جامعة الجزائر - 2 -

أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

تقويم الرصيد اللغوي عند الأطفال المتوحدين 6 - 8 سنوات من خلال تقويم المكتسبات الأولية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الأرطفونيا

من إعداد الطالبة :

بن أكلي كهينة

تحت إشراف :

د.بدرينة محمد العربي

السنة الجامعية

2012 - 2011

تقويم الرصيد اللغوي عند الأطفال المتوحدين 6 - 8 سنوات من خلال تقويم المكتسبات الأولية

كلمة شكر

أتشكر كل الأطفال المتوحدين وعائلاتهم ووثوقهم بي أثناء الدراسة.

تحية خالصة إلى :

- جميع الفريق الطبي والأرطفوني والنفسي والتربوي بالمستشفى النهاري - الشراقة - بوشاوي سابقا -

- الفريق الأرطفوني والنفسي والتربوي بالمركز الطبي البيداغوجي - حيدرة -

إلي كل من ساعدني من قريب أو بعيد.

إهداء

إلى من أنار لي دروب العلم وغرس فيّ حب المعرفة والديّ العزيزين.

A ceux qui ont éclairé ma lanterne, et qui m’ont toujours poussé vers le chemin du savoir

Mes chers et tendres parents,

Mes sœurs et frère.

إلى جميع الأطفال الذين يزاولون العلاج الأرطفوني في عيادتي الخاصة.

A tous les enfants qui sont suivis dans mon cabinet ou ailleurs, à leurs parents pour leurs confiances.

شكر خاص

أتقدم بالشكر الخالص إلى الأستاذ المشرف

الدّكتورمحمد العربي بدرينة

على طول صبره مدة الإشراف على المذكرة.

كما أتقدم بالشكر والإمتنان إلى الأساتذة المناقشين :

الأستاذة فرشان لويزة

و

الأستاذ بوطاف علي

على قبولهم مناقشة هذه المذكرة.

فهرس

مقدمة 13

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

الإشكالية والفرضيات 18
تحديد مفاهيم الدراسة 22
أهداف، حدود وأهمية الدراسة 25

الجانب النظري
الفصل الثاني : التوحد

- **تمهيد** 30
I. لمحة تاريخية عن إكتشاف الإضطرابات العقلية وظهور مصطلح التوحد 31
II. لمحة تاريخية عن إكتشاف وظهور إضطراب التوحد 33
III. التعريف الإجرائي للتوحد 36
IV. تحديد مصطلح التوحد 37
V. تعريف التوحد 39
VI. الصورة العيادية للإضطراب (مدى تفشي الإضطراب) 41
VII. وصف إضطراب التوحد (السيميائية) 42
1- وصف L.Kanner 42
2- وصف M.Mahler 43
3- وصف F.Tustin 44
4- وصف S.Libovici, R.Mizes 45
5- وصفS.Libovici .Houzel 45
6- وصف D.Meltzer 45
7- وصف B.Bettlheim,M.klein,D.W.Winnicott 46
8- وصف R.Perron 47
VIII. تفسير أسباب التوحد 48
1- النظرية النفسية والتحليل النفسي 48
2- الأمراض الجينية الخلقية 49
3- المظهر البيولوجي للتوحد 50
4- نتائج تقنيات الإختبار العصبي 53
5- نظرة علم النفس العصبي 57
IX. أعراض التوحد 60
1- التفاعل الإجتماعي 60
2- الإتصال الفضي وغير الفضي 61
3- السلوكات والنشاطات والإهتمامات 61

X. نواع طيف التوحد 62
1- إضطراب التوحد 62
2- تناذر Asperger 62
3- تناذر Rett 63
4- إضطراب الطفل التفككي 63
5- الإضطراب الإجتياحي للنمو غير المحدد TED Nos 64
XI. تشخيص الإضطراب 64
1- فريق التشخيص 64
2- أدوات التشخيص 65
2- أ- دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية DSM IV-tr 65
2-ب- قائمة شطب سلوك المتوحدين CHAT 65
2-ج- مقياس مستويات التوحد لدى الطفل CARST 66
3- التشخيص المبكر 67
4- التشخيص الفارقي للتوجد 67
4-أ- التوحد وبطئ النمو 68
4-ب- التوحد والتخلف العقلي 68
4-ج- التوحد والإعاقة السمعية 69
4-د- التوحد واضطرابات التواصل 69
4-هـ- التوحد والإضطرابات الذهانية 70
4-و- التوحد والحرمان العاطفي 70
4-ي- التوحد واضطرابات السلوك 70
XII. اللغة في إضطراب التوحد 71
1- الخصائص الإكلينيكية للخلل اللغوي في التوحد 71
2- الخصائص الإكلينيكية للغة التوحدية 72
3- النمو الصوتي والفنولوجي في التوحد 73
4- نمو المفردات في التوحد 72
5- النمو المرفولوجي والدلالي في التوحد 76
XIII. طرق علاج التوحد 77
1- العلاجات الطبية 77
2- علاج المشكلات الحسية 78
3- التعامل مع المشاعر الجسمية الشاذة وتجنب الإتصال 79
4- الإثارة والتدريب الحركي المكثف 79
5- التدريب السلوكي 79
6- البرامج التربوية المدرسية 80
7- طريقة تدريب ما وراء المعرفة - النظرية الذهنية 81
8- التعليم المعرفي 81
9- تعديل السلوك المعرفي 81

10- العلاجات النفسية 81
خلاصة الفصل الثاني 82

الفصل الثالث : الطفولة، النمواللغوي والنمو المعرفي

- **تمهيد**..... 84
I. **الطفولة والنمو** 85
1- مراحل النمو 85
2- مظاهر النمو البيولوجي في مرحلة الطفولة 86
3- إكتساب الصورة الجسدية 87
II. **النمو المعرفي** 88
1 - نظرية Piaget والمفاهيم الحالية..... 88
2 – اكتساب وإدراك المكتسبات الأولية..... 90
2-أ- إدراك الألوان 90
2-ب- إدراك الأشكال 91
2-ج- مفاهيم المكان والفضاء..... 91
2-د- مفهوم الزمن 92
2-هـ- مفهوم العدد 93
III. **النمو اللغوي** 94
1 - تعريف اللغة 94
2- أنظمة اللغة 95
3 - وظيفة اللغة 96
4 - الطفل واكتساب اللغة 98
5 - نظريات تفسير إكتساب اللغة عند الطفل 100
5-أ - النظرية السلوكية 100
5-ب - النظرية الفطرية أو نظرية تحليل المعلومات أو النظرية العقلية النفسية. ... 104
5-ج - النظرية البيولوجية 106
5-د - النظرية المعرفية 107
خلاصة الفصل الثالث..... 109

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: خطوات الدراسة

تمهيد 112
I. **تقديم مكان إجراء البحث** 113
II. **مجتمع الدراسة** 114
III. **منهج الدراسة** 115
IV. **أدوات الدراسة** 115
1- المقابلة والملاحضة المباشرة 115

2- تصميم البروتوكول..... 115
2-أ- المهام المأخوذة من إختباري N-EEL, L2MA..... 115
2-ب-صدق المحكمين 116
2-ج- أهداف وأبعاد الإختبار 116
2-د- تقديم لائحة بنود الإختبار 117
2-هـ- طريقة إجراء الإختبار وتنقيطه 121
عينة الدراسة - تقديم الحالات..... 122
خلاصة الفصل الرابع..... 125

الفصل الخامس : نتائج الدراسة وتحليلها

- تمهيد 127
I. **عرض النتائج وتحليلها : وصف السلوك أثناء الإختبار التحليل الكمي والكيفي**.. 128
1. نتائج الحالة الأولى (أ - ل) (6.5)..... 128
2. نتائج الحالة الثانية (ح- ج) (6.3) 129
3. نتائج الحالة الثالثة (ل - إ) (6.9) 131
4. نتائج الحالة الرابعة (ع - ب) (7.9) 132
5. نتائج الحالة الخامسة (ش - ن) (7.1) 133
6. نتائج الحالة السادسة (أ - ح) (6.1) 134
7. نتائج الحالة السابعة (ر - ب) (7.1)..... 136
8. نتائج الحالة الثامنة (ز - ت) (6.3)..... 137
9. نتائج الحالة التاسعة (ج - ز) (7.1)..... 138
II. **الإستنتاج العام :** 139
1. التقييم الأدائي والسلوكي..... 139
2. التقييم اللغوي 140

خاتمة 143

فهرس الجداول

جدول بياني للفرق بين التوحد وبطئ النمو 68
جدول بيان للفرق بين التوحد والتخلف العقلي 68
جدول بياني للفرق بين التوحد والإعاقة السمعية 69
جدول بياني للفرق بين التوحد واضطرابات التواصل 69
جدول بياني لنتائج الحالة الأولى في الإختبار..... 127
جدول بياني لنتائج الحالة الثانية في الإختبار 129
جدول بياني لنتائج الحالة الثالثة في الإختبار 130
جدول بياني لنتائج الحالة الرابعة في الإختبار..... 131

جدول بياني لنتائج الحالة الخامسة في الإختبار..... 133
جدول بياني لنتائج الحالة السادسة في الإختبار..... 134
جدول بياني لنتائج الحالة السابعة في الإختبار..... 135
جدول بياني لنتائج الحالة الثامنة في الإختبار..... 136
جدول بياني لنتائج الحالة التاسعة في الإختبار..... 137

فهرس المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية 145
قائمة المعاجم باللغة العربية 146
قائمة المراجع باللغة الفرنسية 146
قائمة المعاجم باللغة الفرنسية 147

فهرس الملاحق

ملحق رقم 1 : جدول بياني لأسماء ودرجة صدق المحاكمين، إنتقاداتهم وانطباعاتهم حول الإختبار والتصحيحات..... 149
ملحق رقم 2 : جدول يوضح نتائج العينة العادية (100طفل) في الإختبار 151
ملحق رقم 3 : جدول يوضح نتائج الحالة الأولى في الإختبار 152
ملحق رقم 4 : جدول يوضح نتائج الحالة الثانية في الإختبار 155
ملحق رقم 5 : جدول يوضح نتائج الحالة الثالثة في الإختبار..... 158
ملحق رقم 6 : جدول يوضح نتائج الحالة الرابعة في الإختبار 161
ملحق رقم 7: جدول يوضح نتائج الحالة الخامسة في الإختبار..... 164
ملحق رقم 8 : جدول يوضح نتائج الحالة السادسة في الإختبار 167
ملحق رقم 9 : جدول يوضح نتائج الحالة السابعة في الإختبار 170
ملحق رقم 10 : جدول يوضح نتائج الحالة الثامنة في الإختبار 173
ملحق رقم 11 : جدول يوضح نتائج العينة التاسعة في الإختبار 176
ملحق رقم 12 : جدول يوضح النسب المؤوية لنتائج المفحوصين في الإختبار.. 179
ملحق رقم 13 : أسئلة الإختبار (التنسيخ الصوتي) 180
ملحق رقم 14 : صور لأدوات الإختبار: الصورة الجسدية..... 181
ملحق رقم 15 : صور لأدوات الإختبار: أعضاء الوجه..... 182
ملحق رقم 16 : صور لأدوات الإختبار : الألوان..... 183
ملحق رقم 17 : صور لأدوات الإختبار: الأشكال..... 184
ملحق رقم 18 : صور لأدوات الإختبار: الأعداد..... 185
ملحق رقم 19 : صور لأدوات الإختبار: أدوات الحيات اليومية..... 186
ملحق رقم 20 : صور لأدوات الإختبار: مفاهيم المكان..... 187

مقدمة

مقدمة :

مما لا شك فيه أن المتتبع لميدان علم النفس اللغوي قد طالع عددا كبيرا من الكتب والمقالات التي تتحدث عن إكتساب اللغة لدى الطفل، ونموها قديما وحديثا، وهذا الإهتمام راجع إلى كون اللغة قناة تواصل بين البشر، إذ ُتعد ملكة عُليا يتفاهم بها الناس، وبالتالي يقضي حاجاته بها، ولهذا السبب لم تتوقف الدراسات حولها وظلت قائمة إلى يومنا هذا كون أن اللغة واكتسابها في تطور دائم وفق متطلبات العصر من جهة، ومن جهة أخرى تنوع واختلاف الزوايا التي تدرس موضوع اللغة.

وقد تفرق العلماء في دراسة اللغة، منهم من إهتم بالجانب التطوري مثل De Saussure، ومن إهتم بالجانب التعبيري مثل A.Martinet ومنهم من إهتم بإكتسابها لدى الطفل مثل P.Aimard و J.Piaget، ومنهم من نحى إلى الجانب المرضي في إكتسابها مثل C.C.Muller و B.Maisonny، ونحن في هذه الدراسة سنحاول التطرق إلى الجانب المرضي لتطور ونوعية اللغة لدى الطفل التوحدي.

إذ يعد إضطراب التوحد AUTISME من الإضطرابات النمائية التطورية، كما يعتبر من الإضطرابات الأكثر صعوبة بالنسبة للطفل إذ يصعب تشخيصه، وكثيرا ما يشخص الأطفال المتوحدين على أنهم متخلفين عقليا، ويعود ذلك إلى قصور ونقص وسائل التشخيص أو لعدم كفاءة الفريق المؤهل للتشخيص أو إلى وجود أوجه التشابه مع إضطرابات أخرى أو تكون عرض مصاحب للتوحد.

وقد صنف هذا الإضطراب على أنه إضطراب سلوكي تطوري من طرف "الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA" عام 1978 في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات العقلية والنفسية المعدل (DSM III- R).

لكن أول من إستعمل مصطلح التوحد هو الطبيب السويسري المختص في الأمراض العقلية E.E.Bleuler عام 1911، ووصفه على أنه من الإضطرابات الأساسية التي تميز إضطراب الفصام، إذ يكون الفرد منعزل عن العالم الخارجي، وليس له علاقة بمحيطه.

كما وصف من طرف L.Kanner عام 1943 و H.Asperger عام 1944، اللذان أعطيا تشخيص وخصائص إكلينيكية واضحة للإضطراب والتي دُرست وأعيد تشخيصها وعُدّلت فيما بعد من طرف عدة باحثين.

ولقد صنف في الدليل الإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الرابعة DSM IV عام 1994 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب العقلي إضطراب التوحد ضمن الإضطرابات التي تغزو النمو السوي للطفل، وعرّفته كما يلي: "التوحد ،إضطراب شديد في النمو والإتصال الذي يظهر مبكرا في حياة الطفل، أي في السنوات الأولى من عمره".

ومن الأعراض الكبرى لهذا الإضطراب :

- الإنعزال عن العالم الخارجي والتقوقع في عالم ذاتي داخلي.

- وجود القصور اللغوي الذي يمتاز به الأطفال، فقد نلاحظ تأخر لغوي جد واضح، أو عدم إكتسابه إطلاقا، إذ أن الأطفال لا يستخدمون اللغة في السياقات الإجتماعية، ولا يمكنهم إقامة حوار أو إتصال حتى مع أقرب الناس إليهم، كما نجد لديهم سلوكات تكرارية ونمطية مقيدة تميل إلى الرتابة والروتين.

