

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم الأطفونيا

دور عملية التقليد في تطوير مهارات
التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب
باضطراب طيف التوحد
دراسة ميدانية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل م د) في الأطفونيا

تحت إشراف الأستاذة:

من إعداد الطالبة

قطران راضية درقيني مريم

السنة الجامعية: 2017-2018

كلمة الشكر

أشكر الله سبحانه و تعالى و أحمده كثيرا طيبا مباركا فيه على توفيقه في انجاز هذا البحث.

إلى التي أنارت طريقي ومسيرتي بنصائحها وتوجيهاتها القيمة ودعمها الدائم إلى الأستاذة الغالية "درفني مريم"

إلى كل من ساندني في انجاز هذا البحث و اخص بذلك السيدة فتيحة عياد و سميرة خالد، على توجيهاتهم و نصائحهم القيمة.

إلى زملائي الأعزاء: إيمان معتوق، تشيكو حميدة، عبد النور كرميش الذين تقاسموا معي أعباء هذا البحث.

كما أشكر الطاقم الذي يعمل في ديواني الخاص: المختصة الأرطوفونية هجرس مريم، والمساعدة زيد المال أسماء اللواتي ساعدتني في العمل الميداني، و إلى كل الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و عائلتهم الذين كانوا متفهمين، و مساندين لي لمشروع البحث هذا وساهموا بوقتهم و تعبهم.

الإهداء

إلى أعر ما أملك في الوجود والديا الغاليان أطال الله في
عمرهما إلى أختي العزيزة نايلة و أخي العزيز سامي و إلى
زوجي العزيز خالد و إبني الغالي ينيس.
إلى كل من ساعدني في هذا العمل المتواضع سواء من قريب
أو من بعيد و لو بكلمة طيبة.

ملخص

تهدف دراستنا إلى تقييم فعالية و دور عملية التقليد، في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى فئة من الأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد (TSA). و لتحقيق الهدف المنشود من الدراسة تم اختيار مجموعة مكونة من 30 طفل تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهرا و 03 سنوات، وبعدها تم إتباع ثلاث خطوات: تقييم مهارات عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية ، الإجتماعية الانفعالية (BECS)، تدريب أطفال مجموعة البحث على عملية التقليد باستعمال برنامج يركز على مراحل نمو عملية التقليد عند الأطفال العاديين، إعادة تقييم مهارات عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي، بعد التدريبات. قمنا خلال دراستنا بتطبيق الطريقة التجريبية (اختبار قبلي و بعدي)، وبعدها قمنا بعرض و تحليل النتائج.

تشير مقارنة النتائج، بين القياس القبلي و القياس البعدي، إلى وجود تحسن دال إحصائيا في مستويات النمو لمهارات عملية التقليد الحركي و الصوتي، وفي مستويات النمو لمهارات التواصل غير اللفظي (الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، تعديل السلوك)، بالإضافة إلى انخفاض ملحوظ في درجة حدة اضطراب طيف التوحد.

الكلمات الدالة: عملية التقليد، مهارات التواصل الغير لفظي (الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، تعديل السلوك)، اضطراب طيف التوحد (TSA).

Le rôle de l'imitation dans le développement des compétences non verbales chez l'enfant avec trouble du spectre autistique

Le présent travail vise à évaluer le rôle de l'imitation dans le développement de la communication non verbale chez les jeunes enfants avec trouble du spectre autistique. Notre population est composée de 30 enfants autistes âgés, entre 18 et 36 mois. Le diagnostic d'autisme a été établi selon les critères de la CIM-10 et du DSM-V. Notre étude a suivi une procédure en trois temps : évaluation des compétences imitatives et communicatives à l'aide de la batterie BECS, et de l'intensité du trouble autistique à l'aide de la CARS-T ; en suite, entraînement à l'aide d'un programme d'entraînement basé sur le développement de l'imitation chez les enfants à développement typique ; et enfin, réévaluation des compétences imitatives et communicatives, après entraînement. L'analyse statistique a mis en évidence une progression significative des niveaux de développement en imitation, et en communication non verbale, ainsi qu'une diminution du degré de sévérité du trouble autistique.

Les mots clés : troubles du spectre autistique, imitation, communication non verbale (attention conjointe, interaction sociale, régulation du comportement).

الفهرس

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

1	مقدمة.....
5	إشكالية البحث.....
12	فرضيات البحث.....

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: عملية التقليد

16	1. عملية التقليد والتطور عند الطفل: مفاهيم عامة.....
21	2. مراحل تطور عملية التقليد.....
23	3. عملية التقليد عملية معقدة.....
26	4. أشكال التقليد.....
32	5. وظائف التقليد.....
41	6. عملية التقليد و التواصل غير اللفظي.....

الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد

59	1. مفهوم التوحد وتطوره في التصنيفات العالمية.....
----	---

2. تعريف اضطراب طيف التوحد ومعايير تشخيصه.....63
3. العلامات العيادية لاضطراب طيف التوحد.....66
4. أسباب اضطراب طيف التوحد و النظريات المفسرة له.....71
5. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد.....77
6. أصناف اضطراب طيف التوحد.....79
7. الفروق التشخيصية بين التوحد والإعاقات الأخرى.....84

الفصل الثالث: عملية التقليد و التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد

1. خصائص التواصل عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.....90
2. خصائص عملية التقليد عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.....93
3. تقييم عملية التقليد ومهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد...98
4. عملية التقليد و البرامج التدريبية.....103

الباب الثاني: الجانب التطبيقي للبحث

الفصل الرابع: الخطوات المنهجية للبحث

1. الدراسة الاستطلاعية.....118
2. المنهج المستخدم في البحث.....119
3. تقديم مجموعة البحث.....121
4. الوسط اللساني لمجموعة البحث.....121
5. مكان وزمان إجراء البحث.....121
6. خطوات البحث.....121
7. التقنيات المستعملة في البحث.....123

8. البرنامج التدريبي.....129

الفصل الخامس: عرض و تحليل النتائج

1. عرض و تحليل النتائج.....135

2. المعالجة الإحصائية.....144

3. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات153

خاتمة.....162

مراجع.....166

ملاحق

قائمة الجداول

- جدول -01- المراحل التطورية لعملية الوعي بتقليد الغير لنا.....30
- جدول -02- تطور مفهوم التوحد عبر السنوات62
- جدول -03- معايير تشخيص التوحد في مختلف التصنيفات العالمية.....65
- جدول-04- خصائص مجموعة البحث.....121
- جدول-05- عدد بنود القدرات المعرفية لبطارية BECS.....127
- جدول-06- عدد بنود القدرات المعرفية الاجتماعية و الانفعالية BECS.....128
- جدول-07- خطوات تطور عملية التقليد عند الطفل الصغير ذات التطور النمطي.....133
- جدول-08- وسيط مستوى النمو في ميدان عملية التقليد الحركي و الصوتي ، قبل و بعد تطبيق البرنامج.....145
- جدول-09- نتائج اختبار Wilcoxon في ميدان عملية التقليد الحركي و الصوتي، قبل و بعد تطبيق البرنامج.....146
- جدول-10- وسيط مستوى النمو في ميدان عملية التقليد و التواصل غير اللفظي، قبل و بعد تطبيق البرنامج.....147
- جدول-11- نتائج اختبار Wilcoxon في ميدان عملية التقليد و التواصل غير اللفظي، قبل و بعد تطبيق البرنامج.....148
- جدول-12- وسيط درجات حدة اضطراب طيف التوحد، قبل و بعد تطبيق البرنامج.....150
- جدول-13- نتائج اختبار Wilcoxon الخاصة بحدة اضطراب طيف التوحد.....150

جدول-14-حجم تأثير البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على تطوير القدرات التقليدية للأطفال

المصابين باضطراب طيف التوحد.....151

جدول-15-حجم تأثير عملية التقليد الحركي على تطوير مهارات التواصل غير اللفظي و التقليل من حدة

اضطراب طيف التوحد.....152

جدول-16-حجم تأثير عملية التقليد الصوتي على تطوير مهارات التواصل غير اللفظي و التقليل من حدة

اضطراب طيف التوحد.....152

قائمة الأشكال

- شكل 01- نموذج التواصل..... 42
- شكل 02- مخطط خطوات البحث..... 123
- شكل 03- مستوى النمو في ميدان التقليد الحركي، قبل و بعد تطبيق البرنامج..... 136
- شكل 04- مستوى النمو في ميدان عملية التقليد الصوتي، قبل و بعد تطبيق البرنامج..... 137
- شكل 05- مستوى النمو في ميدان الانتباه المشترك، قبل و بعد تطبيق البرنامج..... 139
- شكل 06- مستوى النمو في ميدان التفاعلات الاجتماعية، قبل و بعد تطبيق البرنامج..... 141
- شكل 07- مستوى النمو في ميدان تعديل السلوك، قبل و بعد تطبيق البرنامج..... 142
- شكل 08- درجات حدة اضطراب طيف التوحد، قبل و بعد تطبيق البرنامج..... 143

مقدمة

مقدمة:

تعتبر عملية التقليد وسيلة هامة للتعلم في سيرورة التطور و النمو لدى الطفل، حيث لها وظيفتين أساسيتين: وظيفة التعلم التي تسمح للطفل بتعلم أفعال جديدة عن طريق ملاحظة ما يقوم به الآخرين و وظيفة التواصل التي تستدعي خصائص أساسية في مختلف أشكال التفاعل: التزامن، تبادل الأدوار، و الإنتباه المشترك.

تعريف عملية التقليد بطريقة محددة يبقى مهمة صعبة، لأنها تظهر على أشكال مختلفة، من جهة، و تحتوي على بعدين: بعد معرفي، و بعد إجتماعي، تتطلب هذه الأخيرة، قدرات معرفية التي تكتسب و تسجل في سياقات اجتماعية و ثقافية، من جهة أخرى.

يظهر الطفل، منذ الولادة، القدرة على التقليد بإصدار الصوت ردا على الكبار، حيث خلال سيرورة النمو، تبدأ عملية التقليد في التطور و يصبح الطفل الصغير، تدريجيا قادرا على تقليد حركات و أفعال بسيطة ثم معقدة، تقليد أفعال يومية و أخرى جديدة.

يتفاعل الطفل الصغير مع بيئته و يطور مؤهلات للتواصل، ذلك قبل أن يملك اللغة اللفظية، و من بين هذه المؤهلات، القدرة على التواصل عن طريق عملية التقليد.

تكون عملية التقليد عفوية أو بعدية، إذ تستعمل عملية التقليد البعدي للتعلم طوال الحياة، أما عملية التقليد العفوي أو الفوري تمثل وسيلة فعالة للتواصل غير اللفظي، حيث تسمح للطفل، منذ سن مبكر بالتفاعل و الإدماج مع بيئته و الدخول في حلقة تفاعلية و تواصلية مع الآخر هذا بدون استعمال كلمات.

إن القدرة على التواصل عن طريق عملية التقليد قد تكون مفقودة أو مضطربة عند بعض الحالات المرضية، كما هو الحال عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و الذي هو مجال بحثنا.

شهد موضوع اضطراب طيف التوحد، في الآونة الأخيرة، اهتماما كبيرا في كثير من البلدان، من بينها الجزائر، لاعتباره موضوعا حساسا في مجال الصحة العمومية، و في مجال الطب العقلي للأطفال، بسبب تعقيد أنماطه السلوكية و التواصلية و انعكاساتها على معاش الطفل و عائلته.

يشير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM V, 2013) الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية أن اضطراب طيف التوحد يتميز بقصور على مستوى ميدانين أساسيين ألا و هما: التواصل الاجتماعي (التواصل اللفظي و غير اللفظي) و ميدان السلوك.

تعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات المركزية التي تؤثر سلبا على مظاهر النمو الطبيعي، و التفاعل الإجتماعي لديه، حيث أن أغلب الباحثين يرجعون عجز الطفل التوحدي في التواصل اللفظي و غير اللفظي، الذي يعيق اندماجه و يحدد تفاعلاته الإجتماعية إلى وجود عجز على مستوى عملية التقليد.

في حين جاءت دراسات جديدة أثبتت العكس، و هذا استنادا للدراسات السابقة المتعلقة بالقدرات التقليدية للمولود الجديد، على رأسها دراسات الباحثة Nadel (2011) التي تنص على كون الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لديهم قدرات تقليدية تظهر في إطار نشاطات جذابة خاصة بالتقليد العفوي، هذه الأخيرة، يتم تجاهلها في اغلب الأحيان ضمن الأبحاث حيث يتم الأخذ بعين الاعتبار لإلا قدرات عملية التقليد الموجه أو عملية التقليد عند الطلب.

كما تنص الباحثة Nadel على أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد قادرين على تطوير قدراتهم التقليدية، و الحصول على نتائج مرضية كلما كان التكفل بهم في مرحلة مبكرة. و عليه فإن تطوير القدرات التقليدية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، قد يسمح له بتطوير قدراته

التواصلية. و على هذا الأساس، تظهر ضرورة الإهتمام بعملية التقليد و إدماجها ضمن البرامج التدريبية كوسيلة تساعد الطفل التوحدي على اكتساب و تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لديه.

و في هذا المنظور، جاءت دراستنا التي تهدف إلى دراسة مدى فعالية و دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى فئة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و هذا بأخذ فئة عمرية في طور مبكر مقارنة بأغلبية الدراسات السابقة التي تناولت موضوع عملية التقليد و التواصل غير اللفظي عند فئة عمرية متقدمة في السن، و هذا قصد إظهار أهمية تطوير و تنمية قدرة الطفل التوحدي على عملية التقليد، في طور مبكر، كوسيلة فعالة و مؤهلة لاكتساب مهارات التواصل غير اللفظي. و من اجل ذلك قمنا بتقسيم بحثنا إلى خمسة فصول، خصصنا الفصل الأول لموضوع عملية التقليد، تطرقنا فيه إلى تعريف عملية التقليد، مراحل تطورها، أشكالها و أخيرا وظائفها. و في الفصل الثاني فقد تم فيه تناول موضوع اضطراب طيف التوحد قمنا من خلاله بعرض مفهوم اضطراب طيف التوحد، و تطور مفهومه في التصنيفات العالمية، معايير تشخيصه، العلامات الإكلينيكية له، أسبابه، نسبة انتشاره، و أخيرا الفروق التشخيصية له. أما في الفصل الثالث فقد تم فيه تناول خصائص عملية التقليد و التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. فيما يخص الفصل الرابع، عرضنا فيه الجانب التطبيقي للبحث بداية بمنهجية البحث و كيفية إجرائه، بما في ذلك عينة، مكان، و أداة البحث المتمثلة في بطارية تقييم القدرات المعرفية، الاجتماعية، و الانفعالية BECS ، و أخيرا طريقة تطبيقها. و بالنسبة للفصل الخامس و الأخير، تم فيه تقديم و تحليل النتائج متبوع بمناقشة النتائج المتحصل عليها، و أخيرا خاتمة بحثنا بخلاصة جمعنا فيها المادتين النظرية و التطبيقية مقدمين فيها مجموعة اقتراحات لأخذها بعين الاعتبار.

الإشكالية و الفرضيات

الإشكالية:

كأخصائية أطفونوية ممارسة في ديوان خاص، جلب انتباهي تداول عدد كبير من الحالات المصابة باضطراب طيف التوحد (TSA)، خلال السنوات الأخيرة. تواجه معظم هذه الحالات اضطرابات على مستوى التواصل، و الذي يمثل السبب الرئيسي للتداول للفحص الأطفونوي.

لاحظنا من خلال ممارستنا مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وجود عجز على مستوى عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي التي تظهر على مستوى الوظائف التالية: الانتباه المشترك، التفاعلات الاجتماعية، و تعديل السلوك.

إن التعريف الإكلينيكي لاضطراب طيف التوحد حسب التصنيفات العالمية

CIM10(CD10,1993/1994) و DSM V (APA , 2013 /2000) تنص على انه اضطراب

مجتاح للنمو يؤثر على مجموع الوظائف النفسية التي تتطور في السنوات الأولى للحياة، و تتمثل خصائصه الأساسية في: اضطرابات على مستوى التواصل الاجتماعي (صعوبات في اكتساب التواصل اللفظي و غير اللفظي) و على مستوى السلوك.

حيث تعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات المركزية التي تؤثر سلبا على مظاهر النمو الطبيعي، و التفاعل الاجتماعي لديه (نصر، 2000).

أغلب الباحثين يرجعون عجز الطفل التوحدي في الاتصال اللفظي و غير اللفظي الذي يعيق اندماجه، و يحدد تفاعلاته الاجتماعية إلى عجز على مستوى عملية التقليد، حيث تبين العديد من الأبحاث إلى وجود صعوبات في التقليد الصوتي اللغوي و الحركي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (De Meyer et al ; 1972 ;Nadel 1992 ;Nadel et Potier, 2001).

تفسر الأبحاث حول خصائص السلوك و التطور التوحدي العجز في عملية التقليد، إلى وجود عجز على مستوى ميادين التطور الأخرى للطفل كالميدان الحركي، و ميدان التواصل الاجتماعي، و بالتالي اضطراب على مستوى عملية التقليد قد يؤدي إلى اضطراب على مستوى التعلم، و على مستوى مهارات التواصل الاجتماعي (Nadel.Guérini, Rivert.1996).

ريتفو و بروفانس (1953)، أول من درس عملية التقليد عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، و تعلقت دراستهما برضية تبلغ من العمر 21 شهر، حيث استخلصا من خلال دراستهما إلى أن الرضية كانت غير قادرة، باستعمال التقليد الحركي على إعادة صناعة قالب حلوى من الصلصال (Pate à modeler) . و يؤكد كل من روجر و بانينغتون (1991)، على و جود عجز في القدرة على تقليد الحركات البسيطة، و الحركات الرمزية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و يقترحان لتفسير ذلك وجود عجز على مستوى النظام العصبي الجبهي (Système Neuronal Préfrontal) كما يعتبران أن هذا العجز يلعب دورا أساسيا في اضطراب التفاعلات الاجتماعية، و القدرات التواصلية الملاحظة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

أما سميث و برايسون (1994) فيران أن العجز في قدرة التقليد المصاحب لاضطراب طيف التوحد، يرجع إلى خلل في التنظيم الإدراكي للحركات .

في حين يربط ويليامز و آخرون (2001) العجز في قدرة التقليد الملاحظ في اضطراب طيف التوحد و بين العصبونات المرآة (Les neurones miroir).

إن القدرة على التقليد تتطور بفضل الانتباه المشترك و التفاعلات الاجتماعية، كما أن الطفل يتعلم التواصل من خلال تقليد الآخر، الدراسة التي قام بها بات و آخرون (1979) تبين انه توجد علاقة ارتباطية بين التقليد الحركي و الصوتي و بين التواصل لدى الطفل العادي.

أعطى الباحث بياجيه (1945) أهمية كبيرة لعملية التقليد في سيرورة ظهور و تطور اللغة مرتبطا ارتباطا وثيقا بتطور الوظيفة الرمزية، و التي هي الأخرى لا تظهر إلا في مجالات التقليد المختلفة.

و لهذا يؤكد بياجيه (1972) على أهمية ممارسة عملية التقليد في مختلف نشاطات اللعب مع الطفل عامة و عند الطفل المصاب بعجز على مستوى التقليد خاصة كما هو الحال عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

في الآونة الأخيرة، اهتمت عدة دراسات بهدف تقييم تأثير عملية التقليد في تطوير القدرات التقليدية و الاجتماعية عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

(Prizant et Duchan, 1981)، تكلمنا على وجود القدرة على التقليد الصوتي أو القدرة على التكرار (Echolalie) عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و على أهمية استعمال هذه القدرة على التكرار لإثراء رصيدهم المفرداتي.

أما باحثون آخرون (Bird, Leighton, Press, Heyes, 2007) يؤكدون من خلال دراستهم أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يظهرون نفس القدرات على التقليد الفوري كأقرانهم ذات التطور النمطي (Typique) .

أول دراسة قامت بها الباحثة Nadel طبقت على مجموعة مكونة من 23 طفل (10 بنات و 13 ولد) حاملين لتشخيص التوحد ضمن معايير الدليل الأمريكي للأمراض العقلية، الطبعة الرابعة DSM – IV (APA, 1996) و سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (Schopler, 1988) CARS السن الزمني للأطفال يتراوح ما بين 3 و 7 سنوات. قسمت مجموعة البحث إلى مجموعتين، في المجموعة الأولى المستوى المعرفي للأطفال ضعيف جدا (ن = 12)، و المجموعة الثانية ذات مستوى معرفي متوسط

(ن=11)، ثم تقييم السن التطوري العام عن طريق PEP-R، و حسب الحالات تم تكملة التقييم باختبارات BLR.

تتمثل الخطوة الأولى لهذه الدراسة على اكتشاف القدرات التقليدية العفوية بتطوير اللعب لديهم و هذا باستعمال الألعاب بالأشياء، للتعرف على مختلف مستويات التقليد عند هؤلاء الأطفال، قام المختبر باقتراح مجموعة من الأفعال باستعمال الأشياء و بدون استعمال الأشياء، أفعال بسيطة و أخرى معقدة، أفعال روتينية و أخرى جديدة. قام المختبر في الخطوة الثانية للدراسة، بتقييم قدرات الوعي بتقليد الآخرين. في هذه الخطوة، قام المختبر بتقليد كل سلوكيات الأطفال: الوضعية، الأفعال الروتينية و الجديدة، أفعال باستعمال الأشياء و بدون استعمال الأشياء...الخ.

أما الخطوة الثالثة و الأخيرة فكانت تهدف إلى تقييم قدرات عملية التقليد الموجهة، حيث قام المختبر بتطوير من جديد لوحة مكونة من أفعال بسيطة و معقدة، و أفعال روتينية و أخرى غير روتينية...الخ. تشير النتائج المتحصل عليها من خلال أداء الأطفال، أن كل أطفال مجموعة البحث بما فيه الأطفال الذين لا يملكون لغة، ذو مستوى تطوري ضعيف، قادرين على تقليد أفعال بسيطة باستعمال أشياء معتادة.

Warreyn, Paelt et Rogers (2014) يؤكدون على أهمية توجيه الكفالة المبكرة على تطوير مهارات التواصل الاجتماعي، و بالتحديد على تطوير عملية التقليد، الانتباه المشترك، و القدرة على اللعب.

Miniscalco, Rudling, Rastam, Gillberg et Johnels (2014) قاموا بدراسة أولية بهدف تقييم الأداء الاجتماعي و التواصل (عملية تقليد الحركات المعتادة) على المستوى البراغماتي للغة عند الطفل الصغير المصاب باضطراب طيف التوحد. حيث قاموا باختبار مجموعة مكونة من 34 طفل توحيدي

بتقديم للأولياء شبكة تقييم تطور التواصل عند الطفل البالغ من العمر ما بين 08 و 30 شهر في مرحلتين من البحث.

أظهرت النتائج المتحصل عليها وجود ارتباط قوي ما بين المهارات ما قبل لغوية و المهارات البراغماتية، حيث لوحظ فعالية و دور عملية التقليد في تطوير القدرات التواصلية و البراغماتية، و عليه استنتج الباحثون اثر هذه الدراسة أن لعملية التقليد دور أساسي في تطوير القدرات البراغماتية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، ولا بد للأبحاث القادمة أن تستهدف دراسة الميكانيزمات الأساسية وراء العلاقة ما بين عملية التقليد و قدرات التواصل البراغماتي.

أما في الوسط الإكلينيكي الجزائري، فان موضوع التوحد يحظى في السنوات الأخيرة اهتماما كبيرا نظرا لارتفاع عدد الحالات التي تتقدم للفحص الأروطوني و النفساني في المصالح الصحية و التي قد تضع المختصين أمام العديد من الانشغالات و الاستفهامات. و من بين هذه الدراسات نجد دراسة الطالبة سميرة خالد تحت عنوان: " أهمية التكفل المبكر في النمو النفسو-عصبي عند الطفل التوحدي باستعمال عملية التقليد " ، حيث استعملت الطالبة في دراستها برنامج تيتش و طبقتة على مجموعتين، المجموعة الأولى للبحث متكونة من أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين 03 و 06 سنوات، أما المجموعة الثانية متكونة من نفس الفئة و أعمارهم تتجاوز 06 سنوات، حيث أظهرت من خلال هذه الدراسة مدى أهمية فعالية التكفل المبكر في السنوات الأولى في حياة الطفل التوحدي على تنمية مهارته في التقليد، حيث أن المجموعة الأولى استطاعت أن تحسن و تطور مهارة التقليد و هذا في مدة 06 أشهر، أما المجموعة الثانية لم تستطع اكتساب مهارة التقليد في نفس المدة.

نذكر كذلك دراسة الدكتورة في علم النفس التطوري، سارة بن دويس تحت عنوان: " التقليد و التواصل عند الطفل التوحدي"، أقيمت هذه الدراسة على مجموعة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تتراوح

أعمارهم ما بين 04 و 10 سنوات، و هذا باستعمال أداة البروفيل النفسو-تربوي الثالث (PEP-3) و شبكة تقييم القدرات التقليدية للباحثة Nadel، حيث أظهرت من خلال دراستها فعالية برنامج تدريبي مركز على عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل لدى فئة من الأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد.

من خلال الدراسات السابقة نستخلص أن لعملية التقليد دورا هاما في تطور التواصل و اللغة عند الطفل العادي، و أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يعاني من عجز في ميدان التواصل اللفظي و غير اللفظي، فان تحسن و تطور على مستوى قدراته التقليدية، قد تسمح له بتحسين قدراته التواصلية، وهذا ما سنحاول إظهاره من خلال دراستنا.

نلاحظ كذلك من خلال معظم الدراسات التي أقيمت، خاصة في الميدان الإكلينيكي الجزائري، أقيمت على فئة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تتجاوز أعمارهم 03 سنوات، و هذا نظرا للتشخيص المتأخر في معظم البلدان، و في الجزائر. إلا أن المنظمة العالمية للصحة (OMS) تتصح و تحث على ضرورة و أهمية الاكتشاف، التشخيص و الكفالة المبكرة لاضطراب طيف التوحد، أي في المرحلة التي يكون فيها الدماغ في نمو و تطور ذو كثافة مشبكية و مرونة عالية (Plasticité cérébrale)، حيث تكون إمكانيات النمو النفسو-عصبية مهمة، و ما يمكن أن يبين لنا هذا النمو، هو تطور بعض السلوكيات، واكتساب بعض القدرات و من بينها القدرة على تقليد سلوك بسيط. كما أن ما بين 18 شهر و 3 سنوات يستعمل الطفل الصغير عملية التقليد كوسيلة للتواصل بدون كلمات (Nadel, 2005) للتفاعل مع محيطه و هذه القدرة على التقليد سوف تسمح له باكتساب و تطوير مؤهلات لاكتساب التواصل اللفظي (Théron, 2010).

و في هذا المنظور، جاءت دراستنا التي تهدف إلى تقييم فعالية و دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى مجموعة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهر و 03 سنوات، بتطبيق بطارية تقييم القدرات المعرفية و الاجتماعية الانفعالية المكيفة على البيئة الجزائرية من طرف الطالبة عياد فتحية (2014)، قصد تقييم مستوى نمو عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي على مستوى الوظائف التالية: الانتباه المشترك، التفاعلات الاجتماعية، وتعديل السلوك.

اهتمينا أيضا بمعرفة ما إذا كان تطور على مستوى عملية التقليد و التواصل غير اللفظي له تأثير ايجابي على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد. و لهذا الغرض تم تقييم درجة التوحد، قبل و بعد التدريب، باستعمال سلم تقييم درجة التوحد (CARS-T)، و عليه قمنا بطرح التساؤلات التالية:

➤ الإشكالية الرئيسية الأولى:

- ماهي فعالية برنامج تدريبي مركز على عملية التقليد في تطوير القدرات التقليدية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد؟

➤ الإشكالية الرئيسية الثانية:

- هل تطور عملية التقليد له دور في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد؟
- إن كان هناك تطور، فما هي مظاهره؟

➤ الإشكالية الرئيسية الثالثة:

- هل تطور عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي له تأثير على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد؟

الفرضيات:

و للإجابة عن هذه التساؤلات، جاءت الفرضيات التالية:

➤ الفرضية الرئيسية الأولى:

- يؤثر برنامج تدريبي مركز على عملية التقليد بصفة فعالة على تطوير القدرات التقليدية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

➤ الفرضية الرئيسية الثانية:

- لعملية التقليد دور فعال في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

➤ الفرضيات الجزئية للفرضية الرئيسية الثانية:

- يظهر دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي على مستوى الإنتباه المشترك عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
- يظهر دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي على مستوى التفاعلات الإجتماعية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
- يظهر دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي على مستوى تعديل السلوك عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

➤ الفرضية الرئيسية الثالثة:

- يؤثر تطور عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي بصفة فعالة على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد.

❖ أسباب اختيار الموضوع:

ما أدى بنا إلى الاهتمام بهذا الموضوع هو مجموعة الأسباب و هي:

- تسليط الأضواء على فئة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والتي أصبحت في أيامنا هذه تتداول بكثرة على المراكز الاستشفائية في الوسط الإكلينيكيالجزائري.

- التركيز على أهمية الاكتشاف والتشخيص المبكر من أجل الكفالة المبكرة باضطراب طيف التوحد.

- محاولة التعرف على كل المعلومات الخاصة باضطراب التوحد (مفهومه، أنواعه، خصائص، أعراضه ، طرق علاجه...الخ)

- رد عين الاعتبار لهذه الفئة المحرومة من ادني و سائل التكفل والمراكز المتخصصة.

❖ أهداف البحث:

- تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى دور و فعالية عملية التقليد في تطوير مهارات الاتصال غير اللفظي وبهذا تخفيف من أعراض اضطراب طيف التوحد.

- تسهيل الاندماج الاجتماعي و تنمية مهارات التواصل اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من خلال تطوير مهاراته على مستوى التواصل غير اللفظي.

الجزء الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول:

عملية التقليد

يعتبر التقليد إحدى العناصر الأساسية لاكتساب اللغة وكلمات جديدة وتكمن أهمية هذه التقنية في أنه يمكن تطويرها لغويا، فقد تكون فرصة سرور يتقاسمها الوالدين مع الطفل وهذا ما يرفع من درجة الدافعية لديهم، فالتقليد يحسن من القدرات الإدراكية و الملاحظة الدقيقة، مما يساعد الطفل على متابعة التمارين المقبلة الخاصة بالإدراك والحركة، ولأجل هذا يجب المباشرة في عملية التقليد مبكرا. هناك بعض الأطفال يتعلمون تقليد الحركات بسهولة مقارنة مع تقليد الأصوات بالأيدي. فهذا لا يبين أنه قد اكتسب عملية التقليد، ونقول أنه نجح في ذلك إذا استطاع تغيير حركاته كل مرة حسب ما يقوم به الراشد، فهنا يمكن أن نستنتج أنه قد استوعب معنى التقليد.

1. عملية التقليد والتطور عند الطفل:

1.1. تعريف عملية التقليد:

نظرا لعملية التقليد في عملية التطور و النمو لدى الطفل الصغير جعلها موضوعا لعدة أبحاث ودراسات في مجال علم النفس المرضي للتطور psychopathologie du développement وفقا للمعجم الأساسي لعلم النفس، كلمة تقليد أمر دافع مع: (التصميم، النقل، والتعلم عن طريق الملاحظة)، ترجع إلى عدة معاني "فعل مثل الآخر" أو "فعل ما يفعله الآخر" "أخذ شخص كنموذج".

تعريف عملية التقليد بطريقة محددة يبقى مهمة صعبة، لأنها تظهر على عدة حالات، ومن جهة أخرى تحتوي على بعدين: "بعد معرفي"، وبعد اجتماعي "عملية التقليد تتطلب قدرات معرفية التي تكتسب وتسجل في سياقات اجتماعية وثقافية، يرجع هذا النموذج إلى نظرية داروين "Darwin"، التي تعتبر بأن عملية التقليد تساهم بطريقة فعالة في "الانتقاء الطبيعي" وتشارك في رفع عدد الأفراد داخل الجماعة، وتسمح لهم بنقل عادات (اجتماعية و ثقافية) لأبنائهم .

Thorndik (1898) يعتبر من أولى المؤلفين الذين درسوا ظاهرة التقليد ودورها في تطور الطفل.

اقترح Guillaume (1928) مفهوم "التقليد الحقيقي" أو "التقليد الصحيح" لتعريف جميع الحركات التي

ليس لها معنى في المحيط. Henri Wallon (1942) فرق بين التقليد الصحيح، بالنسبة له: التقليد الصحيح يكمن في إعادة تسلسل حركات صحيحة تمثل عمل ما.

Piaget (1945)، حيث يعتبر هو أيضا ظاهرة التقليد عند الطفل كطور يشارك في إبراز الوظيفة الرمزية وذلك بإمكان التنقل بين الذكاء "الحسي السمعي" وتشخيص المصور، هذه القدرة تسهل بالخصوص التمكن من الكلام وحسن المعاملة الاجتماعية، و الاتصال اللغوي. عرف التقليد أيضا كجدارة للإدراك موجود في بداية تكوين الإنسان، وبذلك تمثل أداة فعالة جدا "للتدريب".

(MELZOFF et MOORE, 1983) يوصفان التقليد كطاقة تحصل عن آليات أو " التعلم

الاجتماعي" خاص بالصنف أو بالنوع.

بالنسبة لعملية التقليد يعني إحداث حركة جديدة من جديد، على أن يكون للحركتين نفس الهدف و تضمن نفس الخطة أو التوجيه.

هذا البعد للتدريب على الحركات الجديدة نجده على غرار نموذج (Bandura, 1971) الذي فرق بين "التقليد البعدي" أو "التعلم عن طريق الملاحظة" و التسهيلات الاجتماعية". حسب الباحثين، الإنسان يستطيع التعلم لأنه جدير بأن يقيم و يعدل سلوكياته، أن يتوقع نتائج حركاته و أفعاله، ملاحظة أو التأمل فيها وتقليد سلوكيات الأشخاص الآخرين.

حاليا، المعلومات التي لها علاقة بالتطور النموذجي وغير النموذجي للتقليد في تطور مستمر وذلك

بفضل الأبحاث في ميدان علم الأعصاب « neuroscience » (سير ووظيفة الدماغ و شيكاته

العصبية) ولهذا تعريف عملية التقليد يستلزم أخذ بعين الاعتبار عدة معطيات.

أولا: القدرات العصبية والحركية التي تستلزمها عملية التقليد، في حين أن الملاحظة لفعل بسيط تفترض تنشيط كل الشبكة العصبية للدماغ بالنسبة لبعض الباحثين، تعتبر عملية التقليد كترجمة آنية وفورية تقرر ما بين الإدراك والفعل (Lacoboni M., 2005) في حين ديناميكية الخلايا العصبية التي تسمى (بالخلايا

العصبية مرآة) التي تسمح للإنسان، منذ ولادته، بإعادة مختلف الأفعال ، الحركات التلقائية و السببية البسيطة والمعقدة، هادفة أو لا (Rizzolatti, 2004). و بهذا نلاحظ أن عملية التقليد تأخذ أشكال مختلفة (Nadel, 2011) أي قد تكون سواء، فورية، عندما يكون الفعل مقلد بصفة تلقائية أو بعدي عندما تقليد الفعل يكون بعد فترة زمنية معينة. وفي الأخير، تعريف عملية التقليد لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار مختلف الأبعاد: الانتباه البصري أو السمعي، الإنتاج الحركي، الذاكرة، النقل النموذجي، التخطيط، التصور، التحليل التسلسلي و التناوب العقلي (La rotation mentale).

2.1 مكانة عملية التقليد في تطور الطفل:

قبل التطرق إلى الدراسات الحديثة التي اهتمت بدراسة عملية التقليد عند الأطفال حديثي الولادة من الناحية الاجتماعية و التواصلية بصفة عامة، و عند الطفل التوحدي بصفة خاصة، لا بد أن نتطرق إلى الدراسات السابقة و هذا نظرا لأهمية عملية التقليد بمختلف أشكالها منذ مدة طويلة. شهدت الأبحاث في ميدان عملية التقليد عند الطفل الصغير اهتماما كبيرا خلال الأربعين سنة الأخيرة. كثيرا من الباحثين اهتموا بعملية التقليد عند الأطفال حديثي الولادة بوصفهم لخصائصها الرئيسية. سوف نعرض في هذا الجزء، تعريف عملية التقليد و مختلف خصائصها عند الأطفال حديثي الولادة، بعرض المواقف الرئيسية لمختلف الباحثين الذين اهتموا ودرسوا هذا الميدان.

3.1 عملية التقليد عند الأطفال حديثي الولادة:

لعملية التقليد عند الأطفال حديثي الولادة مكانة أساسية في الأبحاث الخاصة بعلم النفس التطوري كثير من الباحثين اهتموا بهذا الميدان على رأسهم Wallon (1942)، Piaget (1945) وهناك آخرون اهتموا بعملية التقليد عند الأطفال حديثي الولادة Stevn (1930)، Preyer (1980)، Guillaune (1962)، Mead (1993)، James (1980) حركات الجسم و الوجه.

◆موقف بياجيه:

اقترح بياجيه (1936) أصل عملية التقليد بإظهار التوازي ما بين التطور و الذكاء، التطور الحركي، وتطور عملية التقليد. بالنسبة إليه كما هو الحال عند Baldwin (1897)، Wallon (1942)،
Guillaun (1928) عملية التقليد عند الأطفال حديثي الولادة غير موجود.

واقترحوا أن هذا الشكل من التقليد قد يظهر في أواخر السنة الأولى من حياة الطفل أي عندما يصبح الطفل قادرا على تقليد أفعال باستعمال أجزاء واضحة من جسمه الجذال الذي قدمه بياجيه قائم على عدة ملاحظات مأخوذة على أربعة 4 مراحل زمنية عند اثنا عشر ساعة، ثلاث أيام، أربع أيام، ستة أيام من حياة الطفل (Nadel, 1968). الباحث يفسر أن بكاء و مناغاة الأطفال حديثي الولادة قد تسبب بكاء الأطفال حديثي الولادة المتواجدين معهم و يشرح ذلك عن طريق التفسيرات التالية:

الأولى: يعتبر البكاء عند الأطفال حديثي الولادة كثير و محفز قوي خاص بهم لتلبية حاجياتهم، وبالتالي ينتج عنهم جواب و استجابة.

الثانية: يعتبر البكاء المتكرر كمجرد تمرين أو فعل انعكاسي، أي أن الصوت الذي يصدره الطفل حديث الولادة يحفز بالصوت المدرك.

بالزيادة يؤكد بياجيه (1962) أن القدرات التقليدية تتطور حسب أطوار تطور الذكاء الحسي حركي. إن بياجيه فرق بين الشهر الأول و الشهر الخامس بعد الولادة هذه المرحلة من عملية التقليد التي تسمى بالمرحلة "المنقطعة" تتميز بإضافة عناصر جديدة إلى مخططات انعكاسية (كالبكاء و المص) بالزيادة إلى تكرار نماذج على شكل "ردود أفعال متكررة وبدائية".

بدءا من الشهر السادس، يبدأ تطور عملية التقليد العفوي. بعد هذه المرحلة، وطوال التطور الحسي حركي، لاحظ بياجيه ما يسمى بـ "الاستعدادات الانعكاسية للتقليد". بمعنى التطور التلقائي للتقليد. يمكن

أن يكون غير ظاهر على الجسم يجب انتظار حتى حوالي 16 شهر طور بناء الذكاء الحسي، أين تبدأ أول "مظاهر عملية التقليد التمثيلي". الطفل سوف يركز على هذا النوع من التقليد لتقليد النماذج. أشهر بعدها الطفل الصغير يبدأ في تقليد أفعال لا توجد في سجله أو خبرته المعرفية، و لا حتى في محيطه و بالتالي يصبح قادرا على تقليد "نموذج غائب" عن طريق التمثيل. حسب بياجيه (1945) الصورة تصدر لفعل الطفل الصغير يبدأ قادرا على التقليد الداخلي لمجموعة النماذج طبقا لصورة أو رسم لفعل مثلا.

◆موقف Zazzo:

Zazzo (1988) لم يكن يتقاسم رأي بياجيه بالنسبة لموضوع التقليد عند الأطفال حديثي النمو. حيث أنه لاحظ بالصدفة نتوء لسان ولده الذي يبلغ من العمر 26 يوم، ردا على نتوء لسانه. و رد الفعل هذا حصل لعدة مرات استجابة لتحفيزات الباحث.

" بعد ما غيرت حفاظاته، أخذته في ذراعي مسكت رأسه لكي ينظر أليا و داعبته لكي يخرج لسانه. كم انهشت عندما أخرج ولدي لسانه بدوره ثم توقف كررت العملية و هذا لعدة مرات، لا يصدق، تعلمت، وها أنا أعلم ولدي أي أن التقليد لم يكن مستحيل في هذا السن". (Zazzo, 1988)

هذه النتيجة أدت بـ Zazzo (1988) التساؤل حول موضوع كيفية معرفة إذا ما كان الرضيع يقلد حركات الفم التي ينتجها الشخص البالغ، أي إذا ما كان هذا الفعل بمثابة استجابة انتقائية لنموذج معين أم لا ، أو رد فعل انتقائي ما بين السجل المحدود لدى الرضيع خلال تلك المرحلة تردد الباحث، ما بين تفسير هذا الفعل بمثابة تقليد انتقائي أو رد فعل انعكاسي سببه مثيرات أخرى غير النموذج.

منذ سنة 1970، عدة أبحاث و تجارب (Maratos, 1973, Maltzoff et Moore 1983,

Mounoud et Vinter, 1986) بدؤوا بوضع الحقائق العلمية لعملية التقليد عند الأطفال حديثي

الولادة.

أظهروا أن الرضيع قادر أن يفرق بين الحركات و الإيماءات الدينامكية للوجه بدون أن يخلط ما بين الفم المفتوح و اللسان مثلا.

Moore و Maltzoff (1977) طوروا حقل سيكولوجية النمو، حيث جعلوا لعملية التقليد عند الأطفال حديثي الولادة اهتماما عالميا. بتبني منهج تجريبي، طور Moore و Maltzoff (1977)، في فترة أولى تحليلا مبنيا على وثائق مصورة لستة رضع عمرهم أسبوعين.

بعد هذه الفترة، تم ملاحظة أربع حركات قام بها القائم بالتجربة لفترة دامت 15 ثانية: نتوء الشفتين، فتح الفم، نتوء اللسان، والحركات التتابعية للأصابع.

في فترة ثانية أقيمت التجربة على عينة مكونة من 80 رضيع أثبتت النتائج أن التقليد لحركات الوجه ناجح ردة فعل الأطفال كانت بوضع نتوء اللسان بالنسبة لنتوء اللسان وليس نتوء الشفاه مبرهنين بذلك أنهم قادرين على تمييز بين كل جزء من الجسم Moore et Maltzoff (1977).

Moore و Maltzoff (1977) أن الرضع الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 و 21 يوم قادرين على تقليد حركات يدوية صادرة من طرف الراشد و أن هذه الرضع عندما تبلغ ستة أسابيع تصبح قادرة على إعادة نموذج أربعة وعشرون ساعة من إنتاجه.

ولكن بداية من 12 شهر يصبحون قادرين على تقليد الحركات المخزنة ذهنيا بعد مدة تفوق شهر نفس السلوكيات التقليدية لوحظت عند الرضع ذوي 9 أشهر (Heiman & Meltzoff, 1996) وكذلك عند الرضع ذوي 6 أشهر من العمر (Barr, Dowden, Hayne, 1996).

2. مراحل تطور عملية التقليد:

لخصت Nadel (2011) التطورات الكبيرة لعملية التقليد عند الطفل الصغير . حيث قامت بدراسة تطور

عملية التقليد لمنحها مكانة خاصة لأداة التقييم، ألا وهي: السلم الترتيبي للتقليد الصوتي والحركي ل Uzgiris et Hunt (1975). هي بطارية، تم التحقق من صحتها على عينة مكونة من 48 طفل،

وتتكون من ستة سلم قائمة حسب المراحل التطورية لـ بياجيه، من انعدام عملية التقليد، وظهور الأفعال الجديدة والظاهرة، إلى عملية تقليد الحركات الغير ظاهرة للشخص.

من جهة أخرى أبحاث Meltzoff et Moore (1983), Kugiumutzaki (1999) و Cohen et Greenberg, Woodson, Field (1982)، أثبتت أنه منذ الولادة، الأطفال حديثي الولادة قادرين على تقليد الحركات الوجهية (نتوء اللسان وفتح الفم، غمض العين، وإيماءات الوجه). في حوالي شهر، بعد الولادة، يبدأ التقليد الذاتي في التطور ويظهر التناسق بين الإدراك والحركة (Rochat et Hespos, 1977). أظهرت أبحاث Nadel et Potier (2002) أنه خلال الشهر الثاني والثالث، بعد الولادة، الرضع قادرين على تقليد حركات يتدخل فيها مسار الجسم (حركات الرأس، الذراع، والأيدي). في ستة أشهر، يظهر تقليد الحركات الروتينية البسيطة باستعمال الأشياء (Barr et al, 1996 ; Dunst, 1980). ابتداء من تسعة أشهر، الرضع يصبحون قادرين على تقليد أفعال باستعمال أشياء جديدة غير روتينية. Tomasello (1993)، ينص بداية ظهور التعلم عن طريق الملاحظة في هذه الفترة.

حسب Fagard et Lockman (2010)، أهم التغيرات في تطور عملية التقليد يتم ما بين 9 و 12 شهر، خلال هذه المرحلة، الطفل يقلد الأفعال، و حتى الأهداف المراد الوصول إليها عن طريق هذه الأفعال. يستطيع كذلك تقليد فعلين بسيطين.

Meltzoff (1985) يسلط الضوء على أن فهم نية الفعل تظهر ابتداء من الشهر 14. الطفل يبدأ بوضع مبادئ علاقة التبادل بين الشيء والفعل.

في بداية الشهر 18، يبدأ ظهور عملية تقليد الأفعال المعقدة، الطفل يصبح قادر على حفظ وإعادة تسلسل ثلاث حركات أو أفعال بسيطة و مألوفة (Barr et al, 1996).

Karmiloff – Smith et Inhelder (1975)، قاموا بدراسة على 67 طفل تتراوح أعمارهم ما بين 10

و 41 شهر، بهدف التعرف على فترة ظهور أول السلوكيات التقليدية في سياق اللعب الرمزي.

النتائج أظهرت التحسن الكبير كان على مستوى اللعب الرمزي الذي له علاقة بالتقليد البعدي، والذي يظهر ما بين المرحلة 21 و 24 شهر، وهذا ما نص عليه بياجيه في المرحلة السادسة من مراحل التطور الحسي- حركي (Nadel, 1986).

في 24 شهر، يصبح الطفل قادرا على تقليد فعلين متتالين لهم علاقة بشيء جديد، وهذا 24 ساعة بعد الملاحظة. أصبحت عملية التقليد في هذه الحالة عملية بعديّة السلوكيات التقليدية للطفل تشير أنه أصبح قادرا على بناء تصور ذهني رمزي انطلاقا من نموذج.

3. عملية التقليد عملية معقدة:

قد تظهر عملية التقليد في أشكال مختلفة، و تتطلب تدخل مكونات مختلفة. بصفة أخرى من الصعب تعريف عملية التقليد بدون معرفة السيرورات المتدخلة فيها، و الذخيرة التي يكتسبها الطفل، للحكم عليه إذا ما كان قادرا على تقليد النموذج الملاحظ.

Nadel et Aouka (2006) يشيران أنه ما فوق 30 شهر، يبدأ ظهور القدرة على تقليد حركات بدون

معنى، حيث يقوم الطفل بتقليد حركات التي تتطلب إجراء غير واضحة من جسمه (أيدي مفتوحة على الرأس، أيدي مفتوحة تحت الذقن، الخ).

بعد مرحلة الطفولة الأولى، تركز عملية التقليد على إجراءات فعلية لأنها تتطلب مستوى جيد للفهم، و في نفس الوقت، توفر فرصة لتطوير و تعديل هذا الفهم للسلوك النموذجي. في جانب آخر ستتطور القدرات التقليدية و تسمح للطفل بإنتاج أفعال معقدة و متنوعة.

خلال تطور الطفل، تأخذ عملية التقليد شكل نظام تواصلية مكون من ثلاث مكونات أساسية (التزامن، توزيع الأدوار، و الإنتباه المشترك)، و وسيلة للتعلم الثقافي (Nadel, 2011).

1.3. تناسق إدراك-حركة:

يتم تشكيل ذخيرة الأفعال، التصورات الحركية، و العلاقات ما بين الأشياء و الأفعال عند الطفل من خلال عملية التقليد. بصفة أخرى، تسمح عملية التقليد للشخص بالتمييز ما بين فعله و الفعل الملاحظ. و بالتالي تم تعريف عملية التقليد بمثابة "تناسق ما بين الإدراك و الحركة".

