا من عند الله ، ولم تتأثر العلاقة بينهما و لم تحدث مشاكل داخل الأسرة و لم يغيروا طريقة التعامل معه و عاملوه بأسلوب منصف و عادل مثله مثل أختيه لكن الأم تهتم به بكثرة و تقوم

بكل حاجاته أما الأب غير مهتم بمرضه و لا يساعد الأم في تربيته و لا في تعليمه كما لا يقوم بإخراجه معه إلى الشارع أو إلى المنتزهات ولا حتى إلى الأخصائي و يترك العبئ كله على الأم أما أختيه لا يهتمان به و لا يحبان اللعب معه لأنه ذكر و يلعبان مع بعضهما البعض بألعاب البنات كما أنه يفسد عليهم اللعب فلا يتعاملان معه.

أما العلاقات و الإتصالات الإجتماعية فهي ضعيفة فالطفل لا يتواصل ولا يتفاعل مع الآخرين، كما أنه لا يلعب مع الأطفال من نفس سنه و حتى مع أبناء الجيران لأن الأم لا تتركه يخرج خوفاً عليه من الشارع و رغم أنه منخرط في نادي الأطفال إلا أنه لا يبادر للعب مع أقرانه و يحب اللعب لوحده كما يستعمل العض و الضرب للدفاع عن نفسه عندما ينزع منه ألعابه أو عندما يضربه أحد الأطفال.

و بعد 6 أشهر من التكفل النفسي الأرطفوني بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و الذي خصصنا منه الجزء الخاص بالفهم الشفهي و الحصيلة اللغوية توصل الطفل إلى القيام بمجمل التمارينات حيث تعود على المجيء للعلاج و الإنتظار بدون صراخ في القاعة و أصبح يلتزم بالتعليمات بعد أن كان لا يستجيب للأوامر، و حسب الأم و الأخصائية النفسانية و ملاحظة الباحثتان للحالة طيلة 6 أشهر هناك تحسن كبير للحالة و قد لمسنا هذا التغير في السلوك و الهدوء و النظام ، كما أصبح يفهم الأمور من حوله و يقوم بمختلف الأوامر التي نقدمها له و بدأ يتواصل بصرياً و يستعمل التفكير و التخيل في اللعب ، و أصبح يستعمل اللغة الشفهية و غير الشفهية في التواصل، كما بدأ يتفاعل و يتواصل مع الآخرين، لم يعد يبقى وحيداً و تمكن من الإندماج في أسرته ، أما الأعراض التي بقيت عند الحالة هي الصراخ ، المناغاة و تكرار كلام (المصاداة) و عدم الإنتظار في أي مكان (عند الأخصائي، عند الطبيب، الحافلة...)

نتيجة مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي: أظهرت نتائج الحالة 2 من خلال مقياس تقدير الإتصال اللغوي على درجة 139 بعدما كانت في القياس القبلي 48 و هي درجة تعتبر جيدة، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

نتيجة إختبار الفهم الشفهي: أظهرت نتائج الحالة 2 من خلال إختبار الفهم الشفهي على درجة 57 بعدما كانت في القياس القبلي 20 ، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

الخلاصة: يظهر من خلال تحليل و عرض نتائج الحالة الثانية أنها إستفادت من التكفل النفسي الأرطفوني الذي كان بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و هذا ما أثر إيجابياً على فهمها الشفهي و تواصلها اللغوي مع الآخرين.

الحالة الثالثة:

(ر- ع) طفلة توحدية من ولاية المدية تبلغ من العمر 5 سنوات ، تنتمي إلى عائلة مكونة من الوالدين و 3 إخوة (ذكرين و بنت) هي البنت الوحيدة في المنزل تحتل المرتبة الأخيرة بين إخوتها ، مستواهم الإقتصادي متوسط فالأم ماكثة في البيت مستواها التعليمي (6 إبتدائي) و الأب مهندس متقاعد متحصل على شهادة ليسانس ، لم يكن زواجهما عن قرابة و بفارق سن 12 سنة و يعيشون في الأسرة النووية.

كان الحمل مرغوب فيه ، و لم تُصب الأم أثناء فترة الحمل بأية أمراض و لم تتناول أية أدوية كما عاشت في حالة نفسية عادية خلال فترة الحمل ، أما الولادة كانت قيصرية و في وقت مبكر و بحالة صحية عادية ولم تصب بأية أمراض في صغرها، كانت الرضاعة مزدوجة و قد تمت عملية الفطام في 3 أشهر و كان هذا جدُ سهل بالنسبة للطفلة فقد تقبلت عملية الفطام و لم تبدي أي رفض، للطفلة شهية كبيرة و تأكل في كل وقت و كل الأغذية دون إستثناء تعتمد على نفسها في الأكل و اللباس إلا أنها تعاني من إضطرابات في النوم فلديها نوم متقطع و تستيقض مراراً في الليل ، و عند بلوغها سنة من العمر أصيبت الطفلة بمرض الصرع و أصبحت تتناول أدوية خاصة بهذا.

جميع مراحل النمو الحسي الحركي كان متأخراً { التحكم في إستقامة الرأس كان في 10 أشهر، الجلوس بعد سنة، الحبو في عام و شهرين، الوقوف في عام و4 أشهر، المشي بعد 20 شهر} ، كما هو الحال مع النمو اللغوي الذي كان أيضاً جد متأخر فكانت بداية المناغاة في 10 أشهر ، و أول كلمة كانت (دادا) في 4 سنوات كما أنها تميزت بغياب إبتسامة الشهر 3 وغياب الإتصال البصري و عندما يتحدث معها أفراد العائلة لا تبدي أي إستجابة و كأنها لا ترى و لا تسمع ، كذلك غياب قلق الشهر 8 فلم تكن تفرق بين الأشخاص المقربين و الغرباء و لم تكتسب النظافة حتى (3 سنوات و نصف) .

و عند بلوغها 4 سنوات تأكدت الأم أن إبنتها تعاني من إضطرابات في النطق و الكلام بعدما كانت عائلة زوجها تقول لها أن تأخر النطق راجع للوراثة لأن أباها كذلك لم يتحدث حتى 4 سنوات فقررت أخذها للأخصائية النفسانية التي قامت بدورها بتشخيص الإضطراب نظراً لظهور عدة أعراض على الطفلة منها إضطراب كبير في السلوكات ، العدوانية إتجاه الذات و إتجاه الغير ، عدم الإستقرار النفسي-الحركي غياب الإتصال اللفظي و البصري ، تنتابها نوبات ضحك و أحيانا بكاء و صراخ مع ميزاج متقلب ، القيام بحركات نمطية تكرارية ، فرط النشاط و الحركة ، كما قامت الأخصائية بإرسال الحالة إلى مركز الطب العقلي للأطفال بدريد حسين لتأكيد التشخيص وهو ما تم بالفعل وشخصت الحالة على إصابتها بإضطراب التوحد من الدرجة المتوسطة.

و حين علمت الأم بمرض إبنتها لم تتقبل الأمر رغم أن درجة وعيها بهذا المرض كانت كبيرة جداً ، فقد تعرضت لإنهيار عصبي و لم تتقبل بشدة مرض إبنتها و هذا الرفض جعلها قاسية معها ومع هذا الطفلة شديدة التعلق بالأم لأنهما يبقيان طيلة النهار لوحدهما ، أما الأب فقد تقبل الأمر و يتعامل مع إبنته بطريقة

جيدة كما أنه يعتني بها و يلعب معها و يخرجها معه للتنزه ، إلا أنه تأثرت العلاقة بين الزوجين في الأول بشكل كبير و حدثت مشاكل داخل الأسرة بسبب المرض و بعد العيش مع المرض و بالمتابعة مع الأخصائية النفسانية تحسنت العلاقة بينها و أصبحا يأخذان إبنتهما للأخصائي النفساني و الأرطفوني و يقومان بإعادة الأنشطة التي تكلفهما بها الأخصائية في المنزل ، كما تقوم بها لوحدها بشكل منظم.

علاقتها مع أخويها محدودة و ذات طبيعة عدوانية تكاد تكون منقطعة فلا يهتمان بها إلا بعض الشيء و عندما يتعاملان معها تبدي رفضاً وتحب البقاء وحدها رغم أنهم قريبين منها في السن كما أنهم ليس واعيان بالمرض و غير متفهمان لها و يشعران بالغيرة نحوها.

أما العلاقات و الإتصالات الإجتماعية فهي جد ضعيفة فالطفلة لا تتواصل ولا تتفاعل مع الآخرين حتى و إن أتى الآخرين للتعامل معها أو لمسها تبدأ بالصراخ و تستعمل أساليب عدوانية معهم ، كما أنها لا تلعب مع الأطفال من نفس سنها في الروضة و تقوم بحركات تكرارية داخل الروضة كالجري و البكاء و تمزق شعرها و تعض يدها لعدم تقبلها الجو العام للروضة كما أصبح زملاءها يتجنبونها لأنها عنيفة معهم.

و بعد 6 أشهر من التكفل النفسي الأرطفوني بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و الذي خصصنا منه الجزء الخاص بالفهم الشفهي و الحصيلة اللغوية توصلت الطفلة إلى القيام بمجمل التمارينات بعد مجهودات كبيرة حيث تعودت على المجيء للعلاج و الإنتظار بدون صراخ و بكاء في القاعة و أصبحت تلتزم بالتعليمات بعد أن كانت لا تستجيب للأوامر و حتى للعقاب ، و حسب الأم و الأخصائية النفسانية وملاحظتنا للحالة طيلة 6 أشهر هناك تحسن كبير جداً للحالة و لمسنا هذا التغير في تطور القدرات الأدائية للطفلة، الإستقرار النفسي–الحركي ، إكتساب الإتصال البصري، إختفاء الصراخ و ظهور اللغة التعبيرية التواصل مع الآخرين بالإبتسامة و المصافحة، كما أصبحت تستعمل الإشارات و الإيماءات، و أصبحت تفهم ما نقوله وتقوم بمختلف الأوامر التي نقدمها لها ، أما الأعراض التي بقيت عند الحالة هي تكرار كلام (l'écholalie) و الضحك و البكاء بدون سبب، بقاء بعض الحركات النمطية ، فرط النشاط والحركة بسبب تناولها لأدوية تساعدها على الهدوء و التركيز مما أثرت سلباً عليها في جانب زيادة النشاط و الإندفاعية.

نتيجة مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي: أظهرت نتائج الحالة 3 من خلال مقياس تقدير الإتصال اللغوي على درجة 140 بعدما كانت في القياس القبلي 45 و هي درجة تعتبر جيدة، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

نتيجة إختبار الفهم الشفهي: أظهرت نتائج الحالة 3 من خلال إختبار الفهم الشفهي على درجة 56 بعدما كانت في القياس القبلي 16 ، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

الخلاصة: يظهر من خلال تحليل و عرض نتائج الحالة الثالثة أنها إستفادت من التكفل النفسي الأرطفوني الذي كان بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و هذا ما أثر إيجابياً على فهمها الشفهي و تواصلها اللغوي مع الآخرين.

الحالة الرابعة :

(م– ب) طفل توحدي من ولاية المدية يبلغ من العمر 6 سنوات ، ينتمي إلى عائلة مكونة من الوالدين و 4 إخوة (بنتين وذكرين) يحتل المرتبة الأخيرة بين إخوته ، مستواهم الإقتصادي متوسط فالأم ماكثة في البيت مستواها التعليمي نهائي و الأب معلم مستواه التعليمي جامعي ، كان زواجهما عن قرابة (أبناء العم) و بفارق سن 8 سنوات و يعيشون في الأسرة النووية.

كان الحمل مرغوب فيه ، كما أصيبت الأم أثناء فترة الحمل بإرتفاع ضغط الدم و قد تناولت الأدوية الخاصة بهذا المرض طيلة فترة الحمل و بعده ، كما عاشت حالة نفسية صعبة خلال فترة الحمل إذ كانت جد خائفة و متوترة و قلقة من تأثير المرض على الجنين ، أما الولادة كانت طبيعية و في أوانها و بحالة صحية جيدة و لم يتعرض لأية أمراض في صغره ، كانت الرضاعة طبيعية و قد تمت عملية الفطام في سن عامين وقد تقبل الفطام بسهولة كبيرة ، للطفل شهية ضعيفة جداً طيلة عامين كان يشرب إلا حليب و الماء و بعد سن عامين حتى 6 سنوات لا يأكل إلا الخبز و مشتقات الحليب و بعض الفواكه ، كما أنه يعاني من إضطرابات في النوم ، ينام لفترة طويلة (نوم مفرط).

أغلب مراحل النمو الحسي الحركي كانت متأخرة { التحكم في إستقامة الرأس كان في 5 أشهر، الجلوس في 9 أشهر ، لم يحبي، الوقوف في عام و شهرين ، أما المشي كان بعد عامين و نصف} و في وقتها، و نفس الشيء مع النمو اللغوي و الذي كان أيضاً متأخراً إذ أنه إتسم بغياب المناغاة و غياب الإبتسامة و لم يتكلم حتى سن 3 سنوات بأول كلمتين كانت (بابا– ماما) دون أن يعرف من هي أمه و من هو أبيه كان ينادي كل النساء ماما و كل الرجال بابا ، غياب قلق الشهر 8 فلم يكن يفرق بين أفراد العائلة و الغرباء ، لم يكتسب النظافة حتى سن (4 سنوات و نصف).