وهذا الأخير أي القصور اللغوي هو الذي نتناوله بالدراسة الحالية، والذي أثار إنتباهنا وحظي بالإهتمام والتركيز عليه، فكما ذكرنا سابقا كل باحث نهج منهجا في دراسة اللغة العادية من عدة جوانب، وكذلك اللغة المرضية بجوانبها المتعددة، وهذا الجانب الأخير (اللغة المرضية) هو نادر الدراسة مع فئة المتوحدين، سواء من حيث إكتساب اللغة في مراحل الطفولة خاصة في مرحلة المناغاة وذلك لعدم إمكانية التشخيص في هذه المرحلة، كما نجد ندرة الدراسة من حيث تطورها، أو من حيث دراسة أسبابها وعوامل ترديها عند هؤلاء الأطفال.

وتردي اللغة عند الطفل المتوحد تعد بمثابة الدافع لدراسة موضوع تقويم الرصيد اللغوي عند الأطفال المتوحدين. وللوصول إلى هذا الهدف قمنا بتقسيم الدراسة إلى جانب نظري وجانب آخر تطبيقي، وللإلمام بجوانب الموضوع نقدم دراستنا من خلال الفصول التالية:

ففي الفصل الأول تحدثنا مطولا عن إضطراب التوحد، فأعطينا لمحة تاريخية عن إكتشاف الأمراض العقلية وظهور مصطلح التوحد لأول مرة، كما توغلنا في إعطاء لمحة تاريخية

عن ظهور إضطراب التوحد من دون وجود كلمة التوحد بصريح العبارة، ثم تطرقنا إلى تحديد المفهوم وأعطينا مختلف المصطلحات المستعملة والدالة على التوحد من طرف الأخصائيين والباحثين الأوائل في هذا الصدد، كما ذكرنا سبب إختيارنا لمصطلح التوحد، ثم ذكرنا تعريفات أهم الباحثين في الميدان الأرطفوني، علم النفس الطفل، الطب العقلي وعلم النفس المرضي، ثم ذكرنا الرواد الذين حاولوا جاهدا تفسير الإضطراب، كما ذكرنا أبحاث العشرية الأخيرة ا لتي إنكبت لتفسير سبب نفسي أو عصبي أو عصبفيزيولوجي أو بيولوجي كميائي للإضطراب كما تحدثنا عن مدي تفشي الإضطراب وأدوات التشخيص والفريق المؤهل لهذا التشخيص، كما وضعنا جدولا للتشخيص الفارقي للتمييز بين التوحد والإضطرابات الأخرى: - بطئ النمو - التخلف العقلي - الإعاقة السمعية - الإضطرابات الذهنية - إضطرابات التواصل اللفظي - إضطراب السلوك. ونهاية هذا الفصل تحدثنا على نوعية اللغة عند الأفراد المصابين بالإضطرابات النمائية أو الإجتياحية للنمو، بما أننا بصدد دراسة تقييم هذا الإتصال اللفظي عند هذه الفئة، كما ذكرنا باختصار طرق وبرامج العلاج.

أما الفصل الثاني فكان تحت عنوان: الطفولة والنمو المعرفي والنمو اللغوي، وهو يتكون من ثلاثة أجزاء، فعرّفنا مجازا الطفولة ومراحلها ومظاهر نموها البيولوجي، وذكرنا إكتساب الصورة الجسدية لدى الطفل أما الجزء الثاني فتطرقنا فيه إلى تعريف النمو المعرفي ومراحله والنظريات التي فسرته واعتمدنا بالأخص على نظرية J.Piaget، كما قمنا بتعريف المكتسبات الأولية ما قبل مدرسية (مفاهيم الألوان، الأشكال، الأعداد، مفاهيم المكان والزمن)، التي تدخل ضمن العمليات المعرفية الأولية. ثم تطرقنا في الجزء الثالث إلى تعريف النمو اللغوي والنظريات التي فسرته ومراحل إكتساب اللغة، فالجدير ذكر النمو العادي للوصول إلى إعطاء فكرة بالتقريب عن القدرات اللغوية والمعرفية عند الأطفال ما بين ست و ثمانية سنوات، وذلك لإعطائنا إمكانية التقرب ولو بصفة ضئيلة والتعرف على القدرات اللغوية والمعرفية عند الأطفال المتوحدين ما بين ستة و ثمانية سنوات.

أما الجانب الميداني كان في الفصل الثالث تحدثنا على المنهج المتبع في الدراسة ألا وهو المنهج العيادي التجريبي، وتطرقنا إلى مجتمع وعينة الدراسة التي تتكون من تسع حالات تبلغ من العمر مابين ستة سنوات وشهر وثمانية سنوات وشهر وتحديد متغيراتها، ثم قمنا

بشرح الأدوات المستعملة في الإختبار وتطرقنا بعمق إلى تفسير تصميم الإختبار الذي عرضناه إلى مجموعة صدق المحكمين والتي تتكون من أساتذة ودكاترة في الأرطفونيا، علم النفس العيادي، علم التربوي، أساتذة في الإحصاء، أخصائيين أرطفونيين وعياديين وتربويين في مراكز طبية نفس بيداغوجية (CMP) وأخصائيين أرطفونيين وعياديين وتربويين في المستشفيات النهارية (Hôpitaux de jour)، وأخصائيين في الطب العقلي للأطفال.

ويحتوي الإختبار علي أربعة بنود أساسية وتتضمن:

أولا الأسئلة المباشرة مع المفحوص.

ثانيا الصورة الجسدية وأجزاء الوجه.

ثالثا مفردات الحياة اليومية.

رابعا المبادئ الأولية ما قبل مدرسية ومفاهيم المكان والزمن.

والتى دوّنناها بالتنسيخ الصوتي بما أننا طرحنا الأسئلة بالعربية الدارجة. كما عرفنا مصدري الإختبار الذي وضعناه وهما إختباري N-EEL و L2MA، وطرحنا الجانب النظري للإختبار وكيفية إجرائه وتنقيط نتائجه ثم تحليلها. وفي الأخير أعطينا تعريفا موجزا لمكان إجراء الدراسة.

وفي الفصل الأخير قمنا بعرض وتقديم نتائج العينة في الإختبار وتحليلها كيفيا من حيث الجانب اللغوي واللفظي والدلالي وكميا من حيث الجانب الإحصائي لتقييم السيولة اللفظية أو معجم المفردات عند كل حالة، كما ذكرنا سلوك المفحوص أثناء الحصص حسب الملاحظة المباشرة، وأتينا بنتيجة نهائية تفسر هذا التقييم وأخيرا أتينا بإستنتاج عام حول الفرضيات المصاغة، وككل دراسة أو بحث أنهينا موضوعنا بخاتمة حيث عمدنا إلى طرح تأملاتنا وطموحاتنا مستقبلا.

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

الإشكالية :

قال أرسطو الإنسان حيوان إجتماعي موجه إلى العيش في علاقة واسعة مع أناس آخرين مهمّين بالنسبة له، فالأطفال هم مخلوقات إجتماعية منذ الولادة في كل الثقافات والمجتمعات فينمون علاقات مع الأشخاص الذين يهتمون ويحيطون بهم.

والتوحد هو إضطراب يتميز بصعوبة كبيرة في الإتصال والتفاعل الإجتماعي، وحسب النظرية الذهنية المتوحدين يجدون صعوبة في فهم أفكار وانفعالات الآخرين. وتعد اللغة أساس الحضارة البشرية وعامل أساسي من عوامل التكيف مع الحياة سواء في المجتمعات المتحضرة أو المجتمعات البدائية وذلك من خلال مظهرها الإجتماعي باعتبارها الوسيلة التي تُمكّن الفرد من الإتصال بمن حوله، فهي أداة التخاطب والتفاهم والتأثير في الأفراد والجماعات. والمظهر المعرفي للغة لا يقل عن المظهر الإجتماعي بل هو سابق عليه، فاللغة أداة يستعملها العقل وهي في مجملها عبارة عن مجموعة من الرموز الصوتية تمثل المعاني المختلفة، والعقل يستخدم هذه الرموز عند التعبير عن المعاني والأفكار المختلفة، وحسب Piaget اللغة وسيلة لإبراز الفكر من حالة الكتمان إلى حالة الظهور، كما أنها عماد التفكير والتأمل فالعلاقة بين اللغة والفكر علاقة وطيدة، حيث تقدّم اللغة تعاريف جاهزة وتساعد الفرد في عمله عن طريق تزويده بصيغ وتعبيرات مناسبة وتضع أمامه أساليب مدروسة.

كل كائن إنساني يتعرض لعملية إكتساب اللغة في سن مبكرة، وتُمهّد عملية الإكتساب هذه عدة مؤهلات فطرية، بيولوجية، ثقافية، تربوية، إجتماعية... كما أن هذه العملية تكون في نمو موازي مع عمليات أخرى مثل النمو النفس حركي، النمو الإنفعالي الإجتماعي والنمو المعرفي و تتدخل عمليات عقلية في ذلك. لكن قد يحدث أن يتعثر الطفل في مرحلة إكتساب اللغة أو قبل ذلك وهذا راجع إلى إضطرابات في المرحلة الجنينية أو في مرحلة الولادة أو ما بعد الولادة أو في مرحلة النمو والتي تؤدي إلى ظهور أعراض خَلقية أو نفسُ حركية أو سلوكية أو إصابة دماغية والتي تؤدي إلى بطئ النمو عند الطفل غرارا على أنداده، فيمتاز بالغرابة في سلوكه وفي طريقة لعبه أو في طريقة تعامله مع الأشخاص أو الأدوات، وهذا ما يمتاز به الطفل التوحدي.

ولغة الطفل التوحدي كما وصفها Kanner تُقدم إضطرابات ثابتة، إذ نجد إما الغياب التام، أو نجد الرطانة ذات إيقاع نغمي دون أن يكون لديه مفهوم، أو نجدها فقيرة أو عديمة المعنى (القيمة الإتصالية) وتظهر بالإعادة والتكرار(écholalie) للكلمات أو الجمل التي سمعها، كما نجد عدم القدرة على إستعمال الضمائر بصفة صحيحة، وتشوه في نطق الكلمات مع إختراع الكلمات (néologisme).

ولتناول دراسة اللغة عند المتوحدين نقوم بعرض بعض الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع، إذ قامت Simon عام 1975 ببحث إن كان الأطفال المتوحدين يتبعون نفس الطرق ونفس الميكانيزمات القاعدية لتعلم اللغة التي يجتازها الأطفال العاديين أو الأطفال الذين يقدمون إضطراب في اللغة. وفي نفس السنة قام Promovost وآخرون بدراسة للأنظمة ما فوق مقطعية لنوعية أصوات المتوحدين. وفي عام 1977 Bartolucci و Pierce تحدثا عن أبحاث أقيمت على النمو الفونولوجي. أما Menyuk عام 1978 تحدث عن باحثين قاموا بقياس فرضية أن الأطفال المتوحدين لا يمكنهم أن يشكلوا ويوسعوا مفرداتهم ومعانيها ولكن لم تُثبت صحّة هذه الفرضية. وفي عام 1983 دعّم Prizant فرضية أن التكرارية عنصر هام في إكتساب اللغة والنمو النحوي عند فئة المتوحدين. وفي عام 1988 Tager-Flusberg نفى صحة هذه الفرضية، وتحدّث عن دراسة تقول أن الأطفال المتوحدين مثل الأطفال العاديين أو الذين يقدمون تأخر لغوي يمكن لهم أن يكتسبوا القدرة على توسيع وشرح المفردات وفهم العلاقة بين بعض المفردات. وفي عام 1990 قام بدراسة طولية لمعرفة الطول المتوسطي للعبارات (longueur moyenne des énoncés LME) عند فئة المتوحدين وفئة تناذر داون، فوجد أنهم يتعلمون بنفس الوتيرة. وقد قام بدراسة أخرى مع Calking حيث قارنوا الخطاب التلقائي والخطاب التكراري عند ثلاث فئات (فئة المتوحدين وفئة عرض داون وفئة لا يعانون من تأخر لغوي لديهم نفس المستوى من الفهم والإلقاء)، فوجدوا أن لديهم خطابات غنية من حيث المعاني والبناءات النحوية. وفي عام 1991 قام Cornelius و Needelman بقياس مدى فهم العبارات الإجتماعية العاطفية عند المتوحدين وذلك عن طريق إختبار(Peabody Picture Vocabulary Test PPVT) فوجدوا أن هذه الفئة تقدم صعوبات في فهم هذه العبارات. وفي نفس العام قام Scarborough بمقارنة النتائج التي تحصل عليها

Tager-Flusberg في إختبار الطول المتوسطي للعبارات (LME) ومؤشر الإنتاج الدلالي (Indice de production syntaxique IPSyn) فوجدوا أن الأطفال المتوحدين لديهم درجة عالية في هذا الاختبار. وفي عام 1992 قام Tager-Flusbrg بدراسة طولية بيّنت أن الأطفال المتوحدين لا يستعملون عبارات تدل على حالة معرفية مثل : أفكر، أتذكر... وفي عام 1995 قام Strorchuk وآخرون بنفس الدراسة على أفراد متوحدين راشدين فوجدوا نفس النتيجة. (J.Randal, X.Seron, H.Tager Flusberg, pp 642 - 647).

ومن خلال الخبرة المتواضعة في ميدان التكفل الأرطفوني، كثيرا ما نسمع الأولياء يتحدثون عن أطفالهم المتوحدين أن لديهم قدرات، لكن ليس مثل أخواتهم أو أندادهم في العائلة أو في رياض الأطفال، أو أن هذه القدرات خاصة اللفظية (طلب شيء ما)أو الدلالية (فهم التعليمة) يستعملونها لإرضاء حاجاتهم ورغباتهم الخاصة، رغم كل محاولات الإلحاح وإثارة هؤلاء الأطفال لتلبية طلب أو تعليمة الأولياء فإنهم يصطدمون بسلوك طفلهم اللاّمبالي أو نظراته دون التنفيذ أو سلوك لفظي يكون بإعطاء نغمة الكلمة دون النطق أو إعطاء صوت أو حرف من الكلمة أو إعطاء الكلمة ولكن بإيقاع متقطع.

وهذا ما أدى بنا إلى الإهتمام بموضوع اللغة اللفظية عند المتوحدين وتقويم محصولهم ورصيدهم اللغوي. وللوصول إلى هذا الهدف قمنا بإدخال متغير آخر في الدراسة، وهو المكتسبات الأولية التي تُكتسب عند الطفل قبل سن الثامنة والتي تدخل ضمن العمليات المعرفية الأولية والتي تسمح للطفل تنمية قدراته العقلية، فالعمليات المعرفية تتدخل في شتى السلوكات الخارجية أو الداخلية، فهي عامل مهم في كل الإكتسابات، وتلعب دور مهم في نمو الفرد خاصة نمو القدرات المعرفية، الثقافية، الإجتماعية...كما تتدخل في عملية ترسيخ واكتساب اللغة بداية من المناغاة، الحروف ، الكلمات . . . الخ.