تم وضع هذا التعريف لإبراز العلاقة الموجودة ما بين كل أنواع الإدراك "الفوري" أو "التمثيلي"، و كل أنواع الأفعال "بسيطة" أو "معقدة" أخذ كثير من الباحثين عملية التقليد كمرجع لدراسة القدرات الإدراكية و الحركية خلال مرحلة الطفولة. بياجيه (1945) تطرق هو الآخر لهذه المسألة، بالنسبة له تطور عملية التقليد يتم في تناسق و تماثل مع مراحل تطور الحركة.

Nadel (2011) تؤكد بأن (تطور عملية التقليد مقياس لتطور القدرات الحركية). التعرف على وضعية أجزاء الجسم من المكونات الأساسية لعملية التقليد، و هذا ما يعرف "بالصورة الجسدية" أو "الوعي بالجسم". هذا الميكانيزم، الذي يسمح للطفل بالتموضع في الفضاء، تمت دراستها من طرف كثير من الباحثين.

Wallon et Lurçat (1962) إقترحا وصف للصورة الجسدية له علاقة بالفضاء الوضعي و بفضاء المحيط. كما اهتموا كذلك بدراسة العلاقة ما بين الفضائين: الوضعي و المحيطي.

Pry et Guillain (2012) يشيران إلى وجود نشاطين أساسيين يتدخلان في كل أنواع الأفعال: « النشاط الحركي » الذي يتحكم في الحركات و يحرص على تنقل الجسم و أجزائه في الفضاء، و « النشاط المنشط » الذي يسمح بتنشيط العضلات.

من جهة أخرى، تساءل باحثين آخرون عن علاقة التعرف و الوعي بالجسم و عملية التقليد (Bérges & Lésines, 1965) و عليه يشيرون إلى أن اخذ الصورة الجسدية بمثابة مرجع ليس مفهوم مجرد، و إنما يتبنى تطبيقا يتطور في توازي مع الاكتشاف و عملية التقليد. و يؤكدون أن الطفل حديث الولادة غير قادر على تقليد حركات الفم أو اليدين، لأنه لا يملك بعد ذخيرة من الحركات و القدرات الحركية اللازمة لتحقيق و تقليد هذه الأفعال.

Nadel (2011) تنص على « لا يمكننا الإستجابة لأفعال، إذا كانت هذه الأخيرة غير مسجلة في ذخيرتنا الحركية، التي تتطلب الوسائل اللازمة لإنتاجها»

حسب الباحثة، الشخص قادر على تقليد الأفعال التي تتطلب حركات غريبة عن ذخيرته الحركية، لسببين: السبب الأول متعلق ب « القيود البيولوجية للحركة »، إن الإنسان غير قادر على تقليد حركات من المستحيل تحقيقها من طرف الإنسان كالزحف كالثعبان مثلا. لأن القدرات الحركية للإنسان (العضلات، التوازن، المفاصل) مختلفة من شخص لآخر وذلك حسب السن إضافة إلى ذلك، تؤكد Nadel (2011) على أن الحركات سهلة التقليد بالنسبة للأفعال في عملية تقليد الحركات هناك سوى تدخل الجسم، أما بالنسبة لعملية تقليد الأفعال فهذا يتطلب علاقة ما بين الجسم والمحيط، وأحيانا يتطلب تدخل شيء وسيط.

ليس من السهل معرفة في أي وقت تحديدا سوف تتطور قدرة التناسق بين الإدراك و الفعل، لأنه من الصعب التفرقة بين القدرات العصبية للرضيع والقدرات العصبية للراشد. بعض الباحثين (Lepage et Théoret, 2007) يرون أن للرضع القدرات العصبية اللازمة التي تسمح لهم بتقليد ما يرون الآخرون فعله. وهذا دليل على أن لديهم نظام يسمح لهم بالتناسق ما بين إدراكهم فعلهم بمساعدة نظام ذاتي للذاكرة صمم خلال فترة الحمل. أين كان الرضيع جنين.

وبهذا فإن الرضع أو الأطفال حديثي الولادة خلال الأشهر الأولى بعد الولادة يبدوون اللعب بأصابعهم أمام مجالهم البصري، وبتحريكهم بصفة متكررة. أي أنهم قادرين على تقليد حركاتهم، ولكن في معظم الوقت، بصفة عشوائية وبالصدفة. هذه الظاهرة تسمى بـ"التقليد الذاتي" أو "رد فعل دائري" ثم بوصفها الباحث بياجيه حيث شرح الاهتمام البصري للشيء الحركي.

بالنسبة لـ Hespot و Rochat (1997)، الرضع قادرين في سن مبكر جدا على التنسيق بين أنظمة حسية مختلفة بصرية، لمسية، سمعية، والتوازن. لاحظ كذلك نفس الباحثين على أن الأطفال حديثي الولادة، قادرين على التفرقة ويبدون ردود أفعال مختلفة عندما يلمسهم شخص آخر، وعندما يلمسونه لوحدهم.

Gonzalez –Rothir Ochipa & Heilman (1991) كونوا نموذج متميز من عدة مكونات، منذ فهم الإيماءات حتى إنتاجها. من الجدير بالذكر أن المكونات التي شرحوها ليست موجودة في كل أشكال عملية التقليد.

في البداية المكون الأول يخص "الانتباه" هذه الوظيفة التي تسمح بتحليل إدراكي لنظام الدخول، قد تكون سمعية أو بصرية Nadel (2011) تؤكد " أنه لا بد من مشاهدة أو سماع الآخر حتى نستطيع تقليده". المكون الثاني يخص " التعرف" هذه الوظيفة تساهم في تحويل أية معلومة حسية إلى معلومة حسية أخرى مختلفة، ونسمي ذلك "بالنقل المتعدد الوسائط".

4. أشكال عملية التقليد:

عملية التقليد ظاهرة تأخذ أشكالا متعددة، وقد أظهرت أبحاث Nadel أن الأطفال الصغار يبحثون عن الأفعال المتشابهة لاستخدامها كوسيلة للاهتمام بالطرف الآخر، من التفاعل الايجابي مع الطرف الآخر، و الكشف عن اهتماماته، و بالتالي تؤكد الباحثة على وجود دورين أساسيين في عملية التقليد: المقلد و النموذج. هذه الأخيرة تتناسق و تتعاقب لخلق نوع من التزامن المرجعي للأفعال في سياق التقليد.

بهدف تعريف عملية التقليد، طرح Nadel et Potier (2001) ثلاث أسئلة أساسية:

السؤال الأول (متى نقلد؟): يشير إلى الوقت المستغرق ما بين النشاط أو الفعل النموذجي و بداية التقليد. يتطلب هذا السؤال أخذ مختلف المعايير التالية بعين الاعتبار: الظروف الإجتماعية التي يتم فيها التقليد (وجود نموذج أم لا)، أداء الذاكرة، و المهارات الحركية.

السؤال الثاني (تقليد ماذا؟): حسب Nadel (2011) يشير إلى الجانب المألوف و غير العادي لفعل التقليد (تقليد أفعال مألوفة و أخرى غير مألوفة، تقليد أفعال باستعمال الأشياء، و أخرى بدون استعمال الأشياء الخ).

و أخيرا السؤال الثالث (كيف نقلد؟): يتطلب تحديد شروط و سياق عملية التقليد.

1.4. عملية التقليد الفوري:

تم التعرف على هذه الوظيفة مؤخرًا (Nadel, 1989)، في التقليد الفوري يتلقى الشخص المقلد عملية التقليد كعلامة للإعجاب و الإهتمام من طرف الشخص الذي يقلده . و في هذه الحالة تأخذ عملية التقليد وظيفة تواصلية، مستعملة ما بين الأطفال، تظهر هذه الوظيفة في سنتين و تخنفي في سن أربع سنوات. الشخص الذي يقلد غير مجبر على تعلم أشياء جديدة، و إنما عملية التقليد الفوري تسمح له بالدخول في علاقة مع الآخر. كما يظهر هذا الشكل من التقليد على المستوى السلوكي، ميكانيزمات حركية مشتركة ما بين « المقلد » و « الشخص الذي يقلد »، وهذا من خلال « نظام المرأة » (Rizzollatti, 2004) تم التحقق من هذه الفرضية من قبل الباحثة Nadel (1986)، حيث قامت بإجراء سلسلة من التجارب بهدف دراسة تأثير عملية التقليد الفوري على تطوير التفاعلات الاجتماعية ما بين الأطفال الصغار.

أقيمت التجربة الأولى في فضاء تجريبي يقدر ما بين 15 و 18 سم²، قامت الباحثة باختيار ثم تقديم مجموعة من الأشياء و اللعب بنسخة مزدوجة للأطفال (نظارات شمسية، قبة، دمية، كريات صغيرة، مظلة، حيوانات على شكل دمي). يكمن هدف الدراسة في معرفة إذا كان الطفل يستعمل اللعب و الأشياء

كوسيط اجتماعي (تبادل، عرض، طلب، إظهار)، أو هل الطفل يختار نفس اللعبة أو الشيء المختار من طرف الطفل الشريك.

أظهرت نتائج التجربة الأولى التي تم تطبيقها على أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 02 و 03 سنوات أن الإهتمام و أخذ الأشياء المتطابقة تخص 70 % من وقت الحصة. بعبارة أخرى، استعمال الأشياء المتطابقة كان من استعمال الأشياء الفريدة. كما لوحظ أنه إذا ترك طفل لعبة قام الطفل الشريك بتركها هو الآخر و هذا رغم اهتمامه بها، و أن الوقت المستغرق في مسك اللعب المتماثلة كان يقدر بعشر ثواني. تشير هذه النتائج إلى أن هدف استعمال اللعب المتماثلة من طرف الأطفال هو التزامن و الرغبة في خلق رابط أو علاقة اجتماعية، بإعادة في نفس الوقت نفس الحركات باستعمال نفس الأشياء. في التجربة الثانية، درست Nadel أزواج من الأطفال تتراوح أعمارهم 30 شهر، و كان ذلك من خلال مرحلتين: الأولى باستعمال أشياء متماثلة، و الأخرى بدون استعمال أشياء متماثلة. في المرحلة الثانية قدمت الباحثة 20 لعبة مختلفة للأطفال، لاحظت من خلال هذه المرحلة أن الأطفال يستعملون اللعب، لكن تفاعلاتهم كانت مجردة و وجود تشاجر و صراع لأخذ اللعب، مع سلوكيات تقليدية ضعيفة. و استخلص من هذه المرحلة مايلي: « إذا أردنا التفاعل عن طريق عملية التقليد، فلا بد أن تكون هذه العملية فورية و متزامنة مع ما يفعله الطرف الآخر» .

تم القيام بالتجربة الثالثة بهدف الإجابة على الإشكالية التالية:

هل عملية التقليد عملية مؤقتة أو دائمة؟ و عليه قامت بتجربة مماثلة للتجربة الأولى و لكن باستعمال أطفال يبلغون من العمر حوالي 42 شهر، حيث لاحظت من خلال هذه التجربة ارتفاع تردد السلوكيات الإجتماعية مقارنة مع الأطفال البالغين من العمر 30 شهر، تفاعلات الأطفال البالغين من العمر 42 شهر لم تظهر من خلال استعمالهم للألعاب المتماثلة، و لا من خلال السلوكيات التقليدية. و أنها تم

تنظيم عملية

التقليد عند هؤلاء الأطفال على أساس حوار لفظي، و بعبارة أخرى، فإن الأطفال الذين يملكون القدرة على التواصل اللفظي هم الأقل لجوءاً لعملية التقليد.

و عليه نستخلص من خلال هذه التجارب أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30 شهر يستعملون عملية التقليد العفوي للتواصل، بينما نلاحظ هناك ارتفاع في استعمال عملية التقليد و بصفة منتظمة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 و 24 شهر، و انخفاض ملحوظ في استعماله عند البالغين 30 شهر. و عليه تلعب عملية التقليد العفوي وظيفة التواصل المؤقت، التي تتطلب استعمال نفس الأفعال لتحقيق نفس الأهداف. هذا النظام يختفي تدريجياً مع اكتساب و تطور السلوك اللفظي.

2.4. الوعي بتقليد الغير لنا:

كما تم ذكره سابقاً يمكن وصف فعل عملية التقليد في سلسلة تطويرية تتعلق بعاملين: التقليد، و الوعي بتقليد الآخرين لنا. و هذا يعني وجود مقلد و نموذج، يتناسق هذين العاملين في عملية التقليد الفوري. حيث ننكلم عن « عملية الوعي بتقليد الغير لنا » في حالة ما يختبر النموذج الشخص الذي يقلده، بإيقاف، تغيير سرعة نشاطه، مراقبة إذا ما كان تناسق الحركات لم يحدث بالصدفة.

تشير Nadel (2003) أن هناك اهتمام قليل للدراسات التطورية بالنسبة لموضوع « الوعي بتقليد الغير لنا ». إلا الدراسات في ميدان علم النفس الإجتماعي التي اهتمت بتأثير عملية التقليد على الشخص الذي يقلد. أظهر بعض الباحثين (Eckerman, 1993) أن هذه الظاهرة تبدأ في النشوء ما بين 18 شهر بعد الولادة. أما (Meltzoff et Moore, 1992) فقد أظهروا اهتماماً مبكراً و أشاروا إلى ظهورها في حوالي 14 شهر. و عليه Meltzoff et Moor (1992) قاما بتصميم مجموعة من الأبحاث و التجارب بهدف دراسة و اختبار إذا ما كان الأطفال البالغين من العمر ما بين 6 و 24 شهر قادرين على الوعي بتقليد الغير لهم. لاحظوا من خلال وضع أطفال مع راشدين، حيث يقوم الراشد الأول بتقليدهم و الراشد الثاني لا يقلدهم، أن الأطفال اظهروا اهتمام أكثر بالنسبة للراشد الأول الذي كان يقلدهم.

ما فوق سنتين، يساهم الوعي بتقليد الغير لنا في تطوير الرغبة التواصلية لعملية التقليد. في هذه الحالة، لا نستعمل عملية التقليد كوسيلة لتعلم أفعال جديدة و إنما تستعمل كإستراتيجية ذات تأثير اجتماعي على الحالة النفسية للشريك في التواصل.

حسب (Nadel et Decety 2002) يستعمل هذا النظام للتواصل بين الأطفال حتى سنتين من عمر الطفل و يتزامن اختفاؤها مع ظهور « نظرية العقل ».

يمثل الجدول رقم -1- المراحل التطورية لعملية الوعي بتقليد الغير لنا (Nadel,2011)

عند الولادة	النظر إلى الحركات المقلدة بدون تمييزها عن النظر إلى حركات الأشياء
02 أشهر	الإستجابة إلى الإشارات الإجتماعية كالنظر، المناغاة، و الابتسامة
05 أشهر	انفعالات عاطفية شديدة كالضحك لفترة طويلة و بضجة
07 أشهر	ظهور استجابات محددة لتقليد الغير: التواصل البصري، تكرار الفعل المقلد و انتظار الفعل الآخر
10 أشهر	ظهور استراتيجيات لاختبار المقلد و التي تبين الوعي الواضح بتقليده: تغيير الفعل، مساره، أو من دعمه مصاحبة بالمراقبة البصرية للمقلد
14 شهر	استراتيجيات واضحة لاختبار المقلد
21 شهر	النموذج يغير دوره و يبدأ بتقليد المقلد، مبينا بأنه واعيا بتقليده له بصفة متعمدة و بأنه تقبله كشريك.

3.4 عملية التقليد البعدي:

على عكس عملية التقليد الفوري التي تتطلب التزامن، تتأوب الأدوار، و تفاعل مباشر مع النموذج، تظهر عملية التقليد البعدي في غياب النموذج. بمعنى آخر، تظهر عملية التقليد البعدي بعد فترة طويلة نسبيا ما

بين زمن تقديم النموذج الذي يدل على (الحركات المقلدة) و النموذج المرجعي (النموذج الغائب الذي يشير إليه). في هذه الحالة، تلعب عملية التقليد دور في تعلم أفعال و مهارات جديدة (Lehalle & Mellier, 2002)

و على عكس عملية التقليد العفوي، يستعمل الأطفال التعلم عن طريق التقليد البعدي طوال حياتهم. حيث يلجؤون لهذا الشكل كلما كانوا أمام موقف جديد أو غير مألوف.

يعرف Piaget (1945) عملية التقليد البعدي بمثابة وسيلة تسمح بالانتقال من المستوى الحسو-حركي إلى المستوى الدلالي، وهذا لأنها تتطلب ذاكرة الفعل الملاحظ و إيجاد الفرصة المناسبة لإعادة هذا الفعل. يتوافق موقف Piaget مع أبحاث Meltzoff et Moore (1992) حول عملية التقليد البعدي عند الطفل الصغير حيث تم اختبار قدرة احتفاظ الأطفال لمجموعة بحث تتراوح أعمارهم ما بين 14 و 16 شهر. حيث قام الباحثون بإثارة الضوء عن طريق الضغط على علبة. هذا التأثير الملحوظ قام بإثارة اهتمام الأطفال، بمعنى أنه بعد عدد قليل من المحاولات، تعلم الأطفال كيفية الضغط على العلبة، و هذا بهدف إثارة إشارة الضوء. و بهذا قاموا بتقليد سلوك الباحثين.

بعدها تم تقسيم عينة البحث إلى ثلاث مجموعات: مجموعتان تم عرض التجربة عليهما (الضغط على العلبة لإثارة إشارة الضوء) و المجموعة المرجعية التي لم يتم عرض التجربة عليها. شهرين بعد التجربة، تم تعريض الأطفال إلى نفس الموقف التجريبي، وتم ملاحظة نفس السلوك التقليدي عند الأطفال . باختبار أطفال مجموعة البحث بعد 04 أشهر من التعلم، و لاحظوا نفس القدرة على استعمال العلبة لإثارة إشارة الضوء. تبين النتائج المتحصل عليها من طرف الأطفال أن هؤلاء قادرين على الحفاظ على فعل بعدي و هذا لفترة قد تمتد حتى 04 أشهر.

استخلص Meltzoff et Moore (1992) من هذه التجربة وجود علاقة وطيدة ما بين ظاهرة عملية التقليد البعدي و بين مهارات الذاكرة. لعملية التقليد البعدي صلة مع مفهومي أساسيين في نظام المعالجة المعرفية: التعميم و التصنيف.

اقترح كل من Herbert, Gross et Hayne (2006) مراجع أدبية حول علاقة عملية التقليد البعدي و مفهومي التصنيف و التعميم، بالإشارة إلى أن الرضيع يستعمل عملية التقليد البعدي كوسيلة للتمييز ما بين الأشياء التي تنتمي إلى نفس المجموعة، وذلك بمرونة متطورة. بمعنى آخر، سوف تستعمل هذه المهارة في سياقات جديدة باستعمال أشياء جديدة كذلك.

و هذا سوف يسمح للأطفال بالإستجابة و التكيف بسرعة مع ظروف المحيط الجديدة.

5. وظائف عملية التقليد:

أشارت Nadel (1986) إلى أهمية دراسة وظائف السلوكيات التقليدية خلال مراحل التطور البسيكولوجي للطفل. هذه السلوكيات "المقصودة" هدفها هو البحث على الأثر، على المحيط أو البيئة المادية، و البيئة الإجتماعية حسب السياقات، عملية التقليد تهدف إلى إحدى هذه الأهداف عندما يكون الهدف هو إحداث أثر على البيئة المادية، تكون عملية التقليد إستراتيجية لتعلم أفعال وقدرات جديدة، أما إذا كان الهدف هو إحداث أثر على البيئة الإجتماعية، تكون عملية التقليد وسيلة للتواصل (Nadel et Potier,2002)

1.5. عملية التقليد و التعلم:

يكتسب الإنسان قدرة وراثية على عملية التقليد. هذه القدرة تشكل أول وسيلة له للتعلم، و تتطور بطريقة مبكرة عند الرضيع، وتسمح له باكتساب قدرات ومهارات جديدة، هذه الطريقة للتعلم تتطلب أساسيات التي تدمج عملية الإدراك و إنتاج الفعل.

1.1.5 التعلم: مناهج ومفاهيم

الحوار حول مفهوم التعلم يتطلب أن يكون هذا الأخير ظاهرة غير محدودة الفرق ما بين مختلف التعاريف راجع إلى اختلاف النظريات و الأبحاث حول هذا المفهوم. رغم ذلك أغلبية التعاريف تنقسم بعض المعايير لمفهوم التعلم (Famos, 1995).

الباحثين الأوائل الذين عرفوا مفهوم التعلم ، قدموا تعريف على أنه عملية داخلية التي تعمل داخل النظام العصبي للشخص الذي يتعلم.

Gagné (1977) يؤكد في هذا المنظور أن "التعلم عملية داخلية للشخص في دماغه. يسمى عملية لأنه يمكن مقارنته لعمليات عضوية أخرى كعملية الهضم، كالحوانات، الإنسان، إلا النباتات".

تعريف التعلم تطور فيما بعد حيث مع ظهور علم النفس المعرفي وعلم النفس السلوكي، تم مناقشة مفاهيم جديدة. اعتبر التعلم بمثابة علاقة ما بين حدث مسبب من الخارج (محفز)، ورد فعل مناسب للفاعل (الاستجابة)، هذه الأخيرة تحدث تغيير للسلوك الذي يتميز بجانب قابل للقياس، مستمر، وخاص، يسمح للشخص بوضع تصور عقلي جديد، أو مراجعة تصور عقلي سابق هذه العملية تطبق غالباً، عندما يحاول الشخص انجاز مهمته التي تتطلب مجهودات كبيرة و لهذا انجاز هذه العملية يؤدي إلى تغيير في قدرة أداء الشخص الذي يتعلم كما يشرحه Schmidt (1988): " يعرف التعلم كمجموعة من العمليات، مرتبطة بالممارسة، التي تؤدي إلى تغييرات نسبية و مستمرة في قدرة الأداء".

Herbert, Gross et Hayane (2006) قدموا لمحة أدبية حول العلاقة ما بين هذين المفهومين وعملية التقليد، مؤكدين أن الرضع يستعملون عملية التقليد البعدي كوسيلة للتمييز ما بين الأشياء التي تنتمي إلى نفس الصنف.

التصنيف يسمح لهم بتعميم معرفتهم إلى شيء جديد، وهذا بمرونة متطورة بصفة أخرى، هذه القدرة تستعمل من طرف الأطفال الصغار في سياقات جديدة، وبأشياء جديدة وسوف تسمح لهم بالإستجابة والتكيف بسرعة للظروف البيئية الجديدة.

يعرف السلوكيون عملية التعلم من حيث التغيير في السلوك، في حين أصحاب المدرسة المعرفية يعرفونها كتغيير في الهياكل الداخلية مثل المخطط على سبيل المثال، وعليه تختلف طبيعة التغيير حسب نظريات التعلم. يتعلق هذا التغيير، حسب Famos (1995) بسلوك الشخص، أو بحالته الداخلية، أو بعلاقته مع المحيط. في نفس الوقت، يؤكد الباحث نفسه وجود فئة من التغييرات في قدرات الأداء التي لا تتعلق بالتعلم. في الواقع، بعض التغييرات ناتجة فقط من تطور الهياكل الداخلية. بصفة أخرى، تغيرات إيجابية للأداء قد تكون ناتجة عن التطور البيولوجي للشخص و عن نضج جهازه العصبي، كما يشير له Famos (1995) في كتابه: « من الضروري التمييز ما بين التغييرات الناتجة عن البيئة أو المحيط الخارجي ». و حسب نفس الباحث، للتحديث على عملية التعلم بصفة بحتة لا بد أن يكون التغيير بصفة منتظمة عند الشخص و لمدة طويلة من الحياة. و بعبارة أخرى لا يمكن اعتبار تغيير أداء الشخص ناتجا عن عملية التعلم، إلا إذا كان هذا الأخير دائما و مستمر. التغيير المؤقت قد يكون ناتجا إلى عوامل أخرى عوض عملية التعلم. و بهذا يفسر نماذج أخرى عملية التعلم بكونها سيرورة فعالة للتكيف. و في هذا المنظور، تمثل عملية التكيف كل التطور الذي يستطيع تحقيقه الشخص. و عليه التطور الناتج عن عملية التعلم يظهر عادة عندما يتحسن أداء الشخص. هذا التحسن مرتبط بطبيعة الممارسة أو التدريب. على هذا الأساس، يميز Famos (1995) ما بين نوعين من التعلم: « التعلم عن طريق التمارين » ، و « التعلم عبر التحول ».

نتكلم عن التعلم عن طريق التمارين، عندما يكون تغيير أداء الشخص ناتجا عن تكرار نفس المهمة، و نتكلم عن التعلم عبر التحول، عندما يكون التغيير ناتجا عن إنجاز مهام مختلفة. و عليه، تم تحديد أشكال أخرى للتعلم. Reboul (1980) يصف بعضها:

- التعلم عن طريق المحاولة و الخطأ: يلاحظ هذا الشكل من التعلم عندما يواجه الشخص سياقاً أو وضعاً لا يملك نموذج له. في هذه الحالة، على الشخص الإعتماد على السيرورات العقلية للوصول إلى هدفه، ألا و هي التجارب الفكرية، البناء التخيلي، أو تجاهل أسباب الفشل.
- التعلم عن طريق التماثل: تكمن هذه الطريقة في جمع ما بين مثير جديد مع ميكانيزم مكتسب لاكتساب مهارة جديدة.
- التعلم بالتكرار: يلاحظ هذا الشكل من التعلم، عندما يتدرب الشخص لاكتساب مهارة، أولاً بطريقة سلبية، ثم تدريجياً حتى تصبح بطريقة نشيطة، حتى يتمكن من تحقيق المهارة بدون مساعدة.
- التعلم المشترك: تستعمل هذه الأخيرة في تعلم المهارات المهنية. يوضع الشخص في سياق التعلم أمام شخص آخر. هذا الأخير يعلمه أسرار المهنة، يشرح له المبادئ الأساسية للعمل ثم يتركه يحسن أدائه حتى يصبح قادراً على إنجاز مهمته بدون إشراف.
- التعلم عن طريق الغوص: و المستعملة كثيراً في تعلم اللغات، حيث تزيد فرصة الشخص في تعلم لغة جديدة، كلما كان ما بين الأشخاص الذين يتكلمون تلك اللغة.
- التعلم عن طريق التقليد أو الملاحظة: و هو الشكل الأكثر استعمالاً، حيث تتم معظم الإكتسابات العفوية عن طريق عملية التقليد، و هذا طول حياة الشخص: اللغة، أفعال الحياة اليومية، الكتابة، التمارين الرياضية، التمارين الفنية، الخ.

2.5 التعلم عن طريق الملاحظة:

سلوكيات التقليد كانت مواضيع لعدة تجارب في ميدان علم النفس التطور يتطلب قيادة سلوك التقليد حضور ثلث أي: عندما يقوم شخص بتحقيق حركة، وشخص آخر يعيدها، فهذا يعني أنه تم إدراك الحركة وتخزينها. هناك على الأقل طريقتين لتعلم أفعال جديدة عن طريق التقليد: التقليد من خلال تحول التقليد (مشاهدة ونسخ مباشرة بعد المشاهدة)، والتعلم من خلال التقليد البعدي (المشاهدة فقط، بدون التمرن والنسخ بعد مدة طويلة).

هذا الشكل الأخير للتعلم يدعى بـ "التعلم عن طريق الملاحظة".

هذا الشكل من التعلم من خلال التقليد يتم ما بين شخصين أو أكثر: نموذج يقوم بالسلوك، واحد أو أكثر يلاحظون.

باحثين آخرين درسوا تأثير التقليد البعدي على سيرورة التعلم، ويشيرون على أنه من السهل تنفيذ فعل عن طريق تصور معرفي على أن ينفذ عن طريق تعليمة لفظية ويؤكدون أيضا، على "ملاحظة لفعل" مقدمة أساسية تحفز الفعل الجديد (Ram, Riggs, Skaling, Landers, McCullagh, 2007).

من جهة أخرى، هذا النوع من التعلم يتطلب عدد من الشروط: توقع تأثير فعل وجود ذخيرة حركية، مناسبة حسب سن الطفل، تسمح له بإعادة الحركات اللازمة للفعل المراد تقليده.

في هذا المنظور، جاءت دراسة للباحثة Nadel ورفقتها (2011) تهدف إلى تقييم قدرات التعلم عن طريق الملاحظة لمجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين 24 و36 شهر.

التجربة تتمثل في نتائج مجموعة من الأفعال، مع حبة حلوى موضوعة داخل علبة تحتوي على عدة فتوحات.

الحلوى موضوعة داخل حلقة موجودة في وسط العلبة أداة التجربة تحتوي كذلك على مفك يستعمل لفتح العلبة وأخذ الحلوى.

خطوات التجربة تتمثل في أولاً تقديم العلبه، حتى يتمكن الطفل من محاولة فتحها. المحاولة الأولى للطفل متبوعه بعرض شريط مسجل لشخص يقوم بخطوات واضحة للحصول على علبه الحلوى، في اليوم الموالي وثمانية أيام بعد التجربة، يقدم الباحث نفس العلبه للمرة الثانية للطفل. المحاولة الثانية تكون متبوعه هي الأخرى بعرض مسجل لكيفية الحصول على حبة الحلوى. خلال اليوم التاسع، يقوم الباحث بتقييم أثر العرض الأخير.

نتائج هذه التجربة توضح أن الأطفال البالغين من العمر 24 شهر لم يطوروا قدراتها 24 ساعة بعد العرض المسجل مع العكس، نتائج النجاح في التجربة تحسنت بعد اليوم الثامن من العرض. فيما يخص الأطفال البالغين من العمر 36 شهر، ملاحظة أولى للعرض المسجل سمحت لهم بتعلم كيفية استعمال العلبه للحصول على حبة حلوى.

Nadel (2011) تفسر هذه النتائج على أن الأطفال البالغين من العمر 36 شهر على عكس الأطفال البالغين من العمر 24 شهر، اكتسبوا القدرات اللازمة على التنبؤ بأثر الأفعال، تصوراتهم الحركية تسمح لهم بتعلم أفعال جديدة.

يعتبر تقليد أفعال جديدة عن طريق ملاحظة نموذج، جد فعال بمفهوم آخر، ملاحظة نموذج يسمح بالتعلم بسرعة، ويعدد فرص التعلم واكتساب اثر أفعال جديدة بملاحظة اثر نتائجها من طرف أفعال الآخرين.

حسب Raos, Evangeliou et Savaki (2007)، يتميز نظام التعلم بتحفيز للفعل، بمعنى أنه يجب تشكيل تصورات حركية و تخطيط برنامج لهذا الفعل، للتمكن من إنتاج أو نسخ نموذج طبقاً للنموذج الأصلي.

3.5 عملية التقليد والقدرات المعرفية:

دراسة التعلم عن طريق عملية التقليد يؤدي إلى فهم ميكانيزمات العملية المعرفية. التحليل الأول، المقدم من طرف Seitz et Zigler، yando (1978) يخص السؤال حول العلاقات ما بين التطور المعرفي وتطور عملية التقليد.

حول نفس الموضوع تساءل بياجيه (1945) ووضع فرضية وجود علاقة زمنية ما بين التطور المعرفي وتطور عملية التقليد. من جهة أخرى، Yando et Zigler (1971) اعتمدا على المعطيات النظرية التي لها علاقة بهذا التساؤل لبناء منحنى مؤقت لتطور القدرة على التقليد. وصفهم اعتمد من جهة على وصف مختلف مراحل التطور المعرفي لبياجيه، ومن جهة أخرى، على المعطيات المتعلقة بتطور سيرورات التقليد أثناء المرحلة الحسية الحركية ومرحلة العمليات الملموسة.

بالنسبة لبياجيه (1972)، القدرة على التقليد المباشر له علاقة مع مراحل الذكاء الحسي حركي، أما بالنسبة للتقليد البعدي فيظهر ما بين المرحلة الحسية الحركية ومرحلة العمليات الملموسة . بعض أشكال التقليد، كالتقليد البعدي لهم علاقة مع القدرات المعرفية ألا وهي: الذاكرة، التصنيف، التجريد، والتعميم. نجد في أبحاث Barr (1996) Hayne, Gross, Herbert, (2006)، بروتوكول تجريبي يقوم بدراسة تطور الذاكرة خلال مرحلة الطفولة. يتمثل هذا البروتوكول في تقديم فعل التقليد عادي لرضيع ويجب على هذا الأخير أن يلاحظ شخص وهو يقوم بفعل باستعمال شيء ما بين مجموعة من الأفعال ثم مقارنة قدرات هؤلاء الأطفال مع أطفال لم يقوموا بملاحظة الأفعال (التجربة). فيما بعد، تم تقديم منبه لطفل مع ملاحظة عدد وترتيب الحركات التي تم تقليدها وفي نفس الوقت، تم إدخال مهلة ما بين مرحلة التعلم ومرحلة التجريب. تسمح هذه التجربة بتقييم القدرة على التقليد البعدي وتسمح للباحث بتحديد مدة الاحتفاظ والقدرة على تعميم المعارف في سياقات جديدة.

النتائج المتحصل عليها، تسمح لنا باستخلاص أن منذ 6 أشهر، الأطفال الصغار قادرين على استرجاع سلسلة من الأفعال ملائمة مع قدراتهم الحركية وهذا لمدة 24 ساعة.

أما الأطفال الذين يتعدى سنهم 6 أشهر فهم قادرين على تعلم معلومات أكثر لمدة أسرع مقارنة لأطفال أصغر منهم.

من جهة أخرى، Bachevalire وPascalis (1999) أظهر أن الطفل البالغ من العمر 6 أشهر عليه بملاحظة ستة مرات سلسلة من الأفعال حتى يستطيع تذكرها 24 ساعة ما بعد المشاهدة الأولى، أما بالنسبة للأطفال البالغين من العمر 12 شهر فهم ملزمين إلا بثلاث مرات من الملاحظة وبهذا الأطفال البالغين من العمر 6 أشهر يقدر احتفاظهم للمعلومة على الأكثر 24 ساعة أما بالنسبة للأطفال البالغين من العمر 12 شهر لمدة أسبوع، والبالغين من العمر 18 شهر لمدة أسبوعين.

4.5 نظرية التعلم الاجتماعي: نموذج Bandura (1971)

يرتكز نموذج Bandura على الجانب السلوكي و على نظرية التكييف، و حسب تأثير مبادئ التعزيز لPavlov، نظرية التعلم الاجتماعي تقترض بأن سلوكيات الشخص يحددها المحيط و خاصة عوامل التأصيل للحياة الاجتماعية.

هذه النظرية تبرز بوضوح العلاقة الموجودة ما بين نمو الطفل، و تأثير الأولياء، و التربية العائلية. هذه الأخيرة ناقلة لفكرة أن ملاحظة سلوكيات الآخر تلعب دورا هاما في تطور الطفل. هذه الملاحظة التي تمثل مصدر المعلومة الاجتماعية، هي الأخرى تركز على التعلم عن طريق عملية التقليد أو القولية. Hebert, Gross, et Hayne (2006) درسوا دور عملية التقليد كوسيلة للتعلم الاجتماعي. حسب هؤلاء، تلعب عملية التقليد دورا هاما لتمرير المعلومة في مجموعة اجتماعية.

اهتم Bandura (1990) لموضوع التعلم الاجتماعي، حيث يشير المؤلف أن الحكم على القيم الشخصية يعد عنصراً هاماً في دراسة العلاقات ما بين الأطفال.

حسب رأي الباحث كلما بقي الطفل طوال المرحلة الأولى للطفولة في تواصل حصري مع الأولياء، كلما ضيع فرص التقدير و التحاكي مع أقرانه. و لهذا فان مجموعة الأقران توفر للطفل القدرة على تطوير قدراته، و هذا كلما كان في احتكاك مع أقران مختلفة، ذات مستوى متقدم أو مساوي له (Ricaud – Droisy, 2010)

ينص Bandura على أن السلوك الملاحظ قادراً على الإكتساب عن طريق التصور أو " الصورة الذهنية". تتم هذه العملية عن طريق الترميز الرمزي، المصور، أو اللفظي. كما يميز المؤلف، في وجهة نظره، ما بين عنصرين أساسيين اللذان يسمحان بتعلم أفعال جديدة: التيسير الاجتماعي، و التعلم عن طريق الملاحظة (النذمجة أو التعلم عن بعد).

يتعلق العنصر الأول بالخصوصيات الفيزيائية للشيء، على سبيل المثال طفل يقوم بنفس الفعل عند ملاحظة شخص آخر وضع قبعة على رأسه، أو أخذ الهاتف للتكلم. يسمى Bandura هذه الظاهرة بالتيسير الاجتماعي، لأن الطفل كان قادراً على إنجاز نفس الأفعال بدون ملاحظة شخص آخر القيام بها. بينما في إطار التعلم عن طريق الملاحظة، الطفل يقلد فعل أو مجموعة من الأفعال عن طريق ملاحظة نموذج.

حسب المؤلف، النذمجة و التعلم عن بعد، ناتجين عن الملاحظة، و لكن تختلف عن عملية التقليد البسيطة. تعرف النذمجة: « هي الملاحظة النشطة التي من خلالها تستخرج القواعد التي تركز عليها أنماط السلوك الملاحظ. الناس يقومون ببناء أنماط سلوكية مماثلة لأنماط السلوكية الملاحظة عند

النموذج، وتتجاوزها من خلال توليد مهارات و سلوكيات جديدة، تتجاوز بكثير تلك التي تم ملاحظتها «
(Bandura, 1972).

هناك ثلاث ميكانيزمات أساسية تتداخل و تتناسق فيما بينها أثناء مرحلة النمذجة (Modelage):

- الإنتباه: من أهم القدرات الأساسية للتعلم عن طريق الملاحظة. الشخص الذي يكون له تشتت في الإنتباه، مريض، أو له إفراط في الحركة، سوف يتعلم بصفة ضعيفة و هذا رغم ملاحظة نموذج ملائم. و بالتالي يعتمد هذا العامل على خصوصيات كجودة البصر، الجاذبية و الأصالة. كما يتعلق كذلك بخصوصيات كامنة في الملاحظة، ألا و هي ، القدرات الإدراكية، التوقعات و الدوافع.

- الحفظ: تعد هذه السيرورة، من العناصر الهامة في التعلم عن بعد، حيث تتطلب عدة عناصر، نذكر منها: الترميز الرمزي، التخزين (اللفظي أو البصري)، التنظيم المعرفي للمعلومة المراد حفظها، و سيرورة الإسترجاع.

- الإستتساخ السلوكي: يتعلق هذا الميكانيزم بالمهارات البدنية و المعرفية للشخص، بجودة المراقبة الذاتية لديه أثناء إعادة الفعل الملاحظ، و على توفر الإستجابات في السجل السلوكي للملاحظ، بدقة، وتصحيح ردود الأفعال المسجلة أثناء محاولات إعادة الفعل.

تساهم هذه الميكانيزمات في سيرورة التعلم المشارك، على تبليغ معلومات معرفية و حركية، و كذلك على اكتساب نماذج اجتماعية و سلوكيات ثقافية محددة (Bandura, 1971).

6. عملية التقليد و التواصل غير اللفظي:

كما ذكرناه من قبل، تؤدي عملية التقليد وظيفتين: وظيفة تعلم أفعال جديدة و ووظيفة التواصل. حسب Uzgiris (1981) كلما تطور الطفل، كلما تطورت معه القدرة على التقليد بصفة متجانسة مع تطور

الوظيفتين. كما يشير الباحث إلى أن الأطفال الصغار يستعملون عملية التقليد لاكتساب مهارات جديدة. بينما الأطفال المتقدمين في العمر يستعملونها لتحقيق دافع ذات طابع اجتماعي.

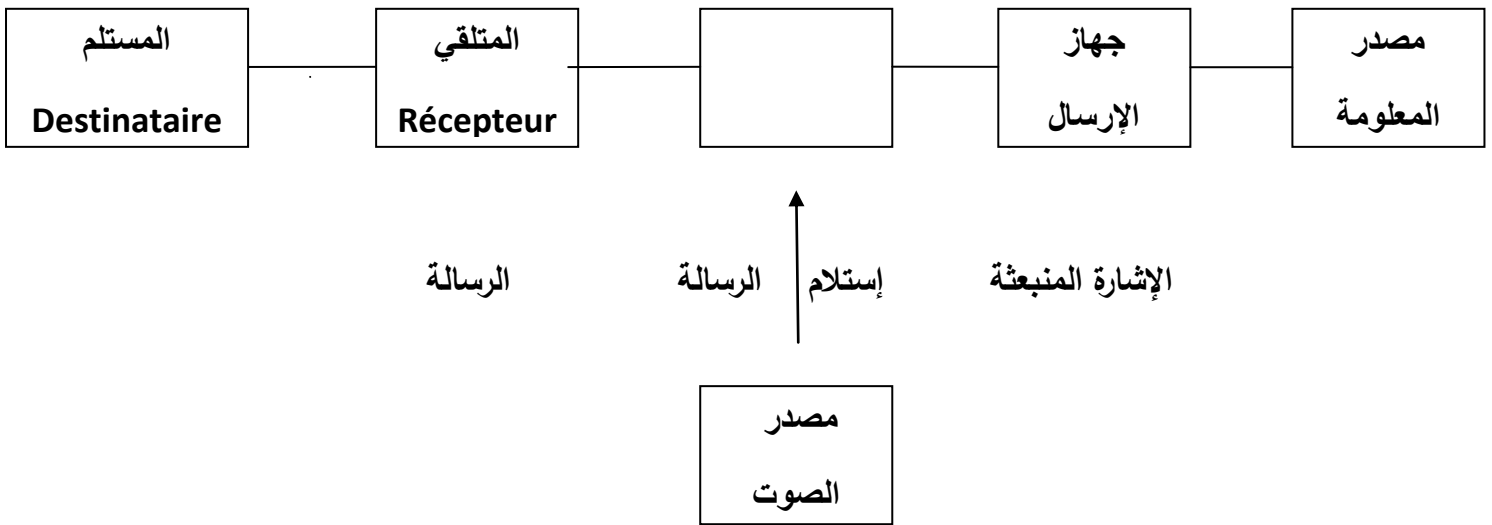
1.6 التواصل غير اللفظي: مفاهيم ووجهات نظر

قبل تقديم تعريف للتواصل غير اللفظي، لا بد من إعطاء معنى لكل من المفردات التالية: « تواصل » و « غير لفظي ».

- شهد موضوع التواصل اهتماما كبيرا حيث جاءت أبحاث كثيرة حول تطور الطفل حديث الولادة، و بالخصوص أبحاث و دراسات حول تطور اللغة و التفاعلات الإجتماعية لديه.

اقترح Shannon (1940) نظام عام للتواصل. حسب هذا المؤلف، ينتج « مصدر المعلومة » الرسالة التي سوف يتم تحويلها ثم تحليلها من طرف « جهاز الإرسال ».

يتم توجيه الإشارة نحو « القناة »، ثم يتم تحليلها (فك الشفرة) من طرف « المتلقي ». هذا الأخير يعيد بناء الرسالة عن طريق الإشارة و يتم تحويلها أخيرا إلى « المستلم ».



مخطط رقم -01- نموذج التواصل (Shannon, 1940)

نعني من خلال « التواصل غير اللفظي »: « كل ما لا يتعلق بالكلام » بمعنى آخر تعتبر كل السلوكيات التي ليس لها علاقة باللغة اللفظية وسائل يستعملها الشخص للدخول في علاقة مشتركة و متبادلة (Agnieszka, 2008).

بالنسبة ل Colletta (2004) لفظة غير لفظي تشير إلى « مجموعة من الإنتاجات الثقافية غير اللغوية » بما في ذلك النظم السيميائية غير اللفظية (الصور، نظام التدوين بالموسيقى، نظام التدوين الرياضي)، و « مختلف الإنتاجات الفنية ». و بهذا حسب الباحثة ، تستعمل لفظة « غير اللفظي » للتعبير عن التواصل غير اللفظي، اللغة والإشارات في اللفظية.

يشمل التواصل غير اللفظي جميع الوسائل المستخدمة لغرض التواصل مع شخص آخر، دون استخدام لغة لفظية أو مكتوبة. تتطلب هذه الظاهرة الإجتماعية رموز و قواعد تتدخل في التفاعلات ما بين الأشخاص الذين ينتمون إلى نفس الثقافة.

تم دراسة التواصل غير اللفظي من طرف العديد من التخصصات، خاصة البيولوجيا، العلوم المعرفية العصبية، علم الاجتماع، و علم النفس.

حسب Watzlawick, Weaklaud et Fisch (1981) كل سلوكيات الإنسان لها معنى. حيث لا تعتبر اللغة الوسيلة الوحيدة لتبليغ الرسالة. و عليه تنتمي السلوكيات غير اللفظية إلى عملية التواصل. Agnieszka (2008) تؤكد وجود نظام متفاعل يتكون من مجموعة من العمليات ذات الخصائص التواصلية، نذكر بعضها: السلوكيات الأكثر وضوحا (مثل سلوك العلاقة المكانية: التسويات و المسافات) ، حركات الجسم (الجدع أو حركات الرأس)، تعبيرات الوجه (النظر، و التواصل البصري)، أو النغمات الصوتية.

◆ التعابير الوجهية الإنفعالية و الإيماءات:

تلعب التعابير الوجهية الإنفعالية دورا هاما في أداء العلاقات الإنسانية و تطوير العلاقات الفردية. يتم التعبير عن معظم الإنفعالات من خلال الإيماءات و ليس عن طريق الكلمات. هذه الأخيرة تكون لغة خاصة و هامة للدراسة في ميادين العلوم السلوكية، علم النفس العصبي، و لغة الإشارات. حاليا، نشهد نشوء التحليل باستعمال الحاسوب للوجه و تعابيره (Mercier, 2003).

تعتبر الإيماءات من السلوكيات الخاصة بالإنسان، الفرح، الحزن، الغضب، الاشمئزاز و الخوف من الإنفعالات الأساسية في كل أنواع التواصل (اللفظي و غير اللفظي). تصاحب اللغة اللفظية من حيث الحركات الفيزيائية اللازمة للكلام، و من حيث المؤشرات العاطفية المصاحبة للغة الشفوية. كما تعتبر الإيماءات جزءا لا يتجزأ من اللغة غير اللفظية لأنها من ناحية، يمكن أن تكون بمثابة وحدات نحوية، و من ناحية أخرى، فإنها يمكن أن تعبر عن حالة أو وضع الشخص (Mercier, 2003).

حسب Coletta (2004)، لا يوجد علاقة واضحة ما بين الإيماءات الوجهية و التعابير الإنفعالية. يساهم التواصل البصري، الحركات، الصوت، و موقف الجسم بصفة فعالة في التعبير عن الإنفعالات. و عليه، هناك عوامل أخرى قد تؤثر على التعبير و الإدراك الإنفعالي، ألا و هي السن، الجنس، أو الحالة المرضية. حسب Mondillon et Tcherkassof (2009) يكمن الدور الأساسي لهذا الميكانيزم في توقع السلوك، نوايا الطرف الآخر، و التعديل الملائم لسلوكياته.

في حين هناك دراسات أخرى ، تشير إلى أن مهارات عملية التقليد تؤثر على تطور الإنفعالات عند الطفل حديث الولادة. حيث تسمح عملية التقليد بفهم الإنفعالات المعبر عنها من طرف الاشخاص الآخرين. Meltzoff et Deoty (2003) استطاعوا التحقق بأن الطفل حديث الولادة قادر على تقليد

حركات وجهية ساعات قليلة بعد ولادته، و بهذا يؤكد بعض الباحثين على أهمية النظام الحركي-الحسي في سيرورة التعرف و التعبير الوجهي الإنفعالي (Mondillon et Tcherkassof, 2009).

◆ التواصل البصري:

يعتبر التواصل البصري وسيلة هامة تستعمل في أي شكل من أشكال التواصل بين الأفراد، بما في ذلك مختلف الأنواع الحيوانية. حيث تلعب هذه الوسيلة غير اللفظية دورا هاما في التعبير الإنفعالي، وتعتبر كمؤشر للتحكم، والإشارة، بالإهتمام و الجذب العاطفي نحو الآخر (Colletta, 2004)، كما تعتبر مهارة إدراكية تيسر للشخص مهمة الحصول على المعلومة الأصلية، و بالأخص، في ميدان العلاقات الإجتماعية، لا بد على كل أشكال التواصل (اللفظي أو غير اللفظي)، أن تعتمد على التحكم الجيد للتواصل البصري، كما تسمح هذه المهارة للشخص بإدراك استجابات و معرفة نوايا الأشخاص المحيطين به.

◆ الحركات:

غالبا ما نلاحظ استعمال الحركات أثناء التواصل عند الأطفال الصغار و الراشدين. إستعمال الحركات يكون إما بغرض مصاحبة و تعزيز الرسالة اللفظية، أو ليحل محلها (Guidetti, 1999). غالبا ما تستعمل الحركات ذات الطابع اللفظي أثناء المحادثة، و هذا لاحتوائها على عدة وظائف، ألا و هي: أولاً، وظيفة « إعلامية »، بمعنى أنها توفر معلومات عن الشخص، و وظيفة « تفاعلية »، بمعنى أنها تسمح بالتأثير و التغيير في سلوك المحاور، و وظيفة « تواصلية »، لأنها تساهم على التبليغ القصدي لفكرة أو لحالة نفسية لشخص آخر.