و عند بلوغه 4 سنوات قررت الأم أخذ الطفل للأخصائي النفساني و الأرطفوني لعلاج تأخر النطق لأن موعد الدراسة إقترب و لابد عليه أن يتكلم قبل دخوله للمدرسة و عند الإلتقاء بالأخصائية النفسانية قامت بتشخيص الإضطراب نظراً لظهور عدة أعراض على الطفل كتأخر الكلام ، لا يدير رأسه عند مناداته، لا يهتم بالآخرين و يحب الجلوس لوحده ، غياب التواصل البصري ، يأكل كل شيء يراه أمامه (قلم، ورق حذاء...) أحيانا تنتابه نوبات ضحك و تارة نوبات البكاء و الصراخ بدون أي سبب ، عدوانية نحو الذات كما أنه يعاني من إضطرابات في السلوك و لا يستجيب للعقاب، غير قادر على فهم مضمون الكلام ، النشاط الحركي الزائد ، الإنشغال المستمر بالأشياء كالهاتف، الكمبيوتر، الكرة، السيارة ، و يجلس بهدوء و لفترة طويلة أمام التلفاز و هذا منذ 9 أشهر حتى 4 سنوات و قد إستغلت الأم هذا الجانب في القيام بالواجبات المنزلية ، كما قامت الأخصائية بإرسال الحالة إلى مركز الطب العقلي للأطفال بدريد حسين لتأكيد التشخيص و هو ما تم بالفعل و شخصت الحالة على إصابتها بإضطراب التوحد من الدرجة الخفيفة، مع العلم أنه تم عرضه من قبل على عدة أخصائيين النفسانيين و أرطفونيين لكن لم يتم التشخيص الصحيح.

و حين علمت الوالدين بمرض إبنهما تفهما و تقبلا الأمر وهذا التقبل راجع لثقافتهما ووعيهما، و لم تتأثر العلاقة بينهما و لم تحدث أية مشاكل داخل الأسرة إلا أنهما عاملاه بحماية زائدة و تدليل مفرط و يطلبان من إخوته عدم إغاضته أو ضربه و هذا بدافع الشفقة عليه فالأم تهتم به بكثرة و تقوم بكل حاجاته أكثر من إخوته و الأب أيضاً يقوم بإخرجه معه للتنزه كل يوم و يقوم بإقتناء كل الأمور التي يريدها و هو جدُ متفاعل مع الأخصائية النفسانية و يقوم بتعليم الطفل و بإعادة الأنشطة كل يوم عند العودة من العمل مع التأكيد أن الطفل شديد التعلق بأبيه ، أما علاقته بأخوته محدودة فيهتمون به بنسبة قليلة و يتجنبون التعامل معه لأنه يقوم بسلوكات خاطئة نحوهم و عند ضربه يقوم الوالدين بتوبيخهم و معاقبتهم رغم أنهم واعين و يستطيعون فهم مرض أخيهم لأنهم في فترة المراهقة المتأخرة و قادرين على مساعدته على التحسن.

أما العلاقات و الإتصالات الإجتماعية فهي ضعيفة فلطفل قصور كيفي في التفاعلات الإجتماعية ، و لا يتواصل مع الآخرين، كما أنه لا يلعب مع الأطفال من نفس سنه و لا يحب الأماكن التي تعج بكثرة الناس و لا يلعب مع أبناء الحي لأن الأم لا تتركه يخرج لأنه عندما يخرج أمام المنزل للعب يذهب و لا يعود للمنزل أما في البيت يحب اللعب بمفرده.

و بعد 6 أشهر من التكفل النفسي الأرطفوني بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و الذي خصصنا منه الجزء الخاص بالفهم الشفهي و الحصيلة اللغوية توصل الطفل إلى القيام بمجمل التمارينات حيث تعود على المجيء للعلاج و الإنتظار في القاعة و أصبح يلتزم بالتعليمات بعد أن كان لا يستجيب للأوامر وحسب الأم و الأخصائية النفسانية وملاحظة الباحثتان للحالة طيلة 6 أشهر هناك تحسن كبير للحالة و قد لمسنا هذا التغير في السلوك و الهدوء و النظام ، الإستقرار النفسي–الحركي كما أصبح يفهم الأمور منحوله و يقوم بمختلف الأوامر التي نقدمها له ، إختفاء الصراخ و ظهور اللغة ، إكتساب التواصل البصري و أصبح يستعمل التعبيرات الوجهية و الإشارات في التواصل ، تطور قدرات الطفل المهارية و الأدائية أصبح مندمج في العائلة خاصة مع الإخوة و الأقارب أما الأعراض التي بقيت عند الحالة هي بقاء بعض الحركات النمطية التكرارية و تكرارا الكلام ، كما أنه مازال في اللعب الفردي و لا يتكلم مع الآخرين لأنه خجول.

نتيجة مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي: أظهرت نتائج الحالة 4 من خلال مقياس تقدير الإتصال اللغوي على درجة 144 بعدما كانت في القياس القبلي 56 و هي درجة تعتبر جيدة، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

نتيجة إختبار الفهم الشفهي: أظهرت نتائج الحالة 4 من خلال إختبار الفهم الشفهي على درجة 58 بعدما كانت في القياس القبلي 23 ، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

الخلاصة: يظهر من خلال تحليل و عرض نتائج الحالة الرابعة أنها إستفادت من التكفل النفسي الأرطفوني الذي كان بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و هذا ما أثر إيجابياً على فهمها الشفهي و تواصلها اللغوي مع الآخرين.

الحالة الخامسة:

(ع– خ) طفل توحدي من ولاية المدية يبلغ من العمر 7 سنوات ، ينتمي إلى عائلة مكونة من الوالدين و 3 إخوة (ذكرين وأنثى) يحتل المرتبة الثانية بين إخوته ، مستواهم الإقتصادي متوسط فالأم ماكثة في البيت مستواها التعليمي (9 أساسي) و الأب إسكافي مستواه التعليمي (9 أساسي) ، لم يكن زواجهما عن قرابة و بفارق سن 6 سنوات و يعيشون في الأسرة النووية.

كان الحمل مرغوب فيه ، كما أصيبت الأم أثناء فترة الحمل بفقر الدم و قد تناولت الأدوية الخاصة بهذا المرض طيلة فترة الحمل ، كما تعرضت الأم للأشعة في الشهر السابع من الحمل و قد عاشت حالة نفسية عادية خلال فترة الحمل لكنها كانت خائفة من تأثير الأشعة على الجنين ، أما الولادة كانت طبيعية و في أوانها لكن بحالة صحية متدهورة إذ ولد الطفل بمرض داء الفيروس الكبدي (Hépatite) و قد تناول الأدوية حتى شُفي منه ، كانت الرضاعة طبيعية و قد تمت عملية الفطام في سن عامين و لكن بصعوبة فالطفل لم يتقبل عملية الفطام و قد بكى بكاء شديد حيال ذلك ، للطفل شهية كبيرة جداً إذ يأكل كل شيء دون إستثناء و في كل وقت فليس له وقت مخصص للأكل ، كما أنه لا يعاني من إضطرابات في النوم و ينام لوحده و لديه الإستقلالية و يعتمد على نفسه في الأكل و اللباس و النوم و النظافة.

جميع مراحل النمو الحسي الحركي { التحكم في إستقامة الرأس ، الجلوس، الحبو، الوقوف ، المشي } كانت عادية و في وقتها، إلا أن النمو اللغوي كان متأخراً إذ أنه كان يبتسم لوحده لكن إذا تحدث معه أفراد العائلة لا يبدي أية إبتسامة و لم ينطق و لم يناغي حتى عام و نصف بأولى كلمات كانت (بابا – ماما) ، غياب قلق الشهر 8 فلم يكن يفرق بين أفراد العائلة و الغرباء ، كما أنه إكتسب النظافة ليلا و نهارا في سن عامين.

و عند بلوغه 4 سنوات و نصف لاحظت الأم غياب اللغة التعبيرية و التواصلية فكان الطفل يتحدث لوحده و لا يتواصل مع الآخرين فقررت أخذه للأخصائي النفساني لعلاج تأخر الكلام و التواصل مع الآخرين و هو ما تم بالفعل إذ تم عرضه على الأخصائية النفسانية التي قامت بتشخيص الإضطراب نظراً لظهور عدة أعراض على الطفل كتأخر الكلام ، تكرار كلام المتحدث ، القيام بحركات نمطية تكرارية ، غياب التواصل البصري ، غياب التفاعل و التواصل مع الآخرين ، غير قادر على فهم مضمون الكلام ، الإنشغال المستمر بالأشياء كالهاتف، الكمبيوتر، اللوحة الإلكترونية، الكرة، السيارة و لفترات طويلة و بهدوء كما أنه كان يوصف من طرف الأصدقاء و الأقارب بالمؤدب و المهذب ، كما قامت الأخصائية بإرسال الحالة إلى مركز الطب العقلي للأطفال بدريد حسين لتأكيد التشخيص و هو ما تم بالفعل و شخصت الحالة على إصابتها بإضطراب التوحد من الدرجة الخفيفة.

و حين علمت الأم بمرض إبنها لم تتقبل الأمر رغم علمها و وعيها بهذا المرض لأنها شعرت بالذنب و هي السبب في مرض إبنها و هذا ما جعلها تعامله بحماية زائدة و تعتني به تعويضاً عن التقصير الذي كان في حقه فقد أهملته و هو في سن عام و شهرين بعد إنجابها لأخته و التي منحها كل الإهتمام ، كما تأثرت

العلاقة بين الزوجين و حدثت مشاكل داخل الأسرة بسبب المرض، أما الأب فقد تقبل و تفهم الأمر و هو أيضاً يعامله بحماية زائدة ، و عندما تقوم الأم بإعادة الأنشطة التي تكلفها بها الأخصائية يطلب منها أن لا تقوم بتعليمه لأن الطفل لا يحترم أوامر الأم و يبدأ في البكاء و الصراخ و هذا الأمر يزعج الأب ، أما علاقته بأخوته فهي جيدة ، يتفاعل و يتواصل معهم و يبحث عنهم عندما يكونون خارج البيت و خاصة الأخ الأكبر لأنه واعي بمرضه و متفهم و متعاون معه و يقوم بإخراجه للتنزه و اللعب معه كما أن أخته تلعب معه في المنزل لأنه قريب منها في السن و هذا الجانب إيجابي ساعده على الإندماج داخل الأسرة.

أما العلاقات و الإتصالات الإجتماعية فهي ضعيفة فلطفل قصور كيفي في التفاعلات الإجتماعية، و لا يبادر للتواصل مع الآخرين حتى يأتي الآخرين للتحدث معه ، كما أنه يقبل اللمس و اللعب مع الأطفال من نفس سنه و يتعامل معهم بطريقة جيدة .

و بعد 6 أشهر من التكفل النفسي الأرطفوني بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و الذي خصصنا منه الجزء الخاص بالفهم الشفهي و الحصيلة اللغوية توصل الطفل إلى القيام بمجمل التمارينات حيث تعود على المجيء للعلاج و الإنتظار في القاعة و أصبح يلتزم بالتعليمات ، و حسب الأم و الأخصائية النفسانية و ملاحظة الباحثتان للحالة طيلة 6 أشهر هناك تحسن كبير للحالة و قد لمسنا هذا التغير في السلوك و النظام ، أصبح يفهم الأمور من حوله و يقوم بمختلف الأوامر التي نقدمها له ، ظهور اللغة ، إكتساب التواصل اللغوي ، أصبح يركب جملة من 3 إلى 4 كلمات ، و أصبح يستعمل التعبيرات الوجهية و الإشارات في التواصل ، الإنتباه و التركيز، تطور قدرات الطفل المهارية و الأدائية ، أما الأعراض التي بقيت عند الحالة هي تكرارا الكلام (المصاداة)، قبل الإجابة يعيد كلام المتحث بنفس الإيقاع ، السهو.

نتيجة مقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي: أظهرت نتائج الحالة 5 من خلال مقياس تقدير الإتصال اللغوي على درجة 147 بعدما كانت في القياس القبلي 39 و هي درجة تعتبر جيدة، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

نتيجة إختبار الفهم الشفهي: أظهرت نتائج الحالة 5 من خلال إختبار الفهم الشفهي على درجة 56 بعدما كانت في القياس القبلي 19 ، ما يعني أن الحالة تأثرت بالتكفل و بالبرنامج العلاجي المقدم.

الخلاصة: يظهر من خلال تحليل و عرض نتائج الحالة الخامسة أنها إستفادت من التكفل النفسي الأرطفوني الذي كان بواسطة البرنامج العلاجي التربوي teacch و هذا ما أثر إيجابياً على فهمها الشفهي و تواصلها اللغوي مع الآخرين.

3- عرض و تحليل نتائج فرضيات الدراسة:

➢ **عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى :**

التي تنص على " توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمستوى الإتصال اللغوي للطفل التوحدي. "

- للإجابة عن هذه الفرضة تم إجراء إختبار (t) لدراسة الفروق و الجدول رقم (12) يبين نتائج ذلك.

الجدول رقم (12) يوضح دلالة فروق المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية للقياس القبلي و القياس البعدي على مقياس تقدير التواصل اللغوي للطفل التوحدي

القياس القبلي			القياس البعدي		
العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
5	45.40	7.232	5	141.40	4.278

من الجدول يتضح بأن المتوسط الحسابي على القياس القبلي لمستوى الإتصال اللغوي بلغ (45.40) و بإنحراف معياري (7.23) أما المتوسط الحسابي على القياس البعدي بلغ (141.40) و بإنحراف معياري (4.27) ، و للتعرف على ما إذا كان الإختلاف بين المتوسطات جوهرياً تم إجراء إختبار (t) الذي تظهر نتائجه في الجدول (13)

الجدول رقم (13) نتائج إختبار (t)

ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
-25.387	4	0.000	قبول الفرضية

يتضح من الجدول أن قيمة (t) بلغت (25.38-) و بدرجة حرية قدرت ب 4 و من خلال مستوى الدلالة نحدد 0.000 < 0.05 و هذه القيمة دالة عند المستوى 0.05 فأقل ، و هذا يشير إلى أنه يوجد أثر لتطبيق البرنامج العلاجي التربوي teacch على تحسن المستوى اللغوي للأطفال التوحديين و بمراجعة المتوسطات الحسابية نلاحظ أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي كان أعلى و بشكل ملحوظ من المتوسط الحسابي للقياس القبلي ، و هذا التحسن في الجانب اللغوي يعود لتأثير البرنامج العلاجي التدريبي teacch على الإتصال اللغوي للأطفال التوحديين.