وانطلاقا ممّا ذكرناه قمنا بطرح التساؤلات التالية :

- هل يكتسب الطفل التوحدي المكتسبات الأولية ومفردات حياته اليومية ؟
- هل يوظف الطفل التوحدي مكتسباته ومفرداته في حياته اليومية وبالتالي هل يمكننا تقويمها ؟

الفرضيات:

- يكتسب الطفل التوحدي المكتسبات الأولية ومفردات حياته اليومية من أسماء الأشكال والألوان، مفاهيم الزمن والمكان والعدد إذ يمكن إكتسابها قي وسائل إتصالية مختلفة منها إشارية أو تعبيرية أو إيمائية، فيمكن للطفل أن يفهم أو يعين أو يسمي أو يطلب من الراشد ما يريده، لكن فقط ما يريده أو للإجابة على ما يقوله الراشد.

ومن هنا نصيغ الفرضية الثانية التي مفادها :

- يستعمل الطفل التوحدي مكتسباته الأولية ومفردات حياته اليومية بطريقته الخاصة ويمكننا تقييمها إذ يمكن أن يدخل الطفل المتوحد في تواصل معنا ولكنه تواصل محدود إذ يقوم بإجابة محدودة اللفظ وذلك للرد على سؤال ما (كيف ؟ أين ؟ ماذ ؟) وليس لإعطائنا جملة مفيدة أو لفهم ما وراء السؤال، كما يمكنه الطلب والإستفسار لكن فقط لإشباع رغباته ومتطلباته ، ومن هذا المنطلق فإن دراستنا منكبة على تقويم هذا الرصيد ومحاولة إدخاله في علاقة إتصالية عامة وهنا نرى ضرورة تدخل المحيط الأسري من الأولياء أو الإخوة كذلك ضرورة التكفل المتعدد التخصّصات. أولا : التكفل المتعدد التخصّصات لمساعدة الأولياء في فهم سلوك طفلهم ثم الدخول معه في علاقة وإيجاد وسيلة للتعامل معه والدخول في إتصال حسب طريقة الإتصالية وهذا لا يعني أن الأولياء يجب أن يغيروا من طريقة إتصالهم مع المجتمع، ولكن لتسهيل التفاعل مع طفلهم وتحسيسه بالإرتياح والإطمئنان لجلبه للدخول معهم في علاقة وإتصال. ثانيا : إخراج هذا الطفل المتوحد من عالمه ودوامته لإدخاله في فاعلية وإتصال سواء كان بصري أو سمعي أو تعبيري أو لغوي مع أفراد آخرين.

وتدخل الأولياء والفريق المختص يساعد الطفل على الدخول في إتصال إجتماعي، لكن ليس بهدف الدراسة أو العمل (هذا حسب قدرات الطف) ولكن الهدف الأول والرئيسي هو إخراج الطفل من عزلته وفهم الغير له وفهمه لغيره وهذا ما يسمح له بالإنضمام إلى مجتمعه وتكوين دور فعّال معهم ومساعدة فئة المتوحدين وعائلاتهم و لربما تطوير البرامج العلاجية لهذه الفئة أو الفئات ذات صعوبات إتصالية أو سلوكية.

تحديد مفاهيم الدراسة :

كل بحث علمي يحتاج إلى تحديد المفاهيم التي يستعملها في دراسة موضوعه، ولتناول دراسة تقويم الرصيد اللغوي عند شريحة التوحديون بالخصوص أطفال يبلغون ما بين 6 - 8 سنوات، سنقوم بتحديد المفاهيم الأساسية التي تخدم موضوع بحثنا والتي هي :

التقويم - التوحد - اللغة والرصيد اللغوي - المكتسبات الأولية.

1 - التقويم :

تعريف التقويم إصطلاحا و لغة :

عرّفه بعض الباحثين أنه "عملية منظمة تتضمن جمع المعلومات والبيانات ذات العلاقة بالظاهرة المدروسة وتحليلها لتحديد درجة تحقيق الأهداف، واتخاذ القرارات من أجل التصحيح والتصويب في ضوء الأحكام التي تم إطلاقها".

و آخرون عرفوه أنه " تقدير قيمة الشيء أو نشاط ما".

التقويم في الخدمة الاجتماعية : هو قياس أو تقدير إلى أي مدى حقق التدخل أو المشروع أو البرنامج أغراضه وأهدافه، وما هي بالتحديد أسباب نجاح أو فشل التدخل أو البرنامج أو المشروع، مع دراسة التغيرات التي حدثت أثناء وبعد تطبيق البرنامج وفرص نجاحه.

ويعد التقويم كهدف في حد ذاته. (عادل كانوني، التقويم من منظور المقاربة بالكفاءات ومادة الفلسفة).

التقويم هو القيمة التي تهدف إلى تقدير التغيرات السلوكية لدى المتعلمين ، ثم البحث عن العلاقة بين هذه المتغيرات والعوامل المؤثرة فيها.

التقويم لغة : يشتق من الفعل "قوّم" أي قوّم المعوج بمعنى عدله وأزال إعوجاجه ، وقوّم الشيء بمعنى قدّرة ووزنه وحكم على قيمته، واستقام واعتدل. (منتدى الادارة العامة للتعليم بمنطقة القصيم، مجلة رؤية 2030)

وورد ت مشتقات "قوّم" في القرآن الكريم، سورة الإسراء الآية 9، سورة التين الآية 4، سورة النساء الآيات 34 و 135.

الفرق بين التقويم والتقييم : التقويم أعم وأشمل من التقييم رغم أن المصطلحان يفيدان في بيان قيمة الشيئ ، ويستعمل التقويم في البرامج أو المشروعات الإجتماعية والتربوية.

التقويم بالإضافة إلى بيان قيمة الشيئ يقوم بتعديل وتصحيح ما إعوج منه، أي إصلاحه وتعديله بعد الحكم عليه.و كلمة التقويم أتت من القوام.

أما التقييم فهو إعطاء قيمة الشيئ فقط، وأتى من كلمة القيمة.

- (www.quassimodu.gov.sa/educ/showthreat)

- (www.ahewar.org.org/debat/show.art.asp?)

- (www.alukah.net/netweb/khedr)

2 - التوحد :

يعرفه القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين على أنه إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصبيل اللفظي والتفاعل الإجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة وتؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي. ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي يتصف بها التوحد هو إنشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية، ومقاومته للتغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي، إضافة إلى الإستجابات غير الإعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية. (إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات، ص 33).

3 - اللغة والرصيد اللغوي :

يعرفها E.Sapir "اللغة ظاهرة إنسانية وغير غريزية لتوصيل العواطف والأفكار والرغبات، عن طريق نظام من الرموز الصوتية الإصطلاحية".

4 ـ المكتسبات الأولية :

أو المبادئ الأولية المدرسية كما يلقبها البعض، وهي مفاهيم اللون والشكل والحجم والفضاء والزمن والتي تُمكّن الطفل من التّمكن من مفردات لغة قاعدية تؤدي إلى ترميز البناءات الإدراكية الحسية الحركية الأساسية، وهي تسمح بالدخول في عمليات الإتصال والعمليات الذهنية. والتعرف على هذه المفاهيم يُمكّن الطفل من عملية ذهنية ألا وهي عملية التصنيف والنوع، والتي يكون إكتسابها ما بين سن الثانية وسن السابعة.

تمهيد :

جل الدراسات والأبحاث لها أبعاد وأهداف تطمح إليها، وكل الأبحاث سواء النظرية منها أو الميدانية تتعرض لصعوبات أثناء إجرائها تكون خارجة عن نطاق الباحث، ونحن قبل التطرق إلى فصول دراستنا نقوم بذكر الأهداف المنتظرة والتى نسعى إليها، كما نذكر الصعوبات التي تلقيناها وواجهتنا في الميدان.

1 - الأهداف :

من خلال دراستنا للتقييم اللغوي للمكتسبات الأولية عند الأطفال المتوحدين 6 - 8 سنوات، سنحاول ولو بصفة ضئيلة تحقيق الأهداف التالية :

- تقييم الرصيد اللغوي عند هذه الشريحة حسب السّن.
- مساعدة هذه الشريحة على إيجاد وسيلة إتصالية مع الآخرين.
- مساعدة الأولياء لإيجاد طريقة للتواصل مع أبنائهم.
- محاولة إقتراح بروتوكول علاجي (في دراسات مستقبلية).
- مساعدة هذه الشريحة لإدماجهم في اللعب مع الأطفال أو في شتى المجالات الرياضية الفنية أو التكوينية.
- تنمية السيولة والرصيد اللغوي عند هؤلاء الأطفال لمحاولة إدماجهم في أوساط تربوية وترقية نموهم المدرسي في مدارس أو أقسام خاصة.
- شرح ولو بصفة ضئيلة للمجتمع المهني وحتى الأولياء أو المحيط الأسري، كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال الذين لديهم قدرات والتي يجب إكتسابها بطريقة خاصة.
- نحاول تعويد المجتمع على رؤية وتقبل هذه الفئة للمساعدة في إندماجهم الإجتماعي.
- مساعدة هذه الفئة في الإندماج الإجتماعي لكي لا نراهم إلا في الأوساط أو المراكز المختصة.
- مساعدة الأولياء على تحمل أعباء نمو أطفالهم في مراحل الطفولة، المراهقة والرشد.
- مساعدةٌ لي بصفة خاصة على تحسين قدراتي في الوسط الإكلنيكي العلاجي مع هذه الفئة.

2 - الحدود والصعوبات :

لم يكن من الصعب لنا إيجاد فئة أو عينة الدراسة في محافظة الجزائر الكبرى لوجود مراكز إستشفائية نهارية (الشراقة والقبة)، كذلك وجود عدة مراكز صحية نفس بيداغوجية (حيدرة، بن عكنون، بولوغين، الحراش...)، كذلك وجود عدة جمعيات وعدة عيادات خاصة سواء في تخصص الأرطفونيا أو في علم النفس الإكلينيكي أو الطب العقلي للأطفال، وإنما الصعوبات كانت تكمن في:

- تشخيص الإضطراب وتصنيفه ضمن أحد الإضطرابات النمائية حسب (DSM IV-tr) فإذا كان الطفل يقدم عرض Asperger أو إضطراب إجتياحي غير محدد فإنهم يُوصفون حسب الأخصائيين على أنه توحد.

- عدم إستعمال الأخصائيين لأي شبكة تشخيص، فهم ينطلقون من الملاحظة المباشرة، وإن وجد و إن إستعملوا وسيلة تشخيص فهي ليس موحدة وغير مكيفة للوسط الجزائري.

- صعوبة التحكم في المكان والزمن، فكانت مدة الملاحظة ثلاثة أشهر، يومين في الأسبوع وذلك لتعود الطفل على وجودي أثناء الحصص، ففي بعض الأحيان يكون الطفل غائب أو حالته الإنفعالية لا تسمح بذلك فيجب الأخذ بعين الإعتبار الحالة الإنفعالية التي أتى بها مع أوليائه أثناء قدومه إلى الحصة.

- عدم قدرة إيجاد عينة 6 - 8 سنوات لها نفس المتابعة أو المسار العلاجي الإكلينيكي والتربوي ولديهم نفس المحصول الغوي.

- رغم المتابعة العلاجية لهذه الفئة إلا أن طرق العلاج تختلف من أخصائي إلى أخر.

- الفهم السائد أنه، من يضع التشخيص هو فقط أخصائي في الطب العقلي للأطفال، بالرغم أن الدراسات الحديثة مفادها أن التشخيص يكون من طرف فريق من المختصين من طبيب أطفال، أخصائي في الطب العقلي للأطفال، أخصائي أرطفوني، أخصائي نفسي عيادي، أخصائي نفس حركي، أخصائي نفس تربوي، أخصائي تربوية خاصة، إلاّ أن التشخيص يُصدره إلاّ إختصاصي الطب العقلي للأطفال.

3 ـ أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية دراستنا فيما يلي :

ـ تسليط الضوء على الخلل اللغوي في إضطرا ب التوحد، والتمكن من تقويم الرصيد اللغوي لدى فئة التوحديين، وذلك قصد تنمية قدراتهم ومحصولهم اللغوي.

ـ أخذ البروتوكول كوسيلة لجمع المحصول اللغوي لدى فئة التوحديين، واستعمالها من طرف مختلف الأخصائيين.

ـ إغناء المكتبة العلمية فيمل يخص اللغة في التوحد.

ـ إرتقاء إختبار تقويم الرصيد اللغوي لدى فئة التوحديين في الوسط الإكلنيكي الجزائري.

الجانب النظري

الفصل الثاني

التوحد

تمهيد :

الفصل الأول من هذه الدراسة يتناول إضطراب التوحد، إرتأينا في البداية ذكر موجز لظهور مصطلح الإضطرابات العقلي وأهم الأطباء الذين درسوا هذا المجال، كما ذكرنا أهم المعطيات التي تلمح إلى أعراض التوحد بما أنه صنف ضمن الإظطرابات العقلية، ثم قمنا بذكر لمحة تاريخية لظهور مصطلح التوحد بصريح العبارة ووضعنا تعريفا إجرائيا يخدم موضوعنا، بعد ذلك أتينا بأهم المصطلحات التي إستعملها الباحثين الغرب والعرب وذلك لتحديد المصطلح المستعمل في هذه المذكرة، ثم أتينا بتصنيفات أهم الباحثين الذين إهتموا بإضطراب التوحد.

كثيرا ما نسمع عن أطفال توحديون وقليلا ما نسمع على راشدين متوحدين، فإضطراب التوحد يظهر أثناء الطفولة وبالأخص الطفولة المبكرة (من الميلاد إلى 3 سنوات)، فالإضطراب يظهر في مرحلة الطفولة أي مرحلة النمو، وليس خلل في الطفولة في حد ذاتها، وهو إضطراب يمس النمو الذهني والنمو بصفة عامة، والأعراض تختلف حسب السن، وبعض الخصائص تظهر بصفة متأخرة وأخرى تزول مع الزمن.

الأشخاص التوحديون يتشابهون بصفة كبيرة مهما كان عرقهم أو البلد الذي ينتمون إليه، وكان الإعتقاد السائد أن الأطفال يصبحون توحيديون لأن أولياؤهم لا يهتمون بهم أو لا يكنون لهم الحب والعطف الخاص بهذه المرحلة، لكن صحح هذا الإعتقاد لأن الإضطراب يمكن أن يمس أي طفل وأي عائلة ، فهناك عدة أسباب وتفسيرات. (U.Frith, 1996, p 20).

الجدول العيادي للتوحد يختلف حسب السن وحسب طريقة التكفل به، ومدى تقبل الفرد للتكفل، فالأطفال الذين يتلقون عناية وكفالة من طرف العائلة والمحيط يتأقلمون أحسن، لكن الإضطراب يستمر، إضافة إلى أن النمو المعرفي يكون مختل ومتأخر إذ لا يصل إلى النضج التام، لكن هناك نضج جسمي ونجاح في بعض الميادين وتراكم بعض المعارف والقدرات التي تفيده في مسار حياته، لكن نشاطاته تكون محدودة جدا.(نفس المرجع، ص 27).

I - لمحة تاريخية عن إكتشاف الأمراض العقلية ومصطلح التوحد :

إلى غاية القرن 18 كان يعتقد أن كل الأمراض العقلية هو تعبير عن وحدة مرضية واحدة تسمى من طرف الأطباء الألمان « Psychose einheit ».

Pivel من الأوائل الذين إعترفوا بأن الإضطرابات العقلية يمكن أن تنقسم وتصنف حسب خصائصها الخاصة بها وهي : - الجنون démence - البلاهة idiotie - الهوس manie - السويداء mélancolie.