يمكن استبدال اللغة بالحركات التقليدية أو النمطية، و يكون هذا الإستبدال ممكن، في حالة ما إذا كان على المرسل و المستقبل تبليغ رسالة بطريقة غير لفظية.

يمكن ملاحظة هذه الحركات التلقائية المصاحبة للتواصل غير اللفظي عند الأطفال الصغار (بداية من 10 أشهر)، وهذا للتعبير عن مختلف الأشياء: « نعم»، « لا»، « إلى اللقاء»، « أحسنت»، « شوت»، إلخ. تظهر هذه الحركات أثناء التفاعلات اللفظية، كلما تطور الطفل، و هذا بغرض التحقق، أو نفي اللغة اللفظية. يشير Adrien (1996) على أن الحركات ذات الطابع التواصلية ترتكز على قوانين و قواعد موحدة و مشتركة مع كل أعضاء المجموعة الواحدة التي تنتمي لنفس الثقافة. تختلف هذه الحركات عن لغة الإشارات المستعملة من طرف المعاقين سمعياً، أين تعتمد لغتهم بقواعد نحوية.

◆ الوضعيات:

تحدد الحركات، و الوضعيات، و الإيماءات مكانة المرسل في الفضاء. وبهذا تكون المسافة بمثابة عامل يلعب دوراً هاماً في التواصل غير اللفظي، ويتم تحديدها حسب طبيعة العلاقات الاجتماعية، درجة الحميمية، أو المعايير الاجتماعية و الثقافية.

و عليه، Hall (1984) فرق ما بين أربع مسافات للتفاعل: المسافة الحميمية (أقل من 45سم)، المسافة الشخصية (ما بين 45 سم و 1.20 سم)، المسافة الاجتماعية (ما بين 1.20 سم و 3.60 سم)، المسافة العامة (ما فوق 3.60 سم). توافق هذه المسافات مع مختلف العلاقات، التمارين، و السياقات (من العلاقات الحميمية إلى اجتماعات العمل)، و تقوم على الاستعمال المرجعي لمختلف الأنظمة الحسية (النظام السمعي و البصري بالنسبة للسياقات المهنية و العامة، و على النظام الشمي و اللمسي في سياق العلاقات الشخصية و الحميمية).

كما نستطيع التمييز ما بين أربع وضعيات، وضعية الخضوع (Posture de Soumission)، وضعية السيطرة، وضعية التقاسم، و وضعية الرفض أو التقاضي. لكن، حسب Stébé (2008)، تعتبر دراسات Hall (1971) غير رسمية و هذا لأنها لا تطبق إلا على أفراد المستوى المتوسط للمجتمع الأمريكي.

2.6 تطور التواصل غير اللفظي:

إهتمت الأبحاث في ميدان التفاعلات الاجتماعية بتطور الأداء التواصلي خلال التطور البيولوجي للطفل. حسب Lehall et Mellier (2002)، يعتبر علم النفس العلمي الحديث الرضيع حامل لمؤهلات تفاعلية فطرية اتجاء البشر. هذه المسألة تطرق لها Wallon (1925) حيث يعتبر الباحث الرضيع قادر على التعبير على أحاسيسه عن طريق حركات لإرادية التي تزود والديه بمعلومات لها صلة بحاجاته. يسبق طور « الإندفاع الحركي » طور آخر و هو «الطور الإنفعالي» الذي يبدأ، حسب Wallon، ما بين 03 أشهر و يتميز أساسا من خلال التبادل مع المحيط و المؤانسة (Sociabilité).

تقوم الأبحاث الخاصة بتطور التفاعلات الاجتماعية و العاطفية على ملاحظة الرضيع عندما يباشر في تفاعلات تواصلية متبادلة مع فردين أو أكثر.

يشير Lehalle et Mellier (2002) على أهمية تناسق أنشطة الشريك في التبادل أو التواصل، أي يجب أن تكون موجهة و تتبع نفس التنظيم الزمني بالتزامن أو التعاقب (التواصل البصري، و المناغاة أو التصويت في آن واحد أو بالتعاقب، التعبير التدريجي للإنفعالات).

يميز كل من Nadel et Muir (1998) ما بين أربع مراحل لتطور التواصل غير اللفظي :

المرحلة الأولى من (0 إلى 04 أسابيع): يقوم الرضيع في هذه الفترة بتتبع تنقل وجه الإنسان. تظهر نتائج تجربة أقيمت من طرف Johnson et Morton (1991)، من خلال تقديم صور لأوجه، أن الرضيع يوجه وجهه نحو الصورة التي تحترم التنظيم المعتاد لوضعية العينين و الفم مقارنة لصورة الوجه الذي تكون فيه وضعية أعضاء الوجه غير منظمة. و لهذا يفضل الرضيع التواصل البصري مع وجه

اعتاد عليه (كوجه أمه)، على التواصل البصري مع وجه غريب. حسب Lehalle (2002) يولد سماع الرضيع لصوت أمه استجابات تتمثل بالتوجيه المباشر نحو منبع الصوت مقارنة مع سماعه لصوت آخر غير الأصوات المألوفة من طرف الرضيع.

المرحلة الثانية (ما بين 4 و 8 أشهر): تتميز هذه المرحلة بسلوك لصالح منظور متعدد الوسائط من الإتصال الإجتماعي، أي التنسيق بين اثنين من النظم الحسية: الرؤية و السمع. يظهر الرضيع إبتسامة كلما وجه وجهه نحو الآخرين. حيث يشير كل من Lehalle et Mellier (2002) إلى أن هذا التوجيه المباشر للنظر، و التواصل البصري لا يكفي وحده للدخول في تواصل اجتماعي.

المرحلة الثالثة (ما بين 3 و 6 أشهر): خلال هذه المرحلة، يستطيع الرضيع التمييز و التحديد ما بين بعض التعابير الإنفعالية: كالفرح، الغضب، الخوف، و الحزن. في حين، نلاحظ ظهور حدثين نمائين خلال سن 4 أشهر: ظهور الإهتمام اليدوي (الموجه بصريا)، و القدرة على صيانة الوضعية التي سوف تساهم على التغيير في التوجيه البصري.

Fogel, Messinger, Dickson et Hsu (1999) يؤكدون أن وضعية الرضيع لها أهمية كبيرة، في حين الإستلقاء و وضعية الإنحناء تسمح له بالتواصل البصري مع أمه، أما وضعية الوقوف تجعله يلاحظ إلى البعيد، وبالتالي، انخفاض من حدة و مدة التثبيت البصري نحو الآخر متعلقة بتطور مهارات الرضيع الحركية و الوضعية.

المرحلة الرابعة (ما فوق 6 أشهر): تتميز هذه المرحلة بظهور الإنتباه المشترك: تبادل مشترك للأفعال و الإنفعالات ما بين شريكين أثناء التفاعلات.

3.6. وظائف التواصل غير اللفظي:

في التطور المتوقع، قبل امتلاك اللغة الشفوية، يملك الطفل وسائل للتواصل و التفاعل. تعتبر هذه الوسائل « سلوكيات مؤهلة للتواصل »، (Théron, 2010). حيث الإشارات و الإيماءات ذات الطابع

التواصلية تسمح للطفل بإنشاء القدرة على التفاعل مع بيئته و هذا في مرحلة مبكرة. حسب M.Leroy- Collombel (2011) يبدأ الطفل منذ ولادته بالتفاعل مع محيطه و بتطوير وسائل مؤهلة لاكتساب و تطور عملية التواصل و اللغة. من بين هذه الوسائل نجد ثلاث وظائف تلعب دورا هاما في ميدان التواصل غير اللفظي لتفاعل و تبادل الطفل مع محيطه.

➤ الانتباه المشترك:

يتم من خلال التفاعلات التي تهدف إلى تقاسم الاهتمام مع الآخر، حيث يقوم احد الطرفين بتوجيه انتباه الطرف الآخر نحو شيء، شخص، أو حدث ما.

و قد سلط Bruner (1983) الضوء بشكل خاص على أهمية هذا البعد في تطوير اللغة، حيث أن التديل عن طريق المعجم تظهر فقط إذا كان الطفل قد أتقن سابقا وسائل أكثر بدائية للإشارة مثل إشارة التوجيه بالإصبع. القدرة على تسمية شيء لجلب انتباه الغير على النفس أو تغيير مسار انتباهه يلعبان نفس وظيفة الإشارة بالإصبع التي تعتبر من أول الحركات التواصلية المتاحة للطفل الصغير في نهاية سنته الأولى.

يعتبر التواصل البصري نقطة بداية اكتساب الانتباه المشترك (Bruner, 1993)، حيث يصبح الطفل تدريجيا قادرا على توجيه انتباه الكبار باستخدام حركة الإشارة بالإصبع، في حوالي 09 أشهر.

تلعب الإشارة بالإصبع دور اجتماعي لما تسمح للطفل بإقامة انتباه مشترك مع الطرف الذي يشاركه التفاعل (Schaffer, 1977) و دور مرجعي، لما يسمح للطفل باستخراج العنصر الموجه من المحيط و استعماله كمرجع (Bruner, 1982 ; Cabrejo Parra,1992).

بالنسبة ل Bates et Coll (1979، 1976) تسمح الإشارة بالإصبع للطفل بالوصول إلى فئتين رئيسيتين من التفاعل: من جهة الاستخدام المتعمد للعامل البشري كوسيلة لتحقيق هدف غير اجتماعي (Pointage proto-impératif) و الاستخدام المتعمد لموضوع أو حدث كوسيلة غير اجتماعية لتحقيق هدف اجتماعي (سجل إعلاني أو طلب انتباه مشترك). و بهذا فان إعداد الانتباه المشترك يثبت تنفيذ اللغة و الوظيفة المرجعية. و هكذا فبالنسبة ل Bruner (1983)، فان المرجع لا يعتمد فقط على إتقان العلاقة بين الإشارة و الشيء المشار إليه، و لكن على تنفيذ الإجراءات الاجتماعية مع شخص آخر و أن الصلة ما بين الإشارة و الشيء المشار إليه يتوافق مع استخدامات الآخرين، الأمر الذي يفترض السيطرة على الانتباه المشترك.

و عادة ما ترافق الإشارة بالإصبع مناغاة أو تصويت، نوعا ما مندمجا، موجه نحو الراشد و/أو الشيء (Mathiot et Coll, 2009 ; Leroy et Coll, 2009) كل هذه العناصر تلعب دورا هاما في عملية التواصل، في منظور متعدد الوسائط للغة (Plurimodale).

➤ التفاعلات الاجتماعية:

تشير إلى السلوكيات التي يكون هدفها الأساسي هو جلب الانتباه على الذات في سياق التبادلات. حيث من خصائص هذه التبادلات هو أن لا تكون موجهة، و لا تختصر على الطلب. قد تكون مثلا في إطار اللعب الاجتماعي الحركي، الصوتي، أو اللفظي، لعب تقليدية، أو لعبة تبادل الأشياء.

يعتمد تعلم الأطفال على التطور الكائن في التفاعل مع عوامل مختلفة. حيث، حسب منهج Piaget، قد يكون التعلم مستحيلا قبل أن يتم تطور الهياكل المعنوية بصفة كافية (Baudier et Celeste, 2002).

و مع ذلك فان التطور غير محصور فقط على نضج الهياكل المعنوية، و إنما تفاعل الأطفال مع

الراشدين، أو مع أقرانهم يلعب دورا هاما خلال تطورهم. و بهذا، فإن النضج العضوي، و ثراء التفاعلات يسمح بتعزيز عملية التعلم.

كما تؤكد أبحاث Bruner (1983) على أهمية العلاقات بين الأم و الطفل في تطوير وظائف عديدة مثل: اللغة، إنشاء المبادرات و الألعاب في مرحلة مبكرة ما بين الأم و الطفل مثل لعبة « أنا هنا » (COUCOU) التي فيها تخفي الأم وجهها ثم تكشفه من جديد للطفل ثم تقوم بنفس الشيء مع وجه ابنها.

هذه اللعبة تطور الروتين و حوار خاص التي تعزز تبادل الأدوار في الكلام و اللغة.

و يؤكد هذا النشاط على دور الأم التي تكيف في الأيام الأولى سلوكياتها و انتاجاتها الشفهية حسب سلوك الطفل من اجل ضمان الحفاظ على علاقة التواصل و تنظيمها. و بعد ذلك، يصبح الطفل تدريجيا قادرا على فهم قواعد اللعبة، و يشارك بشكل أكثر نشاطا في سياق التبادلات كما يصبح قادرا كذلك على التحكم فيها بتغيير قواعدها مثلا (Bruner, 1983).

زيادة إلى تعلم القواعد، تسمح استعمال الروتين التي لها علاقة باللعب للطفل على وضع حدود بين الواقع و الخيال. و في نفس السياق، يمكن أن يساعد التوقع السلوكي للطفل على إدراك الحالات الذهنية لشريكه في اللعبة (Boudier, 2002).

❖ تعديل السلوك:

تتدخل في التفاعلات التي تهدف إلى التغيير في سلوك الغير: سواء الطفل يريد تغيير في سلوك الراشد (مثلا طلب منه المساعدة للحصول على شيء معين أو توظيف لعبة ما)، أو الطفل هو الذي يقبل بتغيير سلوكه ردا على طلب الراشد (مثال: إعطاء شيء، أو التوقف عن فعل نشاط ما). هناك دراسات أساسية

اهتمت بهذا البعد: أبحاث Bates et Coll (1979) القائمة على استعمال الراشد كوسيط من طرف الطفل (مثل كتعبير الطفل للراشد عن رغبته في المساعدة على فعل ما باستعمال الحركات، التواصل البصري، و المناغاة أو التصويت)، كما نجد أبحاث Bruner (1983) حول ظهور الطلب عند الطفل، و يقوم الطلب على أشياء ظاهرة و أخرى غير ظاهرة، قريبة أو بعيدة عن متناول اليد، على أشياء غير ظاهرة. تتطلب من الطفل حسب الحالات سلوكيات تواصلية نوعا ما صعبة (التوجيه الجسدي، التواصل البصري، تمديد الذراع، الإشارة بالإصبع، و الشمية... حيث حسب سن الطفل يحثه الراشد على القيام بسلوكيات تواصلية محددة و ملائمة).

تتعلق سياقات حل المشكل أين يستعمل الطفل الراشد لتشغيل لعبة ميكانيكية التي لم يستطع تشغيلها لوحده.

تسمح مجموعة السيناريوهات التفاعلية التي تستعمل الوظائف البراغماتية (التفاعل الاجتماعي، الانتباه المشترك، تعديل السلوك) بوصول الطفل إلى نمط تقليدي من التواصل، على إنتاج أفعال لغوية مرنة و ملائمة Bruner, Rondal (1978) كما تسمح له من خلال جوها اللعوب بإمكانية تجريب و تطبيق ذخيرته الحركية و إثرائها في المتعة، بدون تقييم عن نجاحه أو فشله.

يعتبر Bruner (1977) « روح اللعب » أثناء التفاعلات غير المعتمدة و الجدية محفزا هاما للتعلم و تطور اللغة عند الطفل.

4.6 عملية التقليد و التواصل الاجتماعي المبكر:

قامت عدة أبحاث متعلقة بعملية التقليد في بعدها الاجتماعي بدراسة السلوكيات الاجتماعية الموجهة عند الطفل الصغير Bronson (1974) كان من بين الباحثين الأوائل الذين تطرقوا إليها. بالنسبة له

« السلوكيات الإجتماعية الموجهة » تشير إلى السلوكيات الموجهة إلى شخص و لكن لا يؤدي بالضرورة إلى استجابة متبادلة.

Mueller et Lucas (1975) عرفوا أطوار تطور التفاعلات الإجتماعية و أشاروا أن الهيكل الأول المتدخل في هذه التفاعلات، ليس الطفل و إنما علاقة الطفل بمحيطه.

من جهة أخرى، أظهر بعض المؤلفين أن الرضع مجهزون، منذ الولادة، بميكانيزم يسمح لهم باكتساب مكونات الإيماءات و الحركات التواصلية. « عندما نلاحظ رضيع في تفاعل مع الراشد، السؤال الذي

يمكننا أن نطرحه هو ماذا يدرك هذا الرضيع: بمعنى آخر، هل هذا الرضيع يستطيع التعرف على الإشارات التي يصدرها الراشد. كما نريد معرفة ما الذي يقدمه الراشد خلال هذا اللقاء، و فوق كل شيء

كيف يتم تنظيم مساهمات واحد و الآخر من أجل تشكيل تبادل » (Lehalle et Mellier ; 2002) انتقائية الخطاب حسب Condon et Sander تهيئ الطفل للتواصل اللفظي.

بهدف دراسة مراحل تطور استعمال عملية التقليد في سياق التواصل ما بين الأقران، قامت الباحثة

Nadel (1986) بتجربة علمية، أين أخذت فيها مجموعتين من الأطفال، المجموعة الأولى تتراوح

أعمارهم اقل من 24 شهر، بينما المجموعة الثانية تقدر أعمارهم ما فوق 36 شهر. وضع أطفال

المجموعتين في سياق ثنائيات أو ثلاثيات ثم قدم لهم مجموعة من الألعاب مزدوجة النسخ.

أظهرت النتائج أن الأطفال اقل من 24 شهر يلجؤون بصفة قليلة لعملية التقليد الفوري (30% من الوقت

المستغرق ما بين الأطفال)، بالنسبة للأطفال الذين يبلغون من العمر 3 سنوات (66% من الوقت). فيما

يخص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم أكثر من 36 شهر فكانوا يلجؤون أكثر للتواصل اللفظي. و في هذا

المنظور تشير Nadel (2012)، أنه لا يمكننا التكلم عن وجود القدرة على التواصل اللفظي أو غير

اللفظي، إلا في حالة توفر المكونات الثلاثة التالية:

◆ تبادل الأدوار:

يعد تبادل الأدوار أين « كل واحد لديه دوره » من المهارات التواصلية التي تظهر بصفة مبكرة أثناء التفاعلات ما بين الآباء و الأطفال. لا بد من وجود شريكين للتكلم عن تبادل الأدوار: الطفل الذي يقلد، و الآخر الذي يكون بمثابة نموذج. تظهر هذه المهارة ابتداءً من 4 أشهر، حيث يملك الأطفال حديثي الولادة مهارة تسمح لهم بالتجاوب بتبادل الدور: حيث كل واحد منهم يتوقف ليلاحظ و يسمع الآخر، و عليه تتأسس المحادثة و التواصل (Nadel, 2011).

يتم إنشاء تبادل الأدوار، من جهة، عن طريق تقليد مناغاة الوضع من طرف الراشد. و من جهة أخرى، عندما يشارك الطفل و الراشد في نفس اللعبة.

ساهم سلوك الراشدين بشكل فعال في تحفيز الطفل على المشاركة في الحوار. حيث عندما يصدر الراشد و الطفل أصوات بتناوب (نتكلم في هذه الحالة عن التفاعلات اللفظية أو الصوتية)، يصدر الراشد مقاطع صوتية بتوقيفات طويلة و هذا لكي يتسنى للرضيع استئنافها، و في هذه الحالة نتكلم عن شبه حوار. على عكس التزامن، يتم تعلم مهارة تبادل الأدوار (Nadel, 2011)، يجب على الطفل أن يتعلم انتظار دوره، و أن يمتنع عن الكلام و من ثمة أن يأخذ دوره مرة أخرى. و يمكن ملاحظة هذا النوع من التواصل عن طريق التقليد عند عرض للطفل شيئين متطابقين.

تنشأ هذه المهارة التي تعتبر شرط أساسي للغة بصفة تلقائية، و لكنها تتطلب التدريب. كما يتطلب تناوب الأدوار « وجود علاقة بين المحتوى » إنتاجات الطفل و تلك المتعلقة بالراشد. هذه الإنتاجات التي قد تكون ذات طابع صوتي أو دلالي، تساهم بصفة فعالة على تكوين المعاني.

و في الأخير، فان تبادل في الأدوار يشكل وسيلة فعالة تسمح للطفل بدعوة الآخر لتقليد الأدوار و تبادلها أثناء استخدام الأشياء أو الألعاب. حيث لا بد للطفل من أن يلعب أدواراً مختلفة. و عليه أن يبدأ و أن

يباشر في التفاعل، كما لا بد له أن يتكيف أيضا مع مطالب الآخر لقبوله و قبول أن لديه رغبات و طموحات مختلفة عنه (Nadel, 2011).

◆ الإنتباه المشترك:

يلعب مكون الإنتباه المشترك دورا أساسيا في كل أنواع التواصل. حيث يعتبر من أحد الميكانيزمات الأساسية في نظرية العقل. يعرف الإنتباه المشترك بأنه القدرة على تمثيل أو تصور ما يمكن أن يمثله أو يتصوره الآخر. و بعبارة أخرى، هو تفاعل ثلاثي ما بين الشخص نفسه، شخص آخر، و شيء دخيل. يسمح للشخص الأول و الشخص الثاني بتوجيه انتباههما نحو شيء مشترك.

منذ الأشهر الأولى من الحياة، يلاحظ الطفل و يوجهه انتباهه نحو الأشياء التي تهمة فقط. ثم يخلق علاقة قوية مع أمه عن طريق التواصل البصري. ثم يبدأ في الفهم تدريجيا أن نظرة أمه يمكن أن توجه نحوه، ثم إلى أماكن أخرى من البيئة المادية. هذا الفهم سوف يسمح له بتوجيه نظره نحو المكان الذي توجه الأم نظرتها إليه، و بالتالي إقامة صلة بين البيئة المادية و البيئة الإجتماعية. بالزيادة تتطور هذه القدرة بالتوازي مع الإشارة بالإصبع، في الواقع، يذهب الطفل أولا: مشيرا إلى الأشياء التي تهمة، و التحقق من اتجاه عيون الأشخاص الآخرين نحو الأشياء التي أشاروا إليها، مشاهدة ما يشير إليه الآخرون، ثم الإتجاه و الهدف المألوف من عيون الآخرين. و بهذه الطريقة، يصبح الطفل قادرا على إدماج الإنتباه لشيء في إطار التفاعل الإجتماعي.

بعض الأبحاث اهتمت بدراسة تطور تقاسم الإهتمام، و تبين أن عدد الأطفال الذين يتواصلون بصريا مع الأشخاص المحيطين بهم خلال الشهر الثامن، مضاعف مقارنة مع الأطفال البالغين سنة أشهر. لا بد من انتظار 12 شهر حتى يتم التوجه المشترك بصفة سيستيماتيكية (Scaife et Bruner, 1975). إن الإنتباه المشترك يتدخل بفعالية في تطوير اللغة التواصلية. منذ الولادة، يبدأ الرضيع في إصدار أشكال أولية من الأصوات، مثل: الدموع، و الصراخ، و الأصوات النباتية (السعال، و البلع، إلخ). في نهاية

الشهر الثاني، يظهر حوار ما بين الأم و الطفل من خلال المناغاة. مع بداية الشهر الثالث، يبدأ الطفل بتقليد الأصوات التي ينتجها الكبار. و بهذه الطريقة تبنى المهارة الحقيقية لتبادل الأدوار ما بين الطفل و أمه.

◆ التزامن:

هناك سلوك آخر يظهر عند الأطفال حديثي الولادة و التي له علاقة بعملية التقليد هو "التزامن التفاعلي". يشير هذا المصطلح إلى شكل من أشكال السلوك المميزة للإتصال البشري. يلاحظ التزامن عندما يتكلم شخصان ينتميان إلى نفس المجموعة الثقافية، و على نحو أدق بينما يتحدث أحدهما، فإنه يدرك بعض الحركات التي تتطوي على أجزاء الجسم (الإيماءات، و التغيرات في المواقف)، و الشخص الذي ينصت، يقوم بتقليد نفس الحركات بصفة متطابقة. تظهر هذه القدرة التواصلية في الأشهر الأولى من الحياة. و الواقع أن الاكتشافات المتعلقة بالتزامن التفاعلي تشير إلى أن الأطفال حديثي الولادة ليسوا معزولين اجتماعيا. بالنسبة ل BOWER (1997)، بما أن الرضيع يظهر القدرة على التعرف على أمه، فهذا دليل على أنه يستخدم قدراته على التعلم و الإدراك لتلبية احتياجاته، و رغباته الإجتماعية. و عليه فإن هذا النوع من التواصل يلعب دورا أساسيا في تطوير القدرات التقليدية. تؤكد العديد من الدراسات (Nielsen et Dissanayake, 2003 ; Nielsen et Slaughter, 2007) على أن الأطفال يستعملون التقليد المتزامن، حتى يكونوا قادرين على الدخول في تفاعل مع الآخر.

نتحدث عن التقليد المتزامن، عندما يتم توجيه سلوك التقليد لشريك اللعبة، و عندما يقوم شركاء اللعبة بتبادل الأدوار ما بين النموذج و المقلد (Nadel, 2002 ; Asendorpf et Baudonniere, 1993).

تؤكد Nadel (2011) أن للرضيع القدرة، منذ الولادة، على التمييز ما بين التعبيرات الوجهية (الفرح، الحزن، الغضب) و بين الحركات الوجهية. فهم قادرين، عن طريق عملية التقليد، على إعادة إنتاج مع أشكال مقربة من تلك التي أنتجها الراشدين. و مع ذلك، فإن هذه القدرة تتطور و تختلف بعد بضعة

أسابيع، فبفضل تبادل التواصل البصري و الأصوات، ردود الفعل حديثي الولادة إلى حركات الآخرين و لمسهم، و إلى تقليد التعابير الصوتية.

حسب الأبحاث و الدراسات، تلعب عملية التقليد، و خاصة التقليد الفوري دورا حاسما في التواصل ما بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 24 و 36 شهر. تقليد الأفعال، الحركات، الوضعيات و سلوكيات الأطفال الآخرين، باستعمال تعاقب دور المقلد و دور النموذج، لاختبار هويته الشخصية.

من خلال كل ما عرضناه في الفصل الأول حول موضوع عملية التقليد نستخلص أن لعملية التقليد دورا هاما في سيرورة تطور و نمو الطفل، و هذا ما جعله موضوع اهتمام الكثير من الباحثين. حيث تعتبر عملية التقليد من الميكانيزمات الأساسية لظهور و تطور التواصل اللفظي و من بين المؤهلات الفعالة لاكتساب التواصل اللفظي الذي يسمح للطفل بالتفاعل و التعلم.

إن القدرة على التعلم و التواصل عن طريق التقليد قد تكون مفقودة أو مضطربة عند بعض الحالات المرضية كما هو الحال عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و الذي هو موضوع الفصل الثاني. شهد موضوع طيف التوحد، في الآونة الأخيرة، اهتماما كبيرا في كثير من البلدان، من بينها الجزائر، لاعتباره موضوعا حساسا في مجال الصحة العمومية، و في مجال الطب العقلي للأطفال، بسبب تعقيد أنماطه السلوكية و التواصلية و انعكاساتها على معاش الطفل و عائلته.

سوف نحاول من خلال الفصل الثاني الاهتمام بأهم الجوانب التي تتعلق بهذا الاضطراب بدءا بمفهومه و تطوره في مختلف التصنيفات العالمية إلى الفروق التشخيصية له.

الفصل الثاني:

اضطراب طيف التوحد

قبل أن يترج التوحد ضمن اضطرابات النمو، اعتبر ولمدة طويلة كاضطراب نفسي حاد لدى الطفل أين حكم على الصعوبات العلائقية بين الطفل وأمه خاصة بأنها المسئولة عن اضطرابات التواصل.

نظرا إلى أهمية هذا الفصل الذي من شأنه أن يعرف بماهية التوحد، وفك طلاسم هذا اللغز الذي كان ومازال حتى الآن - مستعصيا على العلماء والمتخصصين. لذا فإن هذا الفصل سوف يتطرق بداية بإعطاء نبذة عامة عن ماهية التوحد وتطوره التاريخي منذ بداية الأربعينات إلى وقتنا الحاضر. وتعريف التوحد علميا من خلال وجهات نظر مختلفة، وصولا إلى تعريفنا الخاص به. ثم مدى انتشاره عالميا، ونسبة حدوثه، مروراً بخصائصه وأنواعه المختلفة.

1. مفهوم التوحد وتطوره في التصنيفات العالمية :

لسنوات طويلة ظل التوحد مجهولا وغامضا عن الكثير من الناس، ومن المختصين أنفسهم، لاعتبارات كثيرة، منها أنه كان هناك لبس بينه وبين أعراض أخرى كالفصام نظرا إلى تشابه الأعراض المصاحبة لكل منهما وتداخلها، ناهيك عن عدم إعطائه الأهمية الكافية في الدراسة والبحث.

استعمل مصطلح التوحد للمرة الأولى كوصف في الطب العصبي للراشد واعتبره بلورر Bleurer عام 1911 على أنه أحد أعراض انفصام الشخصية، يعني "لوحده"، "الانطواء على النفس" وهو صفة تنطبق على المرضى الذين يبحثون بصفة غير اعتيادية على الانعزال ويرفضون مرافقة

أشخاص آخرين، ويفضلون الانغلاق في عالمهم الخيالي، ليس للواقع معنى لهم. هؤلاء المرضى منطوون على أنفسهم، يتجنبون الاتصال، أو أي علاقة مع الآخر (Adrien, 1996).

تم وصف التوحد لأول مرة من طرف كانر Kanner في مقاله Autistic Disturbances of Affective Contact والذي نشر في مجلة Nervous Child عام 1943. وانطلاقا من ملاحظاته، قام بعرض خصائص الأطفال الحاملين لهذا الاضطراب، أغلبية هذه العلامات لازال يعتمد عليها وتشكل الجدول الإكلينيكي للتوحد في شكله الكلاسيكي.

كانر Kanner، في تشخيصه للمتلازمة التي أعطاها اسم " التوحد الطفولي المبكر Autisme infantile précoce"، حدّد الخصائص العيادية الأساسية الآتية :

- الميول إلى العزلة والاضطراب العميق في العلاقات العاطفية مع الآخرين؛
- غرابة السلوك بما في ذلك السلوكيات النمطية والتكرارية في استعمال الأشياء؛
- الخرص أو فقر حاد للغة والتي لا تستعمل بغرض التواصل إلى حد الظن أن الحالة تعاني من إعاقة سمعية؛
- مظهر خارجي يدل على الذكاء، يؤكد على وجود قدرة معرفية تلاحظ بشكل خاص في الذاكرة الخارقة والأداء العالي في ميدان التنظيم الفضائي؛
- يؤكد التشخيص في أجل أقصاه 30 شهر من عمر الطفل.

عام 1944، نشر أسبرجر Asperger، وهو طبيب نفسي، مقالا باللغة الألمانية بعنوان Les psychopathies autistiques dans l'enfance، هذا المقال كان قد كتب عام 1943 لكنه

بقي غير معروف لمدة طويلة نظرا لقلّة القراء باللغة الألمانية خصوصا وأن ظهوره زامن الحرب

العالمية الثانية، إلى أن أخرجته وينغ Wing إلى العالم عام 1981 وزاد الاهتمام بمتلازمة أسبرجر عندما قامت فريث Frith عام 1991 بترجمة هذا المقال إلى اللغة الإنجليزية.

في مقاله المنشور عام 1944، وصف أسبرجر Asperger أعراض ظهرت على 4 أطفال، هذا الوصف كان قريبا جدا من الأعراض التي وصفها كانر Kanner عام 1943. علما أن كلا من الباحثين لم تربطهما أية شراكة أو علاقة، بل أن كل واحدا منهما كان يعمل على حدا.

وصف أسبرجر Asperger لدى هؤلاء الأطفال فقرا في العلاقات الاجتماعية، اضطرابات في التواصل وكذا تطوير اهتمامات خاصة. كما أشار أسبرجر Asperger إلى أن الأطفال الذين وصفهم ذوو قدرات عقلية جيدة، عكس ما وصفه كانر Kanner .

في عام 1990، وخصوصا بعد تأثيرات أعمال وينغ Wing اعتبرت متلازمة أسبرجر نوعا من أنواع التوحد والتي تنتمي إلى الاضطرابات المجتاحة للنمو.

سبعون سنة تفصلنا من الوصف الأول للتوحد من قبل كانر Kanner، فمنذ تلك الحقبة حاول العديد من المختصين التعمق في أعراض التوحد، درسوا تاريخه، وكذا بحثوا عن إمكانية تواجده أعراض أساسية، و أعراض عصبية بيولوجية مصاحبة.

وتضمنت العديد من التصنيفات العالمية للاضطرابات العقلية هذه المتلازمة، بتفريقها تدريجيا عن انفصام الشخصية، وكذا عن ذهان الطفل. يوجد حاليا تصنيفين أساسيا واللذان يعتبران مرجعا أساسيا للاضطرابات العقلية في العالم هما : تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) و التصنيف الخاص بمنظمة الصحة العالمية (OMS). وقد تطور هذين التصنيفين. آخر إصدارين هما : DSM V (APA, 2013/2000) وكذا (World Health Organization, CIM-10) (2001)، حيث نجد عدة نقاط تشابه بين التصنيفين حتى وإن كانت الاختلافات دائما موجودة.

والجدول رقم - 02 - يوضح كيف تطور مفهوم التوحد عبر السنوات (Tte yrreih nirreP, 2013)

<u>السنة</u>	<u>الوصف</u>
1911	وصف التوحد على أنه إحدى الحالات المعروفة في انفصام الشخصية
1943	وضع كانر kanner العلامات والأعراض المصنفة للتوحد على أنه اضطراب طفولي خاص
1983	تحديد الثالوث التوحدي من قبل وينغ Wing استنادا إلى أعمال أسبرجر Asperger والتي تزامنت مع أعمال كانر Kanner
1987	الاعتراف بصنف "التوحد الطفولي" في التصنيفات العالمية
1994	إدراج التوحد ضمن الاضطرابات المجتاحة للنمو في DSM-IV
2013	إدراج التوحد ضمن اضطرابات طيف التوحد في DSM-V وحذف بعض الاضطرابات من هذه الفئة كمتلازمة أسبرجر ورات.

فإذا ما رجعنا إلى هذه التصنيفات، سنلاحظ كيف أن مفهوم التوحد وخصائص تعريفه قد تطورت عبر الإصدارات المختلفة لهذه التصنيفات العالمية، ففي الإصدار الأول للـ DSM والصادر عام 1952، وكذا الإصدار الثاني عام 1968، تم إدراج التوحد ضمن الاضطرابات الفصامية للطفل. أما في عام 1980، وفي الإصدار الثالث لهذا التصنيف تم إدراج التوحد ضمن الاضطرابات المجتاحة للنمو.

2. تعريف اضطراب طيف التوحد و معايير تشخيصه:

التوحد اصطلاحاً هو كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال ، وبالعربية أسموه الذاتوية (وهو أسم غير متداول)، والتوحد ليس الانطوائية، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر. يعرفه لويس (Lewis, 1995) على أنه الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.

في حين يعرف ولف (Wolff, 1988) الأطفال التوحديين على أنهم ينفصم الاتصال الانفعالي، الاتصال اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في شكل الكلام ومضمونه، وترديد آلي لما يسمع؛ شذوذ في اللعب والتحليل؛ النمطية والتقولب، والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط، مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة، مثل هز الرأس، تحريك اليدين و/أو الأصابع...).

وتعرفه سويتن (Swettenhan, 1996) على أنه نوع من اضطرابات النمو المعقدة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي. ويحدث هذا الاضطراب دائما قبل سن الثالثة، ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال، وغالبا ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة.

أما جيلبرغ (Gillberg, 1992) فيرى أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض، وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ.

كما يعرّف التوحد على أنه اضطراب مجتاح للنمو، فعلى عكس اضطرابات النمو التي تمس جانبا واحدا منه، فإن التوحد يمس معظمها إن لم تكن كلها. حيث نجد أن القدرات المعرفية هي التي تكون مضطربة في حالة الإعاقة العقلية، أما في الاضطرابات النمائية الخاصة فنجد منها ما يمس اللغة (الديسفازيا، اضطراب الكلام أو تأخر اللغة)، ومنها ما يمس الحركة (الديسبراكيا)، دون أن ننسى اضطرابات التعلم (عسر القراءة، عسر الكتابة، عسر الحساب) (Rogé, 2003) ويعرّفه قاموس الارطوفونيا (Brin F. et al, 2004) على أنه اضطراب عصبي نمائي يمس بصفة حادة النمو، وبشكل خاص التواصل والسلوك لدى الفرد.

وفق المنظمة العالمية للصحة (OMS)، يعتبر التوحد اضطراب عصبي- نمائي وهو يتعلق باضطراب حاد للنمو والتواصل والذي يظهر في عدم قدرة الطفل على تطوير سبل ناجعة للتواصل والدخول في تفاعل مع محيطه، سواء كان ذلك باللغة أو عن طريق التواصل البصري أو حتى بالإشارات (Adrien, 2008).

أما الجمعية الأمريكية للطب العقلي فتعرفه في طبعتها الخامسة للدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية أنه اضطراب مجتاح للنمو يؤثر على مجموع الوظائف النفسية التي تتطور في السنوات الأولى للحياة، و تتمثل خصائصه الأساسية في: اضطرابات على مستوى التفاعل الاجتماعي (صعوبات في اكتساب التواصل اللفظي و غير اللفظي) و على مستوى السلوك. تصنف اضطراب طيف التوحد ضمن الاضطرابات النمائية العصبية. هذه الأخيرة هي عبارة عن مجموعة من الشروط تتوفر في المرحلة النمائية المبكرة.

لم يعرف التوحد تطورا وتغييرا فقط في التسمية، بل إن خصائص تشخيصه هي الأخرى عرفت تغييرات وتعديلات كثيرة عبر الإصدارات المختلفة للتصنيفات العالمية للأمراض، ولا تزال قيد

وإن جئنا إلى مقارنة معايير التشخيص المذكورة في الجدول رقم - 03- سنلاحظ أنها تتشابه وإن يوجد بعض التغيير فيها. فالإصدار الرابع من DSM يتفق بشكل واضح مع المعايير التي وضعتها OMS في CIM-10، غير أننا نجد في هذه الأخيرة تحديد سن ظهور الأعراض في سن أقصاه ثلاث سنوات. أما الإصدار الخامس من DSM فبالإضافة إلى تركيزه على ثلوث التوحد (التفاعل الاجتماعي، التواصل والسلوك)، فإنه أرفق معايير التشخيص بأمتثلة للاضطرابات المصاحبة لهذه الاختلال (كاضطرابات الأكل والنوم) والتي من شأنها أن تشكل عنصرا أساسيا في الجدول العيادي للتوحد أثناء التشخيص.

3. العلامات العيادية لاضطراب طيف التوحد :

يتضمن التوحد تعرض الفرد المصاب لعدد من المشاكل في مختلف مجالات النمو وهي تتفاوت في حدة أعراضها والسن الذي تظهر فيه وعلاقتها بالاضطرابات الأخرى مثل : الإعاقة العقلية الصرع وتأخر اللغة. كما تختلف أعراضها من طفل لآخر بصورة واضحة كما أنها تختلف من عند الطفل نفسه باختلاف الوقت وجدير بالذكر بأنه لا يوجد نمطا سلوكيا مميزا للأطفال ذوي التوحد ويمكن تلخيص الأعراض العامة للتوحد فيما يلي :

1.3. ثلوث التوحد :

حددت كل من وينغ وغولد (Wing et Gold) (1979) ثلاث ميادين تطويرية أساسية يمسها التوحد، وتكون الاختلالات الظاهرة في هذه الميادين مرتبطة ارتباطا وثيقا بالتوحد، وأطلقنا اسم "ثالوث التوحد « La triade autistique » على مجموع هذه الاضطرابات.

ويشكل ثلوث التوحد معيارا أساسيا للتشخيص لأنه يجمع العناصر المكونة لجوهر التوحد :

1.1.3. خلل في التفاعل الاجتماعي:

وأمثلة لذلك الافتقار إلى استخدام لغة الجسم والتعبيرات الغير كلامية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه والإشارات , والافتقار لإدراك مشاعر الآخرين وعدم التعبير عن الانفعالات مثل السرور (الضحك) أو الحزن (الصراخ) والبقاء في عزلة وتفضيل الوحدة عن الوجود مع الآخرين وعدم الاستجابة للآخرين وصعوبة التفاعل معهم , والفشل في عمل صداقة مع الأقران وعدم الرغبة في العناق , وعدم الاستجابة للكلام الشفهي في الوقت المناسب وكأنه أصم.

2.1.3. خلل في التواصل:

ومثال ذلك عدم اكتساب اللغة أو الكلام أو التأخر فيه، وعند وجود الكلام واللغة تكون غير عادية في محتواها ونوعها وصعوبة التعبير عن الرغبات والاحتياجات بالكلام أو بدونه , وتكرار الكلمات المنطوقة وعدم القدرة على بدأ الحوار أو الاستمرار فيه , ونقص أو غياب الألعاب التخيلية.

3.1.3. الأنشطة والتصرفات والاهتمامات محصورة ومقيدة:

ومثال ذلك الإصرار على روتين ومقاومة التغيير والتصرف بطريقة جبرية أو ذات طابع كأنه شعائر وتكرار بحركات الجسم مثل خبط اليد أو ضرب الرأس والدوران أو الهز ومثل المشي على أصابع القدم ووضع أشياء في خط , والانهماك في جزئيات الأشياء والافتتان بالحركات المتكررة مثل إطفاء النور وإضاءته أو الاهتمامات المحدودة والضيقة مثل الاهتمام بالتقويم والتواريخ والأرقام والمناخ.

2.3. العلامات العيادية الأخرى :

Howard et بالإضافة إلى ما أسميناه سابقا بثالوث التوحد، أشار هاورد واورلنسكي

(Oransky1980) إلى وجود عدد من السمات يتصف بها الأطفال المصابون بالتوحد وأكثر ما

تظهر هذه الخصائص عند بداية الإصابة بالتوحد وهي :

1.2.3. تأخر في النمو :

حيث يمكن تسجيل تأخر في اكتساب التحكم في الرأس، وضعية الجلوس والمشي. كما أن اكتشاف العالم والتفطن له يتم بصورة متأخرة أيضا. و يسجل عند حالات التوحد تأخر في اكتساب وتوظيف اللغة.

2.2.3. عدم تجانس مستوى النمو:

نادرا ما يكون لدى أطفال التوحد بروفيل نمو متجانس (homogène)، بل إننا نجد، بعد عملية التقييم لمستويات النمو في جميع الميادين، تغاييرا هما بين مختلف هذه الميادين. فقد ينجح الطفل في القيام ببعض الأنشطة الخاصة بالميادين الحركية، غير أننا نجده جد متأخر في الأنشطة الخاصة بالميادين الاجتماعية، وأكثر في الميادين المعرفية.

في بعض الحالات المصابة بالتوحد، تسجل نسبة نجاح لبعض الأنشطة تفوق ما هو مسجل عادة لدى الأطفال العادين من نفس السن، غير أن هذا ليس بقاعدة عامة.

3.2.3. مشاكل حركية وسلوكية:

قد يكون هناك تأخر في علامات النمو الحركي الطبيعية ، وقد يكون هناك صعوبة في بدء بعض المهارات، وأطفال التوحد عادة ما يكونون كثيري الحركة ، وتقل هذه الحركة مع التقدم في العمر،

وقد يكون لديهم حركات مميزة متكررة (مثل لوي قسّمات الوجه ، رفرفة اليدين والأصابع ، التواء اليدين ، المشي على أطراف الأصابع ، الوثب ، القفز ، اهتزاز الجسم ، التفاف الرأس ، ضرب الرأس) ، في بعض الحالات فإن بعض السلوكيات تظهر ، ولكن في البعض الآخر تكون تلك السلوكيات مستمرة.

إن العلامات كالإفراط الحركي أو الخمول، اضطرابات الوضعية الجسمية، اضطرابات التنسيق الحركي يمكن ملاحظتها في سن مبكرة. الاضطرابات الملاحظة تتعلق بشكل خاص بميدان الحركة العامة والحركة الدقيقة (Rogé, 1991) .

كما يظهر على الأطفال المصابين بالتوحد أنواع مختلفة من السلوكيات النمطية مثل هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس، والدوران حول النفس، وترديده لكلمات أو جمل محددة لفترة طويلة من الوقت، وهز رجليه أو جسمه أو رأسه أو طرق بإحدى يديه على كف اليد الآخر أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر. وقد تمضي الساعات مركزا نظره في اتجاه معين أو نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو عقارب ساعة الحائط. ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي (Desorgher, S ; Desorgher, M ; 2004).

4.2.3. اضطرابات حسية :

يظهر لدى الكثير من الأطفال تفاعل غير طبيعي للمثيرات الحسية بالزيادة والنقصان ، لذلك نعتقد بأنهم فاقد السمع والنظر ، والبعض يبتعد عن أقل اللمسات وفي نفس الوقت يتمتع باللعب العنيف ، عدم الإحساس بالبرد أو الحر الشديد ، البعض يأكل كمية قليلة والآخر كأنه لا يشبع.

يبدو الطفل الذي يعاني من التوحد كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فإذا مر شخص قريبا منه وضحك أو أصدر أي صوت أو نادى عليه مثلا فإنه يبدو كما أنه لو لم يرى أو يسمع أو أنه قد أصابه الصمم أو العمى. وما إن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية.

5.2.3. اضطرابات التعبير الانفعالي :

التعبيرات الانفعالية (الصمت التام ، الصراخ بدون سبب ، الضحك من غير سبب) لدى بعض أطفال التوحد تكون حادة وشديدة ، والسبب غير معروف يمكن أن يصرخ أو يتشج في وقت ، ويضحك بدون سبب في وقت آخر ، الخطر الحقيقي يكمن عند مواجهة الحركة المرورية أو الارتفاعات العالية التي قد لا تخيفه، وفي نفس الوقت قد يخاف من أشياء عادية كفرو الحيوان أو صوت جرس المنزل .

إن الطفل المصاب بالتوحد غالبا ما لا يتجاوب مع أي محاولة لإبداء العطف أو الحب له كثيرا ما يشكو أبواه من عدم اكرثائه أو استجابته لمحاولتهما لتدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، بل وربما لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما. وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد آخرين معه.

6.2.3. سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب :

بالرغم من أن الطفل قد يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركات نمطية أو منطويا على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله، فإنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقائه أو العاملين على رعايته أو تأهيله، ويتميز هذا السلوك العدواني

بالبدائية كالعض والخدش والرفس. وقد يكون بشكل إزعاج مستمر بالصراخ وإصدار أصوات مزعجة أو تدمير أدوات وأثاث أو تمزيق الكتب والملابس أو بعثرة الأشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزج المحيطين.

4. أسباب اضطراب طيف التوحد والنظريات المفسرة له :

التوحد مجموعة من الأعراض والتصرفات تختلف حدتها ونوعيتها من طفل لآخر ، كما أنها تتفاوت في الطفل نفسه، والطفل نفسه تختلف هذه الأعراض لديه بالزيادة والنقصان، ومع العديد من الدراسات والأبحاث التي أجريت خلال نصف قرن من الزمن فما زالت أسباب التوحد مجهولة، وليس هناك سوى فرضيات واحتمالات.

لأكثر من 50 سنة اعتبر الآباء المسؤولين الأساسيين عن إصابة أطفالهم باضطراب التوحد، حيث كان الاعتقاد السائد هو أن سبب التوحد هو الصدمة النفسية أو ما يسمى بانهييار العلاقة بين الأم وطفلها (الأم الثلجة) بسبب فشل الأم في تزويد طفلها بالحب والحنان.

والسبب في هذا الاعتقاد هو أنه عند بداية تشخيص التوحد منذ أكثر من نصف قرن، لاحظ كانر Kanner 1943 أن حالات التوحد الذي تابع علاجها أن الوالدين أو أحدهما يكون ذي مستوى ذكاء عالي، وأنهم يعملون في المجالات العلمية والفنية الدقيقة (ذوي ذكاء عالي)، كما لاحظ إنهم باردين في تعاملهم متحفظين منعزلين، غير متفرغين لتربية طفلهم في سن مبكر لانشغالهم بمسؤولياتهم، لذلك فقد كانت نظرية النخبة ، ولكن مع مرور الأيام وتقدم الخدمات الصحية وشموليتها لكل الطبقات الاجتماعية فقد لوحظ التوحد في كل الطبقات الاجتماعية، كما لوحظ كذلك أن العائلة التي لديها طفل متوحد مهما كانت طبيعة العائلة وطريقة التعامل مع الطفل

لديها أطفال طبيعيين، والنتيجة النهائية أن التوحد يصيب جميع العائلات، وبلا وطن و يصيب كل الأعراق والجنسيات، الذكور منهم والإناث.

غير أن المعطيات الحالية تنفي ذلك خصوصا بعض الدراسات العديدة التي توضح أنه يوجد خلل عصبي بيولوجي على مستوى الدماغ لدى الحالات المصابة بالتوحد (Rapin & Riva, 2005) من بين الافتراضات المقترحة نجد اضطرابات وتشوهات على مستوى الفصوص الصدغية والتي تؤثر على سيرورة الكلام واللغة، فيروسات تؤثر على الدماغ كتلك الناتجة عن الحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل أو اختلال لبعض النواقل العصبية مثل مستوى سيروتونين sérotonine في الدم. وبالرغم من أن العديد من الباحثين والمختصين في ميدان التوحد يجمعون على أن التوحد يرجع إلى مشاكل بيو-عصبية (Schopler, 1982)، غير أنه لا يوجد ميكانيزم خاص يوافق كل الأطفال المصابين بالتوحد. وبالرغم من أنه توجد بعض الخصائص الجينية المرتبطة بالتوحد والتي تم تحديدها في العديد من الدراسات، إلا أن هذه المعطيات لا تؤخذ بعين الاعتبار في طرق العلاج والتكفل.