وعليه فقد تحققت الفرضية الجزئية الأولى و التي تنص على " توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمقياس تقدير الإتصال اللغوي للطفل التوحدي "

- **عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية :**

التي تنص على : " توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لمستوى الفهم الشفهي للطفل التوحدي. "

و للإجابة عن هذه الفرضية تم إجراء إختبار (t) لدراسة الفروق و الجدول رقم (14) يبين نتائج ذلك

الجدول رقم (14) يوضح دلالة فروق المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية للقياسين القبلي و البعدي على إختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي

القياس القبلي			القياس البعدي		
العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
5	17.40	5.32	5	56.40	1.14

من الجدول يتضح بأن المتوسط الحسابي على القياس القبلي لمستوى الفهم الشفهي بلغ (17.40) و بإنحراف معياري (5.32) أما المتوسط الحسابي على القياس البعدي بلغ (56.40) و بإنحراف معياري (1.14) ، و للتعرف على ما إذا كان الإختلاف بين المتوسطات جوهرياً تم إجراء إختبار (t) الذي تظهر نتائجه في الجدول (15)

الجدول رقم (15) نتائج إختبار (t)

ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
−20.275	4	0.000	قبول الفرضية

يتضح من الجدول أن قيمة (t) بلغت (20.27−) و بدرجة حرية قدرت ب 4 و من خلال مستوى الدلالة نحدد 0.000 < 0.05 و هذه القيمة دالة عند المستوى 0.05 فأقل ، و هذا يشير إلى أنه يوجد أثر لتطبيق البرنامج العلاجي التربوي teacch على تحسن مستوى الفهم الشفهي للأطفال التوحديين و بمراجعة المتوسطات الحسابية نلاحظ أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي كان أعلى و بشكل ملحوظ من المتوسط الحسابي للقياس القبلي ، و هذا التحسن في مستوى الفهم الشفهي يعود لتأثير البرنامج العلاجي التدريبي teacch على الفهم الشفهي للأطفال التوحديين.

وعليه فقد تحققت الفرضية الجزئية الثانية و التي تنص على " توجد فروق دالة إحصائياً بين الإختبار القبلي و الإختبار البعدي لإختبار الفهم الشفهي للطفل التوحدي "

- **عرض و تحليل نتائج الفرضية العامة:**

التي تنص على " يؤثر التكفل النفسي الأرطفوني في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي لدى الأطفال التوحديين ."

لا يمكن الجزم بتحقق الفرضية العامة إلا بتحقق الفرضيات الجزئية ، و نظراً لكون هذه الفرضيات قد تحققت كلها ، فقد أسفرت نتائج هذه الفرضيات إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي و القياس البعدي للإختبارين { إختبار تقدير التواصل اللغوي و إختبار الفهم الشفهي } لصالح القياس البعدي ، يمكن القول أن الفرضية الرئيسية قد تحققت ، أي أن هناك أثر للتكفل النفسي الأرطفوني في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي لدى الأطفال التوحديين.

4 – تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

في ضوء ما سبق توصلت الدراسة للنتائج التالية :

✓ بالنسبة للفرضية الرئيسية و التي تقول " يؤثر التكفل النفسي الأرطفوني في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي لدى الأطفال التوحديين" فقد تبين صحة الفرضية و أثبتت النتائج أنه يوجد أثر للتكفل النفسي الأرطفوني في تحسُن حالات التوحد ، إذ تمكن الأطفال التوحديين الذين إستفادوا من التكفل النفسي الأرطفوني عن طريق إستخدام البرنامج العلاجي التدريبي Teacch من تحسين مستوى الإتصال اللغوي مع الآخرين و تحسين مستوى الفهم الشفهي لكلام المتحدث في 6 أشهر ، و هذا ما لاحظناه من خلال التحسن المتمثل في السلوك، الهدوء، التواصل البصري و الإنتباه إلى الأشياء من حولهم، التقليد، التعرف و التسمية و التعبير، كذلك التجاوب مع الأشخاص المألوفين بتفاعل و تواصل باللغة اللفظية و غير اللفظية التي توحي بأن للأطفال مستوى لابأس به من الفهم الشفهي الذي يمكنه من فهم الأمور المحيطة به في حياته.

و في محاولة لتفسير الباحثتان للتغير الذي طرأ على مستوى الفهم الشفهي و الإتصال اللغوي لدى أفراد العينة على أن التكفل و البرنامج المقدم لهم قد أثمر نتائج إيجابية، حيث أدت إلى تغيرات جوهرية إجمالا فيما يتعلق باللغة و الفهم الشفهي مما أتاح لهم الفرصة لإقامة علاقات جديدة مع الباحثتان تتسم بالود و الأمان و بدأ هؤلاء الأطفال في محاولة التعبير عن أنفسهم من خلال ممارستهم للأنشطة بشكل إيجابي و مرح ساعدهم فيما بعد على الإتصال بمن حولهم ، و هذا ما يؤكد على أن التكفل النفسي الأرطفوني و البرنامج العلاجي المقترح قد ساعد على تحسين و رفع مستوى الفهم الشفهي و الإتصال اللغوي للأطفال التوحديين و هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه "عزاز محمد زهير" (2011) في دراسته بعنوان فعالية برنامج تدريبي Teacch في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية و أثر ذلك على الإتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين ، التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي و البعدي لإختبار الذاكرة الدلالية و إختبار التقييم اللغوي مما يبين أن كل من البرنامج التدريبي له فعالية و أثر إيجابي في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية و الإتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين.

و من الدراسات العربية التي إهتمت أيضاً بالتكفل بالأطفال التوحديين و بالبرامج التي تعمل على تحسين مستوى التفاعل و الإتصال لديهم و التي إتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية نجد: دراسة سميرة خالد (2011) ، و دراسة نادية صالح البلوى (2010) ، و دراسة سوسن بنت محمد بن محمد نيازك (2008) ، دراسة الشيخ الذيب (2004) ، دراسة الغامدي عزة (2003) ، و دراسة سهى نصر (2001) ، دراسة مجدي غزال (2007) و التي أكدت جميعها على نجاح التكفل المقدم و على فاعلية البرامج العلاجية و التربوية المقدمة في تعديل سلوك الأطفال التوحديين و تنمية قدراتهم المعرفية و مهاراتهم التواصلية ، كما أكدت على ضرورة أن يكون التكفل في سن مبكر و أن تكون البرامج الموجهة للأطفال التوحديين بشكل فردي و مخطط و منظم.

✓ أما بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى و التي تنص على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي و القياس البعدي لمستوى الإتصال اللغوي للطفل التوحدي" فقد تبين صحة الفرضية و أسفرت النتائج على أن هناك فرق بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي ، و هذا ما يشير إلى أنه يوجد أثر لتطبيق البرنامج العلاجي teacch على تحسين مستوى الإتصال اللغوي لأطفال التوحديين و ذلك لإستخدام الأنشطة الخاصة بالكفاءة اللغوية و التي تحتوي على ألعاب ملموسة ساعدت الأطفال على تحسين اللغة لديهم و مكنتهم من التعبير و إنتاج الكلام و هذا التحسن في الإنتاج اللغوي اللفظي و غير اللفظي يعود لتأثير الإيجابي و الفعال للبرنامج المقترح.

هذه النتيجة تتفق على ما توصل إليه " أسامة أحمد مدبولي" (2006) بعنوان فاعلة برنامج Teacch في تنمية التفاعل و التواصل الإجتماعي للأطفال التوحديين ، التي هدفت للتحقق من مدى فاعلية البرنامج في إحداث تحسن للتفاعل و التواصل الإجتماعي للأطفال التوحدين و دمجهم في المجتمع بصورة جيدة و قد أسفرت نتائجها على أن هناك تحسن لأفراد المجموعة التجريبية في مهارات التفاعل و التواصل الإجتماعي بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالمجموعة الظابطة كما تبين إستمرار أثر البرنامج بعد إنتهاء تطبيقه بعد مرور شهرين. و كذلك دراسة "سهى نصر"(2001) بعنوان مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الإتصال اللغوي لدى بعض الأطفال ذوي إضطراب التوحد، و بعد 4 أشهر من تطبيق البرنامج أظهرت النتائج تحسنا في درجة الإتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي، و احتلت مهارة التقليد و التعرف و الفهم و الإنتباه المراكز الأولى في تنمية الإتصال اللغوي لدى عينة الدراسة.

✓ أما بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية و التي تنص على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي و القياس البعدي لمستوى الفهم الشفهي للطفل التوحدي" فقد تبين صحة الفرضية و أسفرت النتائج على أن هناك فرق بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي ، و هذا ما يشير على أنه يوجد أثر لتطبيق البرنامج العلاجي Teacch على تحسين مستوى الفهم الشفهي لأطفال التوحديين و ذلك لإستخدام الأنشطة الخاصة بالفهم و الإدراك و التي تحتوي أيضاً على ألعاب ملموسة ساعدتهم على تحسين مستوى فهم الشفهي و فهم مضمون الكلام و هذا التحسن يعود لتأثير الإيجابي و الفعال للبرنامج المقدم.

و هذا ما يتفق مع دراسة " أدلافر لامية " (2012) بعنوان دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لأعادة التربية الصوتية، واستمرت مدة تطبيق التقنية 6 أشهر و قد أسفرت الدراسة على أنه يوجد تحسن على مستوى الفهم الفوري المتمثل في الإستراتيجيات المعجمية و الصرفية النحوية و القصصية و مستوى الفهم الكلي المتمثل في سلوك المواظبة على الخطأ و سلوك التصحيح الذاتي بعد تطبيق التقنيات العلاجية الخاصة بإعادة التربية الصوتية عند الأطفال التوحديين، و كذلك دراسة " كريستين بيرت و ليدي كلينك" (2005) التي كانت بهدف معرفة مدى فعالية برنامج علاجي تدريبي في تحسين مستوى الإنتباه و الفهم الشفهي لدى عينة من أطفال التوحد وتوصلت النتائج بعد سنة من التكفل أن هناك تحسنا إيجابيا في الإنتباه و في القدرات الإستقبالية و تحسنا كبيرا في الفهم الشفهي عند جميع أفراد الدراسة.

5- إستنتاج عام:

من خلال الدراسة التي قمنا بها حول موضوع التكفل النفسي الأرطفوني و أثره في تعزيز نمو القدرات المعرفية { الحصيلة اللغوية ، الفهم الشفهي } لدى الأطفال التوحديين ، توصلنا إلى صدق الفرضية العامة و الفرضيات الجزئية بشكل كبير ، و أسفرت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي و البعدي لمستوى الإتصال اللغوي و الفهم الشفهي لصالح القياس البعدي ، أي أن النمو اللغوي للأطفال التوحديين و فهمهم الشفهي لكلام المُخاطب يَتسمان بالتحسن الدال بعد تطبيق البرنامج ، و من خلال ما تم التوصل إليه نؤكد على أهمية التكفل النفسي و على فعالية البرنامج العلاجي المقترح في تنمية و تحسين مستوى الإنتاج اللغوي و مستوى الفهم الشفهي و الذي من خلالهما يستطيع الطفل التواصل و التفاعل مع الذين يتعاملون معه.

كما توصلنا إلى أن البرنامج العلاجي Teacch هو طريقة تعليمية تربوية لا تتعامل مع جانب واحد فقط كاللغة أو الفهم و الإدراك بل تقدم تأهيلاً متكاملا للطفل في العديد من الجوانب ، كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب إحتياجات كل طفل.

و عليه يمكن القول أن لهذا البرنامج أثر إيجابي و فعال في تحسن حالات التوحد في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي ، و ننوه إلى أهمية و ضرورة تطوير و تصميم برامج علاجية تربوية للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة و الهادفة إلى تحسين العمليات و الوظائف الناقصة.

و في الأخير نؤكد دراستنا القائلة بأن للتكفل النفسي الأرطفوني أثر في تعزيز نمو القدرات المعرفية { الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي } لدى الأطفال التوحديين.

الخاتمة

خـاتمـــــة الدراسة:

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة أن نلقي الضوء على موضوع نعتبره مهماً في حقل البحث العلمي عامة و في علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا خاصة و هو موضوع التكفل بالطفل التوحدي الذي أصبح من الضروريات في البيئة الجزائرية نظراً للتزايد المستمر للأطفال المصابين بهذا الإضطراب في الوسط الجزائري.

إضطراب التوحد من المشكلات التي حيَرت العلماء و الباحثين على إختلاف تخصصاتهم عن السبب الحقيقي له و عوامل المؤدية لحدوثه ، و خاصة أن المصابين به يظهرون الكثير من الإضطرابات و القصور في العديد من الجوانب و بالأخص الجانب المعرفي و الإتصالي و السلوكي ، و بالتالي يحتاج إلى تكاثف الجهود من طرف الأخصائيين النفسانيين و الأرطفونيين و التربويين ليبحثوا فيه و يقفون على علاجه و التكفل الجيد بالمصابين به من خلال البرامج العلاجية و التعليمية و التدريبية التي أثبتت فعاليتها و نجاحها في علاج المشكلات التي يواجهها هؤلاء الأطفال كالبرنامج المقترح في الدراسة الحالية لكي يتحقق لهم مستوى من التكيف و التوافق مع بيئتهم ، و هذا التكفل يتطلب صبراً و وعياً بمهمة تدريبهم و تعليمهم و الكثير من الجهد المنظم و العمل المخطط .

و أخيراً نتمنى أن تتوصل الأبحاث اللاحقة إلى حقيقة هذا الإضطراب لتقليل من حدته أو الحد من حدوثه و نأمل أن يكون بحثنا هذا قد أفاد و لو بقسط بسيط من الإيضاحات لهذا الإضطراب و لكيفية تشخيصه و علاجه و أن يكون قد أتى بمعلومات تساهم في مواصلة البحث في هذا الإتجاه.