سنة 1852 أعطى المختص في الطب العقلي الفرنسي Morel إسم الجنون المبكر démence précoce لإضطراب يتصف أساسا بالإنعزال والنكوص العاطفي، تصرفات خاصة بعدم الإهتمام بالذات، والتأخر المعرفي.

عام 1871 الطبيب Hecher وKahlbaum في عام 1883 وصفا الأعراض التالية: - الإغماء التخشبي Catatonie - خبل البلوغ Hébéphrénie.

في القرن 19 أعطى الطبيب Emil Kraeplin الركائز الأساسية للمفهوم العصري والحالي للإنفصام وإنقسام الشخصية schizophrénie، إذ لاحظ بعض أشكال التأخر العقلي التي تظهر عند الراشد مع بعض الخصائص المختلفة التي في النهاية تؤدي كلها إلى تشتت كلي للإنتباه وتشتت متطور في العمليات العقلية لإعطاء ردود إنفعالية وتوحد الشخصية.

سنة 1886 في الطبعة الخامسة لكراس الإستعمال (manuel) إقترح ثلاثة حالات إعتبرت حتى الآن منفصلة، كانت أجزاء تحتية لهذه الوحدة المرضية التي تختص وتنفرد عن الذهان العصابي الإكتئابي la psychose maniacodépressive، هذه الحالات الثلاث هي :

- خبل البلوغ L'hébéphience : يمتاز بسلوك دون هدف، غير لائق وغير منضم

- الإغماء التخشبي La catatonie : أين يكون الشخص سلبي، غير متحرك حتى البلادة، وفي بعض الأحيان يكون قلق وغير منسجم.

- هذيان الإضطهاد والعظمة Le délire de persecution et de grandeur : أين يتغلب فيها الجنون الذهاني الهذياني (La démence paranoide).

سنوات قليلة فيما بعد أعطى الطبيب العقلي السويسري E.E.Bleuler إقتراحات هامة لمفهوم الإضطراب، ففي عام 1908 إقترح عبارة الفصام للإشارة على تشتت الوظائف النفسية التي يعتبرها أساسية، فوضع تصنيف بين الأعراض الأساسية والثانوية. الأعراض الأولى منها تتضمن : - تفكك في توحد التفكير - ردود أفعال إنفعالية - تفكك في الإرادة. والأعراض الثانوية تتضمن : - الهلوسة hallucination - الهذيان délire - الإغماء التخشبي la catatonie - وهو سلوك غير عادي وغير مفهوم. كما أعطى Bleuler مفهوم جديد سماه التوحد وهو العيش في محيط مثالي وخيالي، وهي عناصر هامة في الوصف العيادي. وفي عام 1911 نشر Bleuler دراسة أحادية أين كان يصر على أن الفصام يشكل مجموعة من الإضطرابات خلافا على أنه وحدة موحدة وتقبل فكرة المجموعات الثانوية التي ذكرها Kraeplin وأضاف إليها إقتراح رابع وهو الفصام البسيط. ورأي Bleuler فيما يخص تشخيص الفصام أقل تشاؤما من رأي Kraeplin وأدلى بأنه رغم ندرة حدوث الشفاء الكلي فقد نجد تطور وتحسن ملحوظ، فيما كان Kraeplin يشدد على ظاهرة شدة الإضطراب. وبالرغم من إجتهادهم القاعدي لا أحد منهما أعطى مقاييس تشخيصية واضحة.

بعد Bleuler أتى الطبيب العقلي الألماني Kurt Schneider عام 1959 وصنف مجموعة من 11 عرض يعتبرها سمة وميزة Pathognomoniques للفصام مقارنة مع الإضطرابات العقلية الأخرى وسماها بأعراض من النظام الأول ليس لأنها تساعدنا على القيام بالتشخيص ولكن وجودها غير ضروري في التشخيص. هذه الأعراض من النظام الأول تتضمن : - السماع للأفكار الذاتية - الهلاوس السمعية من نوع تعليقات حول سلوك المفحوص - سرح التفكير وإعادة التفكير - الإحساس أن أفعاله وسلوكه تحت سيطرة عوامل خارجية. Schneider صنف بين مجموعة الأعراض التي سماها أعراض ثانوية، والتي تشتمل على : - أنواع أخرى من الهلاوس - التعقيد - الأفكارالهذيانية المفاجئة - التغيير في الطبع من نوع الإنهيار إلى الخوف - الضحك والفرح والمداعبة الإنفعالية. وقد بين أن تشخيص الفصام يمكن أن يرتكز على أعراض من النظام الثاني إذا تواجدت بصفة كافية، وأعراض النظام الأول التي أتى بها Schneider أنقصت من مفهوم الفصام وإحتفظ بدور هام في نضام التشخيص الداخلي بعضها موجودة في مقاييس التشخيص CIM و DSM III.

II - لمحة تاريخية عن إكتشاف وظهور إضطراب التوحد :

نذكر بعض الملامح لبعض القصص من الأدب التي لم تشر بصورة جلية إلى التوحد ولكن في وصفها تلمح إلى ذلك، والأرشيف الخاص بالتاريخ الطبي يبين وجوده منذ الأزل.

كثيرا ما سمعنا عن قصة الطفل Victor والذي تم إيجاده سنة 1800 وعمره 5 سنوات، أطلق عليه إسم l'enfant sauvage de l'Aveyron، وجد من طرف صيادين في الغابة يمشي عاريا على أطراف أصابعه والذي تكفل به الدكتور Itard حيث قال أنه يتذكر جيدا مكان أثاث غرفته، ولا يظهر أي رد فعل لصوت المسدس ولكنه يستدير لصوت تكسير الجوز.(إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات، 2004، ص 6).

عام 1809 قام Jhon Aslam بملاحظة ومراقبة طفل يبلغ من العمر 5 سنوات أدمج في مستشفي للمتخلفين عقليا بلندن "Bethlehem Asylum" عام 1799 وقد تعرض من قبل إلى مرض البوحمرون (la rougeole) ومنذ إصابته أصبح الطفل عدواني ومنطوي على نفسه لا يتكيف مع الأطفال الآخرين ويقوم بتصرفات متكررة ويحب اللعب بالدمى الجنود.

(Pierre Ferrary, 1999, p6).

عام 1828 وجد الطفل Kaspar Hausser وعمره 16 سنة، وصف بهيئة إنسان يحرك رجليه دون أن يعرف أن يمشى، وقد وصف بالسكر والجنون، كانت لديه ملامح غريبة. وقد تحدث عليه الكاتب Jakob Wasserman في رواية عام 1908 يصف فيها سلوكات طفل توحدي.

(Uta Frith, 1996, p42)

وهناك مقالات عديدة تتحدث عن أطفال غير عاديين ترعرعوا في الطبيعة دون أي إتصال إنساني أو لغوي وكان يسمونهم Bête sauvage - Homo Ferrus أطفال متوحشين، وعند القبض عليهم عوملوا على أنهم حيوانات السيرك، إذ جلبوا الأنظار والإندهاش وعدم الفهم والشفقة. (Uta Frith, 1996, p 55).

عام 1895 يقوم Kraeplin بوصف الجنون المبكر الذي يطابق الفصام والذي وصف من طرف الطبيب Bleuler .

ومن هنا نستنتج أن كلمة التوحد Autisme عبارة إخترعها لأول مرة الطبيب السويسري المختص في الأمراض العقلية Ernest Eugene Bleuler عام 1911، وهي عبارة إستعملها

لتصنيف أحد الأعراض القاعدية لإضطراب الفصام، ويعني بها ضياع أو ضيق العلاقات مع الأشخاص والمحيط الخارجي، ويصف هذا التقلص بالتخلي عن الحياة الاجتماعية والإنطواء على الذات (ذكر سالفا في اللمحة التاريخية للأمراض العقلية).

مع إنتشار وتواصل البحوث والملاحظات تأتي الباحثة الإنجليزية المختصة في التحليل النفسي Mélanie Klein، وكانت أول من طبق العلاج النفسي على طفل متوحد، ولم تستعمل الباحثة مصطلح Autisme لكنها تصنفه في مقال نشرته عام 1930 عن الطفل المسمى Dick الذي تشبه أعراضه بشكل كبير أعراض التوحد، حيث أن سلوك الطفل كان خال من المودة، ووصف باللامبالات بغياب أو وجود أمه، وكان محل إهتماماته القطارات وكيفية دورانها. (Pascal Lenoir, p2).

وقد بدأ Bruno Bettelheim في تطبيق العلاج النفسي على الأطفال التوحديون قبل أن يطلق Kanner هذا الإسم والوصف، لكن أبحاثه إنقطعت نظرا للأحداث التي تعرض لها اليهود في فيينا عام 1938 فهاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية (Bruno Bettelheim, 1970, p7).

جاء إستعمال مصطلح التوحد Autisme بصريح العبارة بمقال Léo Kanner في Baltimore ومقال Hans Asperger في Vienne، إذ لاحظوا أطفال غير عاديين يقدمون خصائص متشابهة في السلوك، والميزة الأساسية هي عدم إمكانية هؤلاء الأطفال في إقامة علاقات عاطفية إنفعالية عادية مع الآخرين خاصة أفراد عائلتهم، خلافا على إضطراب الفصام الذي وصفه E.E. Bleuler ، إذ أن هذا السلوك المضطرب نجده عند هؤلاء الأشخاص منذ البداية. (Uta Frith, 1996, p28).

أول مقال نشر حول التوحد كان للطبيب المختص في الأمراض العقلية Léo Kanner بمجلة «Nervous child» بعنوان « Autistic Disturbance of affective contact » في Baltimore بالولايات المتحدة الأمريكية حيث قام بملاحظة 11 طفل يعانون من ذهان التوحد الطفلي المبكر psychose infantile précoce. (Uta Frith, 1996, p 29). وقد وصف Kanner ذهان التوحد وأعطى أربعة خصائص أساسية لهذا الإضطراب (سنذكرها لاحقا في وصف إضطراب التوحد ص 24).

أما مقال Hans Asperger فنشر بعد الحرب العالمية الثانية عام 1944 في فينا بالنمسا باللغة الألمانية، فلم يحضى إهتماما مثل مقال Kanner إلا سنوات بعد ذلك، وكان المقال يتحدث عن حالات كانت تقدم إصابات عضوية خطيرة، وحالات خارقة للعادة، فقد كان يستعمل مصطلح سيكوباتية التوحد psychopathie autistique. أما في العصر الحالي فيستعمل مصطلح syndromes d'Asperger وهو مصطلح يطلق على أطفال متوحدين تقريبا عاديين لديهم ذكاء خارق ويقدمون قدرات لغوية متطورة، ولم تكن فكرة Asperger، ولكن وجود هذا النوع فرض نفسه في الجدول العيادي للتوحد.(Uta Frith, 1996, p29) .

أما Anna Freud و Dorothy Burlingham قامتا بجمع أطفال في ميتم Hamstead قصفوا أولياؤهم في الحرب ووضعتا العلاقة بين إضطرب اللغة (البكم والتأخر)، وإرتفاع سلوكات التمركز حول الذات، التأرجح والتي تزول عند الإهتمام بهؤلاء الأطفال.

عام 1945 قام René Spitz بوصف الإستشفاء (l'hospitlisme)، التأخرفي القامة والوزن، مرفولوجية الحرمان العاطفي، نقص التحكم النفس حركي، إضطراب أو غياب في اللغة تظهر عند أطفال محرومين من العلاقات الإنسانية والإجتماعية.

دون أن ننسى ذكر المفهوم الفرويدي Analhungstypus der objektwah والمترجم Anaclitisme والذي يعني بالتعلق والتمركز حول الذات. والذي فسره Bettleheim في كتابه "La forteresse vide" أن الأطفال التوحديون ليس لديهم تفاعل إجتماعي مبكر، وتخلوا عن الأفعال الموجهة نحو أهداف أو ترقبات وتوقعات معينة.

.(Michel Gayda, Serge Libovici, 2000, p37-38)

تولى Bruno Bettlheim إدارة مدرسة Sonia Shankman l'école orthogénique بجامعة شيكاقو في أواخر 1944، إذ قام بتخصيص المدرسة إلا للأفراد المشخصين بالتوحد، بعدما كانت معتقل لمختلف إضطرابات إلتهاب الدماغ، إذ أرجع المدرسة تهتم بالجانب الإنفعالي والمعرفي للأفراد. (Bruno Bettleheim, 1970, p8).

وبدأ الإهتمام بالتوحد مع Bernard Rimland، الذي كان إبنه حاملا لهذا الإضطراب، ففي عام 1965 قام بتأسيس الجمعية الأمريكية الوطنية للأطفال المتوحدين

(Nation society of Autisme) (ابراهيم عبد الله فرج الرزيقات ، 2004، ص39).

وتواصلت الأبحاث والدراسات فيما يخص الإضطراب ومحاولة إعطائه ميزات وتحديد علاماته وخصائصه الإكلينيكية، ففي عام 1971 B.U.Ruttenberg وصف إضطراب التوحد وقدم له بعض الخصائص منها: عدم قدرة المتوحد على التعرف على ذاته، وجود إضطرابات في الصورة الذاتية والوعي بالذات، معانات الفرد من الخوف الشديد وإضطرابات في اللغة (صالح الشيخ كمر، 1996، ص 154).

في عصرنا الحالي لازالت الأبحاث قائمة ومنكبه حول الإضطراب، إذ أنه يعد إضطراب العصر (سرطان السلوك كما يلقبه البعض)، ومحاولة معرفة أسبابه والقيام بإيجاد وسائل ناجعة لعلاجه ومساعدة هذه الفئة وعائلاتهم، لذلك أسست جمعيات ومراكز البحث خاصة به.

III - التعريف الإجرائي للتوحد :

إضطراب التوحد إضطراب عام للنمو في جميع مظاهره، والذي يصيب وظائف تكييف الفرد ويصيب إلى حد كبير وظائف التعلم والاتصال والتفاعل، أي يصيب التفاعلات الإجتماعية، إذ نلاحظ خلل في إستعمال السلوكات غير لفظية والتي من مهامها التفاعل الإجتماعي والإتصال مثل (التفاعل البصري، الإيمائات الوجهية، الهيأة الجسمية، الحركات والاشارات...) إذ أن الأطفال لا يظهرون إهتماما في العلاقات مع أندادهم أو إظهار أي إتصال إجتماعي، فنجد الطفل لا يشير ولا يعين بيده أو أن يأتي الأداة التي يريدها، كما نجده لا ينتمي لأي نشاط مثل اللعب الجماعي، إذ يحبون اللعب الفردي والأدوات الخاصة بهم، كما يوصف المحصول اللغوي بالتأخر أو إنعدام اللغة الشفوية أو عدم وجود حديث وحوار أو حكاية (السؤال والجواب أو حديث تلقائي عفوي).

إضطراب التوحد إضطراب مزمن يؤدي إلى خلل أو عدم إستقرار في الشخصية وهو إضطراب يكمن في المرحلة الأولى للنمو العقلي. ويمكن القول أنه كلما كان الإضطراب العام للنمو المعرفي مبكرا كلما كان أكثر خطورة.