اعتقد العديد من الباحثين في علم الجينات سابقا أن الأسباب الجينية وحدها يمكن أن تحدد الخصائص الفردية وأنها مستقلة تماما عن الأسباب المحيطة. في الوقت الحاضر، يؤكد العديد من الباحثين على التفاعل بين الأسباب المحيطة والجينية والمؤدية إلى ردود أفعال وسلوكيات خاصة بكل فرد. فحتى وإن كانت الخريطة الجينية قائمة بشكل كامل، فإن السلوكيات الناجمة عنها لا يمكن التنبؤ بها إن لم نأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الخاصة للمحيط (Schopler et al, 1996).

وعلى العموم، فإن أسباب هذه الإعاقة غير واضحة لحد الآن، وإنما تتدرج تحت نظريات لمختلف المدارس النفسية المعرفية والفيزيولوجية العصبية. وكل نظرية تختلف عن الأخرى بتفسيرات روادها التي سنذكرها فيما يلي :

1.4. النظرية التحليلية النفسية :

خلال فترة الخمسينات وحتى السبعينات من القرن العشرين كان أنصار التحليل النفسي، وأنصار التعلم بوجه عام، يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى. حيث كان هذا الاعتقاد السائد قديماً، فاكتشاف التوحد حديث العهد، وكان هناك اعتقاد بأن عدم دراية الأبوين وإهمالهما وعدم العناية بتربية الأبناء يعد من الأسباب الرئيسية للإصابة بالتوحد. ومن المؤيدين لهذه النظرية برونو بيتلهايم (Bruno Bettelheim, 1950) ، حيث كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كأسلوب لعلاج الإصابة بالتوحد، وحيث كان ذلك يبعث على الارتياح عند آباء وأمهات هؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد.

بيتلهايم Bettelheim يرى أن آباء الأطفال التوحديين باردون وقاسون، ولديهم عدائية لا شعورية تجاه طفلهم التوحدي، ولعل فرضية ما يسمى بالأم الثلجة دليل على المزاعم التي تلاشت اليوم، ولم يعد لها أي مصداقية.

وهذه المزاعم التي كان يؤمن بها أصحابها، نراها أيضاً فيما اقترحه العالم السلوكي فيرستر (Ferster, 1957) الذي يقول أن السلوك التوحدي في الأطفال يحدث بسبب عجزهم عن الحصول على الاهتمام والتعزيز من قبل والديهم على سلوكهم الاجتماعي الملائم. وفي نظره فإن الطريقة الوحيدة التي يختلف بها الطفل التوحدي عن الطفل العادي هي كمية الانتباه والاهتمام التي يتلقاها الطفل من والديه على هذا السلوك. فيرستر Ferster—شأنه شأن كانر (Kanner, 1943)

وغيره- يقدمون تفسيراً نفسياً لاضطراب التوحد، وليس تفسيراً وراثياً أو بيولوجياً : لأنهم لا يقتنعون إلا بالعوامل النفسية.

2.4. النظرية الجينية :

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطاً بين التوحد وشذوذ الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط. وهذا الكروموزوم يسمى X Fragile شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي. كما أن له أثراً أساسياً في حدوث مشكلات سلوكية، مثل النشاط الزائد والسلوك العدواني. ويظهر عند الفرد الذي لديه الكروموزوم الهش تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي، ومهارات حسية فقيرة. وهذا الكروموزوم يكون شائعاً بين الذكور أكثر من البنات، ويؤثر في حوالي 10,7% من الحالات التوحدية.

3.4. النظرية البيولوجية :

وتتصدر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة الدماغ قبل الولادة وأثناءها أو بعدها، وتعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل، أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين. أو عوامل بيئية أخرى وهي تعرض الأم للزيف قبل الولادة، أو تعرضها لحادثة، أو كبير سنها. كل هذه العوامل قد تكون سبباً في حالة التوحد.

هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن الإصابة بالتوحد تحدث نتيجة عوامل بيولوجية. وأهم تلك المؤشرات هي أن الإصابة بالتوحد غالباً ما تكون مصحوبة بأعراض عصبية، أو إعاقة عقلية، أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع. كما أن الحقيقة التي مفادها أن الإصابة بالتوحد تنتشر بنفس النسبة تقريباً في مختلف الثقافات والمجتمعات مؤشراً ينفي احتمال يكون للعوامل الاجتماعية علاقة بالإصابة بالتوحد.

وقد يكون من الصعوبة القبول بالنظرية البيولوجية، فعندما ننظر إلى بعض الأطفال التوحديين لا نجد أي سبب طبي، أو إعاقة عقلية، أو الإصابة بالصرع يمكن أن تعزى لها الإصابة بالتوحد، ولكن عندما نقوم بدراسة مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد فسنلاحظ أن إصابتهم بالتوحد تكون مصحوبة بحالات طبية مختلفة أكثر من المتوقع، الأمر الذي يقودنا إلى الاستنتاج بأن هناك بعض الأساليب البيولوجية الخفية أو المستترة وراء كل حالات التوحد، والتي لم يتم التعرف في الوقت الراهن إلى هذه الأسباب البيولوجية إلى في قليل من حالات التوحد.

4.4. النظرية العصبية :

في حالة كون التوحد ناتجا عن عوامل عضوية، فإن العيوب تكون في الجهاز العصبي المركزي، ولقد دعمت الأدلة العلمية هذا الافتراض، فمعظم الإشارات التمييزية للتوحد مثل إعاقة تطور اللغة، والتخلف العقلي والسلوك الحركي الشاذ، والخمول والنشاط للمداخلات الحسية، ومستوى الاستجابة والحركة للمثيرات السمعية والبصرية، تكون مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي. كذلك، فإن العديد من الأطفال التوحديين، وخاصة عندما يدخلون مرحلة المراهقة، يظهرون اضطرابات معروفة بارتباطها الوثيق بالجهاز العصبي المركزي.

كما أن الفحوصات العصبية للأطفال التوحديين تظهر بعض الحركات الشاذة أحيانا، مثل نغمة عضلة ضعيفة، وتآزر ضعيف، وسيلان اللعاب، والنشاط الزائد. ولقد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين يظهرون هذه الإشارات العصبية.

كما أشارت العديد من التقارير إلى أن الأطفال التوحديين لديهم تخطيط دماغي شاذ رغم صعوبة إجراء هذا التخطيط على الأطفال التوحديين.

5.4. النظريات المعرفية:

لا أحد ينكر أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات معرفية شديدة، تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات. وبعبارة أخرى، فإن النظريات المعرفية تفترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية (الزريقات عبدالله فرح، 2004).

ومن خلال هذه النظريات المعرفية، فإن العلماء المعرفيين يحاولون تسليط الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، وهناك عدة فرضيات معرفية، منها :

أن هناك من يرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تعزى إلى عيب إدراكي. فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد بصريا أو سمعيا أو غير ذلك. ولعل الأدلة المخبرية التي جاءت من اختبار إيجاد الصور المخفية تدعم هذا التفسير. فهم يتفاعلون في مثل هذه الاختبارات، لأنهم يركزون على كل جزء، ولا يتغير ذلك بسهولة بسبب الصورة الكلية، إلا أنهم لا يقومون باشتقاق المعاني من المثيرات لأجزاء كثيرة.

وهناك فرضيات أو نظريات معرفية أخرى تبرهن على أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة.

6.4. نظرية العقل :

ومفادها أن هذه النظرية، كما تقول فريث (Frith)، بأن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأفراد التوحديون تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل، والتي تقول بأن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين

من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين (Happe, 1995).

وخلاصة نظرية العقل هذه هي أن العجز الاجتماعي الملحوظ عند الأطفال المصابين بالتوحد ما هو إلا نتيجة لعدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم. (Frith, 2003)

ولعل السبب في وجود صعوبة في معرفة الأسباب التي يرجع إلى :

- عدم اتفاق بين المختصين على طبيعة الإصابة ومميزات التوحد واضطرابات التطور العامة.

- اعتماد طريقة التشخيص على الأخصائيين وتجاربهم.

5. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

أول من أشار إلى نسبة انتشار التوحد هم وينغ (Wing) و ياتس (Yeates) و برايرلي (Brierley) و غولد (Gould) عام 1976 بعد دراسة ابيدميولوجية بجامعة كامباروال (Camberwell) بإنجلترا. في هذه الدراسة تم تحديد أنه يوجد 5 أطفال في كل 10000 طفل مصاب بالتوحد. أما فومبون (Fombonne,2003) فقد عدت نتائج 32 دراسة ابيدميولوجية حيث وجدت أن النسبة بقيت ثابتة بين عام 1966 و 1991، أي 3 إلى 4 أطفال مصابين بالتوحد من بين 10000 طفل. غير أن هذه النسبة قد ارتفعت بين 1992 و 2001، فقد وصلت إلى 12,7 حالة من أصل 10000 فرد.

يعد التوحد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعا للإعاقات المختلفة، والتي تتمثل في التخلف العقلي و الصرع والشلل المخي. وحسب مراكز التحكم والوقاية من الأمراض (CDC, 2012)، يعد العالم حالة توحد في كل 88 فرد (أي 11,7 / 1000) حيث أن :

- هذا يعني أنه توجد نسبة زيادة تقدر بـ 23% مقارنة بما هو مسجل في عام 2009 (طفل من أصل 110)، و ما قدره 78% مما هو مسجل في بداية 2007 (حالة من أصل 150). وتنسب هذه الزيادة إلى عدة عوامل من بينها طريقة تشخيص الحالات المصابة باضطراب التوحد.

- نسبة انتشار التوحد مرتفعة لدى الذكور (حالة من أصل 54) مما هي عليه لدى الإناث (حالة من أصل 252)، أي أن التوحد منتشر بمعدل أربع مرات أكثر عند الذكور.

- ليس للتوحد علاقة بجنسية معينة كما كان يعتقد سابقا، إذ كان الاعتقاد بأنه مرض يصيب الطبقة الراقية في المجتمع بحكم توفر الخدمة الصحية لهم، وهم لا يهتمون بالحالة النفسية لأبنائهم. حسب الإحصائيات الأخيرة في الولايات المتحدة الصادرة في مجلة L'OBS، رقم 2710، نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد تقدر بـ: طفل في كل 68 طفل. أما في فرنسا حسب المعهد الوطني للصحة و الأبحاث الصحية يقدر بـ: طفل في كل 150 طفل.

أما بالجزائر فقد قدر عدد الأطفال التوحديين حسب إحصائيات البروفيسور المختص في الطب العقلي للأطفال "ولد طالب" بـ 80 000 طفل مصاب وهذا مؤشر يدل على ارتفاع ينذر بالخطر. (2012، جريدة الوطن)

و من الجدير بالذكر أن التوحد مصحوب بتأخر عقلي، فهناك تقديرات تبين أن نسبة 70%

من الحالات ترتبط بالإعاقة العقلية (Roberts, 2004). و هناك تقديرات تشير بأن 77% من الأشخاص يعانون من إعاقة عقلية تتفاوت درجاتها من خفيف إلى شديد، أما الباقي من النسبة المئوية أي 23% فينتمون إلى فئة التوحديين ذوي الأداء العالي و المتوسط ، وتؤثر الإصابة بالتأخر الذهني على هؤلاء الأشخاص من ناحية مدى تقدمهم و استقلاليتهم ، وقدرتهم الإدراكية بحيث تتضاءل قدرتهم على التعلم و التدريب فكلما ازدادت شدة الإعاقة العقلية لديهم ، انخفضت بالتالي فرص الاعتماد على النفس (الشامي ، 2004 (و تطلب الأمر بناء البرامج التربوية الفردية لهم و متابعة بحث للجوانب الإحصائية ، مع ملاحظة أن هذه الإحصائيات تأتي من الغرب فقط و للأسف حتى هذه اللحظة لا توجد إحصائيات دقيقة في الجزائر عن معدل انتشار اضطراب التوحد لعدة أسباب منها:

- صعوبة الكشف المبكر عن هذا النوع من الاضطرابات التطورية.
- عدم توفر المؤسسات والهيئات المتخصصة التي تدرس هذه الفئة منفصلة مثل الهيئات الموجودة في الدول المتقدمة وذلك لأن مثل هذا العمل يتطلب مجهودات كبيرة و أخصائيين متكونين في هذا المجال.
- عدم توفر الأموال الباهظة التي تتكلفتها هذه المؤسسة لعمل هذه النوعية من المسوح طويلة الأجل.

6. أصناف اضطراب طيف التوحد:

يضم الدليل الشخصي الإحصائي الطبعة الرابعة الفئات التالية: متلازمة ريت، اضطراب الطفولة الانحلالي (Trouble-Désintégréatif de l'enfance)، اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة (Trouble Envahissant du Développement non spécifiés) لكن مع ظهور الطبعة

الخامسة ظهر تصنيف آخر، حيث ينص على استخدام فئة تشخيصية واحدة فقط لتحديد التوحد، وهي اضطرابات طيف التوحد (TSA).

تشير فئة طيف التوحد إلى مفهوم (affordance)، الذي تم شرحه لأول مرة من طرف Gibson (1979) في علم النفس الإيكولوجي، حيث يسلط الضوء على تلقائية بعض السلوكيات الإجتماعية. هذه السلوكيات لا تأخذ بعين الإعتبار.

1.6 الطفولي التوحد:

الأطفال ذو التوحد في صورته التقليدية لديهم درجة تتراوح بين المتوسطة و الشديدة من اضطراب التواصل، و إقامة العلاقات الإجتماعية بالإضافة إلى ما يعانون من درجات التخلف العقلي.

و يتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقياس للتشخيص على النحو التالي:

(أ) على الأقل ستة بنود من المجموعات الأولى و الثانية و الثالثة، بحيث تتضمن الأعراض بندين

على الأقل من المجموعة الأولى، و بندا واحدا من كل من المجموعتين الثانية و الثالثة، كما

يتضح في مايلي:

المجموعة الأولى: ضعف نوعي و كمي في التفاعل الإجتماعي (بندان على الأقل):

البند الأول: الضعف الشديد لدى الطفل التوحدي في استخدام كثير من سلوكيات التواصل غير

اللفظية، كالتفاعل من خلال تبادل النظرات و النقاء العينين، و تعبيرات الوجه، و أوضاع الجسم،

و الإيماءات و الإشارات.

البند الثاني: العجز عن بناء الصداقات مع الأقران.

البند الثالث: قلة الاهتمام فيما يتعلق بالمشاركة باللعب (فالطفل التوحدي في صورته التقليدية لا

يكون بمقدوره أن يطلب لعبة ما، أو إحضارها، أو الإشارة إليها)

البند الرابع: نقص القدرة على تبادل الأحاسيس و الانفعالات مع أفراد المجتمع من حوله.

المجموعة الثانية: ضعف نوعي و كمي في القدرة على التواصل (بندا واحدا على الأقل):

البند الأول: تأخر أو نقص القدرات اللغوية (مع عدم تعويض هذا التأخر أو ذلك النقص

باستخدام طرق أخرى للتواصل من قبيل الإشارة مثلا).

البند الثاني: في حال القدرة على الكلام، لا يكون بمقدور الطفل أن يبدأ الحديث مع الآخرين أو

أن يستمر في الحديث معهم.

البند الثالث: نقص قدرة الطفل على تنويع اللعب، أو ممارسة اللعب التخيلي، و كذلك نقص

القدرة على محاكاة و تقليد الآخرين في لعبهم، أو القيام بألعاب ممن هم في سنه.

المجموعة الثالثة: إهتمامات و أنشطة نمطية مكررة (بندا واحدا على الأقل):

البند الأول: الانهماك الكامل باللعب بلعبة معينة، و اللعب بها بطريقة نمطية مكررة، و في

نطاق ضيق محدود، وبدرجة غير طبيعية، من حيث التركيز و الشدة.

البند الثاني: مقاومة تغيير الرتابة.

البند الثالث: نمطية و تكرار الحركات الجسمية (مثل رفرفة اليدين و الأصابع، و حركة الجسم

المتكررة).

البند الرابع: الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة.

(ب) تأخر أو نقص التفاعل غير السوي، و يبدأ تحت سن الثالثة (بندا واحدا على الأقل):

البند الأول: التفاعل الإجتماعي.

البند الثاني: اللغة كوسيلة للتواصل الإجتماعي.

البند الثالث: اللعب الواقعي و التخيلي.

(ج) الإضطراب غير المصنف من حيث تشخيصه مع اضطراب ريت Rhett's Disorder أو

اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder.

2.6. متلازمة أسبيرجر Asperger's Syndrome

و هذه المتلازمة تنسب إلى مكتشفها النمساوي هانزر أسبيرجر Hans Asperger, (1844-

1954). تعد متلازمة أسبيرجر إعاقة تطويرية عصبية تشترك في العديد من أعراض التوحد

و لكنها تظهر أقل شدة، كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي و القيام

بأعمال نمطية متكررة و روتينية إلى جانب فقدان القدرة على التخيل، إلا أن المصابين بمتلازمة

أسبيرجر يتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية و لا يواجهون تأخرا في اكتساب القدرة على الكلام من حيث

المفردات و القواعد أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم (Myles, 1999).

تعد متلازمة أسبيرجر أكثر شيوعا في اضطراب التوحد ، وتحدث بـ 26- 36 من كل 10.000

مولود و هي متشابهة باضطراب التوحد من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث

بنسبة 4/5.

أعراض متلازمة أسبرجر (Syndrome d'Asperger):

لا يلاحظ الأهل وجود سلوكيات تدعو إلى القلق على طفلهم، في السنوات الثلاث الأولى

من عمره تظهر الفروق جلية و لا سيما على الصغير الاجتماعي ، ومن أعراض متلازمة

أسبرجر:

✓ قصور في الاستخدام العلمي و الاجتماعي للغة

✓ صعوبات على صغير العلاقات الاجتماعية

✓ اهتمامات خاصة كالالتزام بالعمل الروتيني

✓ صعوبات في المهارات الحركية

و من النتائج المتوقعة للمصابين بمتلازمة أسبرجر، حيث لا يعانون تأخرا عقليا أو لغويا ،

يستطيعون إكمال دراستهم الثانوية و حتى الجامعية و يستطيعون أيضا ممارسة وظائف

عملية إذا ما تلقوا التدخل اللازم و الرعاية المناسبة، إلا أن يواجههم صعوبة في التفاعل

الاجتماعي و الذي يمثل عجزا دائما لديهم فيشار إليهم بصورة عامة كأشخاص " غريبين "

(Who,1992, عادل، 2007).

3.6. الإضطرابات النمائية العامة غير المحددة:

يذكر إبراهيم الزريقات (2004) أن هذا التصنيف يستعمل في حالة وجود إعاقة شديدة عامة في

تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل أو في مهارات التواصل اللفظية و غير اللفظية أو عندما توجد

أنشطة و اهتمامات و سلوكيات نمطية و لكنها غير مصنفة على أنها اضطراب نمائي عام محدد

أو فصام أو اضطراب الشخصية الفصامية أو اضطراب الشخصية التجنبي على سبيل المثال التصنيف يشتمل على التوحد الشاذ لأن الأعراض الظاهرة لا تقابل المعيار للاضطراب التوحدي بسبب التأخر في العمر عند الإصابة و الأعراض الشاذة أو أعراض فرعية.

7. الفروق التشخيصية بين التوحد والإعاقات الأخرى :

لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديون و تميزهم عن الاضطرابات الأخرى يجب الحصول على معلومات دقيقة و لقد أشار الباحثون إلى قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى و منها الإعاقة العقلية و فصام الطفولة و الإعاقة السمعية و اضطرابات التواصل و اضطرابات أخرى .

1.7. التوحد و الإعاقة العقلية:

عندما اقترح كانر محكات لتشخيص التوحد أشار إلى أن الأفراد لديهم قدرات معرفية جيدة لذلك استبعدوا الإعاقة العقلية و لكن بعض الباحثين أشاروا إلى أن أكثر من 70% من التوحديون قدرتهم العقلية في حدود الإعاقة العقلية و بالرغم من تشابه الأداء الوظيفي بينهم إلا أن الأداء في الإعاقة العقلية يكون منخفضا و متساويا لكن الأطفال التوحديون المعوقين عقليا لا يكون أدائهم متساويا إذ نلاحظ الأداء في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي في حين يكون أدائهم أقل في المهمات اللفظية. و لأن هناك تشابه بين التوحد و الإعاقة العقلية إلا أن هناك خصائص يتميز بها التوحديون عن الإعاقة العقلية و منها :

- الأطفال المعوقين ينتمون أو يتعلقون بالآخرين و لديهم وعي اجتماعي و هو ليس موجود عند التوحيديون على الرغم من وجود نسبة ذكاء متوسطة ؛
- القدرة على المهمات غير اللفظية و خاصة الإدراك الحركي و البصري و مهارات التعامل موجودة عند التوحيديون و ليست موجودة عند المعاقين عقليا ؛
- اللغة و القدرة على التواصل مختلفة بين مجموعتين فكمية و استخام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء الأطفال المعوقين عقليا و لكن لدى التوحيديون اللغة غيرموجودة و إن وجدت تكون غير عادية ؛
- نسبة العيوب الجسمية في التوحيديون أقل بكثير من العاقين عقليا و الأطفال التوحيديون يميلون إلى أن يكونوا جذابين. من الناحية الجسمية ؛
- يبدي الأطفال التوحيديون ميول موسيقية و في مجالات الذاكرة و غيرها و هذا غير موجود لدى المعاقين عقليا ؛
- الأنماط السلوكية للتوحيديون تشمل حركات الذراع و اليد أمام العينين و التأرجح أما المعوقين عقليا فإنهم يختلفون في. نوع السلوك النمطي الذي يظهره .

2.7. التوحد و فصام الطفولة:

تم التعرف على التوحد الممارسات الطب النفسي و كان التوحد يستخدم لوصف الأعراض الرئيسية للفصام أو الوحدة و تم التفريق بين الفصام و التفريق بين التوحد و الفصام وأهم

الفروق:

- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز لكن التوحديون غير قادرين على ذلك ؛
- لا يطور الأطفال التوحديون علاقات اجتماعية مع الآخرين و يرفضون الاستجابة للأشخاص و البيئة بينما الأطفال. الفصاميون يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين و يمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم؛
- الهلوس و الأوهام و فقدان ترابط الكلام توجد في الفصام و لكنها غير موجودة في

التوحد ؛

- بدء الاضطراب في التوحد قبل 30 شهرا من العمر و لكن بدء الفصام يكون عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر لذلك فان العمر عند بدء الاضطراب هو أفضل عامل(30 شهر) في الطفولة و التوحد لا يمكن أن يحدث بعد للتمييز بين التوحد والفصام .

3.7. التوحد و اضطراب التواصل :

لأن اضطرابات اللغة و الكلام مظاهر أساسية في التوحد فان هناك تشابه بين التوحد و الاضطرابات اللغوية و بسبب هذا التشابه فانه يتم الخلط أحيانا بين التوحد و هذه الاضطرابات.

فقد وجد أن اضطرابات اللغة الاستقبالية تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأفراد

التوحديون و تشير النتائج إلى انه هناك تميز بينهم فالأطفال ذو الاضطرابات اللغوية

الاستقبلية يحاولون التواصل بالإيماءات و بتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحديون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل لفظية مصاحبة و قد تظهر المجموعتان إعادة الكلام و لكن الأطفال التوحديون يظهرون إعادة الكلام و خاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر.

و يفشل الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ذوي اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية و الرموز غير المحكية و يحاولون التواصل مع الآخرين و بناء عليه فان القدرة أو القابلية على التعلم مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين.

4.7. التوحد و اضطرابات السمع:

الانسحاب الاجتماعي و الانزعاج من تغير الروتين و سلوكيات أخرى يمكن أن تظهر من قبل أطفال صم و يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال التوحديون و تعد هذه السلوكيات ثانوية بالنسبة للصم و لكنها أولية و أساسية في حالة الأطفال التوحديون و معظم الأفراد التوحديون ليسو صما و إذا تم الشك بأن الطفل يعاني من التوحد فانه يجب أن يتم فحص سمعه لاستبعاد إصابته بالصم (محمد رياض عباس، أخصائي نفسي إكلينيكي، المصدر منتديات أكاديمية علم النفس).

في ضوء ما تم التطرق إليه في هذا الفصل و سعياً و راء مزيد من الفهم، يتضح لنا أن اضطراب طيف التوحد يعد من أكثر الإعاقات الإنمائية غموضاً لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من ناحية، و كذلك لشدة و غرابة أنماط سلوكه غير التكيفي من ناحية أخرى. حيث تعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات المركزية التي تؤثر سلباً على مظاهر النمو الطبيعي، و التفاعل الاجتماعي لديه، حيث أن اغلب الباحثين يرجعون عجز الطفل التوحدي في الاتصال اللفظي و غير اللفظي الذي يعيق اندماجه، و يحدد تفاعلاته الاجتماعية إلى عجز على مستوى عملية التقليد.

قبل التطرق إلى عجز الطفل التوحدي على مستوى عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي، سوف نبدأ في عرض في الفصل الموالي خصوصيات التطور في كلا الميدانين التواصل غير اللفظي و عملية التقليد عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، و ما هي العلاقة بينهما، و مدى تأثيرهما على تنمية قدرات التواصل اللفظي و التفاعل الاجتماعي له.

الفصل الثالث:

عملية التقليد و التواصل غير اللفظي عند الطفل

المصاب باضطراب طيف التوحد

يعتبر الاتصال عملية ديناميكية يتم فيها التفاعل و تبادل التأثير بين الفرد و المحيط. أهمية السلوك اللغوي جعله موضوعا للعديد من الأبحاث و الدراسات في ميادين مختلفة.أما في ما يخص موضوع اضطراب طيف التوحد، فقد شهدت دراسات حول خصوصيات التواصل اللفظي و غير اللفظي، في السنوات الأخيرة، اهتماما كبيرا، حيث يتفق الكثير من الباحثين على أن الصفة المميزة للأطفال التوحديين هي عدم القدرة على التواصل و بالتالي عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.يرجع أغلبية الباحثين عجز الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد إلى وجود صعوبات على مستوى عملية التقليد. قبل التطرق إلى صعوبات التواصل غير اللفظي و علاقتها بعملية التقليد، سوف نتطرق أولا إلى خصوصيات تطور كلاهما لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

1. خصائص التواصل عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

حتى يتم فهم خصائص القدرات التواصلية عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لا بد لنا من تحديد أهم المبادئ التي تلعب دورا أساسيا في تطور اللغة و التواصل. Lesur (2012) وصف ثلاث ميكانيزمات أساسية لاستعمال اللغة بهدف التواصل: التكيف، التبادل و القصد.

التكيف هي قدرة الشخص على فهم الأفعال غير المقصودة في سياق الكلام غير المباشر كما تعرف باللغة غير القصدية المستعملة أثناء الخطاب Thommen (2004) يؤكد على انه لكي يكون الخطاب مكيف لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار خصائص المتكلم: السن، المقام الاجتماعي، المعارف، المعتقدات. التبادل ميكانيزم يلعب دورا هاما في التواصل البراغماتي . Coquet (2005) يبين أن التبادل يلتزم عدة معلمات: التواصل البصري، تبادل دور الكلام، استراتيجيات الاستهلال، المحافظة و التفاوض، الروتينيات التخاطبية و الرجعية التفاعلية (Feed-Back).

يتميز التواصل البراغماتي، مثله مثل عملية التقليد بجانب التعمد « Intentionnel » نتكلم عن التعمد عندما تكون حركاتنا و سلوكياتنا موجهة نحو هدف معين. نتحدث و نخاطب الآخر مثلا لتحقيق فعل اجتماعي. النبوة، كفاءة متكونة من معلمات (الشدة، التدفق، الترتيل، استفحال، و الفواصل) و تستعمل لثلاث وظائف أساسية: وظيفة براغماتية و لسانية، وظيفة براغماتية و وظيفة انفعالية.

تعرف البراغماتية "كآثار الكلام" أو "لماذا أتكلم " (Saussure, 1913). حسب Lesur (2012)، حتى يكون الكلام منسجم و وظيفي، لا بد من احتوائه على مضمون لفظي له علاقة مع معلمات كالحركات، الإيماءات، نبوة الصوت، وضعية الجسم و التعبيرات الوجهية الانفعالية.

كما ذكرناه سابقا، أغلبية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لهم صعوبات في ميدان التواصل اللفظي و غير اللفظي. و في هذا المنظور كل الباحثين في ميدان التوحد يتفقون على القول بان رغم المستوى الوظيفي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، إلا أن صعوباتهم على مستوى التواصل اللفظي و غير اللفظي سوف تعيق اندماجهم الاجتماعي، العائلي، المدرسي، و المهني في المستقبل (Lesur, 2012). بالنسبة للأطفال الذين لديهم مستوى معرفي و لفظي سليم تتعكس اضطرابات التواصل لديهم على المستوى البراغماتي و على الصعوبة في التبادل و التمازج مع الغير.

يشير Lesur (2012) إلى أن اضطراب التواصل البصري من الاضطرابات الشائعة لدى الطفل التوحيدي. يظهر هذا الاضطراب على شكل التسرب من النظرة، النظرة الطرفية، أو النظرة إلى الشخص بالاقتراب إليه بدون احترام مسافة التواصل لمدة زمنية طويلة.

الإيماءات و التعبيرات الوجهية هي الأخرى تعد من الاضطرابات الشائعة عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. حيث يواجه الطفل التوحيدي صعوبات في فهم و تفسير الإيماءات الوجهية، و التعبيرات الانفعالية للآخرين.

كما نجد أن التعابير الإنفعالية لديهم قد تكون منعدمة، أو موجودة بصفة مبالغ، أو غير ملائمة للسياق التواصلي و الإجتماعي.

مكونات نبرة الصوت قد تكون هي الأخرى مصابة على المستوى الاستقبالي (الفهم)، و على المستوى التعبيري. حيث كيفية التعبير عند الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد تكون مختلفة بشكل ملحوظ بالنسبة للأشخاص ذو التطور النمطي. هذا الاختلاف يتعلق على وجه الخصوص بالجانب الدلالي و الجانب النحوي.

القولبية (تكرار كلمة أو جملة قد سمعها، أو تكرار آخر كلمة من جملة)، القلب بين الضمائر (خلط بين "أنا" و "أنت" بدلا من "أنا" أو "هو") كما نجد غياب الإجابة بنعم، من أهم خصوصيات الكلام اللفظي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

على المستوى الدلالي غالبا ما يتطور الرصيد المفرداتي للطفل حسب مركز اهتمامه، و يستعمل هذه المفردات في سياق تواصلي غير ملائم. و لهذا حسب Darier (2004)، اضطراب المحادثة يكون دائما موجود عند الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد و الذين لا يعانون من تخلف عقلي. يظهر هذا الاضطراب في عدم قدرة الشخص التوحدي على الدخول في محادثة، احترام تبادل و تعاقب الدور، و على التحكم أو تتبع موضوع المحادثة. كما يظهر الشخص التوحدي صعوبات على مستوى التلقائية و التحكم أو إدارة التبادلات و صعوبات في التكيف.

حيث يتكلم Lesur (2012) على عدم قدرة الشخص المصاب باضطراب طيف التوحد على الترتبة للكلم بدون أي هدف معين، و إن كانت هناك ترثرة، فإنها سوف تكون حول مركز اهتمام الشخص التوحدي. كما أن هذا الأخير له صعوبات في التكيف مع خصوصيات الشخص الذي يتحاور معه (من حيث السن، الوضع الاجتماعي، الوضع الشخصي أو المهني).

2. خصائص عملية التقليد عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

لدراسة عملية التقليد في سيرورة تطور الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، لا بد من دراسة و فهم مختلف خصوصياتهم و طريقة تطورهم في شتى ميادين التطور النفسي.

الطبيب الأمريكي Kanner (1943) كان من بين الباحثين الأوائل الذي اهتم بالتوحد الطفولي، حيث اقترح جدول عيادي للأعراض الإكلينيكية للتوحد عن طريق ملاحظته لمجموعة مكونة من 11 طفل تتراوح أعمارهم ما بين 2 و 3 سنوات. الباحث اكتشف عند هؤلاء الأطفال اضطرابات شاذة على مستوى التواصل ذو خصوصيات إكلينيكية: الإنسحاب أو العزلة (فقدان العلاقة مع الواقع)، الحاجة إلى الروتين (عدم القدرة على احتمال التغيير في المحيط)، و اضطراب اللغة (عدم قدرة الطفل على استعمال اللغة للدخول في تواصل مع محيطه).

و بالتالي فنلاحظ أن الطبيب Kanner لم يذكر في جدولته العيادي وجود عجز على مستوى القدرات التقليدية عند الطفل المصاب باضطراب التوحد. في سنة 1970، بدأت تظهر دراسات حول اضطراب طيف التوحد و القدرات التقليدية، خاصة مع أبحاث DeMyer (1981)، أين قامت بدراسة مقارنة ما بين مجموعة مكونة من 12 طفل توحيدي و 5 أطفال مصابين بإعاقة ذهنية. استنتج الباحث من خلال هذه الدراسة أن الأطفال ذو إعاقة ذهنية لهم قدرات تقليدية أكثر من الأطفال التوحيديين.

تساءلت الباحثة Nadel لمدة طويلة حول التساؤل على احتمال وجود أم لا لاضطراب على مستوى عملية التقليد عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. حسب الباحثة من الصعب الإجابة على هذا السؤال، حسب رأيها "محدودية الذخيرة الحركية للطفل التوحيدي، صعوباته في الانتباه للآخرين لا تأخذ بعين الاعتبار لتقييم قدراته على التقليد" (Nadel, 2011). Charman et Barron-Cohen. (1994) يرون انه لا يوجد اختلاف ما بين عملية التقليد عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد و عند الطفل ذو التطور النمطي.

و عليه فان شك الباحث كان على أساس ثلاث أسباب:

السبب الأول عدم تجانس أعراض اضطراب طيف التوحد، حيث على الرغم من أن معايير التشخيص هي نفسها عند كل الأطفال، غير أن الأعراض الإكلينيكية في المجال المعرفي، الاجتماعي، اللفظي، و التكيفي تظهر بشكل مختلف من طفل لآخر. في هذا التوجه النظري Adrien (1996) قام بدراسة، في مستشفى بريتونو (Bretonneau) في تور بفرنسا، تكونت مجموعة الدراسة من 43 طفل توحي. تقييم مستواهم المعرفي و الاجتماعي باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية الاجتماعية و الانفعالية (BECS). نتيجة للاختلاف أعراضهم الإكلينيكية، ثم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات. نتائج الدراسة تشير إلى أن المجموعة الأولى أظهرت نتائج متوسطة على مستوى التقليد الحركي و الصوتي على عكس المجموعتين الأخرين أين اظهر الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، صعوبات في ميدان التقليد.

السبب الثاني، له علاقة مع التساؤل حول نوع أو شكل عملية التقليد المستعمل من طرف الأطفال (التقليد الحركي مقابل التقليد الصوتي). تشير معظم الدراسات الخاصة بالأعراض الإكلينيكية، و الجدول العيادي الخاص بالتوحد، أن من بين الأعراض السائدة الخاصة بالجانب اللغوي نجد عرض: "القولبية" (HAS, 2010)، فيما يخص هذا الموضوع، تطرح الباحثة Nadel (2001) السؤال التالي: لماذا هذا النوع من التقليد "الصوتي"، رغم كونه لا إرادي، غير موجود في ميدان التطور الحركي للطفل التوحي؟ من الناحية الإكلينيكية، تختلف القولبية (Echolalie) عن التقليد الصوتي، نتكلم عن التقليد الصوتي أو اللفظي في التطور النمطي، و عن القولبية في تطور الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد. بعض الباحثين، يعطون أهمية كبيرة للإنتاج التكراري من بين القدرات اللفظية لدى الأطفال المصابين بالتوحد (Prizant et Duchan, 1981) حيث يعتبرها الباحثون كوظيفة تواصلية مؤهلة لتطور اللغة لدى هؤلاء الأطفال.

يتعلق السبب الثالث بإحدى أهم خصوصيات عملية التقليد في تطور الطفل التوحدي: الانتقائية. Nadel (2011) تذكر في منشوراتها حول موضوع عملية التقليد عند الطفل التوحدي: « كانت عندي الفرصة أن أشير إلى إحدى خصوصيات عملية التقليد، و التي هي الانتقائية. لا نقوم بتقليد كل شيء في كل وقت. و إن كان كذلك، ففي هذه الحالة نتكلم عن أداء صدوي و ليس عن عملية تقليد. لكن لم يتسنى لي أن ألاحظ هذه الظاهرة عند الأطفال المصابين بالتوحد ». «

1.2: العجز الحركي و التقليد:

نظرا للطابع الشاذ و الدائم للأعراض الإكلينيكية لاضطراب طيف التوحد، الأبحاث في هذا الميدان كانت متمركزة بالخصوص على العجز الأولي الذي قد يفسر هذه الأعراض. إحدى هذه الفرضيات تكمن في وجود عجز على مستوى الوظيفة الحركية (Rogers et Benetto, 2002).

Damasio et Maurer (1978) كانا من الباحثين الأوائل الذين درسوا خصوصيات الوظيفة الحركية عند الأطفال التوحديين. يفترض الباحثين أن الشذوذ الحركي الملاحظ عند الأطفال التوحديين يمكن أن يكون ناجما عن اختلال على المستوى البيولوجي العصبي. لاحظ أغلبية الباحثين أن 70% من الأطفال المصابين باضطراب التوحد لهم صعوبات في التوازن و يظهرون سلوكيات غير نمطية (Atypiques). دراسة عملية التقليد تمنح لنا مسار لتقييم الوظيفة الحركية عند الطفل التوحدي. في حين يؤكد Rogers (Benetto et 2002) على أن اضطراب طيف التوحد لا يمس كل جوانب الوظيفة الحركية. الأطفال التوحديين لديهم قدرات سليمة و جيدة فيما يخص الحركية الحقيقية (مسك القلم مثلا).

Smith et Bryson (1994) يفسران عجز عملية التقليد عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بتقديم فرضية عجز على مستوى إدراك كيفية تنظيم الحركات. هذه الفرضية توافق ما نص عليه الباحث Mottron (2012) الذي يرجع عجز الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد إلى وجود خصوصيات حسية لديهم (سمعية، بصرية، شمعية، لمسية، و على مستوى استقبال المثير الحسي) التي تكون مختلفة

عند الأطفال بدون اضطراب نمائي في هذه الحالة تكون العواقب الاجتماعية الناتجة عن عجز الطفل التوحدي على مستوى عملية التقليد ناتجة عن صعوبات في معالجة المعلومات المدركة الخاصة بالحركة. Rogers et Benetto (2002) يقدمان خلاصة لما سبق ب"مهام عملية التقليد تتناسب مع الأسئلة التي تخص تخطيط حركات معقدة، التمييز ما بين المهارات الحركية التي تخص مختلف أعضاء الجسم (حركات فموية و وجهية مقابل حركات الأعضاء)، و بالخصوص مع التساؤل حول دراسة دور المهارات الحركية الأساسية في تطور القدرات الاجتماعية".

2.2: عجز على مستوى التواصل و عملية التقليد:

حسب الجدول العيادي لاضطراب طيف التوحد، اضطراب على مستوى التفاعلات الاجتماعية و التواصل، يكون شائعا عند أغلبية الأطفال التوحديين و هذا مهما كان السن، مستوى النمو، و درجة حدة التوحد.

و لهذا فان كثير من الباحثين في ميدان اضطراب طيف التوحد، يؤكدون وجود اضطرابات و عجز على مستوى المكتسبات الأساسية التي لها دور في تطور التواصل الاجتماعي، و هذا بالنسبة لنظرية العقل (Baron-Cohen, 2000). القدرات التنفيذية (Russel, 1997)، الانسجام المركزي (Frith, 1989)، أو عملية التقليد (Nadel, 1986).

كما هو مذكور سابقا، عملية التقليد ظاهرة تلعب دورا هاما في تطور التفاعلات الاجتماعية، و التواصل اللفظي و غير اللفظي. الصعوبات الحركية تفسر جزئيا العجز على مستوى عملية التقليد، و هذا العجز قد يؤثر سلبيا على تطور التواصل الاجتماعي و الثقافي عند الطفل (Rogers et Benetto, 2002).

أظهرت عدة أبحاث وجود علاقة ما بين الخلل الحركي، عجز على مستوى عملية التقليد، و اضطراب على مستوى التواصل الرمزي. Rogers et Benetto (2002) حاولا تقييم خاصية العجز على مستوى عملية التقليد و دراسة العلاقة ما بين القدرات الاجتماعية و الحركية مع القدرات التقليدية.

Nadel (2012) تشير إلى وجود ثلاث نماذج بيولوجية تفسر العجز على مستوى عملية التقليد في تطور الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: النموذج *méta-représentationnel*، النموذج البراغماتي، و النموذج الانفعالي.

النموذج الأول، الذي تم تطويره من طرف Baron-Cohen, Leslie et Trith ينص على أن اضطراب القدرات الاجتماعية التي تتطلب قدرات *méta-représentationnel*. و لهذا فحسب هذا النموذج، العجز على مستوى عملية التقليد عند الطفل التوحدي يكون له علاقة قوية بالتطور المعرفي و العقلي. على هذا الأساس يشير كل من Hammes et Langdelle (1981) أن كل الأطفال المصابين بالتوحد و الذين يتراوح عمرهم العقلي ما بين 04 و 06 سنوات، قادرين على التقليد و لو بحركات بسيطة.

من جهة أخرى Trevar then (1993)، يسلط الضوء على اضطراب عملية إدراك الجسم خاصة على مستوى التنسيق الداخلي و ما بين الأشخاص. تطرق المؤلف في نمودجه إلى عجز عملية التقليد عند الطفل التوحدي، و حسب رأيه، يكون هذا العجز ثانوي مقارنة بالصعوبات التي يواجهها الطفل على مستوى معالجة و فهم التعبيرات الانفعالية و الجسدية.

طور كل من Rogers et Pennington (1991) نموذج آخر حول العلاقات ما بين الأشخاص مؤكدا على وجود عجز على مستوى تبادل الشعور و الانفعال عند الطفل التوحدي.

يعتمد هذا النموذج على النظرية التطورية للذاتية المشتركة (intersubjective) ل Stern (1985)، حيث يقدم هذا النموذج فرضية وجود عجز ابتدائي في حالة اضطراب على مستوى التبادل الانفعالي،

التجارب الشخصية المتقاسمة و المعاشة من خلال اللعب الرمزي و اللغة (Nadel, 2012). قامت الباحثة Nadel (2012) بعدة دراسات حول دور عملية التقليد في تطوير التواصل عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، حيث تشير « الطفل التوحدي قادر على التقليد و التواصل يكفي أن يحتاج الأطفال التوحدين القليل لكي يصبحون قادرين على التقليد و التواصل كما يكفي أن يكونوا قادرين على التقليد العفوي، وعلى الوعي بان الآخرين يقلدونهم لكي يصبحوا قادرين على التواصل عن طريق عملية التقليد، وعليه يصبحون قادرين على استعمال المكونات الأساسية للتواصل، التزامن، تبادل الدور، وتقاسم الموضوع » .

اختبرت الباحثة فرضيتها في إطار دراسة مع مجموعة مكونة من ثمانية أزواج. يتكون كل زوج من طفل مصاب باضطراب طيف التوحد و طفل مصاب باضطراب نمائي. لاحظت الباحثة أن كل الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد استطاعوا أن يقلدوا بعض أفعال الحياة اليومية (الروتينية) الملاحظ عند زملائهم داخل الزوج الواحد، حتى أن البعض منهم استطاع حتى تقليد أفعال غير روتينية باستعمال الأشياء. و هكذا، اثنين من الأزواج الثمانية اظهروا القدرة على التواصل باستعمال عملية التقليد بإظهار التزامن و تبادل الدور (Nadel 2011).

3. تقييم عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

1.3: تقييم مهارات التواصل غير اللفظي:

هناك عدة وسائل و تقنيات لتقييم مختلف مكونات التواصل غير اللفظي. الملاحظة الإكلينيكية المباشرة هي الطريقة الشائعة لتقييم التواصل من طرف الأخصائيين (أخصائي نفسي، أخصائي نفسي، مربّي، و أخصائي نفسي-حركي).

و تعمل هذه الأخيرة على ملاحظة و تدوين السلوكيات عندما تظهر بصفة تلقائية. و عليه من الضروري بناء شبكة تحليل مستهدفة للسلوكيات المراد دراستها.

Joannette et ses Collaborateurs (2001) اقترحا "بروتوكول Montréal لتقييم التواصل".

تتمثل في شبكة لتحليل خطاب المحادثة صمم من اجل الاشخاص الذين لديهم إصابة دماغية. بالنسبة

لتقييم الطفل الصغير، Sehulman (1985) صمم اختبار لتقييم المهارات البراغماتية في سياق

التفاعلات عن طريق اللعب الرمزي (لعبة الدمية، الرسم، الهاتف).

Phelps-Terasaki et Phelps-Gunn (1992) اقترحا اختبار : Test of Pragmatic

Language (TOPL) تسمح هذه الأداة بتقييم جودة المحادثة بتقديم رسوم توضيحية، في حالات

توضيحية، في حالات نموذجية للحياة اليومية، و على الطفل تحليلها و التعليق عليها شفويا.

Children's Communicat Check-list (CCC) هو أداة للملاحظة غير المباشرة صمم من طرف

Bishop في سنة 1998 و ترجم إلى اللغة الفرنسية من طرف Maillart (2003). تتمثل هذه الأداة في

شبكة تقييم اللغة التعبيرية، و تتكون من 70 بند مجمعة على 10 فئات (بدء المحادثة، الكلام، النحو،

الانسجام و التماسك، اللغة النمطية، استعمال سياق المحادثة، التفاعلات الاجتماعية، الفوائد، و علاقة

المحادثة).

من جهة أخرى، Monfort (2005) قام بتصميم شبكة للأعراض الملاحظة عند الأطفال المصابين

باضطراب على مستوى التواصل البراغماتي و اللغة، و التي أطلق عليها باسم بروفيال الاضطرابات

البراغماتية عند الطفل (PTP).

هذه الأداة تهدف إلى تسطير سبل التدخل و تقييم تطور الطفل. قائمة الأعراض مقسمة إلى جزأين: الجزء

الأول صمم لتقييم المستوى الاستقبالي أو قدرات الفهم و تفسير المحيط الخارجي، أما الجزء الثاني يخص

المستوى التعبيري.

في كل من هذه الوظائف الثلاث، يمكن للطفل أن يأخذ ثلاث ادوار مختلفة و مكملة فيما بينها: البدء في التبادل، الحفاظ عليه، أو الاستجابة له. و بهذا، هذه الأداة تسمح لنا بالتمييز ما بين أربع مستويات للتطور في ميدان التواصل:

المستوى البسيط و المعقد (06 أشهر)، المستوى التقليدي الحركي (ما بين 07 و 16 شهر)، المستوى التقليدي اللفظي (ما بين 17 و 24 شهر)، و المستوى الرمزي (ما بين 25 و 30 شهر). تم وضع هذه المستويات طبقا لنموذج Fisher (1980) و التي تشمل أهم أطوار تطور الذكاء الحسي-الحركي لبياجيه (1963). يتم تقدير أداء الأطفال عن طريق وضع نقاط و المستوى الأمثل للتطور. كل مستوى يمثل قدرات أداء الطفل.

يستعمل أداة ECSP بطريقة إكلينيكية في الأبحاث المتمركزة على العلاقات ما بين التطور المعرفي و التطور التواصللي. ثم استعمالها بالتحديد في دراسة مقارنة ما بين بروفييل أداء الأطفال المصابين بتأخر عقلي و أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد. Adrien (1993) قارن ما بين مجموعة من الأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد و أطفال مصابين بتأخر عقلي. كان للمجموعتين نفس العمر العام للتطور الذي تم تقييمه باستعمال Brunet-Lézine.

أظهرت هذه الدراسة انه لا يوجد فروق ما بين المستوى المعرفي للمجموعتين و إنما هناك فروق واضحة على مستوى البروفيل التواصللي. على عكس الأطفال المصابين بتأخر عقلي الذين اظهروا عجز على مستوى تعديل السلوك، الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد اظهروا عجز و صعوبات خاصة في القدرات التواصلية، تميزت بعجز على مستوى المباشرة و المحافظة على الانتباه المشترك.

من الضروري أن يحرص الباحث على تقييم المهارات التفاعلية خلال تقييم عملية التواصل، عليه أن يأخذ بعين الاعتبار المعلمات التي لها علاقة ما بين نوعية التفاعل الاجتماعي لطلب المساعدة ، طلب الإذن

أو العذر مثلا، كما عليه الأخذ بعين الاعتبار كيفية استعمال الانتباه المشترك، اللعب الوظيفي و الرمزي، قدرة الطفل على الدخول في تفاعلات مع الأشخاص المحيطين به و على الرد على طلباتهم.