التوصيات و الإقتراحات:

– توصي الباحثتان بناءاً على النتائج السابقة التي تم عرضها على ضرورة الإهتمام بالأطفال التوحديين و العمل على ضرورة الكشف المبكر لهذا الإضطراب للتكفل بالمصابين به في وقت مبكر جداً الأمر الذي يساعدهم على التعلم بسهولة و في وقت قصير لأن الدماغ في تلك المرحلة يكون في حالة نمو و تطور و بالتالي يمتاز بقابليته للتغيير؛

– ضرورة دراسة المشكلات التي يعاني منها الأطفال التوحديين و العمل على حلها من طرف الأخصائيين في علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا؛

– مراعاة التكوين المتواصل و الرسكلة للمربين و تحسين البرامج وفق مستجدات البحوث الأكاديمية في هذا المجال؛

– الإهتمام بالإرشاد الأسري و تدريب والدي الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة لكيفية التعامل معهم و لكيفية تطبيق البرامج في المنزل في سبيل التأهيل اللازم لهؤلاء الأطفال؛

– نقترح وجوب إستغلال قدرات الأطفال و خاصة نسبة الذكاء المرتفعة لديهم في تعديل العمليات والوظائف الناقصة حتى يتمكنون من الإندماج في البيئة الإجتماعية؛

– تكثيف البحوث في مجال التنسيق بين برامج التكوين للمراكز المختصة بهؤلاء الأطفال مع برامج المدارس العمومية العادية؛

– ضرورة إنشاء مراكز و مؤسسات خاصة لتعليم هؤلاء الأطفال من منطلق أن لكل طفل حق في التعلم مع توفير الموارد المالية لهذه المؤسسات بما يلبي حاجات الأطفال؛

– متابعة الطفل التوحدي في حياته اليومية من قبل الأخصائين النفسانيين و الأرطفونيين و التربويين لأن الإنقطاع و لو ليوم واحد يؤدي إلى ضياع الجهد السابق؛

– مراعاة الفروق الفردية في علاج كل حالة على حدى حسب قدراتها لأن كل حالة فريدة في نوعها؛

– إرشاد الآباء إلى توفير الجو النفسي المشبع بالحب و الحنان و الود و الأمن و التقبل مع الإبتعاد في نفس الوقت عن كل عوامل القسوة و العنف و النبذ؛

– سن قوانين تحفظ للأطفال التوحديين حقوقهم ضد كل من يقوم بإساءة معاملتهم و تجسيد حقهم في التعلم؛

– وضع معايير لقبول العاملين في المراكز و المؤسسات المتخصصة و محاولة الإستفادة من خريجي معاهد التربية و الطفولة للعمل في هذا المجال؛

– إقامة ملتقيات و ندوات علمية و دورات تكوينية لتحسيس أفراد المجتمع بهذا الإضطراب و سبل التعامل مع المصابين به.

المراجع

قائمة المراجع

1- المعاجم :

1- مجمع اللغة العربي (1985) ، **المعجم الوسط** ، الطبعة الثالثة ، مطابع الأوفست شركة الإعلانات الشرقية ، مصر .

2- الكتب باللغة العربية:

1- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004) ، **التوحد التشخيص و العلاج** ، الطبعة الأولى ، دار وائل للنشر .

2- أبو زعيزع عبد القادر (2009) ، **مفاهيم معاصرة في الصدمة النفسية** ، بدون طبعة ، الأكاديميون للنشر و التوزيع عمان ، الأردن.

3- أحمد العزيز و بلال عودة (2009) ، **سيكولوجية أطفال التوحد** ، الطبعة الأولى ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن

4- أحمد سليم النجار(2006) ، **التوحد و إضطراب السلوك** ، دار أسامة المشرق الثقافي ، الأردن .

5- أحمد قاسم (2000) ، **سيكولوجية اللغة** ، الطبعة الأولى ، الإسكندرية للكتاب ، مصر.

6- أحمد قحطان الظاهر(2009) ، **التوحد** ، الطبعة الأولى ، دار وائل للنشر، الأردن.

7- البيلاوي و عبد الحميد (2002) ، **الإرشاد النفسي المدرسي** ، إستراتيجية عمل الأخصائي النفسي، المدرسي.

8- الجبلي سوسن شاكر(2005) ، **التوحد الطفولي (أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه، علاجه)** ، مؤسسة علاء الدين للطباعة ، سوريا.

9- الحمدان عبد الله إبراهيم (2000) ، **حقائق عن التوحد** ، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة ، الرياض.

10- الحديدي منى و جمال الخطيب (2005) ، **إستراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر للنشر، عمان.

11- الحديدي منى و جمال الخطيب (2009) ، **إستراتيجيات تعليم أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر، الأردن.

14- الراوي حماد (1999) ، **التوحد الإعاقة الغامضة** ، مؤسسة حسن علي بن علي ، الدوحة ، قطر .

15- الزغلول رافع نصير و الزغلول عماد عبد الرحيم (2003) ، **علم النفس المعرفي** ، الطبعة الأولى ، دار الشروق عمان .

16- السعيد عواشرية (2005) ، **الفهم اللغوي القرائي واستراتيجياته المعرفية** ، منشورات المجلس الأعلى للغة العربية ، مونديال كوم للطباعة الجزائر.

17- السرطاوي (1999) ، **تربية الأطفال و المراهقين المضطربين سلوكيا** ، دار الكتاب الجامعي ، الإمارات .

18- الشمري طارش (1996) ، **المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد** ، مركز الكويت.

19- الشيخ ذيب رائد (2005) ، **الدورة الأولية في التوحد** ، مؤسسة كريم رضا سعيد (برنامج الإعاقة في سورية) دمشق.

20- العتوم عدنان يوسف (2004) ، **علم النفس المعرفي بين النظرية و التطبيق** ، دار المسيرة عمان.

21- العواملة حابس (2004) ، **تعليم القراءة و الكتابة للأطفال** ، بدون طبعة،دار وائل للطباعة و النشر الأردن.مهارات.

22- القريوتي و آخرون (1995) ، **أساسيات التربية الخاصة** ، بدون طبعة ،دار القلم الامارات.

23- الوزنة طلعت بن حمزة (2005) ، دليل **التشخيص الوطني لاضطرابات طيف التوحد لنتوحد في مواجهة التوحد** ، الجمعية السعودية للتوحد ، سلسلة إصدارات الجمعية الرياض.

24- بركات لطفي (1981) ، **تربية المعاقين في الوطن العربي** ، الطبعة الاولى ، دار المريخ ، الرياض.

25- بوتعني فريد (2005) ، **الدور الإرشادي لمراكز رعاية الأحداث في الجزائر** ، دار الطباعة و النشر، الجزائر .

26- جابر عبد الحميد (1997) ، **مناهج البحث العلمي** ، دار الأهرامات ، الاسكندرية .

27- جمال الخطيب و 8 آخرون (2002) ، **التوحد تحرير في مقدمة في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر للطباعة و النشر.

28- جمعة سيد يوسف (1990) ، **سيكولوجية المرض العقلي** ، سلسلة علم المعرفة المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الأدب ، الكويت.

29- جمعة سيد يوسف (1997) ، **سيكولوجية اللغة و المرض العقلي** ، الطبعة الثانية ، دار الغريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة.

30- جميل الصمادي (2007)، **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر ، عمان .

31- جورج كلاس(1999)، **الألسنية و لغة الطفل العربي** ، دار النشر و التوزيع ، لبنان ، بيروت.

32- جون آربرور ترجمة سهى أحمد أمين ، **مقدمة في تربية و تعليم الطفولة المبكرة** ، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

33- حامد زهران (1990) ، **الصحة النفسية و العلاج النفسي**، الطبعة الثالثة، مدرسة عالم الكتب ،القاهرة.

34- حامد أحمد سعد(2001) ، **لغة الفرد** ، مطبعة النيل ، القاهرة ، مصر .

35- حلواني محمد كامل (1996) ، **التشخيص الفارق الأسوياء من خلال آدائهم على بعض المقاييس النفسية و قوائم الملاحظة** ، جدة.

36- خليل إيهاب محمد (2009)، **التوحد والإعاقة العقلية** ، الطبعة الأولى،مؤسسة طيبة للنشر ، القاهرة.

37- خولة أحمد يحي و ماجدة السيد (2005)، **الإعاقة العقلية** ، الطبعة الأولى ، دار وائل للطباعة و النشر.

38- خيري المغازي (1989)، **أساليب الاتصال و التغيير الاجتماعي** ، دار النهضة العربية ، بيروت .

39- داوود عبده (1984)، **دراسات في علو اللغة النفسي** ، مطبوعات الجامعة ،الكويت.

40- رائد خليل العبادي (2006)، **التوحد**، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، الأردن.

41- رشيد الزرواتي (2007) ، **مناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية** ، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع ، الجزائر.

42- روبرت واطسن هنري كلايد ترجمة الياعزت (2004)، **سيكولوجية الطفل و المراهق**، الطبعة الأولى ، مديولي ، القاهرة ، مصر.

43- زينب محمود شقير (2002)، **اضطرابات اللغة و التواصل** ، الطبعة الثالثة ، دار النهضة المصرية ، القاهرة.

44- سهير محمد سلامة شاش (2004)، **علم النفس اللغة** ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .

45- سميرة عبد اللطيف السعد (1997) ، **معاناتي و التوحد** ، دار السلاسل للطباعة و النشر ، الكويت.

46- سهام درويش أبو عطية (1997) ، **مبادئ الإرشاد النفسي** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر للطباعة و النشر ، عمان.

47- شبلي فادي رفيق (2009) ، **محاضرة عن التكفل النفسي** ، سنة أولى ماجستير ، جامعة منتوري قسنطينة.

48- صالح الشماغ (1992) ، **إرتقاء اللغة عند الطفل من الميلاد إلى السادسة** ، دار المعارف ، مصر .

49- عبد الرحمان العيسوي (1997) ، **مناهج البحث العلمي في الفكر الإسلامي و الفكر الحديث** ، دار الراتب الجامعية ، لبنان.

50- عبد العزيز الشخص ، زيدان السرطاوي (1999) ، **تربية الأطفال و المراهقين المضطربين سلوكيا** ، دار الكتاب الجامعي ، الإمارات

51- عبد الكريم قاسم أبو الخير(2002) ، **مفهوم الرعاية التمريضية** ، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة و النشر، عمان .

52- عبد الله محمد قاسم (1997) ، **مقدمة في سيكولوجية اللغة** ، الطبعة الثانية ، مكتبة الأنجلو المصرية .

53- عبد الله بن محمد الصبي (2003) ، **التوحد و طيف التوحد** ، الطبعة الأولى، الرياض .

54- عادل عبد الله محمد (2002) ، **الأطفال التوحديين دراسات تشخيصية و برامجية** ، الطبعة الثانية دار الرشاد ، القاهلرة.

55- عبيدات (2004) ، **البحث العلمي مفهومه و أدواته و أساليبه** ، دار الفكر ،عمان .

56- فاروق صادق (1993) ، **مقياس فنلاند للنضج الاجتماعي** ، كلية الدراسات الانسانية ، جامعة الأزهر .

57- فادية علوان (2003) ، **مقدمة في علم النفس الإرتقائي** ، الطبعة الثالثة ، مدرسة عالم الكتب ، القاهرة.

58- فيصل محمد خير الزراد (1996) ، **اللغة و اضطرابات النطق و الكلام** ، الطبعة الرابعة ، دار المريخ للطباعة و النشر ، القاهرة.

59- فهد بن محمد المغلوث (2006) ، **التوحد كيف نفهمه و نتعامل معه؟** ، الطبعة الأولى ، مؤسسة الملك خالد الخيرية ، الرياض.

60- كمال مرسي (1995) ، **التخلف العقلي و أثر الرعاية و التدريب فيه** ، دار النهضة العربية ، القاهرة.

61- كمال الدسوقي (1988) ، **ذخيرة علوم النفس** ، الدار الدولية للنشر و التوزيع ، مصر .

62- كوهين و بولتون باتريك (2000) ، **حقائق عن التوحد** ، ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان ، الطبعة الأولى ، أكاديمية التربية الخاصة ، الرياض .

63- كوافحة مفلح (2005) ، **مقدمة في التربية الخاصة** ، الطبعة الثانية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن .

64- لطفي أحمد بركات (1995) ، **الرعاية التربوية للمعاقين عقليا** ، دار المريخ للنشر و التوزيع، الرياض.

65- ليونيل روسان (2001) ، **التفتح النفسي الحركي عند الطفل ترجمة جورجين حداد** ، الطبعة الأولى، عويدات للنشر ، لبنان .

66- ليلى كرم الدين (1990) ، **إرتقاء اللغة عند الطفل من الميلاد إلى السادسة** ، دار المعارف ، مصر.

67- محمد أمين نصر(**2002**) ، **الاتصال اللغوي عند الطفل التوحدي (التشخيص و البرامج العلاجية)** ، دار الفكر للطباعة و النشر ، الأردن .

68- محمد أحمد خطاب (2009) ، **سيكولوجية الطفل التوحدي** ، الطبعة الأولى ، دار الثقافة ، الأردن .

69- محمد بركات (1984)، **التربية و مناهج البحث العلمي في علم النفس** ، الطبعة الثانية ، الكويت .

70- محمد بن عبد العزيز الفوزان (2000) ، **التوحد و مفهوم التدريب ، مرشد الوالدين و المهنيين** ، دار عالم للكتب و النشر ، الرياض.

71- محمد سلامة شاش (2002) ، **التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين الدمج و العزل** ، الطبعة الأولى ، دار زهراء الشرق ، القاهرة

72- محمد علي كامل (1997) ، **من هم الأوتيزم ؟ و كيف نعدهم للنضج ؟** مترجم عن Patricia haluin ، دار النهضة المصرية .