IV - تحديد مصطلح التوحد Autisme :

عبارة Autisme كلمة يونانية لتدل على الذات (auto أي soit)، خلال هذه المذكرة إخترنا إستعمال مصطلح التوحد نظرا إلى أنه الأكثر إستعمالا من طرف الباحثين العرب في الآونة الأخيرة، من هنا نتطرق إلى بعض التعاريف أو المصطلحات المستعملة في هذا الصدد :

- Ernest Eugène Bleuler عام 1911 إستعمل مصطلح " autiste " للإشارة إلى أحد أعراض الفصام. (Uta Frith , 1996, p28).

- Léo Kanner عام 1943 أشار إلى Autisme infantile précoce التوحد الطفلي المبكر، إذ يتمثل في عدم قدرة الطفل الحديث الولادة على تحقيق وبناء علاقات عاطفية مع محيطه وللتعريف عن حالة ذهانية مبكرة لدى الطفل.

(Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p63).

- B.Bettleheim, M.Manonnie تحدثا عن تناذر التوحد syndrome de l'autisme

(Dictionnaire d'Orthophonie, 1997, p24).

- P.Canoui, P.Messerschmitt, O.Ramos إستعملوا عبارة تناذرات التوحد عند الطفل syndromes autistiques chez l'enfant للتعريف عن الإضطرابات العامة للنمو الذهني والتي تمس كل سجلات التوظيف المعرفي، الذكاء، العلائقي الإجتماعي، والعاطفي في كل الوضعيات وتمس كل إمكانيات تعلم الإتصال والتفاعل. (P.Canoui and all, 1994, p270).

- P.Mazet, D.Houzel إستعملا psychoses autistiques ذهانات التوحد ويتحدثان عن خصوصيات تظهر عند الطفل قبل سنتين وهناك أعراض توحدية ثانوية تظهر حسب نمو وتطور حالة الفرد (P.Mazet, D.Houzel, 1994, p332).

- Roger Perron يتحدث عن ذهان التوحد الطفلي psychose autistique infantile وهي حالات جد خطيرة، تكون في حالة سكون وركود، ثم تأخذ تنظيم مراحل قديمة لبداية التكوين النفسي.(R.Perron, 1985, p208).

أما الباحثين العرب أتوا بالمصطلحات التالية :

- عماد عبد الرزاق إستعمل مصطلح "الإجترار العقلي" وهي شخصية شبه فصامية لا مبالية بالواقع الخارجي، تهتم بنفسها ولها ردود أفعال ذاتية. (عماد عبد الرزاق، 1987، ص 86).

- عبد المنعم مصطفى إستعمل مصطلح "العزلة" للتعريف عن إضطراب شديد في إكتمال العقل والشعور الإنفعالي لدى الأطفال الصغار، يتميز بالإبتعاد عن الواقع وفقدان الإستجابة والرغبة في الإتصال. (عبد المنعم مصطفى، 1992، ص 140).

- سعد جلال إستعمل مصطلح "التخلف العقلي" ليدل على الإنزواء على الذات وعدم الإهتمام بالناس ويظهرون خللا في الإتصال مع البيئة. (سعد جلال، 1986، ص 201).

- صالح شيخ كمر أعطى مصطلح "الإنطواء على الذات" ليدل على الشخص الذي يستعد أفكاره وإدراكه حسب حاجاته ورغباته الذاتية بدلا أن يكون تفكيره وسلوكه واقعي وموضوعي. (صالح الشيخ كمر، 1996 ،ص 145).

- عادل عبد الله محمد إستعمل مصطلح "التوحدية" للإشارة إلى إضطراب من بين الإضطرابات النمائية. (عادل عبد الله محمد، 2004، ص 11).

- خالد نور الدين، عبد المجيد سالمي إستعملا مصطلح "الإنفصام" للتعريف على أهم أعراض الفصام، ويتمثل في إنطواء المرضى وبناء عالم داخلي من الخيال منفصل عن الواقع ويحقق فيه مجمل رغباته. (خالد نور الدين، عبد المجيد سلامي، 1998 ص 41).

- إضافة إلى هذه التسميات هناك : - الذاتوية - الإجترارية – الأوتيسية - الإنشغال بالذات - الإنغلاق الطفولي - الإنغلاق النفسي - الأوتيزم. (ابراهيم محمود بدر، ص 19).

رغم كل هذه التسميات والمصطلحات فالإستعمال الرائد في الآونة الأخيرة في البلدان العربية هو مصطلح التوحد.

وحسب Uta frith من الجدير التحدث عن التوحد Autisme على إستعمال عبارات توحد الطفل أو التوحد الطفلي المبكر(autisme de l’enfant, autisme infantile précoce) لأن هذه العبارات تتناقض، إذ أنها تؤدي إلى الإعتقاد بأنه يمكن الشفاء نهائيا من التوحد بتقدم السن والعلاج.(Uta Frith, 1996, p28)

وعبارة التوحد تستعمل في إضطرابات النمو أو تدخل ضمن الإضطرابات الإجتياحية للنمو Troubles envahissant du développement حسب التصنيف العالمي للطب العقلي CIM10 أو DSM4-TR (DSM IV-TR, 2008, p86).

V ـ تعريف التوحد :

إضافة إلى التعاريف السابقة الذكر والتي تعرضنا فيها إلى تحديد مصطلح التوحد نذكر:

1 ـ القاموس الأرطفوني : التوحد إضطراب في التطور العصبي يصيب بشكل عام وبصفة شديدة وظيفة النمو وبشكل خاص سلوك الشخص ووظيفة الإتصال لديه.

(Dictionnaire d'orthophonie, 1997, p30)

2 ـ القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين Individuals with disabilité education act (IDEA) : التوحد إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي والتفاعل الإجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة وتؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي يتصف بها التوحد هو إنشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي، إضافة إلى الإستجابات غير الإعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية. (إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات، 2005، ص 33).

3 ـ مجلس البحث الوطني الأمريكي سنة 2001 National Research concile : التوحد هو طيف من الإضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة وعلاقته بالإضطرابات الأخرى (التخلف العقلي، تأخر اللغة الحاد والصرع)، وتتنوع أعراضه من طفل لآخر، وعند نفس الطفل هناك أعراض تتغير بمرور الزمن، فلا يوجد سلوك يستثني تلقائيا الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصا في العيوب الإجتماعية. (نفس المرجع السابق).

4 ـ الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ـ المراجع DSM IV-TR

: Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux –texte révisé

يدرج إضطراب التوحد ضمن الإضطرابات النمائية للنمو troubles envahissant de développement إذ يصيب عدة مظاهر من النمو، قدرات التفاعل الإجتماعي، قدرات التواصل، وجود سلوكات نمطية، كذلك وجود سجل ضئيل للإهتمامات والنشاطات. (DSM4-TR, 2004, p81).

5 - أدرجه Pialoux : ضمن إضطراب البكم والبكم الإدراكي (mutisme et audimutité) ويعرف التوحد على أنه إضطراب يدخل ضمن تصنيف الفصام، إذ يكون التفكير مشتت عن الواقع دون تفاعل منطقي ومتسلسل، إذ أن الطفل يعيش في هواماته في لعب ونشاط نرجسي مقولب ويكون على دراية بهذا النشاط ولكن لا يستطيع الخروج منه، كما نلاحظ تغيير في المشاعر وتشتت في الإنفعالات والإيماءات. (Pialoux, 1975, p209).

6 - أدرج Launay : التوحد ضمن الذهانات المبكرة إذ أن لديه علاقة مع الفصام، فسلوك الطفل يقلق الأولياء منذ البداية، لكن نموه الفيزيولوجي العادي يجعلهم لا يكترثون بذلك، ولكن يوصف سلوكه بلإنفراد ولا يكترث لمن حوله. (Borel Maisonney, 1998, p160).

7 - أما R.Leblanc و J.Page : يتحدثان عن تناذر التوحد وهو ناتج عن أسباب عصب بيولوجية أو نفسية عقلية. (J.A.Randal & All, 1998, p399) .

8 - أما Rapin : يعرفه على أنه إضطراب خَلقي في السلوك يظهر في مرحلة الطفولة، ويوصف بخلل نوعي وخطورة نوعية في التفاعلات الإجتماعية وإضطراب في الإتصال اللغوي أو غير اللغوي وخلل في المجال الخيالي.(C.Muller, J.Narbona, 2000, p371).

9 - Ajuriaguerra ينطلق من مفهوم Kanner، فيقول أن الطفل يظهر عادي عند الولادة ولكن ما بين أربعة وثمانية أشهر يظهر لديه غياب السلوكات الحركية العادية (مثل الإعتدال عندما يحمله الراشد) كما يظهر لديه عدم الإهتمام بالغير، وفي هذه المرحلة يكون الأولياء قلقون لسلوك إبنهم الذي لا يهتم أو ليس لديه رد فعل للسلوكات الإجتماعية ولا للأشخاص ويهتم بالأشياء أكثر من الأشخاص.(J. Ajuriaguerra, 1980, p756).

10 - قاموس إنتقاد مصطلحات الطب العقلي للصحة الذهنية : التوحد هو توظيف ينفرد عن الواقع الخارجي ويكون التمركز حول الحياة الداخلية والميل إلى التجريد.

(Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale, 2005, p38).

11 - القاموس الطبي : التوحد إضطراب عام في النمو له توظيف نفسي غير عادي، يظهر قبل سن الثالثة يمس ميدان التفاعلات الإجتماعية والسلوك بصفة عامة.

(Le Larousse Médical, 2009, p103).

VI - الصورة العيادية للإضطراب (مدى تفشي الإضطراب) :

إضطراب التوحد حديث الدراسة إذ مدى إنتشاره والإهتمام به حديث جدا وذلك منذ أن وصفه Kanner عام 1943 كوحدة خاصة من الإضطرابات الذهانية الخاصة بالطفل. كما أن دراسته حديثة نظرا لصعوبة تشخيصه من جهة أو لتجاهله من جهة أخرى، لكن مع مرور الزمن إرتفع معدل إنتشار هذا الإضطراب وذلك راجع إلى :

- تطور وسائل التشخيص الذي أدى إلى الإحاطة ولو ببعض الملامح الخاصة به.
- تعدد المقاييس العالمية للتشخيص مثل : (CARS-T, CHAT, M-CHAT, CIM10, DSM IV, DSM IV-TR, PEP ,PEP-R, VINELAND, E2, EFI, ADOS, A.BECS, ADI).
- الحديث عن تناذرات التوحد Syndromes Autistiques بدل الحديث عن نوع الذهان الطفلي Kanner إذ أن الحديث عن الإضطرابات الإجتياحية للنمو أدى إلى إكتشاف العديد من التناذرات مثل تناذر Asperger .

وحسب الدراسات الأمريكية والأوربية فإن معدل إنتشار الإضطراب يتحدد ب 10 حالات بين 10 000 طفل مع إحتمال إرتفاع النسبة إلى 60 حالة من 10 000 طفل ومن 14 حالة إلى 20 حالة نجد لديها ذكاء عالي من نوع Asperger.

أما في الجزائر فقد قدمت إحصائيات من خلال الملتقى الأول حول التوحد ففي السبعينات كان معدل الإنتشار يتراوح ما بين 4 إلى 5 حالات من بين 10 000 طفل. وفي التسعينات إرتفع معدل الإنتشار إلى 7 حالات من بين 10 000 طفل. أما حاليا لا توجد إحصائيات دقيقة لهذا الإضطراب، لكن من المؤكد أن النسب في تزايد مستمر حسب مصلحات التكفل بذلك. (محمد علي كامل، 2003، ص 5).

ففي دراسة Kan Dal قال أن نسبة إنتشار الإضطراب في اليابان تعد أعلى من مثيلاتها في العالم، حيث تتراوح ما بين 0.1 % إلى 0.13 % . في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة 0.01% أما في الصين فتعد أقل نسبة في دول العالم حيث تبلغ 0.004% ، كما أقرت الجمعية الأمريكية أن نسبة إنتشار الإضطراب يتراوح ما بين 4 إلى 5/10 000 حالة ولادة. وجاءت الإحصائيات التي نشرها الإتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة بإضطراب التوحد NAAR في شهر جانفي 2003 لتؤكد أن نسبة إنتشار الإضطراب أصبحت 1/250 حالة

ولادة وهي نسبة مرتفعة والتي جعلت إضطراب التوحد ثالث الإضطرابات الأكثر إشاعة بعد التخلف العقلي وتناذر داون. (عادل عبد الله محمد، 2004، ص 146).

وما يميز هذا الإضطراب أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة ¼، أي أنثى واحدة لأربعة ذكور ولكن الإضطراب يكون أكثر تعقيدا وشدة عند الإناث على غرار الذكور.

ومن الجدير بالذكر أن الإضطراب لا يرتبط بأية عوامل عرقية أو إجتماعية، إذ أن الدراسات الحديثة لم تشر ولم تثبت أن للعرق أو الطبقة الاجتماعية أو المستوى التعليمي أو المعيشي للعائلة دور في تفشي أو ظهور الإضطراب. (Uta Frith, 1996, p 20).

VI - وصف إضطراب التوحد (السميائية) :

نتطرق إلى وصف التوحد من خلال بعض أراء الباحثين وإنطلاقا من هذا الوصف نجد تفسير إضطراب التوحد.

1 - وصف L. Kanner : في وصفه تطرق وعزل عدد من العلامات الإكلينيكة التي تخص ذهان التوحد :

- البداية المبكرة للإضطرابات Début précoces des troubles : وتظهر خاصة في العامين الأولين من حياة الطفل.

- العزلة التامة L'isolement extrême : سلوك الطفل يظهر بعدم الإهتمام التام وظهور سلوك اللامبالاة مع الأشخاص وكأنهم أدوات من المحيط.

- الحاجة إلى الثبات Besoin d'immuabilité : فالطفل بحاجة ماسة إلى عدم تغيير محيطه وإستقرار أدواته اليومية، إذ يحتاج دائما إلى مراجعة تدقيقية لأماكن الأدوات المحيطة به.

- القولبية (ردود الأفعال اللاإرادية) Les stéréotypies gestuelles : وهي ردود أفعال حركية يعيدها باستمرار دون ملل، وغالبا ما تكون أفعال غريبة عن المحيط (اللعب بالأصابع أمام البصر، المشي على رؤوس أصابع الأقدام بطريقة ميكانيكية، الدوران حول نفسه، التأرجح إلى الأمام والوراء بطريقة إيقاعية).

- إضطرابات اللغة Les troubles du langage : وهي إضطرابات ثابتة، إذ نجد إما الغياب التام للغة عند الطفل، أو نجد الرطانة ذات إيقاع نغمي دون أن يكون لديه مفهوم، أو نجد لدى الطفل لغة لكنها فقيرة أو عديمة المعنى (القيمة الإتصالية) وتظهر في الإعادة والتكرار(écholalie) للكلمات أو الجمل التي سمعها، كما نجد عدم القدرة على إستعمال الضمائر بصفة صحيحة، ونجد تشوه في نطق الكلمات مع إختراع كلمات (néologisme).

كان Kanner يؤكد في وصفه ويركز على الذاكرة الخارقة للعادة عند بعض الأطفال ومظهر الذكاء لديهم وهو تشخيص فارقي مقارنة مع حالات التخلف العقلي التي وصفت من طرف الطبيب العقلي E.Esquirol.