من بين هذه الوسائل، نجد البروتوكول البراغماتي لـ (Prutting et Kirshner, 1983, 1987) الذي يسمح بتحليل ثلاثون معلمات براغماتية أثناء التبادل مع المفحوص. هذه الأداة تقيم المكونات اللفظية و غير اللفظية: كالمحافظة على الموضوع، احترام الدور، إستراتيجية الإصلاح، تغيرات مختلف نماذج التواصل، شدة الصوت، النبرة، وضعية الجسم، التواصل البصري، الحركات و الإيماءات الوجهية.

تقييم التواصل يتم كذلك عن طريق التحاور مع الأولياء بالزيادة إلى شبكات ملاحظة أو أداة لتقييم التواصل كسلم تقييم التواصل الاجتماعي المبكر (ECSP) لـ (Ghidetti et Tourette, 2009).

هذه الأداة تستعمل عند الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 3 و 30 شهر، و تسمح بتقييم مختلف وظائف التواصل غير اللفظي أثناء التبادل في سياق اللعب ما بين الطفل و الراشد. من أهم الوظائف التي يقيمها هذا السلم هي: "الانتباه المشترك"، "التفاعلات الإجتماعية" و "تعديل السلوك".

2.3: تقييم عملية التقليد:

أمام نقص وسائل و أدوات لتقييم عملية التقليد في مختلف أشكالها قامت الباحثة Nadel بصنع أداة لتقييم القدرات التقليدية عند الطفل الصغير ذو صعوبات في التطور (Nadel et Poitier, 2002).

أول دراسة قامت بها الباحثة Nadel باستعمال هذه الأداة كانت في مدرسة خاصة في مدينة Florida و في مستشفى فرنسي. هذه الدراسة طبقت على مجموعة مكونة من 23 طفل (10 بنات و 13 ولد) حاملين لتشخيص التوحد ضمن معايير الدليل الأمريكي للأمراض العقلية، الطبعة الرابعة DSM – IV (APA, 1996) و سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (Schopler, 1988) CARS السن الزمني للأطفال يتراوح ما بين 3 و 7 سنوات. قسمت مجموعة البحث إلى مجموعتين، في المجموعة الأولى المستوى المعرفي للأطفال ضعيف جدا (ن = 12)، و المجموعة الثانية ذات مستوى معرفي متوسط

(ن=11)، ثم تقييم السن التطوري العام عن طريق PEP-R، و حسب الحالات تم تكملة التقييم باختبارات BLR.

تتمثل الخطوة الأولى لهذه الدراسة على اكتشاف القدرات التقليدية العفوية بتطوير اللعب لديهم و هذا باستعمال الألعاب بالأشياء، للتعرف على مختلف مستويات التقليد عند هؤلاء الأطفال، قام المختبر باقتراح مجموعة من الأفعال باستعمال الأشياء و بدون استعمال الأشياء، أفعال بسيطة و أخرى معقدة، أفعال روتينية و أخرى جديدة. قام المختبر في الخطوة الثانية للدراسة، بتقييم قدرات الوعي بتقليد الآخرين. في هذه الخطوة، قام المختبر بتقليد كل سلوكيات الأطفال: الوضعية، الأفعال الروتينية و الجديدة، أفعال باستعمال الأشياء و بدون استعمال الأشياء...الخ.

أما الخطوة الثالثة و الأخيرة فكانت تهدف إلى تقييم قدرات عملية التقليد الموجهة، حيث قام المختبر بتطوير من جديد لوحة متكونة من أفعال بسيطة و معقدة، و أفعال روتينية و أخرى غير روتينية...الخ. تشير النتائج المتحصل عليها من خلال أداء الأطفال، أن كل أطفال مجموعة البحث بما فيه الأطفال الذين لا يملكون لغة، ذو مستوى تطوري ضعيف، قادرين على تقليد أفعال بسيطة باستعمال أشياء معتادة، لكن فيما يخص النقاط الكلية لعملية التقليد فقد أظهرت الدراسة أنها كانت مرتبطة بمستوى التطور المعرفي للأطفال.

تستخلص Nadel انه ابتداء من السن التطوري 18 شهر، تصبح أغلبية الأطفال قادرة على تقليد أفعال معقدة و جديدة. و بالتالي و في نفس السن، أظهر أغلبية الأطفال الوعي إلى حد متقدم قدراتهم التقليدية.

4. عملية التقليد و البرامج التدريبية:

تدريب الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على تطوير قدراتهم التقليدية وسيلة فعالة تسمح لهم بتعلم كيفية التواصل الاجتماعي، بدء و الزيادة في المبادلات الاجتماعية، و تضاعف من فرص تفاعلهم مع محيطهم.

سوف نعرض في هذا الجزء نتائج دراسة تجريبية تحت إدارة الباحثة Nadel (2011)، ثم بعدها سوف نتطرق إلى مكانة عملية التقليد في البرامج التدريبية، خاصة البرامج السلوكية كالتحليل المطبق للسلوك (ABA)، و نموذج Denver للأطفال الصغار المصابين باضطراب طيف التوحد (ESDM).

بعض النتائج:

منذ عشرات السنين، اهتمت عدة دراسات بهدف تقييم تأثير عملية التقليد في تطوير القدرات التقليدية و الاجتماعية عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

Warreyn, Paelt et Rogers (2014) يؤكدون على أهمية توجيه الكفالة المبكرة على تطوير مهارات التواصل الاجتماعي، و بالتحديد على تطوير عملية التقليد، الانتباه المشترك، و القدرة على اللعب.

Miniscalco, Rudling, Rastam, Gillberg et Johnels (2014) قاموا بدراسة أولية بهدف تقييم الأداء الاجتماعي و التواصل (عملية تقليد الحركات المعتادة) على المستوى البراغماتي للغة عند الطفل الصغير المصاب باضطراب طيف التوحد. حيث قاموا باختبار مجموعة مكونة من 34 طفل توحد بتقديم لأولياء شبكة تقييم تطور التواصل عند الطفل البالغ من العمر ما بين 08 و 30 شهر في مرحلتين من البحث.

ت 1 (متوسط العمر الزمني: 41 شهر)، و ت 2 (متوسط العمر الزمني: 54 شهر).

أظهرت النتائج المتحصل عليها وجود ارتباط قوي ما بين المهارات ما قبل لغوية و المهارات البراغماتية، حيث لوحظ فعالية و دور عملية التقليد في تطوير القدرات التواصلية و البراغماتية، و عليه استنتج الباحثون اثر هذه الدراسة أن لعملية التقليد دور أساسي في تطوير القدرات البراغماتية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، ولا بد للأبحاث القادمة أن تستهدف دراسة الميكانيزمات الأساسية وراء العلاقة ما بين عملية التقليد و قدرات التواصل البراغماتي.

من جهة أخرى، قامت الباحثة Nadel (2011) بدراسة تجريبية على 08 أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 84 شهر كلهم مصابين باضطراب طيف التوحد، و هذا قصد دراسة تأثير دور السلوكيات التقليدية على تطوير التواصل عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. تم اختبار الأطفال طبق المعايير التالية: تشخيص باضطراب طيف التوحد، العمر الزمني ما بين 30 شهر و 07 سنوات و غياب اللغة، تم تشخيص اضطراب التوحد باستعمال DSM-IV (APA, 2002)، و (Rutter, Lecouteur et Lord, 2003) ADI-R. أما حدة اضطراب التوحد تم تقييمها باستعمال سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (Schopler, 1988) CARS.

ساهم في هذه الدراسة مجموعة من الأخصائيين (17) في تقييم و تدريب القدرات التقليدية عند الأطفال الثمانية لمجموعة البحث. الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو جعل الأطفال قادرين تدريجيا على القيام بعملية التقليد و حتى يصبحوا قادرين على اكتساب وسيلة فعالة للتواصل غير اللفظي.

تكمن الخطوة الأولى في تقييم حدة اضطراب التوحد باستعمال سلم تقييم اضطراب التوحد الطفولي

.CARS

تشير النتائج المتحصل عليها من خلال هذا السلم إلى حصول الأطفال على درجة حدة اضطراب التوحد تتراوح ما بين 31 و 56.

تم بعدها تقييم سن التطور باستعمال البروفيل النفسو-تربوي، المراجع PEP-R (Schopler, 1994). تشير النتائج المتحصل عليها من خلال البروفيل إلى سن تطور يتراوح ما بين 12 و 20 شهر. بعد ذلك، تم تمرير و تنقيط سلم تقييم عملية التقليد. مع ذكر أن هذا السلم يقيس القدرات التقليدية في ثلاث سياقات مختلفة: التقليد العفوي، الوعي بأن الآخرين يقلدونه و التقليد عن طلب. بالزيادة هذا السلم يهدف إلى التمييز بين مختلف أشكال عملية التقليد (التقليد باستعمال الأشياء، التقليد بدون استعمال الأشياء، تقليد الأفعال الروتينية و غير الروتينية، تقليد أفعال بسيطة و أفعال معقدة).

تم تقديم شبكة الملاحظة للأولياء: (Comportement Physique Sociale et Emotionnel) CPSE تتكون هذه الشبكة من 14 بند موزعة على 05 فئات (السلوك الانفعالي، الاجتماعي، الوضعي الحركي، الأفعال، التواصل البصري، و السلوكيات المميزة).

بعد نهاية التقييم، تم تمرير بروتوكول فردي قائم على تطور عملية التقليد عند الطفل الصغير ذو التطور النمطي (Typique). تم تصميم هذا البروتوكول بناء على مجموعة من خصائص التطور و طبقا لمستوى التقليد لكل طفل:

- تقليد حركات بسيطة للجسم مسجلة في الأخير (بالنسبة للأطفال الذين ليس لهم القدرة تماما على

التقليد)

- تقليد حركات تتطلب تتبع مسار الجسم (بالنسبة للأطفال القادرين على تقليد حركات بسيطة للجسم)

- تقليد أفعال روتينية تتطلب حركات أساسية (بالنسبة للأطفال القادرين على تقليد مسار الجسم)

- تقليد أفعال معقدة متكونة من عدة أفعال روتينية (بالنسبة للأطفال القادرين على تقليد أفعال روتينية)

- تعاقب سلسلة (أفعال روتينية مع فعل غير روتيني، أفعال غير روتينية مع فعل باستعمال شيء)

بعد تدريب الأطفال على البروتوكول المركز على عملية التقليد، تم إعادة تقييم القدرات التواصلية و القدرات التقليدية باستعمال ال PEP-P، و حدة اضطراب التوحد باستعمال ال CARS و هذا بهدف إظهار تأثير التدريب على عملية التقليد، حدة اضطراب التوحد، و شدة تردد السلوكيات غير الملائمة. تهدف هذه الدراسة إلى اختبار ثلاث فرضيات:

1 حسب النتائج المتحصل عليها من خلال التقييم، قبل و بعد التدريبات، و على أساس المقابلة مع الأولياء هناك ارتفاع ملحوظ لسلوكيات التفاعل الايجابي عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

2 حسب شبكة النتائج المتحصل عليها من خلال CPSE، هناك انخفاض السلوكيات غير الملائمة.

3 وجود تأثير ايجابي على مستوى ميدان عملية التقليد و حدة اضطراب التوحد.

أظهرت النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة ارتفاع ملحوظ على مستوى عملية التقليد، و السلوك الايجابي وهذا ما أكدت عليه ملاحظات الأولياء، و انخفاض في درجات حدة اضطراب التوحد.

1.4. عملية التقليد و برنامج التحليل السلوكي:

يعد برنامج التحليل السلوكي (Applied Behavior Analysis) من البرامج الشائعة المستعملة للكفالة بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث يقوم هذا البرنامج بخلق علاقة ما بين مبادئ التحليل السلوكي و السلوكيات ذات الطابع الاجتماعي (Riviere, 2006). تم تطويره منذ الثلاثينات، في

الولايات المتحدة، و ينطبق من الدراسات الأولى حول التحليل التجريبي للسلوك، ومن رواد هذا البرنامج الأخصائي النفسي B.F-Skinner.

قام الباحثون و الأخصائيون الذين اهتموا ببرنامج ال ABA على وصف مجموعة من المفاهيم و الإجراءات التي تسمح لنا بالتأثير على تطور سلوكيات الطفل المصاب بالتوحد.

يعد التعزيز من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها هذا البرنامج. يتمثل في تقديم حدث أو مكافأة ايجابية للطفل أو للشخص الذي قام بتحقيق الفعل المطلوب منه. هذا الإجراء يربط ما بين حدثين بيئين: سلوك الطفل (الاستجابة)، و النتيجة (تبعاً لاستجابة الطفل). هناك عدة أشكال للمعززات: المعززات الأولية، الثانوية و الاجتماعية.

التوجيه أو الإرشاد من بين الإجراءات التي تسمح بظهور الاستجابة المرغوب فيها. هناك عدة أشكال للتوجيه: التوجيه اللفظي، التوجيه البصري، و التوجيه الحركي Riviere (2006) .

تعد عملية التقليد من بين الإجراءات المستعملة في برنامج التحليل السلوكي لتعليم سلوكيات جديدة.

Riviere (2006) يعرف عملية التقليد بأنها كفاءة تسمح للشخص بمطابقة سلوكه مع النموذج الملاحظ أو « الانخراط في سلوك مماثل للسلوك الملاحظ ».

التوجيهات عن طريق التصميم لها علاقة بالتوجيهات الأخرى (البصرية أو الحركية).

يسير المؤلف على أن النماذج تساهم بصفة فعالة على ظهور سلوكيات جديدة بالنسبة للطفل الذي اكتسب القدرة على تقليد سلوك ما. عندما يكتسب الطفل القدرة على التقليد بصفة عامة، فهنا نستطيع القول ان الطفل اكتسب القدرة على "تعميم عملية التقليد".

يؤكد Bandura (1965) على أهمية استعمال سلوك التقليد في الحياة الاجتماعية للشخص.

معظم الأولياء يستعملون عملية التقليد لتعليم أطفالهم مهام جديدة (كيفية الغسل، جلد الأحذية، الخ).

يستعمل الأخصائيون مهارة التقليد في البرامج التدريبية الفردية مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد حيث تعلم سلوك « برافو » و « إلى اللقاء » باستعمال اليدين قد يؤثر بصفة فعالة على تطوير قدراتهم التواصلية و الاجتماعية. و بهذا يستعمل التصميم في مختلف أشكال السلوك، من السلوك البسيط إلى السلوك المعقد كالتصميم الجسدي و اللفظي. و عليه فانه من الضروري تحليل التمرين، كخطوة أولى، إلى مجموعة من الأفعال و هذا بهدف تسهيل التعلم و الاكتساب. حيث حسب بعض المؤلفين، إدماج الوصف اللفظي لتعلم سلوك ما يجعل التصميم أكثر فعالية (Hay, Murray, Cecire & Nash, 1985)

2.4. عملية التقليد في نموذج Denver للأطفال الصغار (EMDS) :

قام كل من Dawson و Rogers (2013) بتصميم نموذج للتكفل المبكر بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. هذه الطريقة المسماة ب « نموذج التكفل المبكر ل Denver « أو (Early Start Denver Model) ESDM تساهم بصفة فعالة على بناء التفاعلات و التواصل الاجتماعي بالتركيز على مبادرة الأطفال على التوجه نحو الآخرين، و التفاعل معهم.

يرتكز ال ESDM على النموذج البنائي « Constructiviste » الذي يعتبر أن الطفل الصغير قادر على بناء قدراته الاجتماعية و المعرفية على أساس تجاربه الحركية، الحسية و الانفعالية. كما يرتكز كذلك على نموذج المعاملات « Transactionnel » الذي يأخذ بعين الاعتبار محيط الطفل و الاشخاص الذين يعتنون به.

يستند ال ESDM أساسا على إستراتيجيتين للتعليم، تتمثل الإستراتيجية الأولى في « تدريب الاستجابات المحورية » . تم نشر هذه التقنية لأول مرة في سنوات 1980، و تعتبر حاليا من بين الممارسات التي تم

التحقق منها أنها تساهم بصفة فعالة على تطوير القدرات التواصلية عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. تستعمل هذه الأخيرة بعض مبادئ التحليل السلوكي (ABA). لكنها تختلف عن طريقة التعليم باستعمال المحاولات المنفصلة (essais distincts) (Lovaas, 1987) لأنها تفضل التركيز على حافز الطفل على التفاعل مع الأشخاص و المباشرة في فرص متكررة للتعلم عن طريق استعمال تمارين و أشياء جد محبوبة عند الطفل، تناوب ما بين المهام التي تم استيعابها و بين المهام التي لم يتم استيعابها بعد، مع مراعاة اختيار الطفل.

حسب Bates (1976)، يقوم التواصل اللفظي و غير اللفظي بتنسيق أفعال الأشخاص، مما يسمح للشركاء بتبادل خبراتهم، نواياهم، رغباتهم، أفكارهم، مصالحهم و مشاعرهم. و عليه يجب تطوير مجموعة الوظائف التواصلية و البراغماتية بدقة لدفع الطفل على طلب حاجته أو التعليق على حالة أو تجربة معاشة.

اعتمد كل من Rogers et Dawson (2013) على خمسة وظائف أساسية لبناء هذا البرنامج: عملية التقليد، التواصل غير اللفظي، التواصل اللفظي، تطور اللعب و التطور الاجتماعي.

يتم تقييم هذه الوظائف باستعمال قائمة مرجعية بهدف تقييم مستوى القدرات لدى الطفل، و عليه يتم صياغة أهداف لتدريب الطفل على تحقيقها لمدة 03 أشهر. بعد هذه المدة تسطر أهداف جديدة طبقاً لتقييم جديد (باستعمال القائمة المرجعية لتقييم مستوى القدرات). في بداية التدخل، يجب تدريب جميع القدرات التطورية المستهدفة من خلال الأنشطة الروتينية المشتركة. تم تصميم و تطوير هذا المبدأ من طرف Bruner (1981)، و الذي يشير إلى تنفيذ أنشطة اللعب أين يلعب فيها كلا الشريكين دوراً محورياً في تطوير وظائف التواصل. يشارك الراشد التحكم في اللعب باختيار الأشياء المتوفرة و المقترحة لاختيار الطفل بطبيعة الحال، يجب تدريب و تعليم هذه القدرات بصفة مكثفة من أجل استعادة التأخر على مستوى

تطور الطفل و الراجع لحد كبير، حسب Rogers et Dawson (2013)، لنقص فرص التعلم لدى الطفل. بالزيادة تعتبر مشاركة الأولياء من المكونات الأساسية للتدخل باستعمال ال ESDM. و عليه يجب المباشرة بالتفاعلات الاجتماعية بصفة منتظمة و هذا طوال اليوم.

يشير كل من Schreibman et Koegel (2005) على انه للحصول على أفضل النتائج مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يجب على الأولياء اكتساب جميع المهارات التفاعلية اللازمة لكي يصبحوا قادرين على الاهتمام بالتبادل و التواصل الاجتماعي طوال الفترة المبكرة للطفل.

مساهمة الأولياء و ممارستهم اليومية مع أطفالهم تؤثر بصفة كبيرة على معدل ظهور السلوك الاجتماعي الايجابي، و على تعليم الحركات الجديدة في مختلف ميادين التطور لدى الطفل.

يمر الأخصائي بمجموعة من المراحل لتعليم سلوكيات التقليد للأطفال الصغار المصابين باضطراب طيف التوحد:

- تعليم تقليد الحركات الفموية-الوجهية.

- تعليم التقليد الصوتي و اللفظي.

- تعليم التقليد باستعمال الأشياء.

- تعليم تقليد حركات الجسم بدون استعمال الأشياء.

و عليه يستحسن استعمال الأشياء بصفة مزدوجة، لأنها تسمح للطفل بتطوير عملية التقليد التلقائي و السريع تزامنا مع النموذج. كما انه ينصح بعدم تقديم تعليمات شفوية مختلفة أثناء التدريب أو التعليم. على المختص أو المدرب، تشجيع الطفل يقول له « انظر »، « افعل معي »، « هيا حان دورك ».

بما أن التدريب على التقليد يتطلب في اغلب الأحيان أفعال و حركات، فمن الضروري، عند استعمال طريقة ال ESDM تحديد الجوانب الأساسية للحركات أو الأفعال بكلمة أو جملة قصيرة مع تكيف مستوى تعقيد اللغة للطفل، و بالتالي فالأخصائي سوف يستعمل كلمات و أفعال مثل "داخل" ، "تحت" ، "بسرعة" ، "اضرب" ، "انزع" ، "صفق" الخ، أو استعمال التصويب الانفعالي عندما يتعذر استعمال كلمات مكيفة مع مستوى الطفل مثل "بوم" ، "توك توك" ، الخ.

❖ تعليم تقليد الحركات الفموية الوجهية:

يعد تقليد الحركات الفموية الوجهية من بين المكونات الأساسية تطور اللغة عند الطفل الصغير المصاب وغير المصاب باضطراب نمائي. و بما أن هذا المكون يكون عموماً صعباً للتعلم عند أغلبية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، فلا بد من بداية تعليمه عندما يكتسب الأطفال ذخيرة من القدرة على تقليد الأفعال، الحركات، أو الإيماءات Rogers et Dawson (2013)، لا بد من بداية تعليم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تقليد الحركات الفموية الوجهية عندما يصبح هؤلاء قادرين على التقليد العفوي للأفعال، و الحركات الصادرة من طرف الراشد. يتم هذا التعلم عن طريق تقديم محفزات مثل لعبة الفقاعات، اللعب مقابل المرآة، أو باستعمال الشمعة، ثم نشجع الطفل على استعمال مختلف أعضاء جسمه، على سبيل المثال: تعليم الطفل على لمس أنفه، شفتيه، اللسان أو الأسنان كما نستطيع أن نطلب منه النفخ داخل كرة، أو على الشمعة.

بمجرد أن يتمكن الأطفال من إعادة إنتاج حركات الوجه و الرأس، يباشر المختص في تعليم الإيماءات التقليدية و التواصلية عن طريق التقليد.

❖ تعليم التقليد باستعمال الأشياء:

بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ذو مستوى وظيفي ضعيف، يبدأ تعليم سلوكيات التقليد لديهم بقسم التقليد باستعمال الأشياء.

لا نباشر في هذا القسم إلا بعد ملاحظة كيفية استعمال الطفل للأشياء في سياق اللعب. في سبيل المثال، إذا ضرب الطفل على الطبل، على المختص اخذ دوره، و القيام هو الآخر بالضرب على الطبل ثم يعيد الطبل للطفل. هذا التقاسم و التبادل للأشياء يسمح للطفل بمواصلة سلوكه عن طريق تجريب التزامن ما بين شخصين يقومان بنفس المهام. عندما يصبح الطفل قادرا على إعادة ثمانية إلى عشرة أفعال على الأكثر، على المختص اقتراح أفعاله و تعليمها للطفل، و بهذا فسوف يكون بمثابة نموذج باستعمال الأشياء التي لم يستعملها الطفل.

حينما يصبح الطفل قادرا على تقليد أفعال بسيطة، يقوم المختص بإضافة حركات و أفعال تجلب انتباه الطفل لطابعها الجديد.

هذه الطريقة سوف تسمح للطفل بتطوير قدرته على اللعب الوظيفي و الرمزي، و هذا لان تعليم القدرة على اللعب من بين الخطوات الأساسية للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، هذه الأخيرة، ترتكز أساسا على قدرة الطفل في التقليد باستعمال الأشياء.

مراحل تعلم اللعب الحسي-حركي يتماشى مع مراحل التدريب على التقليد باستعمال الأشياء. « الاختلاف الوحيد يكمن في أن هدف اللعب الحسي-حركي هو أن يباشر الطفل في مجموعة من الأفعال، بينما هدف التقليد باستعمال الأشياء يخص إلا عملية التقليد » (Rogers et Dawson, 2013).

فيما يخص تقليد الأفعال باستعمال الأشياء، فهذه الأخيرة تتدخل بصفة فعالة في تطوير قدرات اللعب عند الطفل الصغير المصاب باضطراب طيف التوحد. على الطفل التوحيدي تعلم استعمال الأشياء بطريقة اجتماعية عادية، بدلا من الاهتمام بجوانبه الإدراكية (البصرية، السمعية، الشمية، أو اللمسية)، أو استعماله بصفة تكرارية.

❖ تعليم التقليد الحركي:

يتم تعليم التقليد الحركي في ال ESDM أثناء تعليم الأفعال الروتينية الاجتماعية ذات الطابع الحسي، بالأخص روتينيات الأغاني. يستعمل كذلك التقليد الحركي في تعلم حركات التواصل و المحادثة "كالإشارة بالإصبع" ، "نعم أم لا" "الإشارة لتعيين الملكية"، "أحسننت" الخ. كما يستعمل في تعلم الحركات الوصفية للتعبير عن المفاهيم المجردة: "كبير"، "ضخم"، "صغير"، "قليل"، "كثير" الخ. عندما تتطور ذخيرة الطفل، على المختص التركيز على الاستعمال البراغماتي للحركات الروتينية و الوصفية، و الحرص على تعميمها في مختلف سياقات الحياة اليومية.

❖ تعليم التقليد الصوتي:

تلعب خطوة تعليم التقليد الصوتي أو اللفظي دورا هاما في سيرورة اكتساب و تطور اللغة عند الطفل الذي يعاني من اضطراب على مستوى اللغة التعبيرية.

إن تعليم التقليد الصوتي عند الأطفال الذين لا يملكون لغة لفظية قد يستغرق وقت طويل، و هذا بسبب احتواء البرنامج المخصص للتقليد الصوتي أو اللفظي على عدة خطوات وفق التطور اللفظي عند الطفل الصغير. تتمثل الخطوات الأولى للبرنامج في تشجيع الطفل على إصدار أصوات (Vocalisations)، حيث حسب Rogers et Dawson (2013) « التمارين الاجتماعية ذات الطابع الحسي من أكثر المنثيرات المسببة في إصدار مختلف أشكال الأصوات » .

من جانب آخر، لا بد من تعزيز و مكافأة كل محاولة على التصويت غير الصراخ، أو البكاء. تعمل هذه الخطوة على زيادة تردد إصدار الأصوات المتعمدة، كما أن على المختص أو الأولياء إعادة إصدار نفس الأصوات التي تم إصدارها من طرف الطفل، و هذا الوضع في سياق تبادل الدور ،"يصبح الأطفال أكثر وعيا بالشخص الآخر و يميل أكثر لعملية التقليد، كلما قلده الآخريين " (Dawson et Galpert,1990)

كلما زاد تردد إصدار الأصوات كلما دفعنا الطفل على إصدار مجموعة مختلفة من الأصوات، و نزيده تعقيدا تدريجيا، حيث يبدأ بتقليد أصوات مكونة من حروف و حركات، ثم كلمات بسيطة مكونة من فونيمات مماثلة، ثم مختلفة، حتى يصبح قادرا على تقليد كلمات معقدة. و باختصار، لا بد من تعزيز و مكافأة مختلف أشكال التقليد التي يقوم بها الطفل سواء كانت أفعال، تقليد حركي أو صوتي. هذا الإجراء سوف يحفز و يخلق تناسق ما بين الاتصال العصبي المسئولة عنها (Vidoni et Boyd, 2008). في حين إذا ما كان التمرين المقدم من طرف المدرب أو الأخصائي صعب بالنسبة للطفل التوحدي، أو إذا ما كان رفض في التنفيذ من طرف هذا الطفل، فعلى المختص تغيير التمرين و تقديم تمرين بسيط سهل التنفيذ، وبعدها التبديل ما بين القدرات المكتسبة و القدرات التي في طريق الاكتساب.

من خلال الدراسات والأبحاث التي تم التطرق إليها في الجانب النظري لدراستنا و المتعلقة بخصوصيات و تطور الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد التي تؤكد معظمها على وجود صعوبات كبيرة إن لم يكن فقدان تام لسلوك التواصل اللفظي و غير اللفظي، حيث أن اغلب الباحثين يرجعون عجز الطفل التوحدي في الاتصال الذي يعيق اندماجه و يحدد تفاعلاته الاجتماعية إلى عجز على مستوى عملية التقليد.

في حين، جاءت دراستنا جديدة أثبتت العكس، و هذا استنادا للدراسات السابقة المتعلقة بالقدرات التقليدية للمولود الجديد، التي تنص على كون الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، قادرين على تطوير قدراتهم التقليدية و على أنهم يحضون بالحصول على نتائج مرضية كلما كان التكفل بهم في مرحلة مبكرة (Nadel, 2002)، و عليه فان التطور على مستوى القدرات التقليدية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، قد يسمح له بتطوير قدراته التواصلية.

و على هذا الأساس جاءت دراستنا التي تهدف إلى دراسة مدى فعالية و دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى مجموعة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في مرحلة مبكرة، ولهذا الغرض تم تقييم مستوى عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي، بتطبيق بطارية تقييم القدرات المعرفية و الاجتماعية و الانفعالية المكيفة على البيئة الجزائرية، كما اهتمنا أيضا بمعرفة إذا ما كان التطور على مستوى عملية التقليد، و التواصل غير اللفظي له تأثير ايجابي على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد و هذا ما سنعرضه بالتفصيل في الجانب التطبيقي لبحثنا.

الجزء الثاني:

الجانب المنهجي التطبيقي

الفصل الرابع:

الخطوات المنهجية للبحث

تعتبر الدراسة الميدانية من أهم مراحل البحث حيث يتمكن الباحث هنا من تحصيل و جمع البيانات و المعلومات حول مجال بحثه و دراسته ، ثم يقوم بعد ذلك بتفريغ تلك البيانات وتفسيرها و تحليلها وفقا للطرق و الأساليب المنهجية ، ليتم بعد ذلك التوصل إلى نتائج تكون بمثابة السند الأساسي للجانب النظري ويتحقق من كل هذا على صدق أو خطئ الفرضيات المقترحة من طرف الباحث.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى منهجية الدراسة الميدانية، وذلك بتحديد مجموعة البحث و مواصفاتها، أدوات البحث و كل الخطوات المتبعة من أجل تطبيق الدراسة الميدانية.

1. الدراسة الاستطلاعية:

اهتمت بعض الدراسات السابقة التي ارتبطت بمتغيرات بحثنا بأهمية برامج التدخل المبكر في تطوير و تنمية مهارات التقليد و التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في مرحلة مبكرة على اعتبار أنها مهارات أساسية للتواصل اللفظي لديهم في مراحل متعاقبة، و التي أثبتت فعاليتها. حيث أخذت تلك البرامج منحى المنهج التجريبي القائم على الضبط التجريبي للمتغيرات، و توزيع العينات إلى مجموعات تجريبية و ضابطة.

فيما يخص دراستنا، لم نقم عمدا باختيار مجموعة ضابطة أو مرجعية متكونة من أطفال غير مصابين باضطراب طيف التوحد، أي ذو تطور عصبي نمطي (Neurotypique)، و هذا لأننا لا يمكننا مقارنة مجموعتين ذو تطور عصبي مختلف، حيث حسب الدراسات (Motttron, 2004)، الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لديهم تطور عصبي غير نمطي، و بالتالي إدراكهم و معالجتهم للمعلومة يكون مختلف بالنسبة لأقرانهم ذو التطور العصبي النمطي (Neurotypique).

كما أننا أردنا اخذ مجموعة ضابطة متكونة من أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد غير خاضعين للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد لكن استحال الأمر لعدم وجود العدد الكافي (30 طفل الموافق

للفئة العمرية (18 شهر -03 سنوات)، و هذا راجع للتشخيص المتأخر الذي يؤدي إلى أن اغلب الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يخضعون للكفالة في سن متقدم، ما فوق 04 سنوات و هذا ما يقل من حظهم على اكتساب و تطوير قدراتهم و مهاراتهم التقليدية و التواصلية.

كما ارتأينا إلى استعمال أداة ECSP (شبكة تقييم التواصل الاجتماعي المبكر) و التي تقيم أهم متغيرات بحثنا المتمثلة في وظائف التواصل غير اللفظي الثلاث: الانتباه المشترك، التفاعلات الاجتماعية، و تعديل السلوك.استحال لنا الأمر لعدم توفر هذه الأداة على المستوى الإكلينيكي الجزائري، عندما قمنا بطلب هذه الأداة على المستوى الدولي، لم يتم تسليمها لنا في الوقت المناسب مما أدى إلى تعذر استعمالها في إطار دراستنا، وتم تعويضها ببطارية ال BECS التي تشمل هي الأخرى كل متغيرات بحثنا.

2. المنهج المستخدم في البحث:

يشير مفهوم المنهج إلى الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة مشكلة موضوع البحث. و يجيب هذا المفهوم على الكلمة الاستفهامية "كيف؟" و بعبارة أخرى، إذا سألنا كيف يدرس الباحث الموضوع الذي أمامه؟ فإن الإجابة على ذلك تستلزم تحديد نوع المنهج (تركي، 1984).

والمنهج طريقة بحث، والطريقة تتبع دوما خصائص الموضوع المدروس ومواضيع البحث العلمي متنوعة، وكذلك خصائصها. وبالتالي فان مناهج البحث متعددة ومتغيرة، ولا توجد طريقة معينة واحدة للبحث العلمي، وإنما هناك عدة طرق وأساليب علمية يمكن استخدامها على واقع موضوع البحث، طالما أنها تتفق مع الخصائص الأساسية المميزة للتفكير و البحث العلمي و إضافة إلى هذا، فان للحدس العلمي دوره في تفكير الباحث وبحثه (صلاح الدين، 2003).

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى دور و فعالية عملية التقليد في تطوير مهارات الاتصال غير اللفظي باستعمال بطارية (BECS) لتقييم النمو المعرفي و الاجتماعي الانفعالي، لهذا الغرض تم استخدام المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

❖ تعريف المنهج التجريبي ذو المجموعة الأولى:

يلجأ الباحث إلى مجموعة واحدة من الأفراد يقيس اتجاهاتهم بالنسبة لموضوع معين ثم يدخل المتغير التجريبي الذي يرغب في معرفة أثره و بعد ذلك يقيس اتجاه أفراد المجموعة للمرة الثانية (صلاح الدين، 2003).

3. تقديم مجموعة البحث:

مجموعة البحث متكونة من 30 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد (9 إناث و 21 ذكر) تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهر و 3 سنوات مع معدل السن يقدر بـ 26 شهر (2 سنوات و 2 اشهر) - تم تشخيص الأطفال بناء على المعايير المطبقة من طرف (CIM10) التصنيف العالمي للأمراض الطبعة العاشرة، والـ (DSMV) الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الخامسة، التوحد درجة وتقييم عن طريق سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (CARS-T).

كل أفراد مجموعة البحث مصابين باضطراب طيف التوحد بدون اضطراب عقلي أو حركي مصاحب (تم التأكد من هذا التشخيص من خلال الأخصائية في الأمراض العقلية للأطفال). حيث كل أفراد مجموعة البحث مصابة باضطراب طيف التوحد من نوع توحد طفولي أين تكون القدرات التقليدية جد مضطربة لديهم على عكس التوحد غير النمطي (Non spécifique)، أين تكون القدرة على التقليد لديهم محتفظة. سن التطور الذي تم تقييمه عن طريق بطارية تقييم الوظائف المعرفية الاجتماعية الانفعالية (BECS) يتراوح ما بين 8 و 26 شهر بمعدل يقدر بـ 16,82 شهر.

اختيار درجة التوحد من بين الخصائص الأرتفونية لمجموعة البحث و هذا ما يوضحه (الجدول رقم 04)

جدول رقم 04: خصائص مجموعة البحث

الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		خصائص مجموعة البحث
ذكور	إناث	ذكور	إناث	
3,42	2,66	25,5	26,8	الجنس
4,76		26,2		العمر الزمني (شهر)
4,62		16,82		العمر التطوري (شهر)
2,37		36		درجة التوحد

4. الوسط اللساني لمجموعة البحث:

ينتمي أفراد مجموعة البحث إلى أوساط مختلفة حيث أننا نجد اللغة العربية (الدرجة واللغة العربية الكلاسيكية) واللغة الفرنسية، لكن ما يمكن قوله هو بالرغم من اختلاف اللغات إلا أن هذا لم يشكل عائقاً أثناء تمرير الاختبارات على الحالات.

5. مكان إجراء البحث:

تم إجراء البحث على الحالات المصابة باضطراب طيف التوحد في عيادة خاصة للفحص والكفالة الأطفونوية الواقعة بحي 1 نوفمبر 1954 رقم 37، بابا حسن الجزائر العاصمة وهي عيادة تتكفل بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في إطار حصص فردية وجماعية من طرف فرقة مكونة من مختصين في الأطفونوية.

6. خطوات البحث:

اتبعتنا أثناء دراستنا الخطوات الأساسية التالية:

1.6. مرحلة الاختبار القبلي: في بداية الأمر قمنا بالتعرف على الطفل و بناء علاقة مع الحالة و خلق جو

من التآلف مع المختصة و مع المكان الذي ستجري فيه الاختبارات كما تعرفنا إذا كانت الحالة مناسبة

للبحث أم انه يجب استقصائها من مجموعة البحث في حالة ما إن كانت تعاني من أي اضطراب أو إصابة

عضوية مصاحبة (كالفقدان السمعي، نوبات الصرع، تأخر نفسو-حركي) و التي من شأنها أن تؤثر على النتائج المتحصل عليها. ثم قمنا بتقييم مهارات عملية التقليد ، و التواصل غير اللفظي لديه، باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية و الاجتماعية الانفعالية (BECS)، كما أردنا معرفة إذا ما كان تطور على مستوى عملية التقليد قد يؤثر على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد، لهذا الغرض قمنا بتقييم درجة حدة اضطراب طيف التوحد باستعمال سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (CARS-T)، و هذا قبل التدريب (انظر الملحق رقم 08). استغرقت هذه المرحلة 04 أسابيع (من أكتوبر إلى نوفمبر 2013). تم تقييم كل طفل من مجموعة البحث بصفة فردية، في مكان هادئ بعيد عن الضجة، و خالي من المحفزات التي قد تشتت انتباه الطفل. مدة تمرير البطارية تقدر ما بين 45 إلى 60 دقيقة، حيث تم تصوير بالفيديو معظم الجلسات و هذا بإذن من الأولياء، لان الفيديو يسمح للأخصائي بتحليل و تقييم سلوك الطفل بصفة أكثر موثوقية (Fiable) كما قمنا بملائمة و تكييف فترة تمرير البطارية حسب وضع و سلوك الطفل، خاصة مع الأطفال الذين رفضوا التجاوب، أو اظهروا سلوكيات غير ملائمة مثل: الغضب، إيذاء النفس، أو العدوانية. في بعض الحالات، قمنا بتغيير ترتيب تطبيق بنود البطارية، أو إلغاء التطبيق و تأجيله لان حالة الطفل لم تسمح بمواصلة التقييم.

2.6. مرحلة التدريب (التجريب): قمنا من خلال هذه المرحلة بتدريب الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة بحثنا باستعمال برنامج تدريبي مركز على عملية التقليد. حيث كان الهدف الرئيسي لهذا البرنامج هو تطوير القدرات التقليدية لهؤلاء الأطفال، و لتجنب مختلف المحفزات التي قد تشتت انتباههم، تم تدريب الأطفال بصفة فردية، داخل قاعة هادئة، و خالية من الأشياء و المصادر الجذابة، التي تصدر أصوات، أو ضجة. نشير إلى أن كل الألعاب و الأشياء المستعملة أثناء التمارين التدريبية كانت متوفرة في نسخة مزدوجة، و بها يمتلك الطفل نفس اللعبة، أو الشيء الذي يمتلكه المدرب (الأخصائي الارطوفوني). إن استعمال الألعاب و الأشياء بنسخة مزدوجة يسمح بتطوير بصفة سريعة و أوتوماتيكية عملية التقليد تزامنا

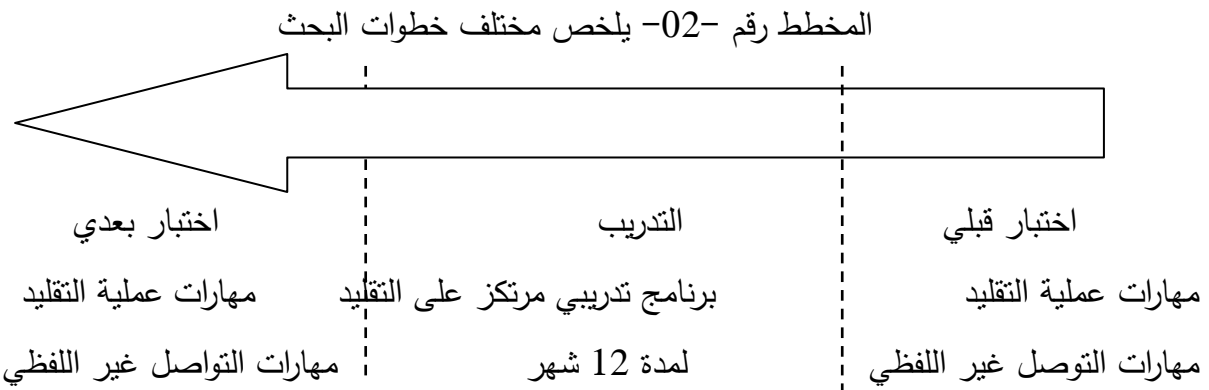
مع النموذج. خضع كل طفل توحدي من مجموعة بحثنا للبرنامج التدريبي لمدة 12 شهر (من ديسمبر 2013

إلى ديسمبر 2014)، و هذا من خلال حصص تدريبية تقدر بـ 45 دقيقة بمعدل حصتين في الأسبوع.

3.6. مرحلة الاختبار البعدي: تم فيها إعادة تقييم مهارات عملية التقليد، و التواصل غير اللفظي، و كذا

وحدة اضطراب طيف التوحد، بعد التدريبات، دامت هذه المرحلة مدة 04 أسابيع (من جانفي إلى

فيفري 2015).



7. التقنيات المستعملة في البحث:

إن لكل بحث تقنياته الخاصة و التي تستعمل لغرض معين، لذا فالتقنيات أو الأدوات التي استعملناها في

بحثنا هذا تهدف لدراسة دور عملية التقليد في تطوير مهارات الاتصال غير اللفظي عند الطفل المصاب

بطيف التوحد باستعمال بطارية (BECS).

• تم استعمال شبكة التقييم التشخيصي (DSMV) تابعة للدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي

للأمراض العقلية الطبعة الخامسة. (للتأكد أو نفي تشخيص اضطراب طيف التوحد) ،

• شبكة التقييم التشخيصي للتصنيف العالمي للأمراض الطبعة العاشرة (CIM10) (للتأكد أو نفي

تشخيص اضطراب طيف التوحد).

• مقياس تقييم التوحد الطفولي (CARS-T) لتقييم درجة وحدة الاضطراب (قبل و بعد التدريب)،

• بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية الانفعالية (BECS) (من أجل تقييم و مقارنة القدرات

التقليدية و مهارات التواصل غير اللفظي قبل وبعد التدريب).

قبل استعمال كل هذه التقنيات (للتشخيص و التقييم) على أفراد مجموعة البحث تمت المقابلة الأولية مع

الأولياء (L'entretien préliminaire).

1.7. المقابلة الأولية مع الأولياء L'entretien préliminaire :

و هي تسمح لنا بتحديد الصعوبات التي تواجهها الحالة، السوابق العائلية والطبية وكذا خصائص النمو لدى

الحالة في كافة النواحي وكذا على طول مختلف المراحل العمرية.

هذه المقابلة تسمح لنا بـ:

- التعرف أكثر على الحالة والحصول على المعلومات الضرورية قبل إجراء الاختبارات.

2.7 مقياس تقييم التوحد الطفولي (CARS-T):

مقياس تقييم التوحد الطفولي هو مقياس يحتوي على 15 بند سلوكي(راجع الملحق رقم 3)، تم بناؤه لتحديد

الأطفال الذي يعانون من اضطراب التوحد و تمييزهم من الأطفال الذي يعانون من اضطراب النمو دون

متلازمة التوحد.

هذا المقياس يسمح أيضا بتمييز الأطفال ذوي علامات التوحد الخفيف أو المتوسط من الأطفال ذوي

علامات التوحد الشديد.

تم بناء الإصدار الأول من هذا المقياس من قبل Reichler & Schopler عام 1971 وهذا لمنح

المختصين أداة موضوعية لتشخيص التوحد من خلال البنود التالية:

- الاتصال بالآخرين.

- التقليد.

- الاستجابة الانفعالية.

- استخدام الجسم.
- استخدام الأشياء.
- التكيف مع الغير.
- الاستجابة البصرية.
- الاستجابة السمعية.
- استجابة التذوق، الشم واللمس واستخداماتها.
- الخوف والعصبية.
- الاتصال اللفظي.
- الاتصال غير اللفظي.
- مستوى النشاط.
- مستوى وثبات الاستجابة المعرفية.
- الطباعات وملاحظات عامة.

يقوم الأخصائي من خلال ملاحظته للطفل وبناء على المعلومات المتحصل عليها من الأهل بإعطاء درجة للطفل تتراوح من 1 إلى 4 نقاط بحسب مطابقتها لبنود الاختبار، ثم يقوم بحساب المجموع وتحديد شدة التوحد حسب الآتي:

- أقل من 15 = لا يوجد توحد.
- من 15 إلى 33 = خفيف
- من 33 إلى 39 = متوسط.
- من 39 إلى 60 = حاد

3.7 بطارية التقييم المعرفي الاجتماعي والانفعالي BECS:

تم تصميم هذه البطارية بالاعتماد على نموذج النمو المعرفي في المرحلة الحسو حركية (من الولادة إلى سن العامين) لبياجيه عام 1977، وهي تسمح بتقييم 16 وظيفة معرفية واجتماعية للأطفال ذوي مستوى نمو يتراوح بين 4 و 24 شهر.

وتتكون البطارية من مجموعة من الألعاب، الأشياء والصور (راجع الملحق رقم 4).

ونميز في هذه البطارية ميدانيين: ميدان المعرفة الحسو حركية والذي يضم 7 قدرات، وميدان المعرفة الاجتماعية والانفعالية والذي يضم 9 قدرات. كل واحدة من هذه القدرات موزعة على أربعة مستويات من الأضعف إلى الأقوى، كل مستوى يوافق قدرة عمرية محددة للنمو النفسي حيث:

- المستوى الأول: 4 أشهر إلى 7 أشهر و 30 يوم

وهو يوافق مرحلة ردود الأفعال الدائرية الثانوية حسب نموذج النمو المعرفي لبياجيه (المرحلة الثالثة من فترة النمو الحسو حركي).

- المستوى الثاني: من 8 أشهر إلى 11 شهر و 30 يوم

وهو يوافق مرحلة التنسيق بين ردود الأفعال الدائرية الثانوية حسب نموذج النمو المعرفي لبياجيه (المرحلة الرابعة من فترة النمو الحسو حركي)

- المستوى الثالث: من 12 شهر إلى 17 شهر و 30 يوم

وهو يوافق مرحلة ردود الأفعال الدائرية الثالثة حسب نموذج النمو المعرفي لبياجيه (المرحلة الخامسة من فترة النمو الحسو حركي).

- المستوى الرابع: من 18 إلى 23 شهر و 30 يوم

وهو يوافق التمثيل الرمزي حسب نموذج النمو المعرفي لبياجيه (المرحلة السادسة من فترة النمو الحسو حركي)

البنود عبارة عن سلوكيات يمكن ملاحظتها أثناء تمرير إجراء الاختبار مع الطفل، كما يمكن استخلاصها من المعلومات المتحصل عليها من طرف الأولياء.

المعرفة الحسو حركية تضم 7 قدرات ذات طبيعة حسية والتي تعتمد على مخططات حسو حركية أو تمثيلية والتنسيق بينها وتتمثل هذه القدرات في الآتي:

جدول رقم 05 : عدد بنود القدرات المعرفية لبطارية BECS

عدد بنود المستوى الرابع	عدد بنود المستوى الثالث	عدد بنود المستوى الثاني	عدد بنود المستوى الأول	العدد الإجمالي للبنود	القدرة المعرفية
5	3	3	1	12	صورت الذات Image de soi (ISO)
1	2	2	1	6	jeux symbolique (JS) اللعب الرمزي
1	2	2	1	6	مخططات العلاقات مع الأشياء Schèmes des relation avec les objets (SCH)
1	2	2	1	6	السببية العملية Causalité opérationnelle(CO)
2	3	2	2	9	وسائل/ أهداف Moyens /Buts (MB)
3	2	2	1	8	العلاقات الفضائية Relation spatiales (RS)
1	2	1	1	5	ثبات الشيء Permanence de l'objet (PO)

أما ميدان المعرفة الاجتماعية و الانفعالية فيضم القدرات الآتية :

جدول رقم 06 : عدد بنود القدرات الاجتماعية و الانفعالية لبطارية BECS

عدد بنود المستوى الرابع	عدد بنود المستوى الثالث	عدد بنود المستوى الثاني	عدد بنود المستوى الأول	العدد الإجمالي للبنود	القدرة المعرفية
2	3	3	3	11	تعديل السلوك Régulation du comportement (RC)
3	1	2	3	9	التفاعلات الاجتماعية Interactions sociales (RS)
3	3	2	2	10	الانتباه المشترك Attention conjointes (AC)
3	2	1	1	7	اللغة التعبيرية Langue expressif (LE)
2	4	2	1	9	الفهم اللغوي Langue compréhensif
2	1	2	1	6	التقليد الصوتي Imitation vocal (IV)
1	1	2	2	6	التقليد الحركي Limitation gestuelle (IG)
4	2	4	2	12	العلاقات العاطفية Relation affectives (RA)
3	2	3	4	12	التعبير الانفعالي Expression émotionnelle (EE)

من الجدير الذكر أن هذه البطارية تم تكيفها على البيئة الجزائرية في إطار مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير تخصص: علم النفس المعرفي من طرف الطالبة عياد فتيحة بجامعة البليدة خلال السنة الجامعية 2014-2015.