73- محمود عبد الحليم منسي (2001) ، **علم النفس النمو** ، مركز الاسكندرية ، القاهرة.

74- مدحت محمد أبو نصر(2004) ، **تأهيل و رعاية متحدي الإعاقة** ، باتريك للطباعة و النشر .

75- مرسي أبو العزايم (1984) ، **مباحث في اللسانيات** ، عالم الكتب ، القاهرة .

76- مجدي عبد الله (2013) ، **طيف التوحد وإستراتيجيات التدخل المبكر ، التشخيص و العلاج** ، دار المعرفة الجامعية، مصر.

77- مصطفى فهمي (1974) ، **أمراض الكلام** ، دار مصر للطباعة ، القاهرة ، مصر.

78- مصطفى جمال (2008) ، **التوحد** ، دار أخبار اليوم ، القاهرة .

79- معوض خليل ميخائيل (2000) ، **سيكولوجية نمو الطفولة و المراهقة** ، الطبعة الثالثة ، مركز الإسكندرية للكتاب ، مصر.

80- موسى محمد سيد (2007) ، **اضطراب التوحد** ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

81- نادية أبو السعود (2002) ، **الطفل التوحدي في الأسرة** ، دار الكتاب العربي للطباعة و النشر و التوزيع ، الإسكندرية ، مصر.

82- نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع (2010) ، **المدخل إلى اضطراب التوحد ، المفاهيم الأساسية و طرق التدخل** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر ناشرون و موزعون ، الأردن .

83- وفاء علي الشامي (2004)، **خفايا التوحد (أشكاله ، أسبابه و تشخيصه) الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية** ، مكتبة العبيكان، مركز جدة للتوحد سلسلة التوحد الكتاب ، الطبعة الأولى ، الرياض .

84- يحي القبايلي (2001)، **الإضطرابات السلوكية و الانفعالية** ، الطبعة الأولى ، الطريق للنشر و التوزيع ، عمان .

3-المجلات :

1- الشمري طارش و بن مسلم سليمان (2001) ، **إعاقة التوحد استراتيجيات التعرف و التشخيص و العلاج** ، المجلة السعودية للإعاقة و التأهيل يصدرها مجلس العالم الإسلامي للإعاقة و التأهيل و المركز المشترك لبحوث الأطراف الصناعية و الأجهزة التعويضية و برامج تأهيل المعوقين ، المجلد السابع ، العدد الرابع ، الرياض السعودية .

2- زرارقة (2009) ، **الرعاية الاجتماعية التربوية للطفل المعوق سمعيا** ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد (31)، سطيف ، الجزائر .

3- عبد الله محمد القاسم (2001) ، **الطفل التوحدي أو الذاتوي حول الذات و معالجته** ، مجلة معوقات الطفولة ، العدد (3)، جامعة الأزهر ، مصر .

4- عصام محمد زيدان (2004) ، **الإنهاك النفسي لآباء و أمهات الأطفال التوحديين و علاقتها ببعض المتغيرات الشخصية و الأسرية** ، مجلة البحوث النفسية ، العدد (1) التربية ، جامعة المنفوفية .

5- مجلة المواقف للبحوث و الدراسات في المجتمع العربي و التاريخ ، العدد (8)، 2013 .

4- الرسائل :

1- أحمد أمين نصر (2000) ، **فعالية برنامج للتدخل المبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحديين و أثره في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم** ، رسالة دكتوراه ، الأردن .

2- أحمد بن ساعد (2006) ، **أثر كل من مستوى المعالجة و لغة الكلمات على التذكر عند طلبة علم النفس سنة ثانية علم النفس** رسالة ماجستير في علم النفس المعرفي ، جامعة الحاج لخضر، باتنة .

3- الغامدي عزة (2003) ، **العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي و التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد** ، رسالة دكتوراه ، الأردن .

4- تنساوت صافية (2010) ، **دراسة صعوبات الفهم التركيبي و الدلالي للغة الشفهية لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون** ، دراسة مقارنة ، رسالة ماجستير ، جامعة الجرائر .

5- حمري خديجة (2007) ، **نشاط الحلقة الفنولوجية عند الأطفال المصابين بالصمم المتوسط و الأطفال المصابين بالصمم الحاد القريب من المتوسط ما بين 8 و 11 سنة ، دراسة مقارنة بين أطفال صم و أطفال مستمعين** ، رسالة ماجستير ، جامعة الجزائر .

6- ذيب الشيخ رائد (2005) ، **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية و الاجتماعية و الاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين و قياس فاعليته** ، رسالة دكتوراه ، الجامعة الأردنية ، الأردن .

7- عبد الغفور سهام (1999)، **فعالية كل من برنامج ارشادي للأسرة و برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال** ، رسالة دكتوراه الفلسفة في التربية ، جامعة طنطا .

8- لعمارة محمد إسماعيل (2008) ، **الصورة الذهنية و الحبسة** ، تناول التسيير الذهني ، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر .

9- محمد بن قطاف (2013) ، **تعزيز نمو القدرات المعرفية عند الأطفال المصابين بعرض داون** ، رسالة دكتوراه العلوم في علم النفس اللغوي و المعرفي ، جامعة الجزائر 2 .

10- ميرود محمد (2008)، **إستراتيجيات الفهم عند الطفل أحادي اللغة و الطفل مزدوج اللغة** ، دراسة مقارنة ، رسالة دكتوراه دولة في علم النفس اللغوي المعرفي ، جامعة الجزائر .

5- الندوات و المؤتمرات:

1- فضل مصطفى أبو المجد سليمان، محمد خالد سعيد سيد (2007) ، **فعالية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتويين** ، المؤتمر السنوي الرابع عشر لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين الشمس ، القاهرة

2- جريدة الوطن كمال مجذوب 4 أفريل 2010 .

6/ الكتب باللغة الأجنبية :

1- Allen et yen (1998), **introduction to measurememt theory, california** book u.s.a.

2- Bernicot, j et all (1998), **de l'usage des gestes et des mots chez l'enfant**, Amand colin, paris

3- Bronckart, j, (1977), **théorie du langage une introduction critique** ,3 édition, pèrre mardaga, Bruxelles.

4- Cash, j R, (1989), **langage acquisition in autistique children what does it tell us.**

5- Cuiller et manique (2007),

6- Dawson G et Loewy (1989), **attention and the socioemotionel, impriment** of indiduells with **autisme**, Guildford Publisher, news York, usa.

7- Dawson G et Hel D (1990), **autisme han book of Child clinicat psychologie** 2 nd, new Yourk.

8- Doron, R, purof, f (1991), **dictionnaire de psychologie,** p u f, 1 ère édition, paris

9- Eric schopler et all (1980), **échelle d'evaluation de l'autisme enfantile (children autisme rating** scale. (C.A.R.S) Toulouse.

10- Eric schopler et all (1994), **activités d'enseignement pour enfant autiste traduction Dominique**, M et all Masson, paris.

11- Eric schopler et dykems et volrmor (1991),

12- Eric schopler et tradominique et al (2011), **ensiegner les enfants autistes second Edition, book publishing company.**

13- Elisabeth et dykems (1991), **F.G.M thought disorder in high function autistique adults .**

14- Freeman B .j (1986), **evaluating utistic childre j of perdiatretic psychologie**, edition (1), USA.

15-Frédérique(1997), **dictionnaire d'orthophonie, l'orth** édition, France.

16- Guilleret maunique (2007), Hommet c, **jambaque j, billard (2005), neuro psychologie de l'enfant et troubles,** du développement solal, Marseille.

17- Jeam luis Bresson (2009), **efficacité des régimes sans gluten et sans caseine proposes a des enfants présentant des troubles envahissant de développement (autisme et syndrome, apparentes) agence française de sécurité sanitaire**, des aliments, France.

18- Jordan, R, ET Powell (1995), **Understanding and teaching children with autism**, British library, England.

19- Kozak Sylvie (2001), **autisme et communication**, France.

20- Mazeau (1997), **dysphasies trouble ninesiqures syndrome fontal chez l'enfant du trouble a la rééducation**, paris.

21- Moreau (M), richell (M), (1981), **l'acquisition du langage, pierre mardaga Bruxelles**.

22- Mortier (2005), **compréhension oral comme une activité cognitive (obstacle, aides et démarch**e, 2 ème édition.

23- Nadia boulekres (2011), **petite guide sur l'autisme office des publication**s, universitaires Alger

24- Ogarman (1970), **the nature of childhood autism, second Edition**, London butter worthies.

25- Ould Taleb M (2007), **la situation dramatique, des autiste en Algérie quotidien**, el watan, algie.

26- Perrot A, B, et le lord G (1991) ,

27- pialoux (p) (1975), **precis d'orthophonie, Ed Masson**, France.

28- perret (M) et klink l (2007), **perception, acoustiques de la voix et compréhension verbale chez trois enfants atteints d'autisme**, glosa, France.

29-Rachel (M) (1974), l'**acquisition du langage, Charles dessert 3 ème édition,** Bruxelles.

30- Rydell p et prizant B (1995), **assessment and intervention stratégies for children who use echolalia**, new York.

31- Sacher, B, L (1994), **autisme cognitive and behavior in interventions au empirical**, approche to mental Heath problèmes, Beston.

32- Sigel Brany (1996), the autistic children understanding and teating autistic, Spectrum, disorder Oschord University.

33- Wolf (1946), **psychiatric disorder of childhoo kandell** RE, zealley ak (eds) companian to psychiatrie

34- wod et More (1994), **feeling different view pc students with spicial with autisme** of auti développement disorder.

35- Wing (2001), **early childhood autism,** clinical educative and social aspects, Toronto.

الملاحق

مقياس تقدير الاتصال اللغوي

لدى التوحد

Abdelazim Mustafa
3bdel3zim@gamil.com

مقياس تقدير الاتصال اللغوي

لدى التوحد

صمم هذا المقياس وقنن عربياً (نصر ، ٢٠٠٢) ويشمل الإبعاد اللغوية التالية : التقليد والانتباه والتعرف والفهم والتعبير والتسمية .

- بنود التقليد (١ – ١٠)
- بنود الانتباه (١١ – ٢٠)
- بنود التعرف والفهم (٢١ – ٣٠)
- بنود التعبير (٣١ – ٤٠)
- بنود التسمية (٤١ – ٥٠)

تعليمات الاختبار :

فيما يلي عد من المواقف التي تصف سلوك الأطفال التوحديين ، وعلى المختص قراءة كل موقف أو عبارة من العبارات والاختيارات الأربعة على الوالدين للإفادة حول طفلهم لاختيار الإجابة المناسبة من بين الاختيارات (أ ، ب ، ج ، د) وذلك طبقاً لما يتصف به سلوك الطفل في الاتصال بالآخرين .

وذلك بوضع علامة الاختيار في المكان المخصص أمام الاختيار الأنسب

ملحوظة :

ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، إنما تعبر كل الإجابات عن السلوك الاتصالي للطفل التوحدي ، لا تترك اى موقف دون أن تجيب عليه ، لا تضع أكثر من علامة أمام المواقف والاختبارات ، اى لكل موقف علامة واحدة فقط

تصحيح المقياس :

أ = ٣ ، ب = ٢ ، ج = ١ ، د = ٠

المدى من ٠ إلى ١٥٠ درجة ، كلما اقترب المجموع الكلي من ١٥٠ وقع الطفل ضمن نطاق الاتصال الطبيعي وكلما قرب من الصفر كلما كان هناك مشكلة حقيقية في الاتصال

لتحديد أوجه الضعف يحسب كل بعد على حده ، حيث تكون الدرجة تقع بين ٠ و ٣٠

Collected & coordination
Abdelazim Mustafa
3bdel3zim@gamil.com

أ ـ معلومات عامة :

اسم الطفل : .....

تاريخ الميلاد : .....

درجة اللغة : يستخدم إشارات ( ) التعبير ( ) الفهم ( )

الاختبار :

الموقف	العلامة
١ ـ تطلب منه تقليد دحرجة الكرة فإنه :	
أ. يمسك الكرة ويدحرجها ويعطيها للمعالج ب. يمسك الكرة ويبدأ بتحريكها ج. يأخذ الكرة ويمسكها فقط د. لا شيء مما سبق	
٢ ـ عندما تطلب منه تقليد شرب الماء من الكوب فإنه :	
أ. يأخذ الكوب ويشرب منه ويعطيه للمعالج ب. يأخذ الكوب ويشرب منه ج. يأخذ الكوب ويضعه أمامه د. لاشيء مما سبق	
٣ ـ عندما تطلب منه تمثيل خطوات موقف معين (يوم في حياة طفل) فإنه :	
أ. يقلد جميع الخطوات (القيام من السرير، الذهاب إلى الحمام ، تناول الإفطار) ب. يقلد خطوتين فقط بالترتيب ج. يقلد خطوة واحدة بعشوائية د. لا شيء مما سبق	
٤ ـ عندما تطلب منه تقليد حركة وصوت العصفورة أثناء الطيران فإنه :	
أ. يقلد جميع الحركات والصوت ب. يرفع يديه ويحركها ويجرى في المكان ج. يرفع يديه جانبا د. لا شيء مما سبق	

Collected & coordination
Abdelazim Mustafa
3bdel3zim@gamil.com

٥ ـ عندما تطلب منه تقليد النقر بالعصا على المنضدة فإنه :	
أ. يأخذ العصا وينقر على المنضدة ب. يأخذ العصا ويلهو بها ج. يأخذ العصا ولا يعرف ماذا يفعل بها د. لا شيء مما سبق	
٦ ـ عندما تطلب منه تقليد بناء برج بـ ٣ قطع ملونة فإنه :	
أ. يكون برجاً من ٣ قطع مثل المعالج ب. يأخذ القطعة الأولى ويحاول وضعها على الثانية ج. يلهو بالقطعة الخشبية دون أن يفعل بها شيئا د. لا شيء مما سبق	
٧ ـ عندما تطلب منه تقليد القفز إلى أعلى مع التصفيق فإنه :	
أ. يقفز ويصفق معاً ب. يقفز يحاول وضع يديه ليصفق ج. يقفز ولا يصفق د. لا شيء مما سبق	
٨ ـ عندما تطلب منه تقليد شكل الوجه وهو يضحك بالحركة والصوت فإنه :	
أ. يبتسم ويضحك مع إصدار الصوت ب. يبتسم ويبدى صوتاً ج. يصدر اصواتاً فقط د. لا شيء مما سبق	
٩ ـ عند تطلب منه وضع قطع المتاهة puzzle في المكان المحدد لها فإنه :	
أ. يضع القطعة في المكان المحدد ب. يمسك بالقطعة ويحاول وضعها ج. يأخذ القطعة ويرميها جانباً د. لا شيء مما سبق	