وهناك بعض الإضطرابات القريبة نوعا ما من توحد Kanner والتي جمعت في مصطلح شامل وهو الذهان الطفلي المبكر إذ أنها تظهر في العاملين الأولين من حياة الطفل، وتتميز بإضطراب عميق في التواصل مع المحيط الخارجي، وتختلف في الخصائص الإكلينيكية.

(Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p62).

2 - وصف M. Mahler : عام 1957 وصفت Mahler أخصائية التحليل النفسي أن بداية السنة الثانية من حياة الطفل تكون مسبوقة بمرحلة عادية من التوحد، والتي تكون موصومة بالحساسية المفرطة للمنبهات الحسية وبعض إضطرابات النوم، ووصفت ثلاث مراحل من النمو تصفها بالتوحد العادي :

أ - التوحد الأولي l'autisme primaire : والذي يتمثل في التثبيت للتوحد العادي، ولكن يتصف أيضا بالتراجع والنكوص أمام قلق التكافل، ففي هذه المرحلة الطفل لا يسمع للعالم الخارجي وكأنه غير موجود فيه وهي مرحلة خالية من القلق.

ب - الذهان التكافلي la psychose symbiotique : وهي تثبيت أو نكوص للمرحلة الثانية، وهنا يكون إضطراب وتغير في سياق التفردية ويفسر فيه قلق الإرتباط وعدم الإرتباط فيكون هناك تهميش للعلاقة التكافلية مع الأم.

ج - الذهان الثانوي l'autisme secondaire : ويكون على مستوى عزل التفردية، فالفرد يبدأ بإكتساب الشخصية وثباتها، ولكنها تكون دائما مهددة والتي تدخل ضمن سياق الذهانات

الطفلية. ولكن نـقـدت هذه النظرية فيما بعد، إذ شُكك في التحدث عن التوحد العادي، وصححت Mahler نوعا ما هذا المخطط. (R.Perron, 1985, p212)

3 - وصف F. Tustin : عام 1977 إقترحت المحللة النفسية الإنجليزية تقسيم ذهان التوحد إلى 3 مجموعات في كتابها " التوحد وذهان الطفل Autisme et psychose de l'enfant" :

أ - ذهان التوحد الأولي غير العادي l'autisme primaire anormal : يعتبر إطالة غير عادية لذهان التوحد الأولي العادي. وعرَّفت الباحثة هذا الشكل بالمتحول، إذ نجد عند الرضيع تفريق بين جسده وجسد أمه، ولا يجد حدود مساحية جسمية حقيقية، وهذا التوظيف العقلي سيُنضم حول إحساسات ساذجة وبسيطة، وهذا الشكل ناتج عن قصور وعجز في ميدان ما.

ب - ذهان التوحد الثانوي ذات الغشاء الصلب (المقوقع) l'autisme à carapace : هذا الشكل يشبه ذهان التوحد الذي وصفه Kanner، إذ نجد تفريق بين الأنا واللاأنا (خلافا على الشكل السابق) لكن هذا التفريق مُتجاوز فيه إلى حد كبير، فيكون تشكيل حاجز توحدي حقيقي يشكل قوقعة يتكيس فيه يهدف إلى رفض اللا أنا، ويكون جسم الطفل في هذه المرحلة مصلب غير حساس متهرب من الإتصال الجسمي، وتكون الأنشطة اليومية فقيرة ترتكز فقط حول بعض السياقات الجسمية وفعل التفكير المكبوت. تصف Tustin هذا الشكل بالقشريات إذ له دور هام في الحساسية المفرطة للمنبهات الحسية عند الطفل، كما تلعب دور في مرحلة إكتئاب الأم. (Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p63)

ج - ذهان التوحد الثانوي النكوصي l'autisme secondaire régressif : ويشمل الفصام الطفلي، إذ بعد التطور والنمو العادي، تظهر هناك مظاهر نكوصية عند الطفل وينعزل في حياة هوامية مركزة على الإحساسات الجسمية، ويكون هناك خلط بينه وبين أمه، وهو سياق متضمن لميكانيزم التعرف الإسقاطي الذي وصفه أتباع Klein.

إنّ إهتمامات هذه المختصة ليس بالإختلافات التصنيفية بقدر ما ينصب على مفاهيمها النظرية وثراء المادة العيادية التي تساندها، وهي تذهب من فكرة الوحدة "لسان- ثدي" كأساس لكل تجارب التكامل والفقدان التي تظهر لاحقا على المستوى الهوامي، فقدان المعاش بصفة صدمية، يترك قلقا من الفراغ، من الثقب الأسود trou noir، كارثة فمية أولية

catastrophe orale originaire، والتي تصبح في قلب حالات التوحد، حينما لا يحدث تحضير من طرف الأم (بالخصوص إذا كانت هذه الحالة توقظ عندها وبصفة شديدة مصادر قلق طفولية من نفس النوع). (R.Perron, 1985, p21) .

4 - وصف الباحثين الفرنسيين S. Libovici, R. Mizés : هؤلاء الباحثون أتوا بمبادرة في تفسير الشكل العيادي للإضطرابات الذهانية المبكرة، فقد أدمجوا في الذهانات الطفلية المبكرة الذهانات ذات التخلف العقلي إذ نجد في وصف الأعراض العجز العقلي والعلاقة الذهانية بالمحيط. كما أوضحوا أن كل الذهانات المبكرة لديها نمو عقلي ضعيف، وأضافوا إليها الإنحرافات الذهانية المبكرة للشخصية، وهو شكل يختلف عن ذهان التوحد من حيث أنه أقل إنعزالا ولديهم تمسك طفيف في الإتصال والذي يظهر على شكل مرضي كما يكون هناك إستثمار علائقي بين الذات والموضوع.

(Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p64).

5 - باحثون فرنسيون آخرون S. Libovici, D. Houzel : ثابروا في عزل العلامات المبكرة للنمو والتطور الذهاني في زوج التفاعل أم / طفل، والعلامات التي تُلاحظ من خلال اللعب السوماتي وصعوبة إقامة علاقة موضوعية والتشتت في إقامة علاقة ما. وأهمية هذه العلامات تسمح بالتشخيص المبكر للإضطرابات فنجد - رفض الرضاعة الإصطناعية - الأرق المتهيج المرفق بحركات عدوانية ذاتية أو العكس - غياب سلوك التسبق والتسوية البدنية عند الطفل - عدم ظهور الإبتسامة في الشهر الثالث - عدم ظهور قلق الشهر الثامن - الإهتمام بالألعاب أو الإهتمام المفرط باللعب بالأيدي أمام البصر - ووجود القلق الخوفي المتزايد.(Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p64)

6 - وصف D. Meltzer : والذي يقول أن الذهان الطفلي لديه مفاهيم يجب دراستها :

- الأنا le moi عند الطفل الذهاني له أثر حسي واحد مما يأتيه من العالم الخارجي خلافا لدى الطفل الذي لديه أنا يستقطب الآثار الحسية من مختلف الجوانب مثلا حاسة الشم.

- المفهوم الثاني وهو العلاقة بالأداة relation d'objet ومحدوديته مع ثنائية الأبعاد، فالعلاقة مع الأداة هي العلاقة التي يربطها الطفل مع الأدوات الخارجية (اللعب)، وهي تتموضع بطريقة تدريجية عند الطفل.

ويفرق Meltzer بين 4 مراحل وهي :

أ - الأداة : والتي لها إلا بعد واحد، أي لا علاقة له من حيث هو أداة.

ب - العلاقة بالأداة ثنائية الأبعاد : أي كل أداة هي أداة مسطحة دون سماكة أو داخل لديه عرض وطول دون سمك ولا علو، إن لم يكن هناك داخل أي لا يكون هناك حياة نفسية psychisme، وهي حالة بعض الأطفال المتوحدين الذين لا يهتمون لوجود شخص معهم ويستعملونه لإعطائهم شيئا يجلب إهتمامهم، فيستعملون يد الراشد كأداة دون الشخص.

ج- الثلاثية الأبعاد : تكون الأداة لديها البعدين السابقين ويضاف لها مفهوم العمق والفضاء الداخلي أي تحسن النوعية النفسية، فنلاحظ تطور الفرد في العلاقات والتفاعلات الإنسانية.

د - الرباعية الأبعاد : إضافة إلى كل الخصائص السالفة نجد التاريخ، الزمن، الهيكل العلائقي، والذكريات.(P.Canoui and all, 1994, p87)

وهناك أبحاث تقليدية حاولت تفسير الميكانيزمات التي تلعب دور في الذهانات المبكرة ولكن معظمها تُدخل مفهوم - النرجسية الأولية narcissisme primaire - العشق الذاتي autoérotisme - النظام ما فوق الإثارة Système para excitation.

(M.Gayda, S.Lebovici, 2000, p89)

7 - وصف M. Klein, D.W. Winnicott, B. Bettelheim : يرى Bettelheim في كتابه "القلعة الفارغة la forteresse vide" أن الطفل يكون فريسة لقلق الموت، إذ يرى أنه سيكون عرضة بصفة مبكرة لوضعية قد عاشها وتقبلها بصفة مهددة له، وبهذا التهديد الموتي يكون إنعزال عن العالم الخارجي وإستثمار للعالم الداخلي الذي يهدف إلى مسح المؤثرات والإنفعالات الأولية.

(Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p64)

هناك من تابع أفكار M.Klein فيما يخص سيكوباتية التوحد Psychopathologie de l'autisme ، فقد تأثر D.W.Winnicott مثل Tustin، ب M.Klein، بالرغم من أنه تميز عنها بصورة واضحة كطبيب أطفال ومحلل نفساني، فقد طور منظورا خاصا به، حيث يجب الإشارة إلى أنه جاء بمفاهيم مبتكرة في التوحد والذهانات الطفولية الثانوية، مثل القلق غير الممكن تصوره (حيث لم يكتسب الجهاز النفسي الوسائل لتسييره وإرصانه)، وحالات شديدة تعبر بصفة قوية عن الخوف من الإنهيار (في بعديه السقوط في الفراغ، وتمزق البنية النفسية غير أكيدة). (R.Perron, 1985, p210).

Bic يضيف أن غياب الفضاء الداخلي للذات وعدم إستعمال وظيفة المعاش النفسي هو سبب في خلل إحتواء الذات ولا يكون قادرا على إحتواء المحتويات العقلية والجسمية.

(Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, 1998, p 64).

8 - وصف R. Perron : و يتحدث عن :

أ - التوحد الأولي : يمكن أن يعتبر كتثبيت أو نكوص على مستوى التوحد العادي (أمام قلق التعايش) والطفل لا يصغي إلى العالم، وأكثر من ذلك فإن العالم غير موجود بالنسبة له، ويصحب هذه الحالة عدم وجود قلق أو التخلص منه.

ب - ذهان التعايش : ويعتبر كتثبيت أو نكوص في المرحلة الثانية، وهنا نجد التأرجح في سياق مرحلة الإنفصال - انفراد، ويمكن شرح القلق الشديد المتواجد (قلق الإنصهار- زوال الإنصهار، حيث يتعلق الأمر بإستمرا الحياة والموت).

ج - التوحد الثانوي : يشكَّل كدفاع في مرحلة إنفصال - إنفراد كمرحلة لا تزال متواصلة، ولكن يبدأ الفرد باكتساب الهوية وثباتها، رغم كونهما مهددتان.

وهي حالات يدمجها Perron في إطار الذهانات الطفولية، وحسبه يمكن التشكيك في فكرة المرحلة التوحدية العادية وبالتالي التشكيك في مفهوم التوحد البدائي كمجرد تثبيت أو نكوص لتلك المرحلة، ومع ذلك فإن هذا التنظير يملك ميزة تسليط الضوء على صنفين من الآليات والميكانيزمات المهمة :

1 - آليات النكوص : التي تعتبر كمحاولة للتخفيف من القلق، بالرجوع إلى طريقة توظيف سابقة، حيث لم يكن المشكل الحالي مطروحا.

2 - آليات الإرصان الدفاعية : وهي على عكس سابقاتها تطورية، حيث تعالج مصادر القلق محررة بذلك الجهاز النفسي بما فيه الكفاية لمواصلة النضج والنمو.

لقد تحدثنا في الفقرة السابقة عن توظيف هذه الآليات المتناقضة في حالة تطور عصابي لرجل الذئاب (أو بالتحديد في حالة إعتبرها Freud كشاهد للتطور العصابي)، والتي نرى مثيلتها في توظيف أكثر بدائية، على مستوى التوحد الطفولي. (P.Perron, 1985, p212).

VIII - تفسير أسباب التوحد :

لا يمكن الإقرار على وجود سبب أو أسباب واضحة لإضطراب التوحد، فيجب من الوقت لإيجاد العلاقة أو سببية بين الميادين الجينية الخلقية وميادين الإصابات الوعائية الدماغية سواء التشوهات الدماغية أو الأيضية، وبين الميادين العاطفية الإنفعالية والنقص العاطفي الحاد والميادين المعرفية، فلا نستطيع التحدث إلا عن وجود علاقة بين الأسباب السالفة الذك. ونتطرق إلى الأبحاث التي حاولت تفسير أسباب التوحد حسب منظورها.

1 - النظرية النفسية والتحليل النفسي

Dimension Psychologique et interprétation Psychanalytique : هذه النظرية لم يكن هدفها تذنيب والحكم على الأولياء، بل كانت تهدف إلى فهم سياقات تفاعل الوالدين مع الطفل. فإهتمت بالتفاعلات التربوية والسلوكية، والسياقات النفس دينامية الداخلية والخارجية اللاشعورية. وقد تحدثنا عن تفسير التوحد من طرف مختلف علماء النفس والذين فسروا أسباب التوحد. (وصف التوحد ص ص24 - 30).

2 - الأمراض الجينية الخلقية Les Maladies Génétiques : يجب أن يعرض الطفل الذي يعاني من إضطراب التوحد على أخصائي علم الجينات أو الفحص الجيني الوراثي، فهناك

تناذرات يمكن إيجادها بفحص جيني نووي بسيط وأخرى تحتاج إلى فحص عميق وهذا الفحص يمكن من فهم وتقبل الإضطراب وتغير نظرة الأولياء للإضطراب. وعندما يتقدم الطفل التوحدي للتشخيص يمكن إيجاد 3 حالات :

- وجود حالة في التاريخ العائلي.
- يكون التوحد على شكل إضطراب مصاحب لعرض أخر.
- يكون التوحد مصاحب لإضطراب عميق أو مرض متطور.

وفي الحالات الثلاث يجب أن يعرض الطفل التوحدي على أخصائي الأعصاب، أخصائي علم الوراثة (الجينات) وأخصائي الأطفال والأعصاب.