نشير أننا لم نقم بتطبيق اختبارات لقياس الذكاء و هذا لأن التأخر في النمو الذي يشهده الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد راجع لعدم تجانس مظاهر النمو لديهم مقارنة مع الوضع الطبيعي لنمو الطفل العادي، هذا من جهة، و من جهة أخرى لأن الإختبارات العقلية مثل: إختبار ويكسلر للذكاء عند الأطفال (Echelle d'Intelligence de Wechsler pour enfants 4^{eme} édition) WisclV، و إختبار بينيه سيمون (BINET-SIMON)، إلخ، لا تغطي مرحلة الطفولة المبكرة فإستقراء المقاييس المتاحة عالميا نجد أن أحدث مجال عمري للإختبارات التي تبحث حاصل الذكاء و تعين العمر العقلي للطفل هو سنتان. و لذلك تم إستعمال مقياس BECS (بطارية تقييم القدرات المعرفية و الإجتماعية الإنفعالية) للأطفال ابتداء من سن 4 أشهر إلى غاية 10 سنوات، ففي قياس المجال المعرفي، و الإجتماعي الإنفعالي يتم البحث عما يعرفه الأطفال و ما يمكنهم فعله بواسطة إختبارات النمو في هذه المجالات، و في الأخير يتم تحديد حاصل النمو في كل مجال و حاصل النمو الكلي (QD).

8. البرنامج التدريبي:

صمم البرنامج التدريبي المستعمل في دراستنا، إتباعا لمراحل تطور عملية التقليد عند الأطفال الصغار ذات التطور النمطي (Typique). (راجع الملحق رقم 07). كما يركز هذا البرنامج على مبادئ طريقة التحليل السلوكي و نموذج Denver للكفالة المبكرة بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد التي تم التطرق إليها سابقا. حيث أن معظم التمارين مستوحاة من هذه البرامج، إضافة إلى البرنامج النفسو-تربوي تيتش (TEACCH).

حيث وضعنا خطة تتبع تدريجيا الخطوات التطورية المقدمة في الجدول رقم (07) و قمنا باقتراح مجموعة من التمارين وفق كل خطوة تطويرية، و يكون المدرب بمثابة نموذج بالنسبة للطفل و هذا للحث أكثر على عملية التقليد، و عليه قمنا بتقسيم برنامجنا إلى مستويين (راجع الملحق رقم 07):

المستوى الأول، يحتوي على المراحل التالية:

1. تقليد الحركات الوجهية: كفتح و غلق الفم، غلق العينين، أو إخراج اللسان.

2. تقليد الحركات الجسدية: تحتوي هذه المرحلة على جزأين:

1.2 جزء تقليد الحركات الجسدية المسجلة في ذخيرة الطفل (بما في ذلك الحركات النمطية: فرفة الأيدي،

القفز في نفس المكان، التمرجح، الخ)

2.2 جزء تقليد الحركات الجسدية التي تتطلب مسار، على الجسم أولاً (لمس الرأس، التصفيق، فعل إلى

اللقاء باليدين)، ثم على الفضاء (ضرب الأيدي على الطاولة، الوقوف على قدم واحد، الضغط على

الجرس، الخ).

ثم إدخال بعد مرحلة تقليد الحركات الجسدية، مرحلة تقليد الأفعال باستعمال الأشياء. شملت هذه المرحلة

على:

- تقليد أفعال روتينية باستعمال أشياء الحياة اليومية: كاستعمال الملعقة، مشط الشعر، غسل الأسنان عن طريق التقليد.

- تقليد أفعال روتينية باستعمال أشياء جديدة: (كالضرب على الطبل عن طريق التقليد، أو استعمال جرس للرن مثلاً).

- تقليد أفعال غير روتينية باستعمال أشياء الحياة اليومية: اخذ كتاب و وضعه على رأسه، اخذ قبعة و وضعها وراء الظهر، أو اخذ كاس و وضعه على الأنف مثلاً.

- تقليد أفعال غير روتينية باستعمال أشياء جديدة: في هذا الجزء يطلب من الطفل تقليد أفعال غير مسجلة

في ذخيرته الحركية باستعمال أشياء لم يرها أو يستعملها من قبل، مثلاً: اخذ النظارات و وضعها على

الرأس، أخذ أقراص و وضعها في العينين.

يحتوي هذا الجزء كذلك على تسلسل أفعال، و هذا بهدف تدريب الأطفال على حفظ و إعادة سلسلة من

الحركات مطبقة من طرف النموذج. و عليه تم اقتراح التمارين التالية:

- سلسلة أفعال روتينية: نزع و إعادة القبة عن طريق التقليد، فك القارورة، سكب ثم التظاهر بالشرب، الخ.
- سلسلة أفعال غير روتينية: أخذ كأس، وضعها داخل قرص، ثم اخذ دائرة مشكلة بالعجينة و وضعها داخل الكأس.

- سلسلة أفعال روتينية و أخرى غير روتينية: وضع سيالة فوق الرأس، ثم بعدها وضع قبة فوق الرأس، أو تقطيع الورق عن طريق استعمال المقص، ثم اخذ المشط و مسح الشعر.

فيما يخص المستوى الثاني، تم تركيز التمارين بصفة خاصة على عملية التقليد:

- الحركات الدالة: خاصة الحركات اليومية التقليدية (أحسننت، لا و نعم، إلى اللقاء، الملكية "لي"، الخ).

- الحركات غير الدالة: (لمس الخدين، وضع اليد على الأنف، الخ).

- حركات ملموسة: يتم تعليم الطفل أفعال وظيفية يمكن التأثير بها على محيطه، كفرز الأشكال، نزع و لبس المعطف، أو نسخ خط عمودي أو أفقي عن طريق التقليد.

- تقليد أفعال رمزية: تشمل التمارين للعب الرمزي و التخيلي (تخيل سكب الماء في الكأس ثم الشرب، تخيل تقديم الأكل بالملقعة للدمية، أو تخيل حادث باستعمال سيارتين).

1.8. الاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج التدريبي:

➤ استراتيجيات التواصل و التي اقترحها العالمان بيانكو و هيل (Biancos & Hill, 1989) لتدريب

الأطفال التوحدين غير الناطقين في برنامج التدخل المبكر و هذه الاستراتيجيات هي: تعليم

الاستنتاج، ممارسة أعمال روتينية مشتركة، تأجيل الاستجابة لرغبات الطفل، اختيار طريقة ملائمة

للتواصل.

➤ استراتيجيات تعديل السلوك: و هي إستراتيجية التعزيز و المكافأة، التصميم، و الإرشاد (البصري،

اللفظي، و الحركي) (Rivière, 2006).

2.8. التعليم:

- 1 ينصح بعدم تقديم تعليمات شفوية جد موجهة أثناء التدريب أو التعليم.
- 2 على المختص أو المدرب، تشجيع الطفل بقوله « انظر» « افعل معي»، « هيا حان دورك » .
- 3 و هذا لترك الفرصة لحافز الطفل للتفاعل مع المختص و المباشرة في فرص متكررة من التدريب.

3.8. التنقيط:

لم يخضع البرنامج التدريبي لنظام التنقيط و إنما كانت متابعة تطور مهارات عملية التقليد عن طريق تقديم ملاحظات و تقديرات (Appréciations)، بالشكل التالي:

مثال: تقليد وضع القبعة فوق الرأس

- إذا اظهر الطفل القدرة على وضع القبعة على رأسه، بدون مساعدة المدرب، يعطي له النقطة (+).
- إذا لم يظهر الطفل القدرة على وضع القبعة على رأسه، نلجأ إلى إستراتيجية الإرشاد، بأخذ يد الطفل و مساعدته على وضع القبعة على رأسه، ثم نكرر لعدة مرات نفس الفعل، بتقليص الإرشاد حتى يصبح الطفل قادرا على وضع القبعة لوحده (أي التقليد بدون مساعدة)، في هذه الحالة نعطي له النقطة (±).
- إذا لم يظهر الطفل القدرة على وضع القبعة على رأسه، و هذا بعد تكرار لعدة مرات نفس الفعل، و باستخدام إستراتيجية الإرشاد، ففي هذه الحالة نعطي له النقطة (-) (فشل). نشير أن التمارين التي تم الفشل فيها يعيد تقديمها للأطفال في الحصص التالية.

في حالة ما اظهر الأطفال اللامبالاة بالنسبة للتمارين المقدمة لهم، أو تعبيرهم عن عدم المشاركة مع المدرب، نقوم باستخدام استراتيجية التعزيز التي تتمثل بإعطاء محفزات أولية (مأكولات)، أو محفزات ثانوية (العاب أو تمارين مفضلة لهم) بهدف جلب انتباههم و تشجيعهم على تقليد المدرب و المشاركة معه في التمارين.

يمثل الجدول رقم (07) خطوات تطور عملية التقليد عند الطفل الصغير ذات التطور النمطي: (Nadel,

2002)

مرحل التطور	السن
تقليد الحركات الوجهية ثم الجسمية.	0 - 3 أشهر
تقليد الحركات.	3 - 6 أشهر
أفعال روتينية باستعمال أشياء الحياة اليومية.	6 - 12 شهر
تقليد أفعال روتينية باستعمال أشياء جديدة دون استخدام محدد.	12 - 16 شهر
تقليد أفعال روتينية باستعمال أشياء مخصصة عادة لاستعمال آخر.	16 - 21 شهر
تقليد أفعال ملموسة و أفعال رمزية.	18 - 24 شهر
تقليد أفعال أو حركات ذات معنى (Significatifs).	21 - 24 شهر
تقليد أفعال أو حركات بدون معنى (Non Significatifs).	24 - 30 شهر
تصبح عملية التقليد صعبة كلما زاد عدد مراحل سلسلة الأفعال المراد تقليدها.	30 - 36 شهر
عملية التقليد تكون سهلة الانجاز بطريقة فورية عن الطريقة البعدية.	ما فوق 36 شهر

الفصل الخامس:

عرض و تحليل النتائج

1. عرض و تحليل النتائج:

سوف يتم في هذا الجزء عرض و تحليل نتائج مستوى النمو المتحصل عليها من طرف مجموعة البحث، و هذا في ميدان عملية التقليد (الحركي و الصوتي)، و ميدان التواصل غير اللفظي (الانتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، تعديل السلوك)، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد، باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية، و الإجتماعية الإنفعالية (BECS). ثم بعدها يتم عرض و تحليل درجات حدة اضطراب طيف التوحد، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي، و التي تم الحصول عليها باستعمال سلم تقييم حدة اضطراب التوحد الطفولي (CARS-T).

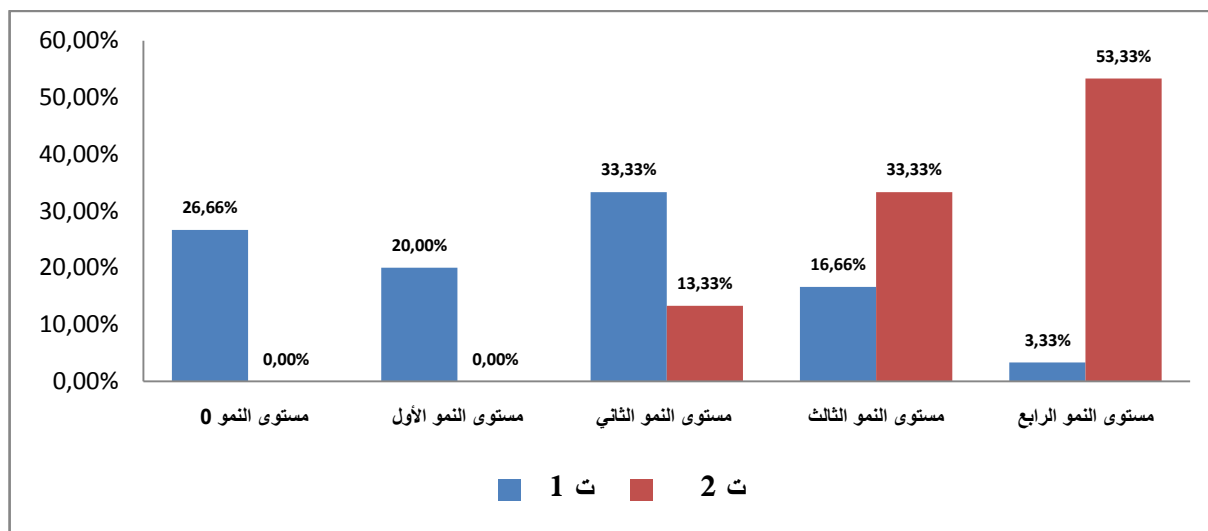
النتائج المتحصل عليها من طرف مجموعة البحث، في بطارية (BECS)، و سلم تقييم حدة اضطراب التوحد الطفولي (CARS-T)، مدونة في الجدول (راجع الملحق رقم 8).

1.1 عرض و تحليل نتائج مستوى النمو في ميدان عملية التقليد (الحركي و الصوتي)، قبل و بعد تطبيق البرنامج:

لهدف دراسة تأثير البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على تطوير القدرات التقليدية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، ثم تقييم مستوى النمو في ميدان عملية التقليد (الحركي و الصوتي)، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي، باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية، و الإجتماعية الإنفعالية (BECS)، ثم مقارنة النتائج بين القياس القبلي و القياس البعدي. يتم عرض نتائج المقارنة في تمثيل بياني بالأعمدة، يليه تعليق على هذه النتائج.

1.1.1 عرض و تحليل نتائج مستوى النمو في ميدان عملية التقليد الحركي، قبل و بعد تطبيق

البرنامج:



-يمثل الشكل رقم (03) مستوى النمو في ميدان عملية التقليد الحركي، قبل و بعد تطبيق البرنامج-

ملاحظات:

ت 1: قبل تطبيق البرنامج

مستوى النمو 0: أقل من 4 أشهر

ت 2: بعد تطبيق البرنامج

مستوى النمو الأول: [4-8 أشهر]

مستوى النمو الثاني: [8-12 شهر]

مستوى النمو الثالث: [12-18 شهر]

مستوى النمو الرابع: [18-24 شهر]

♦ يبين الشكل رقم (03)، أنه قبل تطبيق البرنامج (ت1)، كان مستوى النمو لمجموعة البحث، في ميدان

التقليد الحركي يتراوح ما بين مستوى النمو 0 و مستوى النمو الثالث، أي ما بين المرحلة التطورية [أقل

من 4 أشهر]، و المرحلة التطورية [12-18 شهر]، حيث تحصل طفل واحد فقط (ن=2) على مستوى

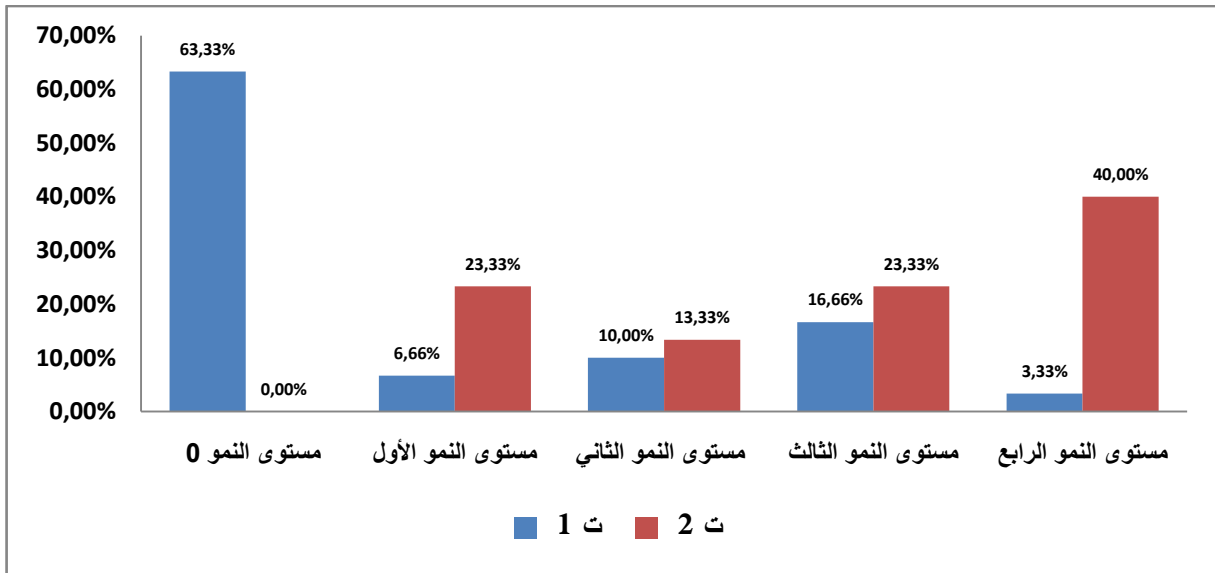
النمو الرابع الموافق للمرحلة التطورية [18-24 شهر]، هذا دليل على أن أغلبية الأطفال المصابين

باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث كانوا غير قادرين على تحقيق نجاح في البنود المكونة لبطارية

(BECS) الخاصة بعملية التقليد الحركي، و المتمثلة في تقليد الأفعال الروتينية و الإجتماعية ذات الطابع الحسي، بالأخص روتينيات الأغاني، و هذا لأن مستواهم في هذا الميدان كان منخفض و ضعيف بالنسبة لسنهم التطوري. أما بعد تطبيق البرنامج (ت2)، أكثر من نصف مجموعة البحث 16 طفل (35.33%) تحصلوا على مستوى النمو الرابع الموافق للمرحلة التطورية [18-24 شهر]، و لم يتحصل أي طفل لمجموعة البحث على مستوى النمو 0 أو مستوى النمو الأول مما يدل على أن أطفال مجموعة البحث أصبحوا قادرين على تحقيق البنود الخاصة بعملية التقليد الحركي، و هذا ما تبين من خلال ارتفاع مستوى النمو لديهم في هذا الميدان.

أما الحالة (ن=2) التي أظهرت القدرة على التقليد الحركي، قبل تطبيق البرنامج (ت1)، فهذا قد يكون راجع إلى أن أعراض اضطراب طيف التوحد لديها كان خفيف مقارنة بالأطفال الآخرين لمجموعة البحث.

2.1.1 عرض و تحليل نتائج مستوى النمو في ميدان التقليد الصوتي، قبل و بعد تطبيق البرنامج:



يمثل الشكل رقم (04) مستوى النمو في ميدان عملية التقليد الصوتي، قبل و بعد تطبيق البرنامج

◆ يبين الشكل رقم (04)، أنه قبل تطبيق البرنامج (ت1)، كان مستوى النمو لمجموعة البحث، في ميدان عملية التقليد الصوتي يتراوح ما بين مستوى النمو 0، و مستوى النمو الثالث، أي ما بين المرحلة التطورية [أقل من 4 أشهر]، و المرحلة التطورية [12-18 شهر]، حيث تحصل طفل واحد فقط (ن=20) على مستوى النمو الرابع الموافق للمرحلة التطورية [18-24]، هذا ما يدل على أن قبل تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد، أغلبية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث كانوا غير قادرين على تحقيق نجاح في البنود المكونة للبطارية (BECS) الخاصة بعملية التقليد الصوتي، و المتمثلة في تقليد أصوات متكونة من حروف، ثم كلمات بسيطة متكونة من فونيمات متماثلة، ثم مختلفة، ثم كلمات معقدة، وهذا لأن مستواهم في ميدان عملية التقليد الصوتي ضعيف و منخفض مقارنة لسنهم التطوري.

أما بعد تطبيق البرنامج (ت2)، انتقل عدد الأطفال الذين تحصلوا على مستوى النمو الرابع من 1 (3.33%) إلى 12 طفل (40%)، و لم يتحصل أي طفل من مجموعة البحث على مستوى النمو 0. كما انتقل عدد الأطفال الذين تحصلوا على مستوى النمو الثالث من 3 أطفال (16.66%) إلى 7 أطفال (23.33%). هذه النتائج تدل على أن أطفال مجموعة البحث أصبحوا قادرين على تحقيق نجاح في البنود الخاصة بعملية التقليد الصوتي، وهذا ما تبين من خلال ارتفاع مستوى النمو لديهم في هذا الميدان، حيث أظهروا القدرة على إصدار أصوات، و تقليد كلمات بسيطة، و أخرى معقدة و هذا دليل على أن مستواهم في ميدان التقليد الصوتي أصبح يتوافق مع سنهم التطوري.

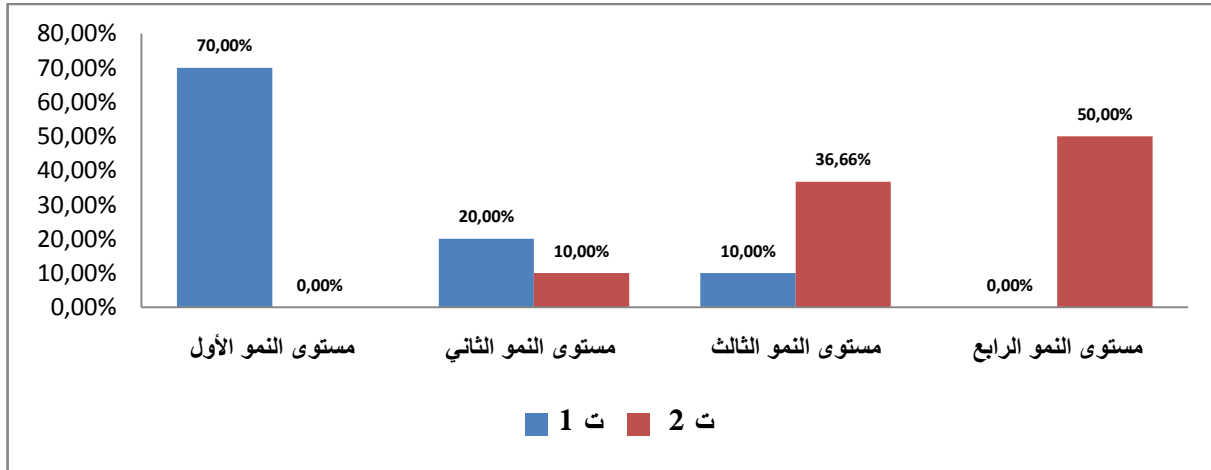
◆ تبين النتائج المتحصل عليها، قبل و بعد تطبيق البرنامج، و الممثلة في الشكل (03) و (04) ارتفاع ملحوظ في مستوى النمو لميدان عملية التقليد الحركي و الصوتي، و هذا دليل على فعالية و تأثير

البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد في تطوير القدرات التقليدية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث.

2.1 عرض و تحليل نتائج مستوى النمو في ميدان مهارات التواصل غير اللفظي، قبل و بعد تطبيق البرنامج:

من أجل دراسة فعالية و دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، تم تقييم مستوى النمو في ميدان التواصل غير اللفظي، على مختلف المستويات التالية: الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، تعديل السلوك، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي، باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية، و الإجتماعية الإنفعالية (BECS)، ثم مقارنة النتائج بين القياس القبلي و القياس البعدي. . يتم عرض نتائج المقارنة في تمثيل بياني بالأعمدة، يليه تعليق على هذه النتائج.

1.2.1 عرض و تحليل نتائج مستوى النمو في ميدان الإنتباه المشترك:



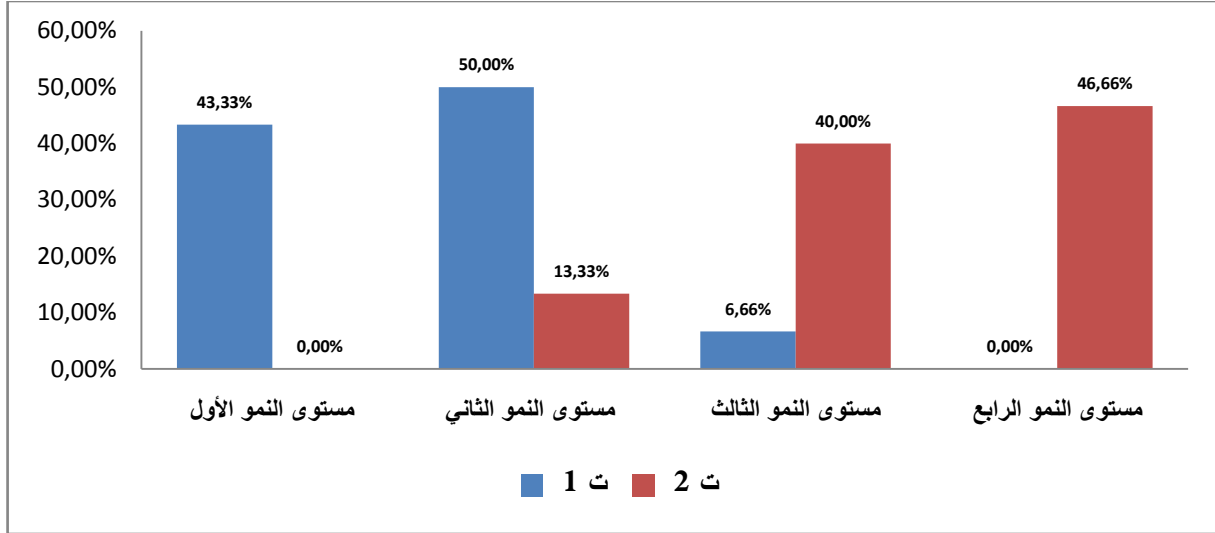
- يمثل الشكل رقم (05) مستوى النمو في ميدان الإنتباه المشترك، قبل و بعد تطبيق البرنامج-

◆ يبين الشكل رقم (05) أنه قبل تطبيق البرنامج (ت1)، كان مستوى النمو لمجموعة البحث في ميدان الإنتباه المشترك يتراوح ما بين مستوى النمو الأول، و مستوى النمو الثالث، أي ما بين المرحلة التطورية

[4-8 أشهر]، و المرحلة التطورية [12-18 شهر] ، هذا يدل على أن أغلبية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث أخفق في البنود المكونة للبطارية (BECS) الخاصة بميدان الإنتباه المشترك و المتمثلة في القدرة على التعيين بالإصبع للشيء أو الصورة المذكورة، النظر و توجيه الإنتباه نحو الشيء أو اللعبة المقدمة، التواصل البصري أثناء تقاسم أو تبادل اللعبة، و هذا لأن مستواهم في هذا الميدان كان ضعيف و غير متوافق مع سنهم التطوري. أما بعد تطبيق البرنامج (ت2)، نلاحظ ارتفاع ملحوظ في مستوى النمو الرابع، حيث انتقل عدد الأطفال الذين تحصلوا على مستوى النمو الرابع من 0 إلى 15 طفل أي ارتفاع يقدر ب 50%، أما فيما يخص مستوى النمو الثالث فقد انتقل عدد الأطفال الذين تحصلوا على هذا المستوى من 3 أطفال (10%) ، إلى 11 طفل (36.66%). ارتفاع في مستوى النمو في ميدان الانتباه المشترك يدل على أن أطفال مجموعة البحث أصبحوا قادرين على الإشارة بالإصبع للدلالة على احتياجاتهم، أو طلب لعبة، التواصل البصري أثناء تقاسم و الإهتمام بنفس اللعبة، التعيين و الإشارة بالإصبع للشيء أو اللعبة المذكورة ،حيث أصبح مستواهم في ميدان الإنتباه المشترك يتوافق مع سنهم التطوري.

2.2.1 عرض و تحليل نتائج مستوى النمو في ميدان التفاعلات الاجتماعية، قبل و بعد تطبيق

البرنامج:



-يمثل الشكل رقم (06) مستوى النمو في ميدان التفاعلات الاجتماعية، قبل و بعد تطبيق البرنامج-

♦ يبين الشكل رقم (06)، أنه قبل تطبيق البرنامج (ت1)، كان مستوى النمو لمجموعة البحث في ميدان

التفاعلات الاجتماعية يتراوح ما بين مستوى النمو الأول و مستوى النمو الثاني، أي ما بين المرحلة

التطورية [4-8 أشهر]، و المرحلة التطورية [8-12 شهر]، طفلين فقط (ن=19، ن=20) تحسلا

على مستوى النمو الثالث الموافق للمرحلة التطورية [12-18 شهر]، و لم يتحصل أي طفل من مجموعة

البحث على مستوى النمو الرابع. هذه النتائج تدل على أن قدرات أطفال مجموعة البحث كانت محدودة و

ضعيفة في ميدان التفاعلات الاجتماعية، وهذا ما اتضح من خلال إخفاقهم في البنود المكونة لبطارية

(BECS)، و الخاصة بميدان التفاعلات الاجتماعية. حيث لم يظهر أطفال مجموعة البحث القدرة على

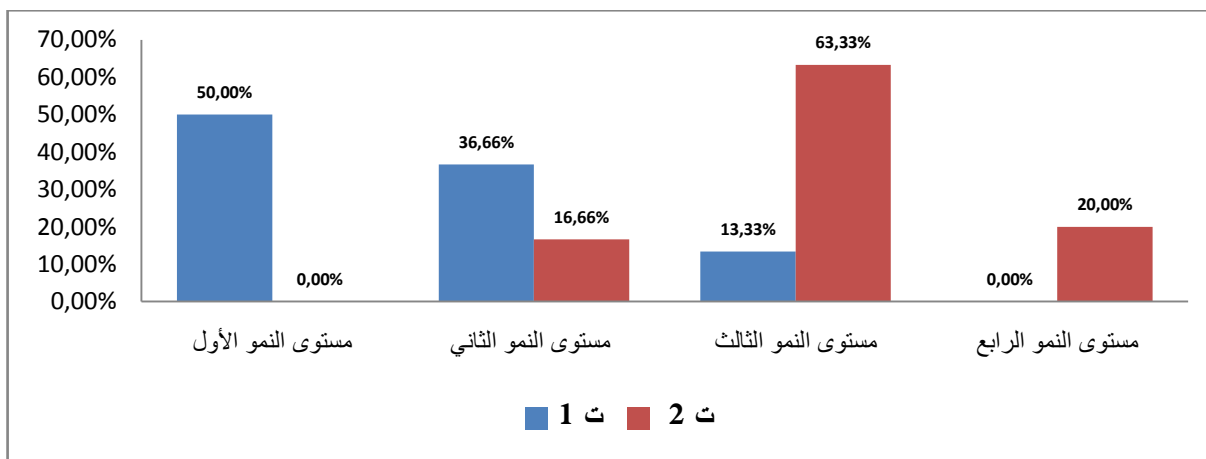
التواصل البصري، الإبتسامة الاجتماعية، أو تبادل الأدوار أو المباشرة أو تنسيق في اللعب. أما بعد تطبيق

البرنامج (ت2)، انتقل عدد الأطفال الذين تحسلا على مستوى النمو الرابع من 0 إلى 14 طفل

(46.66%)، ومن طفلين (6.66%) إلى 12 طفل (40%) الذين تحسلا على مستوى النمو الثالث.

حيث لم يتحصل أي طفل على مستوى النمو الأول. هذه النتائج تبين تطور قدرات أطفال مجموعة البحث في ميدان التفاعلات الإجتماعية وهذا يدل على توافق قدراتهم في هذا الميدان مع سنهم التطوري.

3.2.1 عرض و تحليل نتائج مستوى النمو في ميدان تعديل السلوك، قبل و بعد تطبيق البرنامج:



-يمثل الشكل رقم (07) مستوى النمو في ميدان تعديل السلوك، قبل و بعد تطبيق البرنامج-

♦ يبين الشكل رقم (07)، أنه قبل تطبيق البرنامج (ت1)، كان مستوى النمو لمجموعة البحث، في ميدان

تعديل السلوك يتراوح ما بين مستوى النمو الأول، و مستوى النمو الثالث، أي ما بين المرحلة التطورية

[4-8 أشهر]، و المرحلة التطورية [12-18 شهر]. هذه النتائج تدل على أغلبية الأطفال المصابين

باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث أخفقوا في البنود المكونة لبطارية (BECS) الخاصة بميدان

تعديل السلوك و المتمثلة في القدرة على صياغة طلب لفظي أو حركي للحصول على لعبة، الإستجابة

لأوامر لفظية بسيطة، المباشرة و المبادرة في سياقات اللعب.

أما بعد تطبيق البرنامج (ت2)، نلاحظ ارتفاع في مستوى النمو الثالث و الرابع حيث انتقل عدد الأطفال

الذين تحصلوا على مستوى النمو الرابع من 0 إلى 6 أطفال (20%)، و فيما يخص مستوى النمو الثالث

فقد انتقل عدد الأطفال الذين تحصلوا على هذا المستوى من 4 أطفال إلى (13.33%) إلى 19 طفل

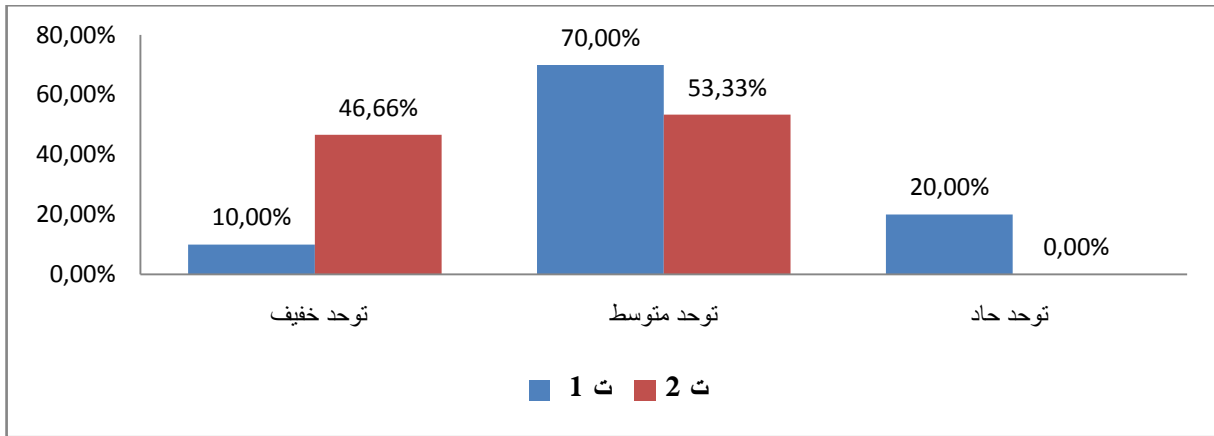
(63.33%). هذه النتائج تدل على أن أغلبية أطفال مجموعة البحث أصبحوا قادرين على صياغة طلب

حركي أو لفظي للتعبير عن احتياجاتهم، المباشرة و المبادرة لبدء اللعب، وتبادل الأدوار، و حتى الإستجابة لأوامر بسيطة، وهذا دليل على تطور قدراتهم في تعديل السلوك، بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

3.1. عرض و تحليل درجات حدة اضطراب طيف التوحد، قبل و بعد تطبيق البرنامج:

• كما اهتمنا أيضا بمعرفة مدى تأثير تطور عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد ، ولهذا الغرض قمنا بتقييم درجات حدة اضطراب التوحد قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي، باستعمال سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (CARS-T)، و مقارنة النتائج بين القياس القبلي و القياس البعدي. يتم عرض نتائج المقارنة في تمثيل بياني بالأعمدة، يليه تعليق على هذه النتائج.

- يمثل الشكل رقم (08) درجات حدة اضطراب طيف التوحد، قبل و بعد تطبيق البرنامج-



◆ يبين الشكل رقم (08)، انخفاض ملحوظ في درجات حدة اضطراب التوحد، في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج (ت2). حيث كانت درجات حدة اضطراب التوحد لمجموعة البحث قبل تطبيق البرنامج (ت1)، تتراوح ما بين 40.5 و 32 أي ما بين التوحد الحاد و التوحد المتوسط، أما بعد تطبيق البرنامج (ت2)، إنخفضت درجات حدة اضطراب التوحد و أصبحت تتراوح ما بين 35.5 و 29 أي ما بين التوحد

المتوسط و التوحد الخفيف. انخفاض درجات حدة اضطراب التوحد، بعد تطبيق البرنامج التدريبي (ت₂)، راجعة إلى تحسن النتائج على مستوى بعض بنود سلم تقييم حدة التوحد الطفولي الخاصة بعملية التقليد، التكيف مع الغير، الإستجابة البصرية، و التواصل غير اللفظي، وهذا دليل على أن تطور عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي أدى إلى انخفاض بعض المظاهر السلوكية المتعلقة بأعراض اضطراب طيف التوحد كالحركات النمطية، و العدوان نحو الذات، و أسلوب القيادة باليد.

للتأكد من صحة فرضياتنا و لإعطاء مصداقية علمية لهذا البحث توجب علينا القيام بدراسة إحصائية و ذلك لدراسة مدى فعالية و دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، و هذا ما سوف نتطرق إليه من خلال هذا الجزء الموالي.

2. المعالجة الإحصائية:

لدراسة الفروق ما بين القياس القبلي و القياس البعدي (قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد)، استعملنا اختبار Wilcoxon، و هذا لأن توزيع معطيات البحث غير عادي (Distribution anormale)، و نتائج اختبار Chapiro كلها دالة ($P < 0.05$)، و بالتالي لا نستطيع استعمال اختبار T لدراسة الفروق.

المعالجة الإحصائية لمعطيات البحث تم تحقيقها عن طريق البرنامج SPSS. للتأكد من صحة فرضيات البحث، تم قياس وسيط مستوى النمو في ميدان عملية التقليد (الحركي و الصوتي)، مهارات التواصل غير اللفظي (الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، تعديل السلوك). كما تم قياس وسيط درجات حدة اضطراب التوحد، و هذا قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد، ثم دراسة الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي باستعمال اختبار Wilcoxon. كما تم حساب حجم تأثير عملية

التقليد على تطور مهارات التواصل غير اللفظي، و التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد. يتم عرض النتائج الإحصائية المتحصل عليها في جدول، يليه تعليق على هذه النتائج.

1.2 عرض و تحليل النتائج على ضوء الفرضية الرئيسية الأولى:

قبل أن نعرض النتائج الإحصائية سنقوم بالتذكير بالفرضية الرئيسية الأولى و هي كالآتي:

- يؤثر برنامج تدريبي مركز على عملية التقليد بصفة فعالة على تطوير القدرات التقليدية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

1.1.2 وسيط النمو في ميدان التقليد الحركي و الصوتي، قبل و بعد تطبيق البرنامج:

IG		IV		الميادين
ت2	ت1	ت2	ت1	
4	2	3	0	الوسيط

-يمثل الجدول رقم (08) وسيط النمو في ميدان التقليد الحركي و الصوتي، قبل و بعد تطبيق البرنامج-

ملاحظات:

ت1: قبل التطبيق البرنامج

ت2: بعد التطبيق البرنامج

IV: التقليد الصوتي

IG: التقليد الحركي

يبين الجدول رقم (08) ارتفاع ملحوظ في وسيط مستوى النمو في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج

التدريبي المركز على عملية التقليد، حيث ارتفع وسيط الدرجات في عملية التقليد الصوتي بـ 03

مستويات، أما في عملية التقليد الحركي بمستويين.

للتأكد من تأثير البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على تطوير القدرات التقليدية عند الطفل

المصاب باضطراب طيف التوحد، قمنا باستعمال اختبار Wilcoxon لدراسة الفروق بين القياس القبلي و

القياس البعدي في ميدان التقليد الحركي و الصوتي، وكانت النتائج كالتالي:

ت IG1 - ت IG 2	ت IV1 - ت IV2	اختبار Wilcoxon (Z)
-4.813	-4.616	
,000	,000	$\alpha = 0,01$

يمثل الجدول رقم (09) نتائج اختبار Wilcoxon في ميدان عملية التقليد الحركي و الصوتي، قبل و بعد

تطبيق البرنامج.

يبين اختبار Wilcoxon أن الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي (قبل و بعد تطبيق البرنامج

التدريبي) المتحصل عليها من طرف مجموعة البحث، كلها دالة عند: $\alpha=0.01$ ، أي أن وسيط مستوى

النمو في ميدان التقليد الحركي و الصوتي ارتفع بقوة في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج، وهذا دليل

على تأثير البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على تطوير القدرات التقليدية لأطفال مجموعة

البحث.

2.2 عرض و تحليل النتائج على ضوء الفرضية الرئيسية الثانية:

قبل أن نعرض النتائج الخاصة بميدان التواصل غير اللفظي، سنقوم بالتذكير بالفرضية الرئيسية الثانية، و الفرضيات الجزئية المكونة لها:

• لعملية التقليد دور فعال في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

1.2.2 وسيط مستوى النمو في ميدان عملية التقليد و التواصل غير اللفظي، قبل و بعد تطبيق

البرنامج:

RC		IS		AC		IG		IV		الميادين
ت2	ت1	ت2	ت1	ت2	ت1	ت2	ت1	ت2	ت1	
33	36	1.5	3	2	3	4	2	3	0	الوسيط

يمثل الجدول رقم (10) وسيط مستوى النمو في ميدان عملية التقليد و التواصل غير اللفظي، قبل و بعد

تطبيق البرنامج

ملاحظات:

ت1 : قبل تطبيق البرنامج

ت2 : بعد تطبيق البرنامج

AC : الإنتباه المشترك

IS : التفاعلات الإجتماعية

RC : تعديل السلوك

يبين الجدول رقم (10) ارتفاع ملحوظ في وسيط الدرجات، في ميدان التواصل غير اللفظي في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد، و ذلك في مختلف المهارات التالية: الإلتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، و تعديل السلوك.

للتأكد من دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، تم استعمال اختبار Wilcoxon لدراسة الفروق في القياس القبلي و القياس البعدي، (قبل و بعد تطبيق البرنامج)، في كل من ميدان عملية التقليد و التواصل غير اللفظي، و كانت النتائج كالتالي:

اختبار Wilcoxon (Z)	ت ₁ - ت ₂ IV	ت ₁ - ت ₂ IG	ت ₁ - ت ₂ AC	ت ₁ - ت ₂ IS	ت ₁ - ت ₂ RC
	-4.616	-4.813	-4.856	-4.949	-4.797
$\alpha=0.01$,000	,000	,000	,000	,000

يمثل الجدول رقم (11) نتائج اختبار Wilcoxon في ميدان عملية التقليد و التواصل غير اللفظي، قبل و بعد تطبيق البرنامج.

تبين النتائج المتحصل عليها في اختبار Wilcoxon، أن الفروق بين القياس القبلي، و القياس البعدي، (قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي)، المتحصل عليها من طرف مجموعة البحث في ميدان عملية التقليد (الحركي و الصوتي)، و ميدان التواصل غير اللفظي كلها دالة عند $\alpha=0.01$ ، على أن وسيط مستوى النمو ارتفع بقوة في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج.

تؤكد النتائج المتحصل عليها في اختبار Wilcoxon على تأثير و دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي، حيث يظهر دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي على

مستوى تطور الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، و تعديل السلوك، هذا ما يؤكد صحة الفرضيات الجزئية للفرضية الرئيسية الثانية:

* يظهر دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد على مستوى تطور الانتباه المشترك.

* يظهر دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد على مستوى تطور التفاعلات الإجتماعية.

* يظهر دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد على مستوى تطور تعديل السلوك.

3.2 عرض و تحليل النتائج على ضوء الفرضية الرئيسية الثالثة:

اهتمينا أيضا بمعرفة مدى تأثير تطور عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي، في التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد، و لهذا الغرض قمنا بحساب وسيط درجات حدة اضطراب طيف التوحد، و مقارنة النتائج المتحصل عليها في القياس القبلي، و القياس البعدي (قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي)، باستعمال اختبار Wilcoxon.

قبل أن نعرض النتائج الخاصة بحدة اضطراب طيف التوحد، نقوم بالتذكير بالفرضية الرئيسية الثالثة:

• يؤثر تطور عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي بصفة فعالة على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد.

DA	
ت ₂	ت ₁
33	36

-يمثل الجدول رقم (12) وسيط درجات حدة اضطراب طيف التوحد، قبل و بعد تطبيق البرنامج-

ملاحظة:

DA : درجة حدة اضطراب طيف التوحد

يبين الجدول رقم (12) انخفاض في وسيط درجات حدة اضطراب طيف التوحد، في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد.

و للتأكد من تأثير تطور عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد، ثم استعمال اختبار Wilcoxon لدراسة الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي (قبل و بعد تطبيق البرنامج)، و كانت النتائج كالتالي:

اختبار	ت ₂ - ت ₁	ت ₂ - ت ₁	ت ₂ - ت ₁	ت ₂ - ت ₁	ت ₂ - ت ₁	ت ₂ - ت ₁
Wilcoxon (Z)	-4.997	-4.797	-4.949	-4.856	-4.813	-4.616
$\alpha=0.01$,000	,000	,000	,000	,000	,000

-يمثل الجدول رقم (13) نتائج اختبار Wilcoxon الخاصة بحدة اضطراب طيف التوحد-

تبين النتائج المتحصل عليها في اختبار Wilcoxon، أن الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي (قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي)، المتحصل عليها من طرف مجموعة البحث، في ميدان عملية التقليد (الحركي و الصوتي)، ميدان التواصل غير اللفظي، و حدة اضطراب طيف التوحد، كلها دالة عند

$\alpha=0.01$ ، هذه النتائج تدل على ارتفاع وسيط الدرجات في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج، في ميدان عملية التقليد، و التواصل غير اللفظي. بينما نلاحظ انخفاض في وسيط درجات حدة اضطراب طيف التوحد.

تؤكد النتائج المتحصل عليها في اختبار Wilcoxon على تأثير تطور عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد.

4.2. حجم تأثير البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على تطوير القدرات التقليدية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث:

IV	IG	الميادين
-0.59	-0.62	حجم التأثير r
تأثير قوي	تأثير قوي	$0.5 < r$

-يبين الجدول رقم (14) حجم تأثير البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على تطوير القدرات

التقليدية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث-

ملاحظة:

r : حجم التأثير

- يبين الجدول رقم (14) حجم التأثير القوي للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على تطوير

القدرات التقليدية (التقليد الحركي و الصوتي) للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة

البحث، و هذا ما تبين من خلال الإرتفاع القوي لوسيط مستوى النمو لعملية التقليد الحركي و الصوتي،

في القياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

5.2. حجم تأثير عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي و التقليل من حدة اضطراب

طيف التوحد عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث:

DA	RC	IS	AC	IG	الميادين
0.61	0.63	0.63	0.62	0.62	حجم التأثير r
//	//	//	//	تأثير قوي	$0.5 < r$

يمثل الجدول رقم (15) حجم تأثير عملية التقليد الحركي على تطوير مهارات التواصل غير اللفظي

DA	RC	IS	AC	IV	الميادين
0.61	0.63	0.61	0.62	0.59	حجم التأثير r
//	//	//	//	تأثير قوي	$0.5 < r$

يمثل الجدول رقم (16) حجم تأثير عملية التقليد الصوتي على تطوير مهارات التواصل غير اللفظي

النتائج المتحصل عليها في كل من الجداول (15) و (16)، تدل على:

- وجود تأثير قوي ($r=0.5$) للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل

غير اللفظي ($r_{RC}=0.63$ ، $r_{IS}=0.63$ ، $r_{AC}=0.62$).

- حجم تأثير التقليد الحركي ($r_{IG}= 0.62$ / $r_{IS}= 0.63$) أكثر من حجم تأثير التقليد الصوتي

($r_{IS}=0.61$, $r_{IV} = 0.59$)، أي أن التقليد الحركي أكثر فعالية من التقليد الصوتي.

- وجود تأثير قوي ($r_{DA} =0.61$) للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد في التقليل من اضطراب

طيف التوحد.

3. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

تهدف دراستنا إلى تقييم فعالية و دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى فئة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهر و 03 سنوات. و لتحقيق الهدف المنشود من الدراسة، تم تطبيقنا للطريقة التجريبية (اختبار قبلي و بعدي)، من خلال إتباع الخطوات الأساسية التالية: تقييم مهارات عملية التقليد، و التواصل غير اللفظي باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية، و الاجتماعية الانفعالية (BECS)، تدريب أطفال مجموعة البحث على تطوير قدراتهم التقليدية باستعمال برنامج تدريبي مركز على مراحل نمو عملية التقليد لدى الأطفال العاديين، ثم إعادة تقييم مهارات عملية التقليد، و التواصل غير اللفظي، بعد التدريبات باستعمال نفس البطارية. بعد أن قمنا بعرض و تحليل النتائج، سوف نقوم في هذا الجزء استنادا للجانب النظري و الدراسات السابقة، و على ضوء الفرضيات، بمناقشة النتائج المتحصل عليها و التي كانت كالتالي:

تشير مقارنة النتائج ، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي ، في ميدان التقليد على وجود تحسن دال إحصائيا في مستويات النمو للتقليد الحركي و الصوتي، و ارتفاع ملحوظ في وسيط الدرجات بين القياس القبلي و القياس البعدي . حيث أن أكثر من نصف مجموعة البحث 53.33% (16 طفل)، انتقل بعد تطبيق البرنامج التدريبي ، من المستوى 0 الموافق للسن التطوري (أقل من 4 أشهر)، إلى المستوى الرابع الموافق للسن التطوري (18-24 شهر)، هذه النتائج تدل على أن أغلبية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث أصبحوا قادرين على تطبيق التمارين الخاصة بعملية التقليد. و عليه فإن النتائج المتحصل عليها تبين فعالية و تأثير البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد في تطوير القدرات التقليدية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. حيث هذه النتيجة تدعم ما توصلت إليه العديد من الدراسات و على رأسها دراسة Nadel (2002) التي بينت أن الأطفال المصابين باضطراب

طيف التوحد الذين لا يملكون لغة وذو مستوى تطوري ضعيف، قادرين على إظهار تحسنا ملحوظا في مهارات عملية التقليد، كما أن النتائج المتحصل عليها تتوافق مع المعطيات النظرية التي تشير إلى أن المهارات التقليدية تتطور وفق مراحل تطور الذكاء الحسي الحركي (Piaget, 1962). حيث يشير بياجيه أنه بداية من الشهر السادس، تظهر القدرة على التقليد العفوي، بعد هذه المرحلة و طوال المرحلة الحسية الحركية، يظهر الطفل ما يسمى (بالمعكسات الفطرية لعملية التقليد). حيث ابتداء من 15 شهر، مرحلة بناء الذكاء الحسي-حركي، تظهر عملية التقليد التمثيلي أين يصبح الطفل قادرا من خلال تمثيلات على تقليد نموذج. و هكذا يكتسب الطفل تدريجيا القدرة على تقليد حركات و أفعال بسيطة ثم معقدة، و بهذه الطريقة يطور قدرته على اللعب الوظيفي و الرمزي. و عليه فإن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غير قادرين على اكتساب هذه المهارة عن طريق التعلم العرضي أو عن طريق الملاحظة فقط، كما هو الحال عند الأطفال ذات التطور النمطي، و إنما يحتاجون إلى إرشادات، عملية التصميم، و تقديم نماذج، و محفزات باستعمال الممارسة و التدريب، ليتم اكتساب و تطور مهارة عملية التقليد لديهم. و هذا ما تم مراعاته خلال تطبيقنا للبرنامج التدريبي. كما حقق معظم أطفال مجموعة البحث، بعد التدريبات، نجاحا في التمارين الخاصة بتقليد الأفعال البسيطة، وتقليد الأفعال باستعمال الأشياء المألوفة، بينما أخفقوا في التمارين الخاصة بتقليد الحركات الفمية، و التعابير الوجهية و هذا يتوافق مع دراسات Rogers et Dawson (2013)، التي تشير إلى وجود صعوبات عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على تقليد الأفعال الخاصة بالتعبير الوجهية و الحركات الفمية مقارنة بتقليد الأفعال البسيطة، و الأفعال باستعمال الأشياء المألوفة.

و لتقييم فعالية ودور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي، قمنا بتقييم تطور مستوى نمو مهارات التواصل غير اللفظي، بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

تشير المعالجة الإحصائية للنتائج، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد، على وجود تحسن ملحوظ في مستويات نمو مهارات التواصل غير اللفظي و هذا على مستوى الوظائف التالية: الإلتباه المشترك، التفاعلات الاجتماعية، و تعديل السلوك، كما تبين الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي المتحصل عليها في اختبار Wilcoxon و التي كلها دالة ($0.01=\alpha$) على وجود علاقة ارتباطية ما بين تحسن مستوى عملية التقليد و تحسن مستوى مهارات التواصل غير اللفظي عند الأطفال

المصابين باضطراب طيف التوحد لمجموعة البحث. حيث أظهروا القدرة على التعبير عن احتياجاتهم باستخدام الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، فقبل البدء بتطبيق البرنامج لم يظهر هؤلاء الأطفال القدرة على هذه المهارة، حيث كانوا يستعملون أسلوب القيادة عن طريق مسك يد المدرب نحو ما يريدونه. تطور حركات الإشارة بالإصبع لها تأثير على تطور الإلتباه المشترك، حيث تعتبر حركة الإشارة بالإصبع من أول الحركات التواصلية غير اللفظية المتاحة للطفل الصغير (Bruner, 1983).

كما لاحظنا من خلال تطبيقنا للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد أن تشجيعنا للأطفال على إعادة أفعالنا و حركاتنا في تزامن و باستعمال نفس الألعاب و الأشياء، سمح لهم بتطوير بعض السلوكيات ذات الطابع الاجتماعي و التواصلية، وهذا من خلال استعمال التواصل البصري، الإبتسامة الاجتماعية، و القدرة على المبادرة لاستعمال الأشياء، تبادلها و مشاركة المختص في اللعب. كما استطاع الأطفال إظهار القدرة على تعديل سلوكهم من خلال طلب المساعدة من المدرب للحصول على اللعبة أو تشغيلها، وتقبل الإستجابة ردا على طلب المختص، كإعطاء القبعة للمدرب، أو التوقف عن الضرب على الطاولة.

هذه النتائج تؤيد ما أشارت إليه الباحثة Nadel (1986) التي تبين من خلال تجاربها أن استعمال الألعاب و الأشياء بنسخة مزدوجة، يسمح بالتزامن و بالتالي خلق صلة اجتماعية، عن طريق إعادة، في نفس الوقت، نفس الأفعال و الحركات التي يقوم بها الطرف الآخر. حيث أظهرت من خلال تجربة أخرى، أنه عندما يستعمل الأطفال الألعاب أو الأشياء المقدمة بنسخة واحدة، تتحدد تفاعلاتهم، و نقل مبادراتهم على التقليد، و استخلصت من خلال التجريبتين أن التقليد الفوري أو العفوي و التزامن يلعبان دورا فعالا في تطوير التفاعلات الإجتماعية ما بين الأقران الذين لا يملكون لغة بعد. كما تبين الباحثة Nadel (2011) بأن خلال تطور الطفل، تأخذ عملية التقليد، شكل نظام تواصلية متكون من ثلاث مكونات أساسية (التزامن، تبادل الأدوار، و الإنتباه المشترك). كما لاحظنا من خلال النتائج أن حجم تأثير التقليد الحركي أكبر من حجم تأثير التقليد الصوتي، ما يدل على أن التقليد الحركي كان أكثر فعالية من التقليد الصوتي. هذا راجع إلى أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تحصلوا على نتائج إيجابية و مرضية في ميدان التقليد الحركي مقارنة بميدان التقليد الصوتي و هذا ما يتوافق مع المعطيات النظرية التي تشير أن تعلم التقليد الصوتي عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الذين لا يملكون لغة لفظية يستغرق وقت طويل مقارنة بتعلم التقليد الحركي (Rogers et Dawson) (2013).

أردنا أثناء تصميم و تطبيق البرنامج التدريبي، تسليط الضوء على أهمية تعلم حركات و وضعيات، و أفعال ملموسة، وذات معنى (ملحق رقم 07). هذه الأخيرة حسب Pry (2012)، تساهم على تطوير التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. حيث يسمح تدريب أطفال مجموعة البحث بتطوير قدرتهم على ترجمة العلامات و ليس الرموز، عن طريق استعمال الحركات اليومية المألوفة (Conventionnels)، حركات العطاء، تبادل الأدوار، و إصدار الأصوات كما يستعمل التقليد الحركي في تعلم حركات التواصل و المحادثة « الإشارة بالإصبع » ، « نعم أم لا » ، « الإشارة لتعيين الملكية »، « أحسنت » إلخ. و عليه نشير أنه قمنا بالتأكد من عدم وجود اضطرابات مصاحبة على

المستوى النفسو-حركي (حركية عامة، و دقيقة)، على مستوى البراكسيا الفمية-الوجهية، و على المستوى البصري، قبل المباشرة في البرنامج التدريبي، حتى لا نضع الطفل أمام وضعية فشل.

كما اهتمينا أيضا بمعرفة إذا ما كان تطور على مستوى عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي له تأثير على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد، و لهذا الغرض قمنا بتقييم درجة اضطراب طيف

التوحد ، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي باستعمال سلم تقييم حدة التوحد الطفولي (CARS-T).

حيث تشير المعالجة الإحصائية للنتائج، قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد ، إلى وجود انخفاض ملحوظ في وسيط درجات حدة اضطراب التوحد، كما تبين الفرق بين القياس القبلي

و القياس البعدي المتحصل عليها في اختبار Wilcoxon على وجود علاقة ما بين تطور مستوى عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي، و انخفاض في حدة اضطراب طيف التوحد، و هذا ما يشير إلى

أن البرنامج التدريبي لتطوير القدرات التقليدية، لم يكن فعالا في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي فحسب، بل في التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد و الذي كان ظاهرا في انخفاض بعض المظاهر

السلوكية المتعلقة بأعراض طيف التوحد كالحركات النمطية، و العدوان نحو الذات، وأسلوب القيادة باليد، و هذا يدل على أن قصور استخدام الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لمهارات التواصل غير

اللفظي قد يؤدي إلى ممارسة بعض الأنماط السلوكية غير المناسبة كوسائل بديلة للتعبير عن احتياجاتهم و هذا بالتالي يحد من ممارسة بعض السلوكيات الاجتماعية المناسبة لديهم، و التي تعتمد أساسا على

مهارات التواصل غير اللفظي بشكل عام، و هذا ما يؤيد ما أشار إليه الباحثون من أن بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب قد تعود إلى افتقار أطفال التوحد لاستخدام مهارات التواصل مع

الآخرين، من جهة، و من جهة أخرى، أن تحسن قدرتهم على تقليد أفعال باستعمال أشياء، تتدخل بصفة فعالة في تطوير قدراتهم على اللعب، فهم بهذا يتعلمون استعمال الأشياء بطريقة اجتماعية عادية، بدلا

من الاهتمام بجوانبها الإدراكية (البصرية، السمعية، الشمية، أو اللمسية)، أو استعمالها بصفة تكرارية

(Rogers et Dawson, 2013). كما يظهر انخفاض في حدة اضطراب طيف التوحد من خلال تحسين النتائج على مستوى بعض بنود سلم تقييم التوحد الطفولي (CARS-T)، كالبند الثاني الخاص بعملية التقليد، البند الأول الخاص الإجتماعية بالتفاعلات ، البند السابع الخاص بالاستجابة البصرية و أخيرا البند الرابع الخاص بالسلوك (ملحق رقم 04).

و قد جاءت نتائج بحثنا موافقة مع دراسة الباحثة Nadel (2011) التي قامت بدراسة تجريبية على 8 أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 84 شهر كلهم مصابين باضطراب طيف التوحد، و هذا قصد دراسة تأثير دور السلوكيات التقليدية على تطوير التواصل عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. قامت في المرحلة الأولى بتقييم حدة اضطراب التوحد باستعمال سلم تقييم اضطراب التوحد الطفولي (CARS-T)، و تقييم سن التطور باستعمال البروفيل النفسو-تربوي PEP-R، ثم تقييم عملية التقليد باستعمال سلم تقييم القدرات التقليدية للباحثة Nadel. الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو جعل الأطفال قادرين تدريجيا على القيام بعملية التقليد حتى يصبحون قادرين على اكتساب وسيلة فعالة للتواصل غير اللفظي، وهذا بعد تمرير بروتوكول فردي قائم على تطور عملية التقليد عند الطفل الصغير ذات التطور النمطي (Typique).

في المرحلة الثانية من الدراسة تم تقييم شبكة ملاحظة للأولياء : (Comportement Physique Sociale et Emotionnel) CPSE تتكون هذه الشبكة من 14 بند موزعة على 05 فئات (السلوك الإنفعالي الإجتماعي، الوضعي الحركي، الأفعال، التواصل البصري، و السلوكيات المميزة).

أظهرت النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة، تطور على مستوى عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي له تأثير في التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد.

فيما يخص دراستنا فقد كان من الأفضل لنا أخذ مجموعة ضابطة لم تخضع للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد لإظهار فعالية و أهمية هذه المهارة في البرامج التدريبية الموجهة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، لجعل النتائج المتحصل عليها أكثر قطعياً، ومصدقية علمية، لكن استحال لنا الأمر نظراً لعدم توفر العدد المناسب من الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهر و 03 سنوات. و هذا راجع للتشخيص و الكفالة المتأخرة لاضطراب طيف التوحد في الجزائر.

و الجديد في دراستنا مقارنة بالدراسات السابقة خاصة في الميدان الإكلينيكي الجزائري، التي اهتمت بدراسة فئة عمرية تتجاوز أعمارهم 03 سنوات، هو اهتمامنا بالكفالة المبكرة كعامل أساسي لتطوير التواصل غير اللفظي و هذا عن طريق تطوير مهارة عملية التقليد، حيث تنص المنظمة العالمية للصحة (OMS) على ضرورة وأهمية الكفالة المبكرة لاضطراب طيف التوحد، أي في المرحلة التي يكون فيها الدماغ في نمو و تطور ذو كثافة مشبكية و مرونة عالية (Plasticité cérébrale). حيث تكون إمكانية النمو النفسو-عصبية مهمة، وهذا ما يوافق المعطيات النظرية التي تشير إلى أنه كلما كان التكفل بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في مرحلة مبكرة ما بين 02 و 04 سنوات، كلما حظينا بالحصول على نتائج مرضية (Lovaas et Smith, 1988). و يضيف Rogers (1996) على أن الكفالة المبكرة و المكثفة لها تأثير إيجابي على تطور الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أكثر ما هو بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات تطويرية عصبية أخرى. كما يؤيد كل من Warreyn, Poelt et Rogers (2014) على أهمية الكفالة المبكرة في تطوير مهارات التواصل الإجتماعي، بالتحديد على تطوير عملية التقليد، الإنتباه المشترك، و القدرة على اللعب. كما أننا لاحظنا أن أغلب الدراسات لم تأخذ بعين الإعتبار الخطوات البطيئة في مجال التطور التي يتميز بها الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و الراجعة إلى حدة أعراضهم التي تشمل كل جوانب التطور لديهم فإن أغلب

الدراسات التي استعملت البرامج التدريبية لم تتجاوز مدة التدريب 06 أشهر حيث هذه المدة لا تعطي الفرصة الكافية للطفل بتطوير قدراته بصفة عامة و التقليدية و التواصلية على وجه الخصوص.

فأردنا من خلال دراستنا مراعاة هذا العامل و لهذا فقد استغرقت مدة تطبيقنا للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد مدة 12 شهرا و هذا ما سمح لنا بالحصول على نتائج مرضية تتفق مع المعطيات النظرية التي تشير إلى أن مدة الكفالة تلعب دورا هاما للتنبؤ بالتطور الإيجابي للطفل. Rogers (2010) يؤكد أنه كلما كانت مدة الكفالة طويلة، كلما حظينا بالحصول على نتائج إيجابية و هذا لأن التكرار و الممارسة يساعدان على التعلم و تعميم المكتسبات.

كما يؤكد كل من Rogers et Dawson (2013) على ضرورة تعليم و تدريب القدرات التقليدية بصفة مكثفة و لمدة طويلة من أجل استعادة التأخر على مستوى تطور الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، و الراجع لحد كبير لنقص فرصة التعلم الناتجة عن انطوائه، و نقص مبادرته في التفاعل مع محيطه.

و من خلال كل ما سبق نستطيع القول أننا قمنا بتحقيق فرضياتنا الرئيسية و الجزئية و التي مفادها: يؤثر برنامج تدريبي مركز على عملية التقليد بصفة فعالة على تطوير القدرات التقليدية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. و أن لعملية التقليد دور فعال في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي و التي تظهر مظاهره على مستوى: الإنتباه المشترك، التفاعلات الاجتماعية، وتعديل السلوك. حيث تم إبراز و إظهار هذا التطور عن طريق استعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية، الاجتماعية و الانفعالية (BECS).

كما أظهرت النتائج أن تطور عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي يؤثر بصفة فعالة على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد و هذا ما تم إظهاره من خلال استعمال سلم تقييم درجة التوحد الطفولي

(CARS-T)

خاتمة

خاتمة:

لعملية التقليد دور هام في سيرورة نمو و تطور الطفل، و هذا ما جعله موضوع اهتمام الكثير من الباحثين، خاصة في الآونة الأخيرة، أين اهتم معظمهم بدراسة الجانب التواصلي و الإجتماعي لعملية التقليد عند الأطفال الصغار. حيث تعتبر عملية التقليد من الميكانيزمات الأساسية لظهور و تطور التواصل غير اللفظي، و من بين المؤهلات الفعالة لاكتساب التواصل اللفظي، الذي يسمح للطفل بالتعلم و التفاعل مع محيطه. إن القدرة على التعلم و التواصل عن طريق عملية التقليد قد تكون مفقودة أو مضطربة عند بعض الحالات المرضية، كما هو الحال عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. فمن خلال ما تم التطرق إليه في الجانب النظري فيما يخص الدراسات التي أظهرت وجود علاقة وثيقة بين تدريب مهارة عملية التقليد و تطور مهارات التواصل الاجتماعي عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (Paelt et Rogers, 2014 ; Miniscola, Rudling, Gillberg et Jhonels, 2011 ; Nadel, 2014)، جاءت دراستنا في هذا المنظر، و ذلك بهدف معرفة دور و فعالية عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي، و التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد، و لهذا الغرض قمنا بدراسة تجريبية، قمنا فيها بتقييم مستوى عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي، قبل و بعد تطبيق برنامج تدريبي مركز على عملية التقليد، باستعمال بطارية تقييم القدرات المعرفية، و الاجتماعية الانفعالية (BECS)، كما قمنا بتقييم درجة حدة اضطراب طيف التوحد قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي، باستعمال سلم تقييم حدة اضطراب التوحد الطفولي. استنتجنا من خلال تحليل و مقارنة النتائج، أن للبرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد دور فعال في تطور القدرات التقليدية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. كما أظهرت النتائج أن تطور القدرات التقليدية عند هؤلاء الأطفال يلعب دورا فعالا في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لديهم، حيث يظهر ذلك التطور على مستوى الإنتباه المشترك، التفاعلات الاجتماعية، و تعديل السلوك. كما لاحظنا من خلال النتائج المتحصل عليها

أن تطور عملية التقليد و مهارات التواصل غير اللفظي يؤثر بصفة فعالة على التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد عند أطفال مجموعة البحث . و ما يجب الإشارة إليه هو أن الكفالة المبكرة، المستوى التطوري، إضافة إلى العامل الزمني، عوامل تلعب دورا هاما للتوصل إلى نتائج ايجابية و التغلب على صعوبات التواصل التي يعاني منها الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. فان عملية التدخل المبكر و المكثف خاصة خلال مرحلة بناء الذكاء الحسي-حركي قد تكون ضرورية للعمل على تطوير قدرة هؤلاء الأطفال على التواصل بشكل تلقائي و تزويدهم بوسيلة فعالة للتفاعل بشكل وظيفي لعدم اللجوء إلى وسائل بديلة غير ملائمة للتعبير عن احتياجاتهم، حيث كلما كانت الكفالة متأخرة كلما كانت النتائج ضعيفة و تستغرق مدة أطول، وتتطلب جهدا أكبر.

على ضوء النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا نستطيع القول أننا قمنا بتحقيق فرضيات بحثنا و المتمثلة في أن لعملية التقليد دورا فعالا في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وأن تطور على مستوى عملية التقليد، و مهارات التواصل غير اللفظي له تأثير فعال في التقليل من حدة اضطراب طيف التوحد.

و في الأخير، نرى أنه ليست هناك استحالة أو تعقيد في كيفية التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، فإن كل ما يحتاج إليه هو الصبر و المثابرة، لأن خطواته في مجال التطور بطيئة و هذا راجع لحدة أعراضه التي تشمل كل جوانب التطور لديه.

الآفاق المقدمة من طرف دراستنا يمكن أن تعزز، في المستقبل، اقتراح برامج تدريبية تركز أساسا على تنمية و تطوير مهارات عملية التقليد بمختلف أشكالها ، كما لا بد للبرامج المسطرة و الموجهة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أن تأخذ بعين الاعتبار خصائص تطور هذه الفئة في ميدان عملية التقليد و التواصل غير اللفظي حتى تعطي الفرصة لهؤلاء الأطفال في حالة غياب اللغة، لاكتساب وسيلة

غير لفظية تسمح لهم بالتواصل و التعبير عن احتياجاتهم، و بالتالي التقليل من السلوكيات غير الملائمة،
لمحاربة التهميش و العزلة، و بالتالي الاندماج في الأسرة أولاً، و في المجتمع مستقبلاً.
كما لا بد أن تستهدف الأبحاث القادمة، دراسة الميكانيزمات الأساسية وراء العلاقة ما بين عملية التقليد،
و قدرات التواصل البراغماتي.

مراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. الريماوي محمد عودة، علم نفس النمو، دار المسيرة للنشر و التوزيع، 2003.
2. الزريقات عبدالله فرح، التوحد: الخصائص و العلاج، دار وال للنشر و التوزيع، عمان، 2004.
3. القبروتي يوسف، مدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، دبي، 1995.
4. بدر إبراهيم الشيباني، سيكولوجية النمو، مركز المخطوطات و التراث و الوثائق، 2003.
5. تركي رابح، مناهج البحث في علوم التربية و علم النفس، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1984.
6. رمضان محمد القذافي، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، 1993.
7. سليمان عبد الواحد يوسف، سيكولوجية التوحد (الأوتيزم)، المكتبة العصرية، 2010.
8. سهير كامل احمد، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الإسكندرية، 2002.
9. صلاح الدين شروخ، منهجية البحث العلمي للجامعيين، دار العلوم، 2003.
10. عبد الرحمان العيسوي، سيكولوجية التنشئة الإجتماعية، دار الفكر الجامعي، 2003.
11. عبد الرحمان الوافي، قاموس مصطلحات علم النفس، دار الآفاق، 2006.
12. عبد الكريم بوحفص، الإحصاء المطبق في العلوم الإجتماعية و الإنسانية، ديوان المطبوعات الجامعية، 2006.
13. عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل العلمية، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1990.

قائمة الأطروحات و المذكرات :

14. بن دوييس سارة، التقليد و التواصل عند الطفل التوحدي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في

علم النفس النمو، جامعة تلمسان، 2015.

15. خالد سميرة، أهمية التكفل المبكر في النمو النفس-عصبي عند الطفل الإجتزاري باستعمال عملية

التقليد، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العصبي، جامعة الجزائر -2، 2011.

16. عياد فتيحة، تقييم النمو المعرفي و الإجتماعي الإنفعالي لدى الطفل الجزائري المصاب بالتوحد،

محاولة تكييف بطارية BECS على البيئة الجزائرية، مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس

المعرفي، جامعة البلدية 2، 2015.

17. Adrien, J.L. (2007). Manuel de la Batterie d'Evaluation Cognitive et Socioémotionnelle(B.E.C.S.). Editions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA), Paris.
18. Adrien, J-L. (2009). Diagnostic précoce de l'autisme et évaluations psychologiques des enfants avec autisme. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'enfant (A.N.A.E.), 100, 240-244.
19. Adrien, J.L. & Gattegno, M.P. (2011). Autisme de l'enfant. Evaluations, interventions et suivis. Bruxelles, Mardaga.
20. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.
21. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-V). Washington, DC: Author.
22. Baghdadli, A., & Aussilloux, C. (2007). Intérêts et limites des études longitudinales dans la mesure du changement chez la personne autiste. Enfance, CRAIN .
23. Baghdadli, A., & Aussilloux, C. (2007). Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutique proposées dans l'autisme. Montpellier: Centre de Ressources Autisme Languedoc-Roussillon.
24. Baldwin, J. M. (1897). Social and ethical interpretations in mental development: A study in social psychology. The Macmillan Company.
25. Bandura, A. (1965). Modification of self-imposed delay of reward through exposure to live and symbolic models. Journal of Personality and Social Psychology (2), pp. 298-705.

26. Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and program planning* , 13 (1), 9-17.
27. Baron-Cohen, S. (1998). *La cécité mentale, essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*. Grenoble: PUG.
28. Bates E, Benigni I., Bretherton I, Camaioni J., Volterra V. the emergence of symbols, and communication in infancy. New York: Academi Press 1979.
29. Bergès, J., & Lézine, I. (1965). The imitation of gestures . Londres: Spastics Society.
30. Bourdonnière, P. M. (1997). Le mimétisme et l'imitation. *Sciences humaines* (80),128.
31. Bruner, J. (1981). The social context of language acquisition. *Language and communication* (1), 155- 178.
32. Charman, T., & Baron-Cohen, S. (1994). Another look on imitation in autism. *Development and psychopathology* (6), pp. 403-413.
33. Colletta, J. M. (2004). Le développement de la parole chez l'enfant agé de 6 à 11 ans: corps, langage et cognition. Edition Mardaga.
34. Contenjean, Y.,& Doyen, C.(2012).Regards périphériques sur l'autisme. Evaluer pour mieux accompagner. Edition Lavoisier.
35. De Meyer, M., Alpern, G., & Churchill, D. (1972). Imitation in autistics, early schizophrenic and nonpsychotic subnormal children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* (2), pp. 264- 287.
36. Lesur, A. (2012, Mars). Quel ingrédient manque-t-il à la conversation? Recenser les troubles pragmatiques chez la personne autiste de haut niveau. *Rééducation orthophonique* (249).
37. Lovaas, O. I., & Smith, T. (1988). Intensive behavioral treatment for young autistic children . New York: Plenum Press.
38. Mecherbet, A., & Pry, R. (2014). Algérie: autisme, recherches et interventions. Montpellier: PULM.
39. Meltzoff, A., & Moore, K. (2005). Imitation et développement humain: les premiers temps de la vie. *Terrain* (44), pp. 71-90.

40. Meltzoff, A., & Moore, M. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. Science (198), 75-78.
41. Monfort, M. (2005). Les troubles pragmatiques chez l'enfant. Ortho édition.
42. Mottron, L. (2004). L'autisme : une autre intelligence. Edition Mardaga.
43. Nadel, J. (1996). Imitation et autisme. Les Cahiers du Cerfee: Autisme et régulation de l'action , p. 57.
44. Nadel, J. (2003). Imitation et autisme. Cerveau & Psycho (4), 68 - 71.
45. Nadel, J. (1986). Imitation et communication entre jeunes enfants. Paris: PUF.
46. Nadel, J. (2011). Imiter pour grandir, développement du bébé et de l'enfant avec autisme. Paris: Dunod.
47. Nadel, J., & Aouka, N. (2006). Imitation: some cues for intervention approaches in Autistic Spectrum Disorder. Dans W. Charman, & W. Stone, Early social communication in Autistic Spectrum Disorders (pp. 219-235). New York: Guilford Publications.
48. Nadel, J., & Butterworth, G. (1996). L'imitation immédiate enfin réhabilitée. Enfance , pp. 5-7.
49. Nadel, J., & Decety, J. (2002). Imiter pour découvrir l'humain: psychologie, neurobiologie, robotique et philosophie de l'esprit . PUF, Collection Science de la Pensée.
50. Nadel, J., & Decety, J. (2006). Résonance et agentivité. Cerveau & Psycho (13).
51. Nadel, J., Guérini, C., & Rivet, C. (1996). L'imitation, format évolutif de communication. Enfance (1).
52. Perrin, J., & Maffre, T.(2013). Autisme et psychomotricité. Edition de Boek.
53. Piaget, J. (1945). La formation du symbole chez l'enfant: imitation, jeu, image et représentation. Paris: Delachaux et Niestlé.
54. Piaget, J. (1936). La naissance de l'intelligence . Paris: Delachaux et Niestlé.
55. Piaget, J. (1977). La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Paris: Delachaux et Niestlé.

56. Piaget, J. (1966). La psychologie de l'enfant. Paris: PUF.
57. Piaget, J. (1972). La représentation du monde chez l'enfant. Presses Universitaires de France..
58. Ritvo S, Provence S. From perception and imitation in some autistic children : diagnostic findings and their contextual interpretation. *Psychoanal Study Child* 1953;8:155–61.
59. Rogé, B. (2009). Le dépistage de l'autisme, quelle faisabilité. *Enfance* , 1, 27-40.
60. Rogers, S. (1996). Briel report: Early intervention in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 2 (26), pp. 243-246.
61. Rogers, S., & Benetto, L. (2002). Le fonctionnement moteur dans le cas d'autisme. *Enfance* , 54, 63-73.
62. Rogers, S., & Benettodu, L. (2002). Le fonctionnement moteur dans le cas d'autisme. *Enfance* , 54, pp. 63 - 73.
63. Rogers, S., & Pennington, B. F. (1991). A theoretical approach to the defidits in infantile autism. *Developmental Psychopathology* (4), pp. 137-126.
64. Rogers,S., & Dawson,G. (2013). L'intervention précoce en autisme : Le Modèle de Denver pour jeunes enfants. Edition Dunod.
65. Saias, T. (2010). Le developpement précoce de l'enfant: évolutions et révolutions. *Devenir* , 22, pp. 175-185.
66. Schopler, E., Lansing, M., & Weters, L. (2001). Activités d'enseignement pour enfants autistes . Paris: Masson.
67. Schopler, E., Lansing, M., Reichler, R., & Marcus, L. (2010). Profil Psycho-Educatif, PEP-3. Bruxelles: De Boeck.
68. Snow CE. Imitativeness: a trait or a skill ? In: Speidel GE, Nelson KE, editors. The many faces of imitation in language learning. New York: Springer-Verlag; 1989. p. 73–90.
69. Tardif, C. (2010). Autisme et pratiques d'intervention. Marseille: Solal.

70. Thommen, E. (2004). L'interprétation d'indices non verbaux par les enfants. *Psychologie française* , 145- 160.
71. Uzgiris, I. (1981). Two functions of imitation during infancy. *International Journal of Behavior development* , 4 (1), 1-12.
72. Wallon, H., & Lurçat, L. (1962). Espace postural et espace environnant (le schéma corporel). *Enfance* , 15 (1), 1-33.
73. Zazzo, R. (1988). Découverte de l'imitation néo-natale. *Psychologie française* , pp. 5-9.
74. Zazzo, R. (1988). L'imitation immédiate: bilans et perspectives. *Enfance* , 41 (02), pp. 125-126.

ملاحق

الملحق رقم 01:

شبكة التشخيص التوحد CIM 10

CAHIER D'OBSERVATION

<i>Critères de la CIM-10 : AUTISME INFANTILE (F84.0)</i>	<i>Présent</i>	<i>Absent</i>
A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :		
(1) Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ;		
(2) Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques ;		
(3) Jeu fonctionnel ou symbolique.		
B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :		
(1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :		
(a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales ;		
(b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions ;		
(c) manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ou manque de modulation du comportement, selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs ;		
(d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple, ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent).		
(2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :		
(a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique ;		
(b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint) ;		
(c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases ;		
(d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané ou, dans le jeune âge, absence de jeu d'imitation sociale.		
(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :		
(a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation ;		
(b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels ;		
(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps) ;		
(d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple, leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).		
C. Le tableau clinique n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement : trouble spécifique de l'acquisition du langage, versant réceptif (F80.2), avec des problèmes socio-émotionnels secondaires ; trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) ou trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2) ; retard mental (F70-F72) avec quelques perturbations des émotions ou du comportement ; schizophrénie (F20) de survenue inhabituellement précoce ; syndrome de Rett (F84.2).		

الملحق رقم 02:

شبكة تشخيص التوحد - DSM-V

Trouble du spectre de l'autisme

Doit présenter les critères A, B, C et D :

A. Déficits persistants dans la communication et l'interaction sociales sans égard au contexte, non justifiés par des retards de développement généraux, se manifestant par la présence des trois éléments suivants :

1. Incapacités de réciprocité sociale ou émotionnelle ; depuis une démarche sociale anormale jusqu'à l'inaptitude à initier l'interaction sociale, en passant par l'incapacité à entretenir une conversation avec autrui en raison du manque d'intérêt, d'émotions, d'affect et de réaction.
2. Comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale déficients ; depuis des communications verbales et non verbales mal intégrées jusqu'à l'anormalité du contact visuel et du langage corporel, en passant par l'incapacité à comprendre et à utiliser les comportements de communication non verbale et au manque total d'expression faciale ou de gestes pertinents.
3. Incapacité à établir et à entretenir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement (outre les relations avec les soignants) ; difficultés à adapter son comportement à différents contextes sociaux, difficultés à partager un jeu imaginaire et à se faire des amis, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

B. Modèles de comportement, activités ou intérêts restreints et répétitifs, caractérisés par au moins deux des éléments suivants :

1. Discours, utilisation d'objets ou mouvements moteurs stéréotypés ou répétitifs (notamment, stéréotypies motrices, écholalie, utilisation répétitive des objets ou usage de phrases idiosyncrasiques)
2. Attachement excessif à des routines, modèles de comportement verbal et non verbal ritualisés ou résistance excessive au changement (notamment rituels moteurs, insistance à suivre le même trajet ou à manger les mêmes aliments, questionnement répétitif ou détresse extrême face à de petits changements)
3. Intérêts très restreints, à tendance fixative, anormaux quant à l'intensité et à la concentration (notamment un attachement marqué ou une préoccupation à l'égard d'objets inhabituels, intérêts excessivement circonscrits ou empreints de persévérance).
4. Hyper- ou hypo-réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement (notamment une indifférence apparente à la douleur, à la chaleur ou au froid, réponse négative à des sons ou à des textures données, le geste de renifler ou de toucher de façon excessive des objets, fascination pour les lumières ou les objets qui tournent).

C. Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance (mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités limitées).

D. Les symptômes mis ensemble limitent et altèrent le fonctionnement quotidien.

الملحق رقم 03:

سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (CARS-T)

CARS-T

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE

Eric SCHOPLER et col.

Traduction et adaptation française : Bernadette ROGÉ

CAHIER DE NOTATION

Nom

Date de l'examen Année Mois..... Jour.....

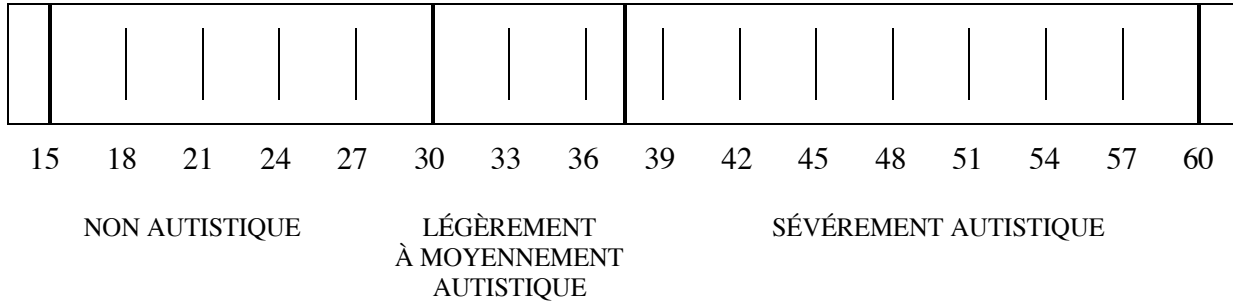
Date de naissance Année Mois..... Jour.....

Âge chronologique Année Mois.....

Examineur

SCORES AUX DIFFÉRENTES CATÉGORIES

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	SCORE TOTAL	



CONSIGNES D'ADMINISTRATION

Pour chaque catégorie, utiliser l'espace prévu en dessous de chaque item pour prendre des notes sur les comportements à évaluer. Lorsque l'observation est terminée, coter les comportements correspondant à chaque item. Pour chaque item, entourer le nombre qui correspond le mieux à la description du comportement de l'enfant. Il est possible de nuancer la description en utilisant les notes intermédiaires 1,5 - 2,5 - 3,5. Pour chaque item, des critères de cotation abrégés sont fournis. Se reporter au chapitre 2 du Manuel pour prendre connaissance des critères de cotation détaillés.

I. RELATIONS SOCIALES

1. ***Pas de difficulté ou d'anomalie dans les relations avec les personnes.*** Le comportement de l'enfant est approprié pour son âge. Un certain degré de timidité, de gêne ou de contrariété lie au fait d'être guidé dans les activités peut être observé, mais pas davantage que chez les enfants normaux du même âge
1,5
2. ***Anomalies mineures dans les relations.*** L'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, peut éviter l'adulte ou se montrer réticent si l'interaction est initiée de manière forcée, être excessivement timide, être moins sensible à la présence de l'adulte qu'il ne serait normal ou s'agripper aux parents légèrement plus souvent que la plupart des enfants du même âge.
2,5
3. ***Anomalies moyennes dans les relations.*** L'enfant présente parfois des comportements de retrait, il paraît insensible à la présence de l'adulte. Une intervention importante et durable peut parfois être nécessaire pour attirer l'attention de l'enfant. L'enfant initie un minimum de contact
3,5
4. ***Anomalies sévères dans les relations.*** L'enfant est constamment en retrait et insensible à ce que fait l'adulte. Il ne répond pratiquement jamais à l'adulte et ne cherche presque jamais le contact avec lui. Seuls les efforts les plus prolongés pour attirer l'attention de l'enfant peuvent avoir un effet.

OBSERVATIONS :

II. IMITATION

1. ***Imitation appropriée.*** L'enfant peut imiter des sons, des mots et des mouvements qui correspondent à son niveau.
1,5
2. ***Imitation légèrement anormale.*** La plupart du temps, l'enfant imite des comportements simples tels que taper des mains ou reproduire des sons. Occasionnellement, il n'imité que s'il y est poussé ou après un délai.
2,5
3. ***Imitation moyennement anormale.*** L'enfant n'imité que de temps à autre et l'adulte doit insister et l'aider pour qu'il le fasse. Fréquemment, il n'imité qu'après un délai.
3,5
4. ***Imitation sévèrement anormale.*** L'enfant n'imité que rarement ou jamais des sons, des mots ou des mouvements, même quand il y est poussé ou aidé par l'adulte.

OBSERVATIONS :

III. RÉPONSES ÉMOTIONNELLES

- 1,5 1. **Réponses émotionnelles appropriées à l'âge et à la situation.** L'enfant présente un type et une intensité de réponse normaux. Cela se manifeste par un changement au niveau de son expression faciale, de sa posture et de sa façon de se comporter.
- 2,5 2. **Réponse émotionnelles légèrement anormales.** L'enfant présente parfois un type et un degré de réactions émotionnelles inappropriés. Les réponses ont parfois peu de liens avec les objets ou les événements présents.
- 3,5 3. **Réponses émotionnelles moyennement anormales.** L'enfant présente des signes d'inadéquation dans le type et l'intensité de ses réponses émotionnelle. Les réactions peuvent être relativement inhibées ou excessives et peuvent être sans rapport avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire, ou se raidir même si rien dans l'environnement ne semble devoir provoquer une émotion.
4. **Réponse émotionnelles sévèrement anormales.** Les réponses sont rarement appropriées à la situation. Lorsque l'enfant est dans un état émotionnel déterminé, il est difficile de le faire changer d'humeur. Inversement, il peut présenter des émotions très différentes sans que rien n'a changé dans la situation.

OBSERVATIONS :

IV. UTILISATION DU CORPS

- 1,5 1. **Utilisation du corps normale pour l'âge.** L'enfant bouge avec la même aisance, la même habileté et le même niveau de coordination qu'un enfant du même âge.
- 2,5 2. **Utilisation du corps légèrement anormale.** De légères particularités telles que maladresse, mouvements répétitifs, pauvreté des coordinations sont observées. Des mouvements plus inhabituels apparaissent parfois.
- 3,5 3. **Utilisation moyennement anormale du corps.** Des comportements qui sont nettement étranges ou inhabituels pour un enfant de cet âge sont relevés: mouvements bizarres des doigts, postures particulières des doigts ou du corps, fixation du regard sur une partie du corps ou manipulation du corps, auto-agression, balancement, tournoiement, agitation des doigts ou marche sur la pointe des pieds.
4. **Utilisation sévèrement anormale du corps.** Des mouvements, tels que ceux décrits ci-dessus apparaissant avec une intensité et une fréquence importante, correspondent à une utilisation sévèrement anormale du corps. Ces comportements peuvent persister en dépit des tentatives pour les éliminer ou pour engager l'enfant dans d'autres activités.

OBSERVATIONS :

V. UTILISATION DES OBJETS

- 1,5 1. **Intérêt normal pour les jouets et autres objets, utilisation appropriée.** L'enfant manifeste un intérêt normal pour les jouets et les autres objets adaptés à son niveau d'habileté, et les utilise d'une manière appropriée.
- 2,5 2. **Intérêt légèrement anormal pour les jouets et les autres objets, utilisation légèrement inappropriée.** L'enfant peut présenter peu d'intérêt pour les objets, ou jouer avec eux d'une manière immature (par exemple frappe avec le jouet ou le suce).
- 3,5 3. **Intérêt moyennement anormal pour les objets, utilisation moyennement inappropriée.** L'enfant peut manifester très peu d'intérêt pour les jouets ou d'autres objets ou peut les utiliser d'une manière étrange. Il peut focaliser son attention sur une partie insignifiante du jouet, être fasciné par le reflet de lumière sur l'objet, mobiliser de manière répétitive une partie de l'objet ou jouer avec un seul objet à l'exclusion de tous les autres.
4. **Intérêt sévèrement anormal pour les objets, utilisation sévèrement inappropriée.** L'enfant peut s'engager dans les comportements décrits ci-dessus, mais avec une fréquence et une intensité plus marquées. L'enfant est plus difficile à distraire de ses activités inappropriées.

OBSERVATIONS :

VI. ADAPTATION AU CHANGEMENT

- 1,5 1. **Réaction au changement normale pour l'âge.** L'enfant peut remarquer les changements de routine et faire des commentaires, mais il accepte ces modifications sans signes de détresse.
- 2,5 2. **Réactions légèrement anormales au changement.** Quand un adulte essaie de changer les tâches, l'enfant peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel.
- 3,5 3. **Réaction moyennement anormale au changement.** L'enfant résiste activement aux changements de routine, essaie de continuer l'ancienne activité et il est difficile de le distraire. Il peut se mettre en colère et se montrer perturbé quand une routine établie est modifiée.
4. **Réaction sévèrement anormale au changement.** L'enfant présente des réactions sévères au changement. Si un changement est imposé, il peut se fâcher, refuser de coopérer et manifester de la colère.

OBSERVATIONS :

VII. RÉPONSES VISUELLES

- 1,5 1. **Réponses visuelles appropriées pour l'âge.** Le comportement visuel de l'enfant est normal et approprié pour un enfant de cet âge. La vision est utilisée avec les autres sens pour explorer un nouvel objet.
- 2,5 2. **Réponses visuelles légèrement anormales.** Il faut rappeler de temps en temps à l'enfant de regarder les objets. L'enfant peut être plus intéressé par les miroirs ou les lumières que par ses pairs, il peut parfois fixer dans le vide. Il peut aussi éviter de regarder les gens dans les yeux.
- 3,5 3. **Réponses visuelles moyennement anormales.** Il faut fréquemment rappeler à l'enfant de regarder ce qu'il fait. Il peut fixer dans le vide, éviter de regarder les gens dans les yeux, regarder les objets sous un angle inhabituel, ou tenir les objets très près des yeux.
4. **Réponses visuelles sévèrement anormales.** L'enfant évite constamment de regarder les gens ou les objets et peut présenter des formes extrêmes des particularités visuelles décrites ci-dessus..

OBSERVATIONS :

VIII. RÉPONSES AUDITIVES

- 1,5 1. **Réponses auditives normales pour l'âge.** La réponse auditive est normale et appropriée pour l'âge. L'audition est utilisée avec les autres sens tels que la vision et le toucher.
- 2,5 2. **Réponses auditives légèrement anormales.** Un certain manque de réponse ou une réaction légèrement excessive à certains bruits peuvent être relevés. Les réponses aux sons peuvent être différées, et il peut être nécessaire de reproduire un son pour attirer l'attention de l'enfant. Celui-ci peut être distrait par des bruits extérieurs.
- 3,5 3. **Réponses auditives moyennement anormales.** La réponse de l'enfant aux bruits peut varier. Il ignore souvent un son lors de sa première présentation. Il peut sursauter ou se couvrir les oreilles en entendant des bruits auxquels il est pourtant quotidiennement confronté.
4. **Réponses auditives sévèrement anormales.** L'enfant répond trop ou trop peu aux bruits. Sa réponse est excessive quel que soit le type de stimulus sonore.

OBSERVATIONS :

IX. GOÛT - ODORAT - TOUCHER (RÉPONSES ET MODES D'EXPLORATION)

- 1,5 1. **Réponse normale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation normale des 5 sens.** L'enfant explore les nouveaux objets d'une manière appropriée pour l'âge, généralement en les touchant et en les regardant. Le goût et l'odorat peuvent être utilisés quand cela est adapté. Lorsqu'il réagit à des douleurs minimales et courantes, l'enfant exprime de l'inconfort mais n'a pas de réaction excessive.
- 2,5 2. **Réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation légèrement anormale des 5 sens.** L'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche, renifler ou goûter des objets non comestibles, ignorer une petite douleur ou présenter une réaction excessive par rapport à la simple réaction d'inconfort d'un enfant normal.
- 3,5 3. **Réponse moyennement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation moyennement anormale des 5 sens.** L'enfant peut être moyennement préoccupé par le fait de toucher, sentir ou goûter les objets ou les personnes. Il peut réagir trop fortement ou trop peu à la douleur.
4. **Réponse sévèrement anormale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation sévèrement anormale de ces sens.** L'enfant est préoccupé par le fait de renifler, goûter ou toucher les objets, davantage pour la sensation que par souci d'explorer ou d'utiliser ces objets. L'enfant peut ignorer complètement la douleur ou réagir très fortement à un léger inconfort.

OBSERVATIONS :

X. PEURS, ANXIÉTÉ

- 1,5 1. **Peur ou anxiété normale.** Le comportement de l'enfant est approprié à la situation compte tenu de son âge.
- 2,5 2. **Peur ou anxiété légèrement anormale.** L'enfant présente de temps à autre une peur ou une angoisse trop forte ou trop faible comparée à la réaction d'un enfant normal du même âge dans la même situation.
- 3,5 3. **Peur ou anxiété moyennement anormale.** L'enfant présente une peur trop intense ou trop faible par rapport à la réaction d'un enfant même plus jeune dans une situation identique.
4. **Peur ou anxiété sévèrement anormale.** Les peurs persistent même après l'expérience répétée de situations ou d'objets sans danger. Il est extrêmement difficile de calmer et de reconforter l'enfant. À l'inverse, l'enfant peut ne pas réagir de manière appropriée à des dangers qu'évitent les enfants du même âge.

OBSERVATIONS :

XI. COMMUNICATION VERBALE

- 1,5 1. *Communication verbale normale pour l'âge et la situation*
- 2,5 2. *Communication verbale légèrement anormale*. Le langage présente un retard global. L'essentiel du discours a une signification: cependant, l'écholalie ou l'inversion pronominale peuvent. Des mots particuliers ou un jargon peuvent être utilisés occasionnellement.
- 3,5 3. *Communication verbale moyennement anormale*. Le langage peut être absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de langage doté de sens et de particularités telles que jargon, écholalie ou inversion pronominale. Le langage peut comporter aussi des particularités comme les questions répétées ou une préoccupation excessive pour des sujets spécifiques.
4. *Communication verbale sévèrement anormale*. L'enfant n'utilise pas un langage fonctionnel. Il peut émettre des cris infantiles, des sons étranges ou ressemblant à des cris d'animaux, des bruits complexes se rapprochant du langage, ou peut faire un usage bizarre et persistant de certains mots ou phrases.

OBSERVATIONS :

XII. COMMUNICATION NON-VERBALE

- 1,5 1. *Communication non-verbale normale pour l'âge et la situation*.
- 2,5 2. *Communication non verbale légèrement anormale*. La communication non verbale est immature. L'enfant peut pointer vaguement du doigt, ou toucher ce qu'il veut dans les situations où un enfant normal du même âge montre du doigt ou présente des gestes spécifiques pour indiquer ce qu'il veut.
- 3,5 3. *Communication non verbale moyennement anormale*. L'enfant est généralement incapable d'exprimer ses besoins ou désirs par gestes. Il est également incapable de montrer ce qu'il veut par des gestes.
4. *Communication non verbale sévèrement anormale*. L'enfant n'utilise que des gestes bizarres ou particuliers qui n'ont pas de signification apparente. Il n'intègre pas la signification des gestes et des expressions faciales des autres

OBSERVATIONS :

XIII. NIVEAU D'ACTIVITÉ

- 1,5 1. *Niveau d'activité normal à l'âge et la situation.* L'enfant n'est ni plus actif, ni moins actif qu'un enfant normal du même âge dans une situation semblable.
- 2,5 2. *Niveau d'activité légèrement anormal.* L'enfant est parfois légèrement agité ou plutôt ralenti. Son niveau d'activité n'interfère que très légèrement avec sa performance.
- 3,5 3. *Niveau d'activité moyennement anormal.* L'enfant peut être très actif et difficile à contrôler. Il peut dépenser de l'énergie sans limite et ne va pas volontiers au lit le soir. A l'inverse, il peut être apathique et une stimulation importante est alors nécessaire pour le faire bouger.
4. *Niveau d'activité sévèrement anormal.* L'enfant présente des niveaux d'activité extrêmes allant de l'hyperactivité à l'apathie. Il peut même passer d'un extrême à l'autre.