١٠ - عندما تطلب منه تقليد كلامك وحركاتك وأنت تأكل وتقول أنا جائع فإنه :	
أ. يردد ما قلته ويقلد ب. يحرك يده ناحية فمه ج. يبدأ يحرك يديه ولا يعرف ماذا يفعل د. لا شيء مما سبق	
١١ - عندما يدق حرس الباب فإنه :	
أ. ينتبه ويذهب يفتحه ب. ينتبه للصوت فقط ج. يقف ويحرك رأسه يميناً ويساراً باحثاً عن مصدر الصوت د. لا شيء مما سبق	
١٢ - عندما تطلب منه إخراج شيء جديد (صورة للطفل نفسه) فإنه :	
أ. يذهب ويبحث هنا وهناك ويخرجها ب. ينظر حوله ولم يتحرك ج. يجرى هنا وهناك دون انتباه د. لا شيء مما سبق	
١٣ - عندما تطلب منه وضع الأكواب الموجودة أمامه على المنضدة بنفس الترتيب فإنه :	
أ. يأخذ الأكواب ويضعها بالترتيب نفسه ب. يأخذ الأكواب ويضعها فوق بعضها دون ترتيب ج. يأخذ الأكواب ويلهو بها د. لا شيء مما سبق	
١٤ - عندما تعرض عليه قصة مصورة وتطلب منه اختيار صورة تمثل إحدى الشخصيات في القصة فإنه :	
أ. يشير إلى الشخصية ب. ينظر إلى القصة ويحاول إخراج الشخصية ج. ينظر ويحملق في الصور فقط د. لا شيء مما سبق	

١٥ - عندما تدربه على أغنية حركية فإنه :	
أ. يقوم بالحركات مع الأغنية ب. يقوم بحركات عشوائية غير منسجمة مع الأغنية ج. يقف ويتجول دون تركيز د. لا شيء مما سبق	
١٦ - عندما تدق على طبلة بطريقة معينة اى (٣ دقات) وتطلب منه عمل مثلها فإنه :	
أ. يدق العدد نفسه على الطبلة ب. يدق على الطبلة بعشوائية ج. يمسك الطبلة ولا يعرف ماذا يفعل بها د. لا شيء مما سبق	
١٧ - عندما يشاهد فيلم كارتون فإنه :	
أ. ينتبه إليه ويكرر بعض حركات الشخصيات الموجودة بالفيلم ب. ينظر إلى الفيلم ويحملق فيه فقط ج. غير منتبه لما يشاهده د. لا شيء مما سبق	
١٨ - عندما تظهر له عربة تضيء وتطفئ فتحدث صوتا فتوجهها ناحيته فإنه :	
أ. يعطيها لك ثانياً بنفس الطريقة ب. يمسك بالعربة ويصفق ج. ينظر إلى العربة ويبتعد عنها د. لا شيء مما سبق	
١٩ - عندما تخفى شيئاً مهماً بالنسبة للطفل في مكان معين (مثل كوب الشرب الخاص به) فإنه :	
أ. يجرى هنا وهناك يبحث عنه ب. يقف ينظر في المكان ج. لا يبالي بالموضوع نهائيا د. لا شيء مما سبق	

٢٠ - عندما تخفي شيئاً مهما بالنسبة للطفل في مكان معين (مثل كوب الشرب الخاص به) فإنه :	
أ. يجري هنا وهناك يبحث عنه ب. يقف وينظر في المكان ج. لا يبالي بالموضوع نهائياً د. لا شيء مما سبق	
٢١ - عندما تعرض على الطفل مجموعة من الصور الممثلة للوجه (الضحك – الحزن – الدهشة) وتطلب منه أن يتعرف علي هذه الأشكال ويقلد فإنه :	
أ. بتعرف ويخرج كل شكل يطلبه المعالج ويقلده ب. ينظر في الصور ويحاول إخراج الشكل المناسب للطلب ج. يأخذ الصور ويبحث في يده ولا يعرف ماذا يفعل به د. لا شيء مما سبق	
٢٢ - عندما تعرض على الطفل مجموعة من الأشياء المختلفة مثل (عروسة – قلم – كرة – سرير) وتطلب منه التعرف عليها وإخراجها عند الطلب فإنه :	
أ. يخرجها كلها عند الطلب ب. يمسك بها ويحاول أن يخرجها ج. يمسك بالأشياء ويضعها جانباً دون الالتفات لكلام المعالج د. لا شيء مما سبق	
٢٣ - عندما تعطي للطفل تعليمات مكونة من ٣ خطوات وهي (يذهب إلى الباب ، ثم يقفله ، ثم يعود إلي الكرسي) فإنه :	
أ. يذهب الطفل وينفذ الـ ٣ تعليمات كما هو مطلوب منه ب. يستعد بالقيام للذهاب إلى الباب ج. يقف ولا يعرف ماذا تطلب منه د. لا شيء مما سبق	
٢٤ - تعرض له صورة بها القطعة الناقصة وعليه أن يضع الناقص مكانه فإنه :	
أ. يبحث عن الجزء الناقص ويضعه في مكانه ب. يبدأ في الحديث عن الجزء الناقص ج. يمسك الأجزاء الناقصة ويحاول وضعها في اى مكان غير مناسب لها د. لا شيء مما سبق	

٢٥ - عندما تطلب منه إخراج الأضداد من الصور بحد أدنى فإنه :	
أ. يخرج ويضع الشيء المتضاد أمام الشيء المناسب له ب. يحاول مسك الصور والنظر إليها للتعرف عليها ج. يضع الصور أمام بعضها بطريقة عشوائية د. لا شيء مما سبق	
٢٦ - عندما تضع أمامه مجموعة من الأشياء ، والأشياء التي لها علاقة بها مثل (معلم - قلم – عصفورة) ، (طبق - كراسة – قفص) فإنه :	
أ. يضع أمام كل شيء الشيء المناسب له ب. يأخذ الشيء ويحاول وضعه في المكان المخصص له ج. يأخذ الشيء ويلهو به د. لا شيء مما سبق	
٢٧ - عندما تطلب منه وضع الكرات داخل الصندوق ، ومكعبات داخل الصندوق ، والطبق فوق المنضدة فإنه :	
أ. يفعل كل الأوامر الثلاثة ب. يفعل أمرين من هذه الأوامر ج. يضع كل شيء في مكان مختلف للطلب د. لا شيء مما سبق	
٢٨ - عندما تطلب منه الإشارة إلى أجزاء وجهه فإنه :	
أ. يشير إلى الأجزاء المطلوبة ب. يشير إلى جزأين فقط ج. يشير إلى وجهه كله دون تمييز اى جزء د. لا شيء مما سبق	
٢٩ - عندما تعطي الطفل مجموعة من (الأقلام – الكرات – المكعبات) وتطلب منه أن يصنفهم داخل العلب فإنه :	
أ. يصنفهم كلهم ، كل علبة على حدة وتحمل صنف واحد فقط ب. يضع صنفاً واحداً في العلبة الخاصة به ج. يلعب بالأشياء كلها د. لا شيء مما سبق	

٣٠ - عندما تعطي الطفل مجموعة من الصور وتطلب منه مطابقتها مع الأشكال المتشابهة فإنه :	
أ. يضع كل الصور على الصورة المناسبة لها ب. يأخذ الصور ويحاول النظر إليها ليضعها علي مثيلاتها ج. يحملق في الصور ويشير إليها فقط د. لا شيء مما سبق	
٣١ - عندما يرى الطفل طبق به طعام وهو جائع فإنه :	
أ. يذهب ويفتحه ويأكل منه ب. يأخذ يدك لتفتحه له ج. يبكي ويضرب على الأرض د. لا شيء مما سبق	
٣٢ - عندما يعمل الطفل عملا صحيحا فتكافئه فإنه :	
أ. يضحك ويصفق بيده ب. يصفق بيده لنفسه ج. لا يظهر اى تعبير يدل على الفرحة د. لا شيء مما سبق	
٣٣ - عندما يريد الطفل جذب انتباه فإنه :	
أ. يبكي ويرفع يديه لتحمله ب. يبكي ويستخدم أصوات صاخبة ج. يجلس جانباً ولا يقترب من احد د. لا شيء مما سبق	
٣٤ - عندما تطلب منه عدم الإزعاج سواء بالأصوات أو الكلام فإنه :	
أ. يسكت ب. يضع يده على فمه ويصدر صوتاً ج. لا يبالي بما تقوله د. لا شيء مما سبق	

٣٥ - عندما يخرج الطفل إلى الخارج فإنه :	
أ. يلوح بيده ويعنى بها السلامة ب. يرفع يده ولا يحركها ج. يخرج ولا يفعل اى رد فعل د. لا شيء مما سبق	
٣٦ - عندما تنادي عليه فإنه :	
أ. ينظر إليك ويأتي إليك ب. ينظر إلى مصدر الصوت ج. يجلس مكانه وكأنه لا يسمع د. لا شيء مما سبق	
٣٧ - عندما يفعل الطفل شيئاً غير صحيح فتقول له لا مع الإشارة بأصابعك لتعبر عن الرفض فإنه :	
أ. يحرك رأسه يميناً ويساراً ليعبر عن النهي (مقلداً) ولا يفعل الخطأ ب. يتوقف عن العمل غير الصحيح ج. يكمل ما يفعله د. لا شيء مما سبق	
٣٨ - عندما يريد أن ينام فإنه :	
أ. يضع يده فوق بعضها ويغمض عينه ب. يغمض عينه ج. ينام فجأة د. لا شيء مما سبق	
٣٩ - عندما يريد لعبة مرتفعة عنه فإنه :	
أ. يصعد على الكرسي ويحضرها ب. يأخذ بيدك ويذهب بك ويشير لك على اللعبة ج. ينظر إلى اللعبة والى المعالج د. لا شيء مما سبق	

٤٠ - عندما يتألم الطفل من الم ببطنه فإنه :	
أ. يذهب إلى المعالج ويشير إلى بطنه ويبكي ب. يبكي فقط ج. ينام الطفل على بطنه على الأرض د. لا شيء مما سبق	
٤١ - عندما تطلب منه الإشارة إلى ٥ صور مثل (البنت – الكلب – الشجرة – قلم - سيارة) فإنه :	
أ. يشير إليها كلها ب. يشير إلى جزء منها ج. ينظر إلى الأشياء ولا يعرف ماذا يفعل بها د. لا شيء مما سبق	
٤٢ - عندما تطلب منه الإشارة إلى أجزاء جسمه فإنه :	
أ. يشير إليها كلها ب. يشير إلى جزء منها ج. يشير إلى أشياء خاطئة د. لا شيء مما سبق	
٤٣ - عندما تطلب منه إحضار الصورة التي تتكلم عليها من خلال القصة فإنه :	
أ. يحضر الصورة ب. ينصت إليك ولا يحضر شيئا ج. ينظر إليك فقط دون رد فعل د. لا شيء مما سبق	
٤٤ - عندما تطلب منه إخراج البطاقة المناسبة للصوت عند سماعه من شريط التسجيل فإنه :	
أ. يخرج البطاقات الملائمة لكل صوت ب. يخرج البطاقة الملائمة بعد فترة ج. يسمك البطاقات في يده ويسمع الشريط كلاً على حده د. لا شيء مما سبق	

٤٥ - عندما يريد الطفل الأكل فإنه :	
أ. يتفوه بكلمة تدل على انه جائع ب. يحضر صورة تدل على الطعام ج. يقف وينظر إلى الثلاجة والمطبخ د. لا شيء مما سبق	
٤٦ - عندما تطلب منه لمس أو الإشارة إلى ٣ صور في كتاب عند تسميتها فإنه :	
أ. يشير إليها ويلمسها كلها ب. يشير إليها دون لمسها ج. ينظر إليها ويشير إلى اى شيء د. لا شيء مما سبق	
٤٧ - عندما تطلب منه إظهار الصورة المناسبة للشيء الموجود داخل الحقيبة فإنه :	
أ. يظهر جميع الصور الدالة على هذه الأشياء بعد التعرف عليها ب. يلمس الأشياء ويخرج بعض الصور الخاصة بها ج. يدخل يديه ويلعب بالأشياء فقط د. لا شيء مما سبق	
٤٨ - عندما تستخدم البطاقات لوصف الأوجه المختلفة (حزين – ضاحك – يبكي - مندهش) فإنه :	
أ. يخرج البطاقات المناسبة للوجوه المختلفة ب. يخرج بعض البطاقات فقط مثل (يضحك – يبكي) ج. يشاهد البطاقات المختلفة ولا يستطيع إخراج اى صور د. لا شيء مما سبق	
٤٩ - عندما يريد الطفل الذهاب إلى مكان معين يحبه فإنه :	
أ. يخرج البطاقة الدالة عليه ب. يشير إلى اى صورة موجودة له على الحائط ج. يأخذ يدك تجاه المكان د. لا شيء مما سبق	

٥٠ ـ عندما تطلب منه أن يشير إلى ٣ أجزاء في العروسة على نفس أجزاء جسمه فإنه :	
أ. يشير إلى الأجزاء المقابلة في جسمه ب. يشير إلى أجزاء جسم العروسة ج. ينظر إلى العروسة دون استجابة د. لا شيء مما سبق	
المجموع الكلي للدرجات :	