ومن بين التشوهات التي نجدها أو المتوصل إليها :

- وجود hyperammoniemie وراثية عند بعض الأشخاص التوحوديون إذ أن أحد أفراد العائلة أو الإخوة حامل لهذا العرض على شكل hétérozygote عند التوائم، وتقدم الحالة إضطرابات سلوكية غير دائمة و متطورة.
- شذوذ كروموزم X، وهو عرض خاص بالإناث فمن المهم العودة إلى الشجرة العائلية فيما يخص الإضطرابات، وتحديد حامل هذا الشذوذ.
- وجود إضطرابات عقلية عصبية في العائلة (من جهة الأب أو الأم) خاصة عند وجود حالتين أو أكثر في الشجرة العائلية.
- وجود تضخم الرأس وإضطراب السلوك، وهو مرض يتموقع في الغصن الطويل لكروموزوم x ويمكن التعرف عليه بفحص جيني نووي بسيط.
- تناذر Sanfiloppo وهو عرض يظهر سلوكات توحدية ويتدهور تدريجيا إلى غاية الخرص والعزلة التامة.
- تناذر Smith Magenis وهو خلل في كروموزوم 17 p، ويقدم أعراض وإضطرابات عقلية وتشوهات مورفولوجية، فيكون الذقن مربع الشكل، قصر الرأس وعرض الجمجمة، قصر الأطراف والأصابع، إضطرابات حادة في النوم، عدوانية ضد الذات، وخروج السطح الداخلي إلى الأمام.

- تناذر Flotting Arbor وهذه الحالات تقدم : شذوذ في زوايا الوجه حيث يكون رقيق جدا وهزيل، الأعين قريبة من بعضها البعض، بروز جدار الأنف، وجه طويل ومستقيم، قصر القامة، وتأخر حاد في اللغة.

- تناذر الدمية المختلة والمرحة Syndrome de la petite poupée déséquilibrée et gaie وتقدم الحالات : إضطرابات حادة في السلوك والحركة، تشوه في شكل الوجه، تأخر عقلي حاد، فم كبير، إضطراب في الإتزان والجانبية، المرح والضحك لأي شيء تافه.

- تناذر Engelmann وهو خلل في كروموزوم 15 في منطقة تناذر willi prader فأخصائي علم الجينات يمكن أن يبين بالفحص البيولوجي النووي طبقتين من كروموزوم 15، ويفسر ذلك أن أحد الوالدين لم يساهم في كروموزوم 15 وعوضها الطرف الآخر.

- تناذر vélacardiofaciale وهو خلل في خلايا كروموزوم 22 ويسمى بهذا الإسم لما يقدمه من أعراض véla طيف الحنك الذي يسبب الصوت الأنفي، cardio لوجود إضطرابات القلب، وfaciale لوجود تشوهات في الوجه، فهناك حالات تقدم صوت أنفي، أصابع جد طويلة، إضطرابات في السلوك، إضطرابات في القلب، وجه طويل، جذر الأنف جد طويل.

(M.Gayda, S.Lebovici, A.Munnich, 2000, pp 91 - 96)

3 - المظهر البيولوجي للتوحد Aspect biologique : من حوالي 100 سنة كانت تستعمل آلة ضخمة لقياس محور الرأس عند الإنسان لتفسير بنية ووظيفة النظام العصبي المركزي أما في العصر الحالي تطور الصور بالأشعة وتطور علم الجينات أدى إلى محاولات تفسير الجانب العصبي البيولوجي عند المتوحدين. فمن الإحتمال أن يكون أحد الأولياء من الدرجة الأولى يعانون من حالة التوحد، فالصعوبات أثناء الحمل أو الولادة ليست السبب في التوحد وإنما أسباب ناتجة عن الإضطراب في حد ذاته، فمن هنا يمكن تفسير العوامل الجينية للتوحد، إذ أن ثلث المتوحدين يقدمون نوبات صرعية في مرحلة المراهقة أو الرشد بنسبة مرتفعة ناتجة عن إصابات دماغية.

- **البنية الدماغية :** الأبحاث العصب تشريحية تصف وجود النورونات بكثافة وتناقص عدد الخلايا سواء في الفص الجبهي أو في hyppocampus أو في القشرة أو في اللوزتين أو في

الجسم الثديي أو في حاجز septum pelludiam، هذه التشوهات يمكن أن تكون سبب في الإضطرابات في ميادين الحوافز، الإنفعالات، القدرات العقلية والذاكرة، والتي نجدها عند الفرد التوحدي. ووظيفة المخيخ لا تكمن في مراقبة الحركات، إذ نجد عدد خلايا Purkinjé ناقصة في اللحاء النووي الدماغي، كما نجدها ناقصة في زائدة المخيخ . هذه الدراسات غير واضحة بما فيه الكفاية، ولكنها تفسر المدركات الحسية للإنفعالات والوظائف المعرفية إذ أن 25٪ من المتوحدين المختبرين يقدمون تشوهات عصبية تشريحية غير هامة مثل إتساع البطين الثالث والرابع في المخ أو نجد الضمور الدماغي، فهناك أسباب وتشوهات دماغية في التوحد، لكنها ليست السبب في ذلك بل يعود إلى مرحلة الحمل وعدم تنشئة الدماغ فيه وهو سبب ثانوي يتعلق بمختلف أنواع النمو.

- **الصورة الوظيفية للدماغ :** نتائج الصور بالأشعة المغناطيسية IRM توضح كبر مستويات الدماغ، إتساع البطين الرابع، نقص التنسج في منطقة المخيخ وفي الجذع المخي عند الأطفال المتوحدين مقارنة مع أطفال العينة. لكن هذه النتائج لم تثبت صحتها من طرف دراسات أخرى، بسبب النتائج المتناقضة، وهذا التناقض يمكن أن يؤشر إلى أن التوحد تناذر يمكن أن يظهر بصفة مختلفة ليس فقط من حيث الأسباب ولكن أيضا من حيث الطبع الوراثي.

- **الدراسات الوظيفية للأيض الدماغي للغلوكوز والمستوى الدموي الدماغي** (TEP :tomographie émission positron, DSC :débit sanguin cérébrale) : بينت أن هناك نشاط خلوي ضعيف على مستوى اللحاء الجبهي الصدغي عند المتوحدين. رغم نقائص هذه التقنية لكنها تبين من خلال دراسة مجموعتين 5 إلى 11 سنة مجموعة متوحدين ومجموعة غير متوحدين، أتت بنتيجة وجود تشوه في معالجة المعلومات والمنبهات السمعية من طرف نصف الكرة الدماغي الأيسر. فيقترحون أن الأنظمة المنشطة للحاء الدماغي تلعب دور في النمو والنضج الوضعي لهذا اللحاء، فإضطرابات نمو اللغة عند المتوحدين يمكن أن يكون متعلق بالتشوهات الوظيفية لهذه الأنظمة.

جميعنا نعرف منذ زمن أن الجهتين اليمنى واليسرى للدماغ لديها وظائف مختلفة، فالمخ الأيسر يختص باللغة، الإستنتاج والتصنيف، والمخ الأيمن يختص بإدراك الصور والإيقاع،

هذه الجهة اليمنى تكون في غليان عند بعض المتوحدين فنجد لديهم قدرات عقلية عالية مقارنة مع الأطفال العاديين خاصة في الرسم والموسيقى.

اللحاء الجبهي ودراسة النضج الجبهي عن الطفل التوحدي يطرح تفسير تأخر في البنية الأيضية للفصوص الجبهية. إذ عند الطفل حديث الولادة نلاحظ hypoperfusion جبهية لكنها تزول عند السنة الأولى أو الثانية، لكن عند الطفل التوحدي نجد hypoperfusion جبهية حتى سن الثالثة أو الرابعة. وهي من طبيعة دينامية تفسر تأخر نمو الإستقلاب، لكنها تزول في سن السادسة.

جميعنا نعلم أن نمو النظام العصبي المركزي يكون بطريقة تدريجية ويدخل في تفاعلات معقدة مع البنيات اللحائية أو تحت اللحائية. فيمكن أن يكون هذا التأخر يعيق النمو لبعض البنيات التي يكون في إتصال معها، فيمكن أن نلاحظ تأخر نمو النضج عند الأطفال المتوحدين الصغار يتماشى مع إضطرابات النمو المعرفي.

والجدير بالذكر أن هناك وجهتين من النظر للصورة الدماغية التي تقترحان وتتفقان في أن هناك تشوه في النضج الدماغي في مرحلة ما بعد الولادة والتي تفسر أن مستوى البنية اللحائية جد عالية في السلم النسالي للحاء الجبهي، إذ أن هذه المنطقة تلعب دورا هاما في إنتقاء المعلومات في إنتظار الأحداث لمواصلة الفعل، كما تلعب دور في الليونة والطراوة للتأقلم مع التغيرات.

خلاصة القول :

- ما بين سن 5 و 11 سنة مستوى الدم في الدماغ المقاس أثناء الراحة هو عادي عند الطفل التوحدي.

- المثيرات السمعية تثير إستجابات لحائية مختلفة عند الطفل التوحدي (فعند الأطفال العاديين نجد إثارة اللحاء الإرتباطي الخلفي الأيمن، لكن عند الأطفال المتوحدين نجد إثارة اللحاء الإرتباطي الخلفي الأيسر، رغم تعرضهم لنفس المثير).

- الأطفال المتوحدين ما بين سن 2 و 3 سنوات، يقدمون تأخر جد هام في النضج الأيضي للفصوص الجبهية.

- الدراسات الكمية للمتشكل الدماغي بالصور المغناطيسية للمخيخ تبين أن الدراسات حول مساحة الفصوص ومساحة أنصاف الكرة الدماغية هي جد مشوشة عند الأطفال المتوحدين.
- التيار العصب دينامي يفسر التفاعلات بين مختلف أجزاء الدماغ (اللحاء الصدغي الجداري والفصوص الجبهية والجذع الدماغي) والتي تبين شذوذ في النشاط، يقترح قاعدة عصب بيولوجية في إضطرابات السلوك عند التوحدي.

(M.Gayda, S.Lebovici, A.Rothenberg, 2000, pp 97 - 102)

4 - نتائج تقنيات الإختبار العصبي : Les techniques d'exploration cérébrale تطور تقنيات الإختبارات العصبية في تفسيرالإضطرابات التوحدية ونجد منها :

- التقنيات الكهروفيزيولوجية: les techniques électro physiologiques وهي تقيس التغيرات في الحقل الكهربائي والمغناطيسي الناتج عن النشاط العصبي. وأقدم هذه التقنيات: EEG, l'électro céphalographie والتي تعطينا معطيات تسمح ببناء الصورة عبر الزمن من حيث الشدة والوتيرة الكهربائية في سليخ الجمجمة أو في مقاطع الدماغ.

MEG, la magnétoencéphalographie وهي مكملة لاختبار EEG وتمدنا بالتغيرات التي تحدث في الحقل المغناطيسي والناتجة عن النشاط الخلوي العصبي.

إشتراك هاتين التقنيتين يسمح بقياس الظواهر الخلوية العصبية خاصة أثناء النشاط المعرفي مثل عمليات الإنتباه أو العمليات اللغوية أو عمليات التذكر.

- تقنيات تستعمل نضير مشع : Les techniques utilisant des isotopes radioactif المبدأ هو حقن خليط لمعرفة إتجاهه وتشعبه في الدماغ وأثر البذرة الشعاعية هي منار تسمح بمتابعة هذه المادة بواسطة مآخذ موجود حول الرأس، وبذلك يمكن أن يكون لدينا خريطة دماغية في كل الأوقات حسب تشعب المادة في كل أنحاء القشرة الدماغية، وبالتأكيد فإن المادة الشعاعية تكون جد ضعيفة دون أن تترك أثر عند الفرد لكي تبقى الطاقة الشعاعية تحت عتبة الطاقة المحقنة. ولمعرفة الوتيرة الدموية يجب حقن مادة متشتتة في الأغشية ويكون لها آثر بسيط في الوتيرة الدموية الدماغية. ولمعرفة عملية إستقلاب الدماغ يجب حقن مادة أيضية والتي تلتقط من طرف الأغشية، والنسبة الملتقطة من هذه المادة يمكن أن تتمركز

في منطقة التعرف لخلية إرسالية، وتكون منطقة إستقبالية خلوية أو منطقة إعادة الإلتقاط أو منطقة تثبيت أنزيم ما. ويمكن إستعمال نوعيين من النضير المشع منوبات شعاع gamma، ومنوبات البوزيترون، وكل منهما يتطلب تقنية خاصة في التعرف وإعادة بناء الصورة الخاصة بها.

- تقنيات تستعمل الصدى المغناطيسي النووي Les techniques utilisant la résonnance magnétique nucléaire : هذه التقنيات تستعمل الخصائص المغناطيسية لبعض نواة الخلايا وإمكانيات الصدى عند إستثارتها تحت الحقل المغناطيسي. التقنية تهتم بإيجاد وضعية الإشارة الكهرومغناطيسية الناتجة عند إعادة التوازن في النواة. هذه الإشارة أو الإرسال يحدث في ميدان البث التذبذبي، وخصائص الإشارة الناتجة تكون حسب خصائص وسط الميدان المغناطيسي لكل نواة. هذه الدراسة تعطي لنا 3 أنواع من الصور والتي ليست لديها آثار سلبية أو مخاطر معروفة، تحتاج فقط إلى عدم الحركة عند أخذ الصورة :

. الصور التشريحية للصدى المغناطيسي (مستعملة بكثرة في الوقت الحالي).

. الصورة الوظيفية للصدى المغناطيسي والتي تسمح برؤية المناطق الدماغية أين نجد تقلبات وتغيرات في الأكسدة أو في السرعة الدموية.

. الصورة المطيافية la spectroscopie: عن طريق الصدى المغناطيسي، تسمح بقياس بعض العناصر القشرية الموجودة على مستوي الدماغ.

- تقنية الرسم الطبقي la tomodensitométries والعروفة ب scanner : والذي يستعمل شعاع x والذي يعطينا إلا صورة تشريحية.

- التقنيات البصرية les techniques optiques de doppler laser : والتي تستعمل الشعاع الأحمر وهي طريقة حديثة الولادة.

رغم تعدد التقنيات وحداثتها في الميدان العصبي النووي فإنها لا تعطينا اليقين، إذ لديها حدود في مجال الفضاء والزمن نظرا لتعقدها. وأكدت نتائج متحصل عليها في ميدان التوحد، لكنها ليست نتائج نهائية، ففي ميدان الصورة الدماغية هناك نتائج متناقضة، إذ يجب في هذه التقنية أن يكون الطفل متعاون في الإختبار، بعدم الحركة أثناء إلتقاط الصورة وهو ليس بالشيء الهين، ومن جانب أخلاقيات المهنة لا يمكن إعطاء منومات للعينة العادية. ورغم هذه

الصعوبات في المنهجية إلا أنه في الأعوام الأخيرة هناك أبحاث عديدة بينت وجود خلل في الوظيفة الدماغية عند المتوحدين، ونذكر بعض التقنيات التي أوجدت هذه النتائج.

- الدراسات التشريحية المحضة les études anatomiques : هناك دراسات بينت، نقص التنسج الدماغي عند بعض التحديون، صغر أو كبر حجم دودة المخيخ مقارنة مع الحجم العادي، نقص حجم الجسم الحسائي (corps calleux) عند البعض، كبر حجم المخ.

- الدراسات الطيفية عن طريق الصدى المغناطيسي les études spectroscopiques en résonnance magnétique : من بين هذه الدراسات :

. دراسة طيف البروتون spectroscopie du proton : Hashimoto وآخرون قارنوا باستعمال هذه التقنية 28 حالة توحد حاملة لتأخر عقلي غير واضح و 25 حالة عادية فوجدوا أن حالات التأخر العقلي لديها مادة N-acetylasprate/créatine جد ضعيفة.