OBSERVATIONS :

XIV. NIVEAU ET HOMOGENÉITÉ DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL

- 1,5 1. *Intelligence normale : fonctionnement intellectuel homogène.* L'enfant est aussi intelligent qu'un enfant du même âge et ne présente ni habileté exceptionnelle, ni problème.
- 2,5 2. *Fonctionnement intellectuel légèrement anormal.* L'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également retardées dans tous les domaines.
- 3,5 3. *Fonctionnement intellectuel moyennement anormal.* En général, l'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge. Cependant, il peut présenter une performance proche de la normale dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel.
4. *Fonctionnement intellectuel sévèrement anormal.* Alors que l'enfant n'a généralement pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge, il se montre capable de fonctionner à un niveau supérieur par rapport aux enfants de son âge dans un ou plusieurs domaines

OBSERVATIONS :

XV. IMPRESSION GÉNÉRALE

- 1,5 1. *Pas d'autisme.* L'enfant ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'autisme.
- 2,5 2. *Autisme léger.* L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.
- 3,5 3. *Autisme moyen.* L'enfant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.
4. *Autisme sévère.* L'enfant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

OBSERVATIONS :

الملحق رقم 04:

بطارية تقييم القدرات المعرفية،

الاجتماعية والانفعالية BECS



Batterie d'Evaluation Cognitive et Socio-Emotionnelle

Jean-Louis Adrien

POUR UNE APPROCHE EVALUATIVE ET THERAPEUTIQUE DES ENFANTS PRESENTANT UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT



La BECS est une évaluation psychologique spécifiquement adaptée aux enfants autistes. Elle permet d'établir un bilan développemental conduisant à la construction d'un programme de remédiation cognitive et sociale.

CONTENU

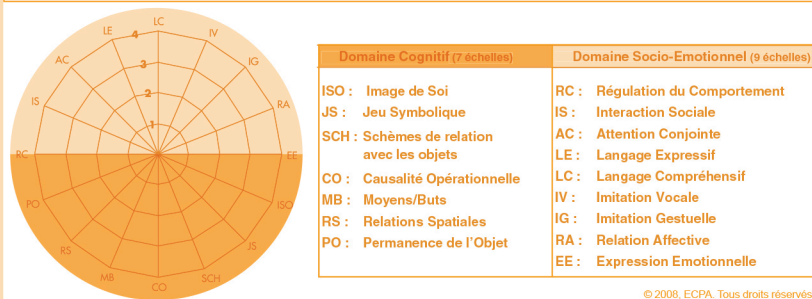
La BECS comprend 16 échelles de développement regroupées en 2 grands domaines : le domaine cognitif qui comprend 7 échelles et le domaine socio-émotionnel qui comprend 9 échelles.

Pour chaque fonction, 8 à 12 items sont hiérarchisés en 4 périodes de développement psychologique (gradient de difficulté croissant) :

- ▶ Niveau 1 : 4-8 mois
- ▶ Niveau 2 : 8-12 mois
- ▶ Niveau 3 : 12-18 mois
- ▶ Niveau 4 : 18-24 mois

- Évaluation des caractéristiques du développement des enfants ayant reçu un diagnostic :
 - d'autisme infantile
 - de trouble envahissant du développement
 - de déficience intellectuelle
- 16 échelles de développement regroupées en 2 domaines :
 - Cognitif
 - Socio-émotionnel
- Échelles qui couvrent la période de développement de 4 à 24 mois.
- Étude de validation chez 97 enfants autistes de 2 ½ ans à 10 ans.

Représentation graphique des niveaux de développement, des domaines et échelles évalués par la BECS



LES DIFFÉRENTES PRATIQUES DE LA BECS

Évaluer le développement cognitif et socio-émotionnel d'enfants autistes
Les résultats obtenus permettent de détailler les caractéristiques de développement de l'enfant : de préciser l'hétérogénéité de son profil (indices d'hétérogénéité du développement global, cognitif et socio-émotionnel) et de mettre en évidence ses acquis et ses faiblesses.

Élaborer un projet psycho-éducatif personnalisé

L'analyse et l'interprétation des résultats obtenus permettent de mettre au point une remédiation adaptée au profil de chaque enfant. La BECS constitue donc une base à l'élaboration du projet d'intervention et de développement personnel individualisé.

Déterminer la trajectoire développementale de l'enfant

Au travers de passations successives, la BECS permet de déterminer la trajectoire développementale des enfants et mettre en évidence les progrès et les pauses du développement de l'enfant.

Créer une base de dialogue avec les familles et l'équipe soignante



الملحق رقم 05:

دفتر الملاحظات BECS

Informations :

NOM de l'enfant :
 Prénom :
 Sexe : M / F
 Age : an (s) mois
 Date de Naissance : / /
 Pays de passation :
 Pays d'origine :
 Date de l'examen :
 Examineur :
 Psychologue de référence :

 Vidéo : oui / non
 Grille d'Observation des
 Comportements remplie : oui / non

Diagnostic (CIM-10/DSM-IV-TR) :

Autisme infantile-Trouble autistique /
 Autisme atypique / Syndrome de Rett /
 Autres TED-TED non spécifié
 Score à la CARS :

Développement psychologique

(Brunet-Lézine révisé)

ADP :mois.....jours
 ADC :mois.....jours.
 ADL :mois.....jours
 ADS :mois.....jours
 ADG :mois.....jours
 QDP : QDC :
 QDL : QDS :
 QDG :

Développement cognitif et socio-émotionnel (BECS)

Secteur Cognitif	Cotation 0, 1 ou 2 par item	Niveau
Image de Soi (ISO)		1
		2
		3
		4
Jeu Symbolique (JS)		2
		3
Schèmes de relation avec les objets (SCH)		1
		2
		3
		4
Causalité Opérationnelle (CO)		1
		2
		3
		4
Moyens/Buts (MB)		1
		2
		3
		4
Relations Spatiales (RS)		1
		2
		3
		4
Permanence de l'Objet (PO)		1
		2
		3
		4

Secteur Socio-Emotionnel	Cotation 0, 1 ou 2 par item	Niveau
Régulation du Comportement (RC)		1
		2
		3
		4
Interaction Sociales (IS)		1
		2
		3
		4
Attention Conjointe (AC)		1
		2
		3
		4
Langage Expressif (LE)		1
		2
		3
		4
Langage Compréhensif (LC)		1
		2
		3
		4
Imitation Vocale (IV)		1
		2
		3
		4
Imitation Gestuelle (IG)		1
		2
		3
		4
Relation Affective (RA)		1
		2
		3
		4
Expression Emotionnelle (EE)		1
		2
		3
		4

الملحق رقم 06:

تقديم مجموعة البحث

- خصائص مجموعة البحث -

CIM10	DSM-V	درجة التوحد CARS-T	العمر التطوري بالأشهر	العمر الزمني بالأشهر	الجنس	الخصائص
						الحالة
+	+	40	11.3	24	ذكر	1
+	+	33	22	26	أنثى	2
+	+	39	11.3	29	ذكر	3
+	+	40.5	17.1	30	ذكر	4
+	+	36	21	30	ذكر	5
+	+	40	15	28	ذكر	6
+	+	37	15	23	ذكر	7
+	+	32.5	26	36	أنثى	8
+	+	33	22	31	ذكر	9
+	+	36	15	23	ذكر	10
+	+	33	14	25	ذكر	11
+	+	38	12	24	ذكر	12
+	+	36.5	11.6	24	أنثى	13
+	+	39	20	36	ذكر	14
+	+	36	15	24	أنثى	15
+	+	32	18	24	ذكر	16
+	+	36	10.5	18	ذكر	17
+	+	34	19.5	28	أنثى	18
+	+	34.5	22	30	ذكر	19
+	+	33	26	36	أنثى	20
+	+	40	15.6	24	ذكر	21
+	+	36.5	16.2	23	أنثى	22
+	+	35	15	23	أنثى	23
+	+	32	16.5	22	ذكر	24
+	+	38	8	18	ذكر	25
+	+	36	22	36	ذكر	26
+	+	36.5	11.6	33	ذكر	27
+	+	38	8	18	ذكر	28
+	+	34	16	22	أنثى	29
+	+	33.5	14.5	24	ذكر	30

Niveau I

A. Imitation de mouvements faciaux et corporels

	Cotation	Remarques
1. Mouvements faciaux		
Ouvrir et fermer la bouche		
Tirer la langue		
Serrer les lèvres		
Exercice de la mâchoire en imitation (Ooo -Aaa - lli)		
Imiter des sons		
Fermer les yeux		
2. Mouvements corporels		
1.1. Mouvements corporels simples inscrits dans le répertoire		
Hausser une épaule		
Se balancer		
Sauter sur place		
Battre les mains		
Bouger les doigts de la main		
Sucer le pouce		
Faire passer un objet d'une main à une autre		
Se lever puis s'asseoir sur une chaise		
1.2. Mouvements corporels impliquant une trajectoire		
1.2.1. Sur le corps		
Se toucher la tête		
Applaudit		
Taper une main sur l'autre		
Se tapoter les épaules		
Fait « au revoir »		
Se toucher le pied		
Lever la main droite		
Lever la main gauche		
Montre du doigt deux parties du corps		
1.2.2. Sur l'espace physique environnant		
Taper les mains sur la table		
Se tient sur un pied		
Aligner des objets		
Taper du pied sur le sol		
Lancer un ballon		
Donner un coup de pied dans un ballon		
Appuie deux fois sur une sonnette		
Monter et descendre d'un tabouret		
Taper sur la table avec une cuillère		
Taper sur la table en tenant deux cubes dans chaque main		

Faire une tour avec 6 cubes		
Saisir un objet de la grosseur de la main		
Saisir avec une main un objet de la grosseur d'un poids		

2. Imitation d'actions avec des objets

1. Actions familières avec des objets courants

Se servir de la cuillère par imitation		
Se servir de la tasse par imitation		
Se servir du peigne par imitation		
Se servir de la brosse à dent par imitation		
Mettre les cubes dans une boîte à tour de rôle		
Tourner les pages d'un livre par imitation		
Mettre les lunettes sur les yeux		
Enlever le cartable par imitation		
Enlever la veste par imitation		

2. Actions familières avec des objets nouveaux

Taper sur un tambour		
Faire une boule avec de la pâte à modeler		
Faire un boudin avec de la pâte à modeler		
Insérer trois formes dans un encastrement par imitation		
Enfiler des perles		
Enlever des perles		

3. Actions non familières avec des objets courants

Prendre un livre et le mettre sur la tête		
Prendre deux tasses et les mettre sur chaque épaule		
Mettre un stylo dans une bouteille		
Se brosser les cheveux à l'aide d'une cuillère		
Mettre le chapeau derrière de dos		
Mettre une boîte sur la tête		
Prendre deux tasses et les mettre sur les oreilles		

4. Actions non familières avec des objets nouveaux

Enfoncer trois bâtonnets dans la pâte à modeler		
Prendre des jumelles et les mettre à côté des oreilles		
Mettre un sifflet derrière les oreilles		
Prendre une flûte et la mettre sur deux cubes		
Accrocher des pinces à linges sur ses vêtements		
Enrouler un lacet au tour d'un stylo		
Prendre deux anneaux et les mettre sur les yeux		

5. Séquence d'enchaînement d'actions familières

Saisir avec une main un objet de la grosseur d'un poids et le mettre dans une boîte		
---	--	--

Enlever et mettre le chapeau sur la tête		
Dévisser une bouteille, faire semblant de verser de l'eau puis boire		
6. Séquence d'enchaînement d'actions non familières		
Déposer un objet en équilibre sur un autre, les relâcher, puis les aligner		
Prendre une tasse, la mettre dans un anneau puis prendre une boule de pâte à modeler et la mettre dans la tasse		
Prendre la flute ; la mettre sous les épaules puis prendre un livre et le mettre sur la tête		
7. Séquence d'enchaînement d'actions familières et non familières		
Insère deux formes dans un encastrement puis tape deux fois sur la table		
Mettre un stylo sur la tête puis prendre un chapeau et le mettre sur la tête		
Couper du papier avec des ciseaux puis prendre le peigne et brosser le papier		

Niveau II

A. Imitation de gestes significatifs et non significatifs		
1. Imitation de gestes significatifs		
« Bravo »		
« Non »		
« Stop »		
« Viens-ici »		
« Oui »		
« Chut »		
« A moi »		
« Super »		
Se frotter le ventre « C bon ! »		
Lever le doigt pour demander la permission		
2. Imitation de gestes non significatifs		
Lever l'auriculaire		
Se tapoter les joues		
Main à l'envers sur la tête		
Main ouverte contre le nez		
Index de la main droite contre l'index de la main gauche		
Pouce de la main droite contre l'index de la main gauche		

B. Imitation d'actions concrètes et d'actions symboliques		
--	--	--

1. Imitation des actions concrètes		
Gribouiller par imitation		
Trier des formes par imitation		
Enlever et mettre son manteau par imitation		
Copier une ligne verticale		
Copier une ligne horizontale		
Essuie la table par imitation		
Trier des couleurs par imitation		
Prendre le savon, se laver puis s'essuie les mains		
Danser par imitation		
Copier des formes et des lettres par imitation		
Dessiner un bonhomme par imitation		
2. Imitation des actions symboliques		
Faire semblant de verser puis boire de l'eau par imitation		
Faire manger une poupée par imitation		
Faire dormir une poupée		
Faire semblant de couper une pomme avec un couteau		
Simuler un accident avec deux voitures		
Faire semblant de laver les mains d'une poupée		
Faire semblant de faire du repassage par imitation		
Faire semblant de préparer un repas		
Faire semblant de servir un repas		
Faire semblant de faire manger et de faire boire un animal en peluche		

الملحق رقم 07:

البرنامج التدريبي المرتكز على عملية التقليد

الملحق رقم 08:

النتائج المتحصل عليها في بطارية

BECS قبل وبعد التدريب

النتائج المتحصل عليها في بطارية BECS قبل وبعد التدريب

لتوجد درجة (DA)		تعديل السلوك (RC)		التفاعلات الإجتماعية (IS)		الإنتباه المشترك (AC)		التقليد الصوتي (IV)		التقليد الحركي (IG)		الحالة
35.5	40	4	3	4	2	4	1	3	0	4	2	1
30.5	33	4	3	3	2	4	3	4	3	4	4	2
33	39	3	2	3	1	2	1	1	0	2	1	3
35	40.5	3	2	3	2	3	2	2	1	3	1	4
32	36	3	2	3	2	2	1	1	0	3	2	5
36	40	3	2	3	2	3	2	4	2	4	3	6
34.5	37	3	2	3	1	3	1	2	0	3	1	7
29.5	33	3	2	4	2	4	3	4	3	4	2	8
29.5	33	3	2	4	2	4	3	4	3	4	2	9
32	36	3	2	4	2	4	1	4	2	4	2	10
30	33	3	1	4	2	4	1	3	0	4	2	11
35.5	38	2	1	3	1	3	1	2	0	3	0	12
33.5	36.5	3	1	3	1	3	1	3	0	3	0	13
35.5	39	3	1	2	1	3	1	3	0	3	1	14
33	36	3	1	4	2	4	1	4	0	4	2	15
29	32	3	1	4	2	4	2	4	3	4	3	16
34	36	2	2	3	1	2	1	1	0	2	0	17
31	34	4	1	4	2	4	2	4	1	4	2	18
31	34.5	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	19
29.5	33	4	2	4	3	4	2	4	4	4	3	20
36	40	2	2	2	1	3	1	3	0	2	0	21
33.5	36.5	3	1	3	1	4	1	3	0	4	0	22
32	35	3	1	2	1	3	1	4	0	3	1	23
29	32	3	1	4	2	4	1	1	2	4	3	24
36	38	2	1	2	1	2	1	1	0	2	0	25
34	36	3	1	4	1	3	1	1	0	3	1	26
34	36.5	3	1	3	1	3	1	1	0	3	0	27
34	38	2	1	3	1	3	1	2	0	3	0	28
31.5	34	3	1	4	2	4	1	4	0	4	2	29
30	33.5	4	3	4	2	4	1	3	0	4	2	30

الملحق رقم 09:

خطوات تعلم عملية التقليد في البرنامج السلوكي

ABA

Imitation non verbale

- Etape 1 : Manipulation d'objets par imitation ;
- Etape 2 : Imitation de mouvements de motricité générale ;
- Etape 3 : Imitation d'actions en dehors de la table de travail ;
- Etape 4 : Imitation d'une autre personne ;
- Etape 5 : Imitation de mouvements de motricité générale ;
- Etape 6 : Enchaînement continu d'actions ;
- Etape 7 : Imitation au stade avancé (enseignement de discrimination) ;
- Etape 8 : Imitation de chaînes de deux actions ;
- Etape 9 : Enseignement du croisement par imitation (toucher l'épaule gauche avec la main droite) ;
- Etape 10 : Enseignement de deux réponses à la fois par imitation (toucher l'épaule avec la main droite et le genou avec la main gauche) ;
- Etape 11 : Enseignement de chaînes de trois actions ;
- Etape 12 : Imitation d'actions de vidéos ;
- Etape 13 : Imitation de l'action représentée sur une photo.

Imitation avec des cubes

- Etape 1 : Construction d'une tour ;
- Etape 2 : Discrimination des formes de différentes couleurs ;
- Etape 3 : Construction étape par étape ;
- Etape 4 : Construction préconçues

- Etape 5 : Copier des modèles colorés sur une seule face ;
- Etape 6 : Copier des modèles d'une seule couleur ;
- Etape 7 : Copier des modèles en 2D ;
- Etape 8 : Créer des modèles spécifiques ;
- Etape 9 : Reproduire une construction de mémoire

الملحق رقم 10:

خطوات تعلم عملية التقليد في البرنامج

النفسو- تريوي TEACCH

Age du développement	Exercices d'imitation
0 - 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Frapper en imitant - Début d'imitation vocale - Devancer des sons en imitant - Imitation d'actions bruyantes
12 - 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Touchez les parties du corps en imitant - Battre des mains en imitant - Mouvements des bras en imitation - Imiter l'emploi d'objets bruyants - Exercices des lèvres en imitation <ul style="list-style-type: none"> - Griffonner en imitant - Imitation de gestes courants d'autonomie - Saisir des objets dans un sac en imitation <ul style="list-style-type: none"> - Imiter les bruits des objets - Tracer des lignes horizontales en imitant
24-36 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Imiter des mouvements de la main - Imiter du travail de la pâte à modeler <ul style="list-style-type: none"> - Toucher deux parties du corps en imitant - Exercices de la mâchoire en imitation <ul style="list-style-type: none"> - Imiter l'emploi du matériel - Jeu de poupée en imitant - Imiter des bruits d'animaux
36 - 48 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Jeux de mains musicaux - Imitation avancée du travail de la pâte à modeler
48 – 60 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Imitation de mouvements d'animaux <ul style="list-style-type: none"> - Jeu de la statue - Imiter des actions en deux parties - Imiter des changements de vitesse et de volume sonore

الملحق رقم 11:

خطوات تعلم عملية التقليد في البرنامج Denver

الملحق رقم 12:

دراسة حالة

دراسة حالة:

المنهج المتبع في دراستنا هو المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة، لكن لتوضيح أكثر للخطوات و المنهجية المتبعة في بحثنا، سوف نقوم في هذا الجزء بعرض دراسة حالة (ن = 1) و هذا وفق الخطوات الأساسية المتبعة في دراستنا، ابتداءً من نتائج القياس القبلي، ثم عرض موجز لكيفية تدريب حالة (ن=1) على البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد، و صولا إلى نتائج القياس البعدي و المقارنة بين القياس القبلي و القياس البعدي للحالة (ن=1).

1.3 عرض و تحليل نتائج الحالة (ن=1):

قبل الشروع في استعمال التقنيات (للتشخيص و التقييم) على الحالة (ن = 10)، في أول الأمر، المقابلة الأولية مع الأولياء (Entretien préliminaire)، و فيما يلي المعطيات المتحصل عليها:

➤ معلومات عن الحالة (ن=1) و العائلة:

- الجنس: ذكر
- العمر: 23 شهر
- عدد الإخوة: 02
- الرتبة: 03
- مهنة الأب: مهندس
- مهنة الأم: ممرضة
- المستوى الاقتصادي: جيد
- لا يوجد أي قرابة بين الوالدين

- سوابق عائلية: لا يوجد أي شخص مصاب في العائلة باضطراب طيف التوحد، أو باضطراب آخر.

➤ معلومات عن مرحلة الحمل و الولادة:

- الحمل: مرغوب فيه
- مرحلة الحمل: عادية
- منعكسات أبغار (Apgar): 9/10
- الولادة: عادية في وقتها، صرخ عند الولادة، و لم يصب بأي مرض ما بعد الولادة.
- الرضاعة: (طبيعية) دامت حولين.

➤ معلومات عن النمو النفسو-حركي:

- الضحك: شهر و نصف
- التحكم في الرأس: الشهر الثاني
- الجلوس: تسعة أشهر
- النظافة: غير مكتسبة بعد
- المشي: عام و شهرين

➤ معلومات عن التطور اللغوي:

- المناغاة: بداية الشهر السادس
- أول كلمة: بابا، ماما، بعض كلمات الحياة اليومية ([ma] للتعبير عن الماء، [nana] للتعبير عن الموز، الخ) في 11 شهر. كملاحظة تم توقف تام عن الكلام عند 15 شهر.
- فيما يخص الفهم العام: الوالدين و خاصة الأم قلقة لأن ابنها لا يستجيب بعد لأوامر الحياة اليومية ك: تعالي هنا، أحضر لي الكرة، إجلس، ضع هنا، إلخ. كما جلب انتباه العائلة أن طفلهم

غير قادر على التعبير عن حاجياته كما كان يقوم به إخوته، سالفًا، بالإشارة بالإصبع، وكانت هذه الملاحظات من الأسباب الأساسية للتقدم للفحص الأرتفوني.

➤ معلومات عن السلوكيات:

- استغربت الأم لما أدركت أن ولدها لا يستجيب لاسمه و أنه لا يهتم باللعب و لا يباشر و لا يقبل بتاتا اللعب أو الإجتماع مع الأطفال من سنه (أولاد الجيران و أولاد العم).

- كما لاحظت الأم أن طفلها لديه سلوكيات غريبة:

- تتبع ظله على الحائط;
- الذهاب و الإياب بدون ملل في رواق المنزل;
- سد الأذنين بالإصبع عند سماع رنين الجرس، أو الأذان لأن المسجد كان قرب منزل العائلة;
- الضرب على صدره لمرات متكررة و الإرتباط بأشياء و اللعب لفترات طويلة بدون ملل و التعبير بنوبات غضب شديدة عند محاولة أحد الوالدين نزعها منه.

➤ التشخيص:

الأم تصارحنا في السر بأنها لاحظت كل هذه السلوكيات منذ أن كان طفلها في عمره 18 شهرا و أنها أرادت أن تستشير أخصائي، لكن كل أفراد عائلتها و خاصة زوجها أفنعاها أن طفلها لا يزال صغيرا و أنها تبالغ في القلق.

عندما بلغ الطفل (ن = 1) 23 شهر، أفنعت الأم زوجها بعرض طفلهم على أخصائي، فقاما أولا بأخذه

عند طبيب الأطفال الذي نصحهم بالإتصال في اقرب وقت ممكن بطبيب خاص في الأمراض العقلية

للأطفال، و تم هذا الفحص في مستشفى النهار لشراقة، حيث طلب من الأولياء كخطوة أولى القيام

بمجموعة من الفحوصات الطبية (إختبار السمع (PEA)، إختبار عصبي (EEG)، و إختبار هرموني

(TSH)، و هذا بغرض نفي وجود أي اضطراب عضوي. و بعد أن أظهرت الفحوصات الطبية غياب

وجود أي اضطراب عضوي و بعد الملاحظة الإكلينيكية المباشرة للحالة، تم تشخيص الطفل (ن = 1) بأنه مصاب باضطراب طيف التوحد. لعدم توفر العدد اللازم من الأماكن في مستشفى النهار بالشرقة و لكون الأولياء يسكنون في قطاع خارج قطاع الشرقة (براقى)، تم توجيههم نحو ديواننا الخاص للكفالة الأرففونية، و إعطائهم إاحصة واحدة في الشهر لمراقبة حالة طفلهم.

1.3 عرض نتائج الإختبار القبلي للحالة (ن=01): (قبل تطبيق البرنامج التدريبي)

أول خطوة قمنا بها، و هي وفقا للمنهجية المتبعة ضمن الديوان الخاص قبل الشروع في الكفالة الأرففونية مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و هي التأكد من صحة التشخيص أي صحة وجود اضطراب لطيف التوحد و هذا باستعمال شبكتي التقييم التشخيصي (DSMV) و هو الدليل الأمريكي التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الخامسة (إرجع للملحق رقم 02)، و (CIM10) المتمثلة في التصنيف العالمي للأمراض العقلية الطبعة العاشرة (إرجع للملحق رقم 01).

❖ نتائج اللوحة العيادية لـ DSM-5:

🚩 المحك الأول:

A₁ - عجز على مستوى التفاعل الإجتماعي الإنفعالي المتبادل، و الظاهر كالتالي:

- عدم القدرة على الإستجابة للمبادرة الإجتماعية

- عدم القدرة على تقاسم و مشاركة الإهتمامات، و المشاعر مع الآخرين خاصة مع أقرانه

A₂ - عجز على مستوى التواصل اللفظي، و غير اللفظي و المستخدمة في التفاعل الإجتماعي و

الظاهر كالتالي:

- ضعف في التواصل البصري

- عدم القدرة على استعمال الإشارة بالإصبع للتعبير عن حاجياته

- غياب تام للتواصل اللفظي
- عدم استخدام أو فهم الإيماءات في التفاعل الإجتماعي
- عدم القدرة على الإستجابة للأوامر اللفظية البسيطة
- عجز في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية و المحافظة على استمراريته
- صعوبات على مستوى تعديل السلوك يتناسب مع المواقف الإجتماعية
- صعوبات على مستوى القدرة على مشاركة اللعب الوظيفي و التخيلي
- صعوبات في القدرة على الإهتمام بالأقران

🚩 المحك الثاني:

- تعاني الحالة من نمطية شديدة نسبيا (الضرب على الصدر) و نوبات غضب شديدة (صراخ و بكاء غير متقطع)
- يتفاعل الطفل جزئيا مع المثيرات اللمسية و بشكل أحسن مع المثيرات البصرية، كما أننا نلاحظ صعوبات كبيرة على مستوى الفهم العام
- رفض الطفل التواصل الجسدي، لكن يتكيف جيدا مع التغيرات في الروتين.

❖ نتائج اللوحة العيادية لـ CIM10:

1) على مستوى التفاعلات الإجتماعية-المتبادلة:

- غياب القدرة على استعمال التواصل البصري، الإيماءات الوجهية، و تعديل التفاعلات الإجتماعية
- عدم القدرة على إقامة علاقات مع أقرانه
- عدم وجود الرغبة في تقاسم المشاعر، اللعب، الميول مع الآخر

2) على مستوى التواصل (اللفظي و غير اللفظي):

- غياب التواصل اللفظي (على المستوى التعبيري و الإستقبالي)
- غياب القدرة على المباشرة و الإستجابة في التواصل مع الأقران

3) على مستوى السلوك:

- نوبات غضب شديدة (صراخ و بكاء)
- الذهاب و الإياب بصفة متكررة بدون ملل (النمطية التكرارية في استخدام الجسم)
- النمطية التكرارية في استخدام الأشياء
- إيذاء الذات (ضرب صدره بتكرار)

1.1.3 نتائج سلم تقييم درجة التوحد الطفولي (CARS-T) للحالة (ن = 01): (قبل تطبيق البرنامج التدريبي)

➤ العرض الكمي:

البند	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	4	3	3	3	1	3	2	2	3	3	2	2	3	3	4

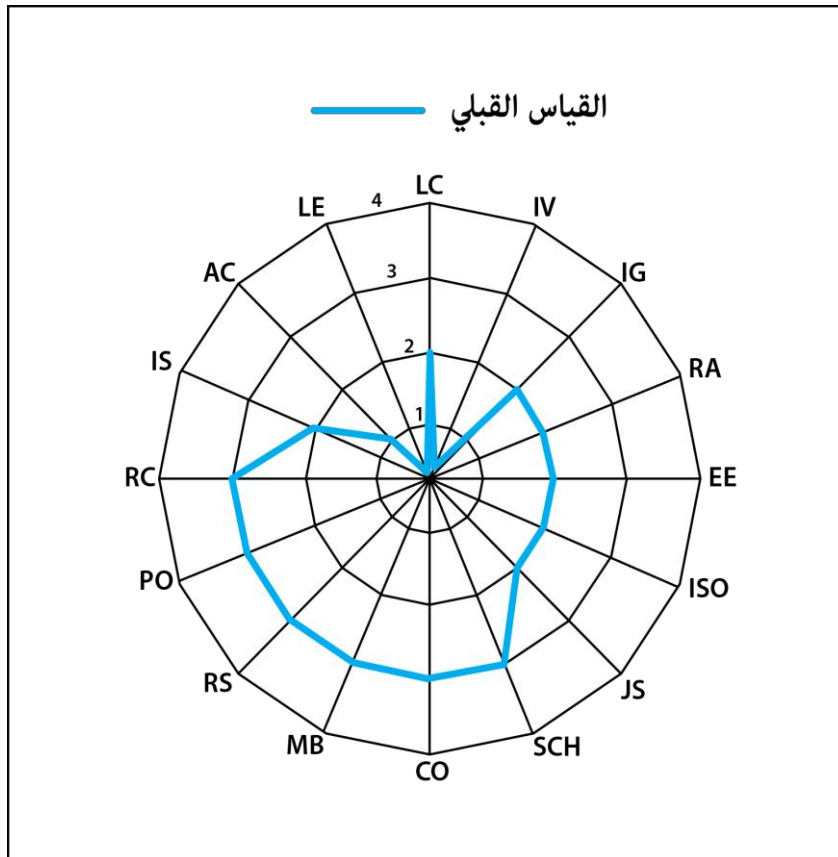
-يمثل الجدول رقم (17) نتائج سلم تقييم التوحد الطفولي (CARS-T) للحالة (ن = 01)، قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

➤ العرض الكيفي:

تعاني الحالة (ن = 01) من توحد حاد وفق مقياس CARS-T حيث تركز نقاط الضعف لدى الطفل في انعدام القدرة على التقليد و التواصل اللفظي و غير اللفظي، بينما تركز الأفعال النمطية في استخدام الجسم بطريقة تكرارية و سلوك إيذاء الذات.

2.1.3 نتائج بطارية تقييم القدرات المعرفية و الإجتماعية الإنفعالية (BECS) للحالة (ن=01): (قبل تطبيق البرنامج التدريبي)

من الجدير بالذكر أننا قمنا بتحليل إلا مجال القدرات الإجتماعية و الإنفعالية للبطارية و التي تحتوي على كل متغيرات بحثنا.



يمثل الشكل رقم (09) العرض الكمي لنتائج القدرات الإجتماعية و الإنفعالية لبطارية (BECS)، قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

➤ التحليل الكمي:

يبين الشكل رقم (09)، أنه قبل تطبيق البرنامج التدريبي، تحصلت الحالة (ن=01)، في ميدان التقليد الحركي (IG) على مستوى النمو الثاني الذي يتوافق مع المرحلة التطورية [8-12 شهر]، و في ميدان التقليد الصوتي (IV) على مستوى النمو 0 الذي يتوافق مع المرحلة التطورية [تحت 4 أشهر].

أما فيما يخص مهارات التواصل غير اللفظي، تحصلت الحالة (ن=01) على النتائج التالية:

في ميدان الإنتباه المشترك (AC)، تحصلت الحالة (ن = 01) على مستوى النمو الأول الموافق للمرحلة التطورية [4-8 أشهر]، بينما في ميدان التفاعلات الإجتماعية (IS)، و ميدان تعديل السلوك، تحصلت الحالة (ن=01) على مستوى النمو الثاني الموافق للمرحلة التطورية [8-12 شهر].

➤ التحليل الكيفي:

النتائج المتحصل عليها في الشكل رقم (09)، تبين أن الحالة (ن = 01) كانت تعاني من قصور واضح في ميادين: التقليد الحركي و الصوتي، و ميدان التواصل غير اللفظي (الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية و تعديل السلوك).

- بالنسبة لعملية التقليد الحركي، لم تظهر الحالة (ن=1) القدرة على تحقيق نجاح في أغلبية التمارين الخاصة بتقليد أفعال باستعمال الأشياء غير المألوفة، أو الأفعال الجديدة، خاصة التمارين المتعلقة بتقليد الحركات الفمية، و التعابير الوجهية.

- أما بالنسبة لمهارات التواصل غير اللفظي المتعلقة ب: التفاعلات الإجتماعية، الإنتباه المشترك، و تعديل السلوك، أظهرت الحالة (ن=1)، صعوبات تمثلت في:

- غياب القدرة على الإشارة بالإصبع إلى الأشياء المرغوب فيها، و استعمال كبدليل أسلوب القيادة عن طريق مسك يد المختصة الأرطفونية نحو ما يريده.
- عدم القدرة على المبادرة لاستعمال الأشياء، أو تبادلها و ضعف في التواصل البصري خاصة لتعديل التفاعلات و التبادلات.
- عدم القدرة على تعديل السلوك من خلال طلب المساعدة من طرف المدرب للحصول على اللعبة، أو متابعة اللعب، أو الإستجابة للنداء و لأوامر المختصة الأرطفونية.

2.3 مرحلة التجريب (تطبيق البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد على الحالة ن=01):

❖ مكان و كيفية تطبيق البرنامج التدريبي:

لتجنب مختلف المحفزات التي قد تشتت انتباه الحالة (ن = 1)، تم تدريبها داخل قاعة هادئة، و خالية من الأشياء و المصادر الجذابة، كالصور المعلقة على الحائط، أو وجود ألعاب أو أشياء تصدر أصوات، أو ضجة. نشير كذلك أن تطبيق البرنامج التدريبي كان بصفة فردية.

في بداية تطبيق البرنامج، لم تكن الحالة (ن = 01) تريد الدخول إلى قاعة التدريب و كانت تبكي و تصرخ، وهذا دام تقريبا ثلاث حصص، و خلال الحصة الرابعة، توقفت الحالة عن البكاء، و قبلت الجلوس على السجادة عند رؤيتها للألعاب الموسيقية (Xélophone).

بلغ عدد الجلسات 88 جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع (دام التدريب مدة 12 شهرا)، مع توقف خلال شهر أوت بسبب العطلة الصيفية. نشير إلى أن الحالة (ن=01) لم تكن تتغيب إلا عند الضرورة.

❖ الأدوات المستعملة أثناء تطبيق البرنامج التدريبي:

لعب و أشياء الحياة اليومية بنسخة مزدوجة.

❖ سلوك الحالة (ن=01)، وكيفية تجاوبها مع البرنامج التدريبي:

في بداية التدريب، لم تظهر الحالة (ن=01) إنتباها أو إعجابا و لا حتى رغبة في التفاعل مع الأخصائية الأرففونية، و لا التفاعل و اللعب بالأشياء و اللعب المقترحة لها. حيث لم تظهر القدرة على تطبيق التمارين الخاصة بعملية التقليد الحركي و الصوتي، و أخفقت بنسبة 95% في أغلب التمارين المقدمة لها أي استطاعت تحقيق نجاح إلا على مستوى 06 نشاطات، حيث وجدت الحالة (ن = 01) سهولة في التمارين الخاصة بتقليد الأفعال الخاصة باستعمال الأشياء، خاصة التي كانت متعلقة بالألعاب الموسيقية كالطبل، و البيانو، إلخ.

و لم تظهر نجاح في النشاطات الخاصة بعملية التقليد، خاصة التمارين المتعلقة بتقليد أشياء جديدة غير مألوفاً من طرف الحالة، و تقليد الأصوات، و تقليد الأفعال الخاصة بالتعبير الوجهية و الحركات الفمية. لتحفيز الحالة (ن=01) و حثها على تقليدنا قمنا في كل نشاط باستعمال الإرشاد اللفظي (هيا إفعل معي، هيا حان دورك) لجلب إنتباهه، كما كنا نرشده حركياً بمساعدته على استخدام اللعب و تقليدنا على استعمالها. كما قمنا بتحفيز الحالة (ن = 01) كلما نجحت في التقليد بتقديم لها قطعة حلوى أو دغدغتها لأنها كانت تحب ذلك، فهذا كان يحفزها أكثر على إعادة التمرين.

لم يخضع تقييم مهارات عملية التقليد للبرنامج التدريبي لنظام تنقيط و إنما و إنما كانت متابعة تطور مهارات عملية التقليد عن طريق تقديم ملاحظات و تقديرات (Appréciations). حققت الحالة (ن=1) أول نجاح لها في أغلبية التمارين الخاصة بعملية التقليد الحركي ثم التقليد الصوتي، إبتداءاً من الحصة رقم 50، أي حوالي 6 أشهر بعد بداية التدريب، و هذا راجع لحدة أعراضها.

3.3 عرض نتائج الإختبار البعدي للحالة (ن=01): (بعد تطبيق البرنامج التدريبي)

1.3.3 عرض و تحليل نتائج سلم تقييم درجة التوحد الطفولي CARS-T للقياس البعدي، بعد تطبيق

البرنامج التدريبي:

➤ العرض الكمي:

البند	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2	2	3	3	1	2	2	2	2	3	2,5	2	2	3	3	35,5

يمثل الجدول رقم (18) نتائج سلم تقييم التوحد الطفولي (CARS-T) للقياس البعدي ، بعد تطبيق

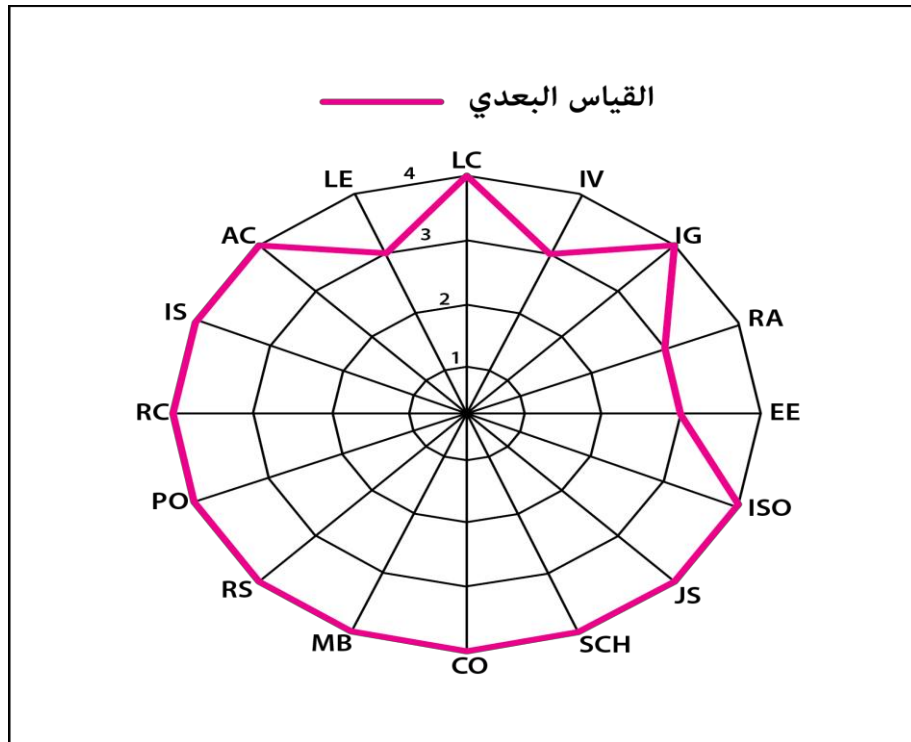
البرنامج التدريبي.

➤ العرض الكيفي:

أصبحت الحالة (ن=1)، تعاني من توحّد متوسط وفق مقياس (CARS-T)، حيث نلاحظ تحسن على مستوى ميدان التقليد و التواصل غير اللفظي

➤ مع ثبات الحالة (ن=1)، في وضعية اختلال القدرة على التواصل اللفظي.

2.3.3 عرض و تحليل نتائج بطارية BECS للقياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج التدريبي:



يمثل الشكل رقم (10) نتائج بطارية BECS للقياس البعدي، بعد تطبيق البرنامج التدريبي

➤ التحليل الكمي:

تحصلت الحالة (ن=1) في ميدان التقليد الحركي على مستوى النمو الرابع الموافق للمرحلة التطورية

[18-24 شهر]، و في ميدان التقليد الصوتي على مستوى النمو الثالث الموافق للمرحلة التطورية [12-

18 شهر].

فيما يخص ميدان التواصل غير لفظي، نلاحظ أن الحالة (ن = 1) تحصلت على مستوى النمو الرابع في كل من: الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، و تعديل السلوك.

➤ التحليل الكيفي:

النتائج المتحصل عليها من طرف الحالة (ن = 1) تدل على أنها نجحت في أغلب النشاطات الخاصة بميدان التقليد الحركي و الصوتي، رغم أنه في ميدان التقليد الصوتي لم تستطع بعد الحصول على مستوى النمو الرابع، و هذا دليل على أن الحالة (ن = 1) لازالت تواجه صعوبات على مستوى التقليد الصوتي مقارنة بالتقليد الحركي.

حصول الحالة (ن=1) على مستوى النمو الرابع في كل من: الإنتباه المشترك، التفاعلات الإجتماعية، و تعديل السلوك، دليل على أنها طورت قدرتها على مستوى التواصل غير اللفظي و الذي تبين كالتالي:

- طورت الحالة (ن=1) القدرة على الإشارة بالإصبع للتعبير عما تريد و الإستغناء عن أسلوب القيادة عن طريق مسك يد المختصة الأرففونية.

- ظهور القدرة على تعديل السلوك من خلال طلب المساعدة من طرف المختصة للحصول على اللعبة، أو متابعة اللعب.

- تطور التواصل البصري، و استعماله أثناء التفاعلات و خلال اللعب.

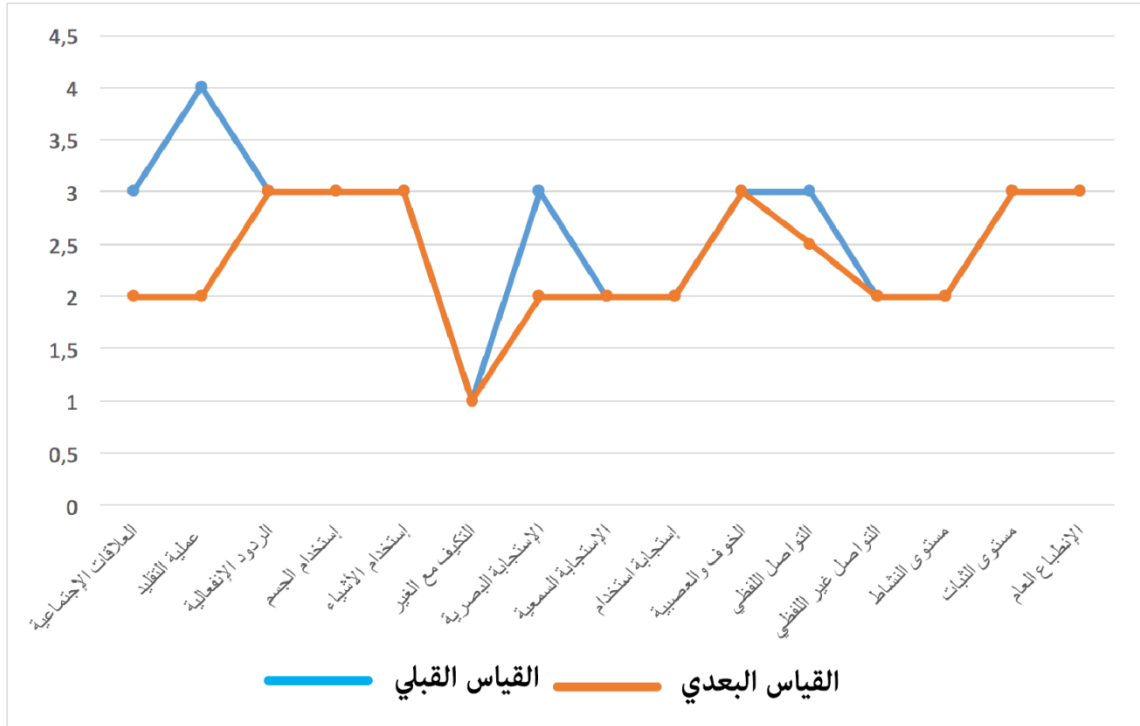
- إنخفاض نسبة ظهور السلوكيات النمطية، و ظهور القدرة على استعمال اللعب بصفة وظيفية.

4.3 عرض و تحليل نتائج المقارنة بين القياس القبلي و القياس البعدي للحالة (ن=01): (قبل و بعد تطبيق البرنامج التدريبي)

1.4.3 مقارنة نتائج سلم تقييم التوحد الطفولي CARS-T:

➤ العرض الكمي:

يمثل الشكل رقم (11) المقارنة الكمية بين نتائج سلم تقييم التوحد الطفولي CARS-T.



➤ التحليل الكيفي:

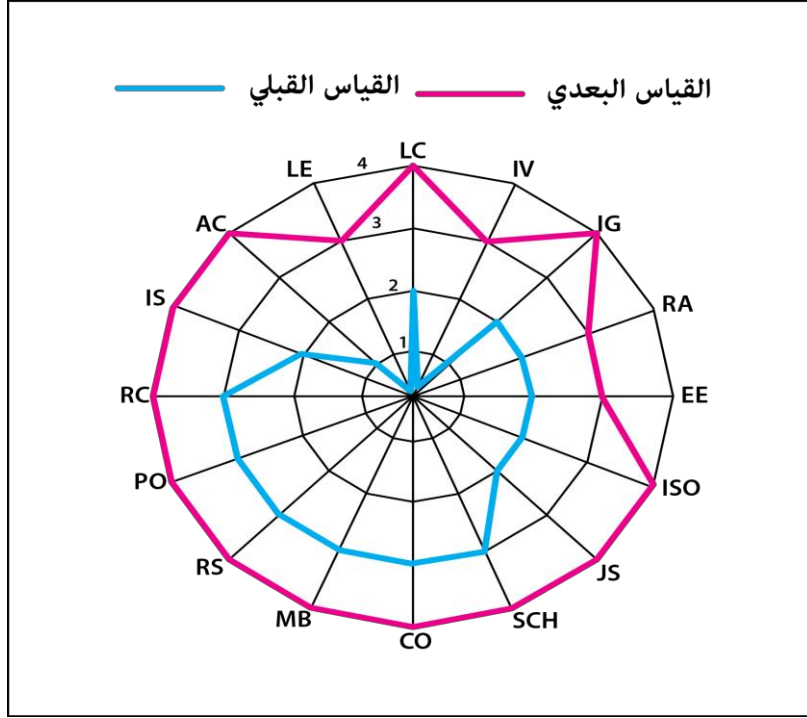
يوجد تحسن واضح في درجات حدة التوحد لدى الحالة (ن = 1)، حيث انتقلت من إضطراب حاد إلى

إضطراب متوسط مع ثبات الحالة في وضعية اختلال القدرة على التواصل اللفظي، أما بقية المحكات

الخارجة عن الحدود العادية فقد تطورت نحو الأحسن.

2.4.3 مقارنة نتائج القدرات الإجتماعية و الإنفعالية للبطارية BECS:

➤ العرض الكمي:



يمثل الشكل رقم (12) المقارنة الكمية بين نتائج القدرات الإجتماعية و الإنفعالية لبطارية BECS.

➤ التحليل الكيفي:

هناك تحسن ملحوظ في مستويات النمو لميدان التقليد الحركي و الصوتي عند الحالة (ن = 1)، و هذا

دليل على أن الحالة تجاوزت بصفة إيجابية مع البرنامج التدريبي المركز على عملية التقليد حيث هذا

الأخير كان له دور فعال في تطوير القدرات التقليدية للحالة.

كما نلاحظ تحسن واضح على مستوى مهارات التواصل غير اللفظي و المتمثلة في: الإنتباه المشترك،

التفاعلات الإجتماعية، و تعديل السلوك. هذا دليل على أن تحسن القدرات التقليدية للحالة (ن = 1) ساهم

بصفة فعالة في تطوير قدرتها على مستوى التواصل غير اللفظي.