الملاحظات الإكلينيكية :

Collected & coordination
Abdelazim Mustafa
3bdel3zim@gamil.com

الملحق رقم (02) إختبار الفهم الشفهي:

الجمهـــــورية الجزائـــــــرية الديمقـــــراطية الشعبيـــــة

وزارة التعليـــــم العالـــي و البحـــث العلمـــي

جامعـــة الدكتـــور " يحيـــى فـــارس " بالمديـــة

كليـــة العلـــوم الإجتماعيـــة و الإنسانيـــة

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا

الأستاذ الفاضل المحترم :

بهدف إجراء بحث علمي ميداني لنيل شهادة الماستر في علوم التربية { الإرشاد و التوجيه النفسي} تحت عنوان " أثر التكفل النفسي الأرطفوني في تعزيز نمو القدرات المعرفية { الحصيلة اللغوية – الفهم الشفهي } لدى أطفال التوحد " بعمر (4- 7) سنوات ، و بإشكالية هل يؤثر التكفل النفسي الأرطفوني في تنمية الحصيلة اللغوية و الفهم الشفهي للأطفال التوحديين ، و نظراً لما تتمتعون به من خبرة و دراية في مجال علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا ، و بهدف تصميم أداة و لقياس مستوى الفهم الشفهي لدى الأطفال التوحديين ، نرجوا من سيادتكم بيان رأيكم في الفقرات التي أعدت ، و تحديد ما ترونه مناسبا وما تقترحونه من إضافة أو أي تعديل لهذه الفقرات، كما نرجو الأخذ بعين الإعتبار الأسئلة التالية:

- إلى أي مدى تقيس البنود المتغير المراد قياسه و هو الفهم الشفهي؟ فإذا كان يقيس بنسبة كبيرة جدا فيرجى التأشير في الخانة (يقيس بدرجة جيدة جداً) أما إذا كان يقيس بدرجة مقبولة فيرجى التأشير في الخانة (يقيس بدرجة جيدة) أما إذا كان يقيس بدرجة متوسطة فيرجى التأشير في (يقيس بدرجة متوسطة) أما إذا كان يقيس بنسبة ضعيفة يرجى التأشير في (يقيس بدرجة ضعيفة) أما إذا كان لا يقيس بتاتا يرجى التأشير في الخانة (يقيس بدرجة ضعيفة جداً).
- هل الصياغة اللغوية ملائمة لمحتوى الموضوع الذي وضعت من أجله.
- وإذا هناك أخطاء هل يمكن تعديل هذه الأبعاد ؟
- و هل يمكن إقتراح بنود أخرى ؟
- وهل سلم التنقيط و التصحيح وضع بطريقة صحيحة.

شاكرين تعاونكم معنا.

- إسم الأستاذ:

- التخصص:

- التوقيع:

مقياس الفهم الشفهي

تعليمات الإختبار:

فيما يلي عدد من المواقف التي تصف سلوك الطفل التوحدي أثناء تعرضه لموقف الفهم الشفهي ، و على الباحثتان إختيار الإجابة المناسبة من بين الإختيارات الثلاثة { أ – ب – ت } و ذلك طبقا لما يتصف به سلوك الطفل التوحدي أثناء الإستجابة للموقف ، و ذلك بوضع العلامة ✖أمام الإختيار الأنسب.

تصحيح الإختبار:

أ ⊟2 ، ب ⊟ 1 ، ت ⊟ 0

المدى من 0 إلى 60 درجة ، كلما إقترب المجموع الكلي من 60 فإن الطفل ضمن نطاق الفهم الشفهي الطبيعي و كلما إقترب من الصفر كلما كان هناك مشكلة في الفهم الشفهي للطفل .

معلومات عامة :

رقم الحالة: جنس الطفل :

تاريخ الميلاد : عمر الطفل :

تاريخ بداية العلاج :

درجة التوحد : خفيف ☐ متوسط ☐

الموقف	علامة الموقف	يقيس بنسبة جيدة جداً	يقيس بنسبة جيدة	يقيس بنسبة متوسطة	يقيس بنسبة ضعيفة	يقيس بنسبة ضعيفة جداً
1- عندما ننادي الطفل بإسمه ونطلب منه المجيء فإنه: أ- يتكلم و يأتي إلى المعالج مباشرة. ب-يلتفت إلى المعالج و لا يأتي. ت-لا يقوم بأي إستجابة و كأنه لا يسمع.						
2- عندما يطلب من الطفل الجلوس على الكرسي فإنه: أ- يستجيب للأمر اللفظي و يجلس. ب- ينظر إلى الكرسي و لا يجلس عليه. ت-لايقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
3- عندما نطلب من الطفل المشي مع المعالج و التوقف عندما يطلب منه ذلك فإنه : أ- يبدأ في المشي و ينتظر بإنصات أمر المعالج و يتوقف عند سماع الأمر . ب- يبدأ في المشي و لا يتوقف . ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
4- عندما يُدق الباب ونطلب منه فتح الباب فإنه: أ- يلتفت إلى الباب و يذهب ليفتحه. ب-يبحث عن مصدر الصوت. ت-لا يقوم بأي إستجابة .						
5- عندما يوجه إلى الطفل سؤال معين فإنه: أ- يبدي فهما للسؤال مباشرة. ب-يحتاج إلى تكرار السؤال أكثر من مرة حتى يفهمه. ت-لا يستطيع فهم السؤال بتاتاً.						

6- عندما يدخل الطفل إلى المكتب ونطلب منه القيام بالتحية بالقول و الفعل (المصافحة و قول السلام) فإنه: أ- يطرق الباب و يأتي للتحية و يجلس على الكرسي. ب-يدخل مباشرة ويبقى يتجول داخل المكتب. ت-يدخله والديه و لا يقوم بأي حركة.						
7- عندما نعرض على الطفل مجموعة من صور الحيوانات (بقرة – كلب – قطة – خروف) و نطلب منه إصدار صوت كل حيوان فإنه : أ- يقوم بإصدار صوت كل حيوان. ب-يبدأ بإصدار صوتين و لا يكمل الباقي. ت-لا يقوم بأي حركة ولا يستجيب لأمر المعالج.						
8- عندما نعرض على الطفل مجموعة من الأشكال (دائرة، مربع، مستطيل، مثلث) و نطلب منه التعرف عليها و إخراجها فإنه : أ- يخرجها كلها حسب طلب المعالج. ب-يعطي الشكل للمعالج بطريقة عشوائية. ت- لا يستجيب لأمر المعالج.						
9- عندما نعرض على الطفل مجموعة من الصور (طفل يضحك، طفل يبكي، طفل حزين، طفل مندهش) ونطلب منه أن يتعرف على هذه الأشكال و يخرجها فإنه: أ- يتعرف و يخرج كل شكل يطلبه المعالج. ب- يبحث في الصورة و لا يستطيع إخراج الصورة المطلوبة . ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
10- عندما نعرض على الطفل مجموعة من الصور (طفل يشرب ، طفل يأكل ، طفل ينائم، طفل يقفز ،طفل يجري) و نطلب منه تقليد كل فعل فإنه: أ- يتعرف على كل شكل و يقلده. ب-يتعرف عليها و لكن لا يقلد الأفعال. ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						

11- عندما نعرض على الطفل مجموعة من الصور (ملعقة، صحن، سيارة ، كرة) و تعطي له هذه الأدوات في شكل أجسام وتطلب من مطابقة الجسم مع الصورة فإنه : أ- يقوم بمطابقة الجسم مع الصورة. ب-يأخذ الأجسام و يلعب بها. ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
12- عندما نعطي الطفل مجموعة من (الأقلام،المكعبات ، حلقات) و نطلب منه أن يصنفهم داخل علب شفهيا فإنه: أ- يصنفهم كلهم ،كل علبة على حدى و تحمل صنف واحد فقط. ب- يضع داخل العلب بشكل عشوائي. ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
13- عندما نعطي للطفل مجموعة من الحلقات بألوان مختلفة (أحمر، أزرق،أصفر) و نقول له صنف هذه الحلقات حسب الألوان داخل علب شفهيا فإنه: أ-يصنف كل الحلقات وكل علبة تحتوي على لون ب-يصنفهم بطريقة عشوائية. ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
14- عندما نعطي الطفل تعليمة مكونة من خطوتين و هي: (إنزع قبعتك و علقها) فإنه : أ- ينفذ الطفل التعليمة كما هو مطلوب. ب- يضع يده على القبعة و لا يعرف مذا يفعل. ت- لا يقوم بأية حركة و لا يستجيب لأمرالمعالج.						
15- عندما نعطي للطفل تعليمات مكونة من 3 خطوات وهي (إنهض وإذهب إقفل الباب ثم عد وإجلس على الكرسي) فإنه : أ- ينهض الطفل و ينفذ التعليمات كما هو مطلوب. ب- يقف و لا يعرف ماذا طلب منه. ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						

16- عندما نعرض على الطفل صور مقسومة إلى نصفين و نطلب منه أن يعيد تركيب الصورة فإنه: أ- يبحث عن النصف الثاني و يضعه في مكانه. ب- يمسك الأنصاف و يحاول وضعها في أي مكان. ت- لا يقوم بأي إستجابة.						
17- عندما نطلب من الطفل الإشارة إلى أجزاء جسمه حسبما يأمره المعالج فإنه: أ- يشير إلى أجزاء جسمه المطلوبة. ب- يخلط بين أجزاء جسمه. ت- لا يبالي لكلام المعالج و لا يستجيب لأمره.						
18- عندما نعرض على الطفل صور خاصة بالجنس (ذكر/ أنثى) ونطلب منه إستخراج صور الذكور و صور الإناث فإنه: أ- يميز بين الذكر و الأنثى و يقوم بإستخراج الصور بطريقة صحيحة . ب-يستخرج الصور لكنه يخطئ في بعض الأحيان. ت-لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
19- عندما نعرض على الطفل مجموعة من الصور (صابون،كرة،تفاحة، وسادة) و نطلب منه إعطاءنا الشيئ الذي نأكله ، و الذي نغسل به ، و الذي نلعب به ، و الذي ننام به، فإنه : أ- يعطي الصورة الخاصة بالفعل حسب أوامر المعالج. ب- يعطي الصورة بطريقة عشوائية . ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
20- عندما نعرض على الطفل سلسلة من الصور (تفاحة ، موزة ، سيارة ، برتقالة) و نطلب منه إخراج الصورة التي تختلف عن المجموعة فإنه : أ- يقوم بإخراج الصورة الدخيلة و يعطها للمعالج. ب- يعطي للمعالج أي صورة. ت- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						

21- عندما نضع أمام الطفل سلسلة من الصور و نطلب منه ترتيبها حسب النشاط مثلا : ينهض صباحا ثم يذهب إلى الحمام ثم يتناول فطوره) فإنه : أ- يقوم بترتيبها بشكل صحيح. ب-يرتبها بطريقة عشوائية. ت-لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
22- عندما نعرض على الطفل أجزاء جسم إنسان (الرأس، الصدر، البطن، الذراعين ، الساقين، اليدين، الرجلين) ونطلب منه تركيب هذا الإنسان فإنه: أ-يقوم بتركيبها بصورة صحيحة. ب-يقوم بتركيبها لكن بصورة خاطئة. ت-لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
23- عندما نعرض على الطفل مجموعة من الصور(سيارة، كرة ، سرير ، إطفائي) و نطرح عليه الأسئلة التالية:أين تنام،ماذا نرمي،من يقود السيارة ، من يطفئ الحريق فإنه: أ- يقوم بإستخراج الصورة الصحيحة ويعطيها للمعالج. ب-يعطي المعالج الصور بطريقة عشوائية. ت-لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
24- عندما نطلب من الطفل وضع الكرة تحت المكتب ، و القلم داخل الكراس و المعطف داخل الخزانة فإنه: أ- يقوم بكل الأوامر الثلاثة. ب- يقوم بأمر من هذه الأوامر. ث- لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
25- عندما يتكلم المعالج مع والدي الطفل فإنه: أ- يفهم بأن الحديث معه أو عليه وينصت إليه جيداً. ب-ينظر إلى المعالج لكنه لا ينصت إليه. ت-لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج						
26- عندما يوجه المعالج إلى الطفل عبارات المدح و الثناء و التحفيز و التشجيع فإنه: أ- يبدي فرحته و يبتسم و يصفق. ب-ينظر إلى المعالج و يسكت.						

ت–لا يقوم بأي إستجابة.						
27– إذا وجه المعالج اللوم إلى الطفل فإنه: أ– يسكت و يلتزم بالهدوء. ب–يشعر بالضيق و يبدأ بالبكاء. ت–لا يهتم مطلقاً لكلام المعالج.						
28– عندما يطلب من الطفل تمثيل طفل يضحك بالحركة و الصوت فإنه: أ– يضحك مع إصدار الصوت. ب–يبتسم مع الصورة. ت–لا يقوم بأي رد فعل.						
29– عندما نعرض على الطفل مجموعة من الصور فيها دلالة على: (حلو/ مرٌ) (المدفئة/ الثلاجة) (ساخن/بارد) (الشمس/القمر) (الليل/النهار) (فوق / تحت) و نطلب منه إستخراج الأضداد من الصور فإنه: أ– يخرج و يضع الصورة المتضادة في المكان المناسب لها . ب–يضع الصور مع بعضها البعض بطريقة عشوائية. ت–لا يقوم بأي حركة و لا يستجيب لأمر المعالج.						
30– إذا كان الطفل يلعب مع المعالج أو مع زملاءه و نطلب منه إحترام التعليمة و إنتظار دوره فإنه: أ– ينتظر دوره و يحترم التعليمة. ب–يهجم مباشرة و لا يلتزم بالتعليمات. ت–لا يبالي و لا يشارك في اللعب.						
ملاحظات						

الملحق رقم 3 : نموذج دراسة حالة

دراسة حالة :

1- البيانات الشخصية :

- الاسم :..... الجنس..... العمر.....
- تاريخ و مكان الازدياد :.....
- عدد الإخوة :..... مرتبة الطفل بين إخوته:.....
- المستوى الدراسي للأب :.....المهنة:.....
- المستوى الدراسي للأم :.....المهنة:.....
- القرابة الزواجية :.....فارق السن بين الزوجين : .....
- المستوى الاقتصادي للأسرة: متدني ☐ متوسط ☐ جيد ☐
- العيش مع الأسرة النووية ☐ الممتدة ☐

2- فترة الحمل و الولادة:

- الحمل :
- مرغوب فيه ☐ غير مرغوب فيه ☐
- الأمراض التي أصيبت بها الأم خلال فترة الحمل :.....
- تناول الأدوية :.....نوع الأدوية.....
- الأشعة :.....
- الحالة النفسية للأم في الأشهر الأولى:.....
- الولادة : مبكرة ☐ في أوانها ☐ متأخرة ☐
  طبيعية ☐ قيصرية ☐ إستعمال الملاقط ☐
- حالة الطفل عند الميلاد:
- الصراخ:.....- لون البشرة :.....
- الحاضنة:.....- الوزن :.....
- الحالة الصحية عند الميلاد.....
- هل أصيب الطفل بأمراض في الأشهر الأولى:.....

3- **مرحلة ما بعد الولادة** :

- الرضاعة : طبيعية ☐ مصطنعة ☐ مزدوجة ☐

- سن الفطام:..... – هل تقبل الطفل الفطام.....

- عن طريق ماذا :.....

- التغذية :

- سن بداية تناول الحساء :.....

- سن بداية تناول الأغذية الصلبة:.....

- شهية عادية ☐ ذو شهية كبيرة ☐ ذو شهية ضعيفة ☐

- الأغذية المفضلة لديه : .....

- النوم :

- هل هناك اضطراب في النوم: نعم ☐ لا ☐

- نوم مفرط:.....نوم غير كافي:.....نوم متقطع.....

4- **النمو اللغوي** :

- سن بداية المناغاة؟.....

- ما هي أول كلمة نطق بها و في أي سن ؟.....

- متى بدأ ينطق بكلمات ؟.....

- هل يستعمل الطفل الإشارات و الإيماءات؟.....

5- النمو الحسي الحركي :

- متى كانت أول ابتسامة؟.....

- التحكم في استقامة الرأس؟.....

- متى بدأ يجلس؟.....بمساعدة .....بدون مساعدة.....

- متى بدأ يقف لوحده؟.....

- الخطى الأولى :.....

- المشي :.....

- قلق الشهر الثامن: نعم ☐ لا ☐

- متى اكتسب النظافة في الليل..... و النهار؟..... معاً.....

6- علاقة الأم بالطفل: .....

- مدى تقبل الأم لمرض الطفل.....

- هل الأم واعية بمرض التوحد وعلى دراية به :.....

- معاملة الأم للطفل: حماية مفرطة ..... قاسية..... منصفة.....

- هل تعتني الأم بالطفل .....أم مهملة ولا تبالي له.....

7-علاقة الأب بالطفل.....

- مدى تقبل الأب لمرض الطفل.....

- هل الأب واعي بمرض التوحد و على دراية به.....

- هل يعتني الأب بالطفل .....أم مهمل و لا يبالي .....

8- متى اكتشفت الأسرة مرض الطفل.....

- كيف تم ذلك (عبر من ؟).....

- ما هي أهم الأعراض البارزة.....

- مدى تقبل الأسرة للمرض في ذلك الوقت.....

- هل تأثرت العلاقة بين الزوجين.....

- هل حدثت مشاكل داخل الأسرة.....

- هل تم عرض الطفل مباشرة على الأخصائي..... .....

9- علاقة الطفل بالإخوة:.....

- هل الإخوة مهتمين بالطفل.....

- هل يتعامل مع الإخوة و يلعب معهم.....

- الأخ المفضل .....

- هل يشعر الإخوة بالغيرة نحوه.....أم الطفل يشعر بالغيرة نحوهم.....

- هل الإخوة متفهمين لحالة الطفل وواعين بمرضه.....

10- العالم الخارجي:

- هل يتفاعل ويتواصل مع أفراد المجتمع.....

- هل هو منخرط في فريق ما.....ماهو.....

- هل يقبل اللمس من طرف الناس (مثلا المصافحة.....) .....

- هل الطفل منخرط في الأنشطة الإجتماعية (نادي.....).....

- هل يلعب مع أبناء الحي.....

- هل يتعامل معهم بطريقة جيدة أم يسيء إليهم و يتشاجر معهم.....

- هل الأطفال من نفس سنه يحبون اللعب معه أم يتجنبونه.....

11- هل يحب الذهاب إلى المعالج.....

- هل يقوم بإعادة الأعمال التي يقوم بها المعالج في المنزل.....

- هل هناك تحسن للحالة بعد العلاج.....

- في أي جانب.....

- ما هي الأعراض التي بقيت عند الحالة.....

- عند الانتظار للدخول إلى المعالج هل يتفاعل مع الأطفال .....

- أم لا يحب الانتظار ويحب الدخول مباشرة .....

- هل يتناول الأدوية التي تساعده على الهدوء و التركيز.....

- هل أثرت هذه الأدوية على جانبه النفسي:.....

- هل يعاني الطفل من أمراض مزمنة مصاحبة لإضطراب التوحد :.....

- نوع المرض:.....

- هل هناك متابعة عند الطبيب الخاص .....

- هل يتناول الأدوية الخاصة بالمرض أم لا.....

- هل أثرت هذه الأدوية على الطفل .....

- هل ساعت هذه الأدوية على زيادة شدة السلوكات التوحدية المضطربة.....

- هل تم التقليل أو إستبدال أو توقيف تناول الأدوية.....

الملحق رقم (4) قائمة الأساتذة المحكمين

قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	إسم الأستاذ	التخصص	التوقيع	الجامعة
01	بلحاج أمينة	علم النفس العيادي		جامعة المدية
02	غطاس إسمهان	علم النفس اللغوي المعرفي		جامعة المدية
03	أيوب مريم	علم النفس اللغوي المعرفي		جامعة المدية
04	باشا ياسمين	علم النفس العيادي		جامعة المدية
05	ولد محي الدين نبيل	علم النفس العمل و التنظيم		جامعة المدية
06	جاب الله يوسف	القياس في علم النفس وعلوم التربية		جامعة المدية
07	بكيس فريد	علم النفس الإجتماعي		جامعة المدية
08	آتشي عادل	علوم التربية		جامعة المدية
09	شويعل يزيد	الإرشاد و الصحة النفسية		جامعة المدية
10	لعزالي صليحة	القياس في علم النفس و علوم التربية		جامعة المدية
11	غزالي جهيدة	علم النفس العصبي		جامعة المدية
12	شهري توفيق	علوم التربية		جامعة المدية
13	شبلي إبراهيمي	الإرشاد والصحة النفسية		جامعة الجزائر2
14	أحمد هاشمي	علم النفس الأسري		جامعة وهران
15	طباس نسيمة	علوم التربية		جامعة وهران

الملحق رقم (05) صدق و ثبات إختبار الفهم الشفهي:

```
GET DATA /TYPE=XLSX
  /FILE='D:\memoir \75;ل79;76;75;78; 80;83;ي83;.xlsx'
  /SHEET=name 'Sheet1'
  /CELLRANGE=full
  /READNAMES=on
  /ASSUMEDSTRWIDTH=32767.
EXECUTE.
DATASET NAME Ensemble_de_données1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
  /VARIABLES
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Remarques

Résultat obtenu		25-APR-2016 14:35:44
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	10
	Entrée de la matrice	
Gestion des valeurs manquantes	Définition de valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les statistiques reposent sur l'ensemble des observations dotées de données valides pour toutes les variables dans la procédure.
Syntaxe		RELIABILITY /VARIABLES= البند1 البند2 البند3 البند4 البند5 البند6 البند7 البند8 البند9 البند10 البند11 البند12 البند13 البند14 البند15 البند16 البند17 البند18 البند19 البند20 البند21 البند22 البند23 البند24 البند25 البند26 البند27 البند28 البند29 البند30 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

```
[Ensemble_de_données1]
```

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	10	100,0
	Exclus[a]	0	0,0
	Total	10	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,954	30

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=75;ل76;ن83;1 75;ل76;ن83;2 75;ل76;ن83;3 75;ل76;ن83;4
75;ل76;ن83;5 75;ل76;ن83;6 75;ل76;ن83;7 75;ل76;ن83;8 75;ل76;ن83;9
75;ل76;ن83;10 75;ل76;ن83;11 75;ل76;ن83;12 75;ل76;ن83;13 75;ل76;ن83;14
75;ل76;ن83;15 75;ل76;ن83;16 75;ل76;ن83;17 75;ل76;ن83;18 75;ل76;ن83;19
75;ل76;ن83;20 75;ل76;ن83;21 75;ل76;ن83;22 75;ل76;ن83;23 75;ل76;ن83;24
75;ل76;ن83;25 75;ل76;ن83;26 75;ل76;ن83;27 75;ل76;ن83;28 75;ل76;ن83;29
75;ل76;ن83;30
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=SPLIT.
```

الملحق رقم (05) صدق و ثبات إختبار الفهم الشفهي:

Fiabilité

Remarques

Résultat obtenu		25-APR-2016 14:36:10
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	10
	Entrée de la matrice	
Gestion des valeurs manquantes	Définition de valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les statistiques reposent sur l'ensemble des observations dotées de données valides pour toutes les variables dans la procédure.
Syntaxe		RELIABILITY /VARIABLES= البند1 البند2 البند3 البند4 البند5 البند6 البند7 البند8 البند9 البند10 البند11 البند12 البند13 البند14 البند15 البند16 البند17 البند18 البند19 البند20 البند21 البند22 البند23 البند24 البند25 البند26 البند27 البند28 البند29 البند30 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=SPLIT.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

[Ensemble_de_données1]

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	10	100,0
	Exclus[a]	0	0,0
	Total	10	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,871
		Nombre d'éléments	15[a]
	Partie 2	Valeur	,938
		Nombre d'éléments	15[b]
	Nombre total d'éléments		30
Corrélation entre les sous-échelles			,917
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,957
	Longueur inégale		,957
Coefficient de Guttman split-half			,936

a. Les éléments sont : البند7, البند6, البند5, البند4, البند3, البند2, البند1, البند15, البند14, البند13, البند12, البند11, البند10, البند9, البند8.

b. Les éléments sont : البند21, البند20, البند19, البند18, البند17, البند16, البند28, البند27, البند26, البند25, البند24, البند23, البند22, البند29, البند30.

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=VAR00001 VAR00002
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

```
[Ensemble_de_données1] D:\memoir ta3i\الـصدق و الـثبـات\Sans
titre1.sav
```

Corrélations

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Corrélation de Pearson	1	,982**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	10	10
VAR00002	Corrélation de Pearson	,982**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	10	10

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الملحق رقم (06) نتائج إختبار (T)للفروق بين القياسين القبلي و البعدي لكلا الإختبارين

```
GET
  FILE='D:\mémoire \ القياس القبلي و البعدي \اللغة.sav'.
DATASET NAME Ensemble_de_données1 WINDOW=FRONT.
T-TEST PAIRS=القاس القيلي WITH القياس البعدي (PAIRED)
  /CRITERIA=CI (.9500)
  /MISSING=ANALYSIS.
```

Test-t

Remarques

Résultat obtenu		04-MAY-2016 14:13:17
Commentaires		
Entrée	Données	D:\memoir \القياس القبلي و البعدي\اللغةsav.
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	5
Traitement des valeurs manquantes	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les statistiques de chaque analyse sont basées sur les observations ne comportant aucune donnée manquante ou hors intervalle pour aucune variable de l'analyse.
Syntaxe		T-TEST PAIRS=القاسالقيلى WITH القياسالبعدي (PAIRED) /CRITERIA=CI (.9500) /MISSING=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,08

```
[Ensemble_de_données1] D:\memoir ta3i\القياس القبلي و البعدي\اللغةsav.
```

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القاس القيلي	45,40	5	7,232	3,234
	القياس البعدي	141,40	5	4,278	1,913

Corrélations pour échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	القياس البعدي & القاس القيلي	5	-,015	,981

Test échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القاس القيلي – القياس البعدي	-96,000	8,456	3,782	-106,499	-85,501	-25,387	4	,000

```
GET
.sav'.الفهم الشفهي\البعدي و القبلي القياس  FILE='D:\mémoire \
DATASET NAME Ensemble_de_données2 WINDOW=FRONT.
T-TEST PAIRS=القياسالقبلي WITH القياسالبعدي (PAIRED)
  /CRITERIA=CI (.9500)
  /MISSING=ANALYSIS.
```

Test-t

Remarques

Résultat obtenu		04-MAY-2016 14:14:55
Commentaires		
Entrée	Données	D:\memoir ta3i\الفهم\البعدي و القبلي القياس.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données2
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	5
	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
Traitement des valeurs manquantes	Observations prises en compte	Les statistiques de chaque analyse sont basées sur les observations ne comportant aucune donnée manquante ou hors intervalle pour aucune variable de l'analyse.
Syntaxe		T-TEST PAIRS=القياسالقبلي WITH القياسالبعدي (PAIRED) /CRITERIA=CI (.9500) /MISSING=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

[Ensemble_de_données2] D:\memoir ta3i\القياس القبلي و البعدي\الفهم الشفهي.sav

Statistiques pour échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	القياس القبلي	17,40	5	5,320	2,379
	القياس البعدي	56,40	5	1,140	,510

Corrélations pour échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	القياس البعدي & القياس القبلي	5	,915	,029

Test échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
					Inférieure	Supérieure			
Paire 1	القياس القبلي – القياس البعدي	-39,000	4,301	1,924	-44,341	-33,659	-20,275	4	,000