. دراسة طيف الفسفور spectroscopie du phosphore : Minshew وآخرون قاموا بدراسة طيف الفسفور في الغشاء ما قبل الجبهي الظهري عند 11 مراهق توحدي لديهم جانب معرفي عالي، وجدوا نقص في مادة phosphorcréatine.

. دراسات السرعة الدموية في الدماغ Etudes débimétriques : الدراسات الأكثر أهمية على التوحد هي التي أقيمت بالرسم الطبقي لضويئ بسيط عن طريق مرسالات gamma مثل Xénon أو HMPO-Te والتي ستتموضع في الأغشية حسب السرعة الدموية في الدماغ. Mountz وآخرون وجدوا عن طريق هذه التقنية إنخفاض السرعة في مناطق العظام الجداري والصدغي عند المتوحدين. كما بين Zilbovicius وآخرون أن هناك إنخفاض مجازي في السرعة في المنطقة الجبهية ما بين سن الثالثة و الرابعة عند المتوحدين، إذ أن الظاهرة تظهر في سن ما بين السنة الأولى والثانية عند الأطفال العاديين. وهذه الدراسات تبين النضج الدماغي المتأخر عند المتوحدين، وفي دراسة Charon وآخرون بينوا عدم التناسق والتماثل بين الفصوص.

. دراسات حول البنية السكرية Etudes du métabolisme glucidique : وهي دراسات عن طريق TEP باستعمال deoxyglucose المبين بالفلور الإشعاعي الناشط، فالسكر المنبع الأساسي للطاقة الدماغية والخلايا النشطة تتشبع بإلتهام السكر بصفة كبيرة، ومادة

deoxyglucose تعتبر كطعم سيستقطب مثل السكر، لكن يتم إحتباسه في الخلية، حيث أن الأنزيم الذي يخفف من الكلوكوز ولا يتعرف على مادة deoxyglucose إلا 40 دقيقة بعد حقنها ويتبين تموضعها في الدماغ وإحتباسها في الخلايا.

Horwitz وآخرون لاحظوا عند راشدين توحديون تفاعل خفيف في المناطق الجبهية والجدارية، ويفترض أن يكون هناك إتصال مشوش في الدماغ.

Siegel وآخرون درسوا البنية السكرية أثناء القيام بمهام يستدعي إنتباه زائد، عند مجموعة أطفال عاديين ومجموعة أطفال فصاميين ومجموعة راشدين متوحدين، فوجدوا أن الأفراد العاديين والفصاميين لديهم نسبة إحتباس مادة deoxyglucose في gyrus الجبهي الأعلى الخارجي وgyrus الصدغي الأسفل الجانبي وكان متفاعل أثناء القدرات المتطلبة في الإختبار، أما عند الأفراد التوحديون فكان التفاعل سلبي.

Hanznedar وآخرون في دراسة مقارنة بين 7 أفراد متوحدين ذات ذكاء عالي في التوظيف مع 7 أشخاص عاديين توصلوا إلى أن العينة الأولى لديهم نشاط أيضي خفيف في مجال l'air cingulaire anterieure.

- دراسة الخلايا الإرسالية Chungani : Etudes de neurotransmission وآخرون إستعملوا نسيقة un ligand محتبسة كمؤشر للسيروتونين، فبينوا تشوهات للتركيب الدماغي للسيروتونين وإنخفاضات في اللحاء الجبهي والمهاد الأيسر لخمس حالات على سبع حالات، وإنخفاضات في الغشاء الجبهي والمهاد الأيمن للحالتين الأخريين، ولدى كل الحالات إرتفاع في تركيب النواة المسننة المقابلة وبينت دراسات أخرى تشوهات في السروتونين الصفيحية.

Fernel وآخرون درسوا تثبيت سليقة منشطة على ملتقطي الدوبامين من نوع D2 عند ستة أطفال متوحدين سنهم ما بين ثلاثة إلى خمس سنوات، هذه الدراسة أقيمت كبرنامج علاجي لمدة 3 أشهر بواسطة عامل التيروزين الهيدروكسيد وأنزيم التركيب catécholamine والسروتونين. والعلاج سمح بتحسن عيادي مصاحب لإنخفاض خفيف لمستوى التثبيت في ملتقطي D2 الذي كان من قبل جد مرتفع. هذه النتيجة تفسر خلل مبدئي في تحليل الدوبامين والتصحيح الجزئي بواسطة العلاج.

(M.Gayda, S.Lebovici, Y.Hode, 2000, pp 105 - 112)

5 - نضرة علم النفس العصبي : Réflexions neuropsychologiques هذه النظرية حاولت أن تعزل الألفاظ التي أطلقت على التوحد إنطلاقا من الملاحظة المباشرة مثل "الطفل الجميل والغريب". Gilbert Lelord كتب في مقدمة مجلة عن التوحد إضطراب عام في التواصل Revue, Approche Neuropsychologique des Apprentissage chez l'enfant

- إنحطاط في الإجتماعية (نوعية التفاعلات المتبادلة).

- إنحطاط في أنواع الإتصال (اللغوية وغير اللغوية).

- إنحطاط في الخيال (نقص في اللعب الرمزي والتقليد).

تطرق الباحث إلي تاريخ الطب العقلي حول وصف التوحد والتي تعتبر مهمة في عصرنا :

- حسب Bleuler الإضطراب الأساسي يتمثل في، ضياع الإستمرارية في تداعي الأفكار والصور والأحاسيس وتكون مجزئة، وهذا يلوح إلى النظرية المعرفية للتوحد.

- حسب Freud فإن التوحد يعاني من إجتياح المؤثرات والذي يؤدي إلى العزلة والإنفراد.

- أما Kanner فيصف التدخل والتطفل للأصوات القوية والأدوات في حركة والإستحواذ المضطرب لثبات المحيط.

- أما Asperger فيصف الإضطراب والمعروف حاليا بالتوحد ذات المستوى العالي في التوظيف للتفاعلات الإجتماعية، عصاب إستحواذي في تطور العلاقات العاطفية، وإضطراب الشخصية الفصامي عند بعض الحالات.

- وتصف نظريات إنتقاء المعلومات إضطراب في تصفية الرسائل، في إستمرارية العلاقة بين حدث أو حدثين، وردود أفعال للمؤثرات السمعية في نصف الكرة الأيسر، ومن هنا يفسر التغير في إدخال المثيرات وشذوذ الإرسال والتداعي الذي يؤدي إلى شذوذ معالجة المعلومات، والذي نجده في المحتوى الإنفعالي الذي يصفه الراشدين المتوحدين.

- العوامل العضوية : Facteurs d'organicité بعض الأبحاث في الأمراض الوبائية الوقائية يلحون على أهمية الأخذ بعين الإعتبار بعض الأمراض التي يمكن أن تكون عامل في إضطراب التوحد منها :

الصرع : إذ وجوده متعلق بمفهوم التأزمات في مرحلة الولادة ودرجة التخلف العقلي الحاد.

والعوامل العصب مرضية الأكثر شيوعا والمصاحبة للتوحد هي : - الحميراء الخلقية (rubéole congénitale) - التصلب الدرني (sclérose tubéreuse de Bourneville) - التورم الليفي العصبي (neurofibromatose) - التبول التخلفي (phénylcétonurie)

- xq fra حيث أن 7 حالات من الذكور و 4 حالات من الإناث نجد لديهم إضطراب التوحد إضطراب مصاحب لتناذر داون (T21) - الشلل الحركي الدماغي من نوع إستسقاء الرأس (IMC, hydrocéphalie).

ونجد في الجدول العيادي للحالات التي تقدم أي نوع من هذه الأنواع: - إفراط في اليقظة - إفراط في الحركية - إضطراب في الإنتباه والتركيز - النزوق والإندفاع - التعلق المفرط - الغيظ والغضب - التقلب في الميزاج والطبع - القلق الإجتماعي - الخجل والهروب عن الأنظار - إخفاء العينين باليدين - عض اليدين - عدم التحكم في الكلمات - النطق ذات طابع سريع وإنفجاري - معجم الكلمات جد ضيق - القدرة على التقليد والإعادة وتخزين الكلمات - فهم الإيماءات والتعابير الوجهية - تغمم المشاعر - الضحك دون معنى - ذاكرة قوية في تذكر الأحداث والإتجاهات - إهتمامات جد معبرة - إضطراب في الحقل البصري الفضائي - ضعف الذاكرة القريبة المدى - إضطراب في التفكير الرمزي والدلال.

- طريقة التفكير Le mode de pensée : وهي ظاهرة خارقة عند المتوحدين، حيث نجد خلل في التفكير الرمزي وإعطاء المعنى، ويمكن أن تسمي على حد ألفاظ Piaget تطور التصور والتفكير التوحدي.

وحاليا الأبحاث المعرفية تتشبع بأعمال النظرية الذهنية (Baron-Cohen, Leslie, Perner, Flavel, Uta Frith...)، والهدف منها إدراك قدرة الذهن لإستعمال وتوجيه قدراته نحو المعلومات، وتهدف أيضا إلى مقارنة مراحل وسياقات التذهين لدى الطفل العادي والطفل الذي يقدم تأخر والطفل الذي يعاني من التوحد. حيث أن الأبحاث منكبه حول مرحلة النضج والتي تمتد ما بين عامين إلى خمس سنوات، وعملية الإدراك التي تمتد ما بين العامين إلى ثلاث سنوات، وعملية الإنتباه التي تمتد ما بين الثالثة إلى أربعة سنوات، ومفهوم الإعتقاد والضن الذي يمتد ما بين الثالثة و أربعة سنوات.

الإنتباه المقترن يكون ما بين 9 و 14 شهر والذي هو نادر أو غائب عند الطفل التوحدي، إذ لديه سلوك الإشارة بالأصبع الأمري لما يريد أو يريد تسميته، لكن لا نجد لديه الإشارة بالأصبع الإبلاغي إذ لا يستعمل السبابة للإشارة إلى شيء أو شخص يكون محل إهتمامه، كما نجد لديه صعوبة في تحويل وتوجيه نضره إلى مكان وجود الشخص.

بعض الإختبارات مثل CHAT : Cheek-list for autisme in toddler يشمل على ملاحظات طب إجتماعية، ويُقيّم ستة أنماط من السلوك منذ سن ثمانية شهر: الإشارة بالأصبع الإبلاغي، الإنتباه المقترن، الإهتمام الإجتماعي، اللعب الإجتماعي، التقليد والتظاهر.

الطفل التوحدي لديه لعب وظيفي أو لعب حسي حركي مثل تقليب لعبة وإيجاد أشياء دقيقة فيها دون الإهتمام بوظيفتها. وأنواع الإتصال يجب أن نجدها قبل سن 18 شهر، والنظرية الذهنية ترى أن الطفل التوحدي لا يتمكن من التذهين ولا يتمكن من الترميز ولا يتمكن من التفكير المجازي الإستعاري، والتي تسمح له بفهم وإحساس وتأويل ظواهر المعرفة (سواء بمعاشه الخاص أو معاش العالم الخارجي)، عملية التظاهر مهمة لنمو الخيال، الإعلام والطلب من أجل الدخول في إتصال، التظاهر والنية في الدخول في الإجتماعية.

فحسب النظرية الذهنية، هل يمكن وصف تناذرات التوحد من منطلق أنها نوات مميزة ومستقرة للطابع المعرفي، فهناك وحدة توظيف في حياة التوحدي فنجد فيها الصلابة وفقر في تداعي الأفكار والأحاسيس رغم الإكتسابات النفس تربوية المتعددة في برامج الإدماج. كما نجد في التفكير التوحدي عدم القدرة على الهذيان مثل إختلال وفوضى التكاملات الحسية والتصورية فكأن الطفل لديه عدم التمكن من التصور، فالتوحدي لا يهذي يعني هذا أن التصور الأول لواقعه هو تصور لا واقعي دائم وثابت، فالنظرية الذهنية تلح أن إضطراب التوحد نجده في تفكير الراشد الفصامي وهو متعلق بأشكال التخلف، من هنا فإن التوحد هو تخلف في النمو أو خلل في التفكير التصوري، حيث يوجد حول نواة التوحد إستمراريات خاصة في ميدان التخلف المعرفي على مستوى التوظيف العقلي.

وحسب التصنيفات العالمية فإنها تتردد في إصطحاب التأخر العقلي والحركية المفرطة، وإضطراب الإنتباه والتركيز ووضعها في جدول عيادي موازي للتوحد، ومن جهة اخرى تناذر Asperger ينمي مظاهر مبنية وتعبيرية للإنفعالات والسلوكات في المحاورالتالية :

أ - في محور القولبية - الثبات - الإستحواذية.

ب - في محور الإنسحاب - التجنب - عدم الإنسجام.

كما نجد خلط بين التوحد والديسفازيا وأفازيا الطفل من حيث نمو اللغة الإشارية من جهة، ومن حيث الإدراك الآني الجيد من جهة، ومن حيث الذاكرة قريبة المدى والذاكرة العملية. نحن نعرف أن الشخص الديسفازي غريب عن لغته، كما أننا نعرف أنه يلوح إلى جدول عيادي توحدي عندما يكون مصاحب بإضطراب في فهم اللغة، أو حركية مفرطة كإضطراب السلوك الإجتماعي وإضطرابات الإتصال غير المشخصة أو عدم الإتقان المعرفي.

(M.Gayda, S.Lebovici, P.Messerschmitt, 2000, pp 115 - 122)

IX - أعراض التوحد:

إن أعراض سلوك الطفل التوحدي عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين، حيث يلاحظ الأولياء تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الإجتماعي المختل، ويمكن تشخيص جوانب المظاهر السلوكية التالية :

1 - التفاعل الاجتماعي : ويتمثل في عدم القدرة على تطوير علاقات مع الأشخاص وغياب التفاعل مع الآخرين وعدم الإهتمام بهم، فالطفل يظهر كأنه يتجنب أو يرفض التواصل فنجد:

- غياب الإتصال البصري (النظر المنحرف regard périphérique)
- غياب الإستجابة بالإبتسامة والإيماءات.
- غياب الإرتباط النوعي بالأشخاص (لا يميز بين الأشخاص المهمين في حياته مثل والديه وإخوانه والمعلمين أو المربيين).
- لا يشارك الآخرين في نشاطاته وإهتماماته وعدم القدرة على تطوير صداقات مع الأقران.
- يبدو وكأنه يعيش وحده في عالم خاص به.
- لا يبحث عن العطف والحنان عند والديه ولا يحب أن يقترب منه أحد.

2 - الإتصال اللفظي وغير اللفظي : الطفل التوحدي لا يعاني من تأخر في إكتساب اللغة فقط لكن عندما تتطور لديه تتميز بالشذوذ ولا يستعملها للإتصال مع الآخرين وتظهر من خلال :

- إعادة الكلمات أو الجمل على شكل نمطي (رجع الصدى écholalie).
- لديه خلط في إستعمال الضمائر (أنا وأنت) حيث يستعمل كلا منهما مكان الآخر.
- لا ينطق الألفاظ بشكل مفهوم.
- لغته نمطية متكررة وغير إتصالية.
- تأخر في إستعمال الكلمات أو الجمل.
- عدم القدرة على إستعمال المفاهيم المجردة.
- فهم اللغة فيكون محدود يخص الكلمات الملموسة فقط.
- لا يتواصل إلا بالإيماءات والحركات ليعبر عن الفرح أو الخوف.
- التعبيرات الوجهية فقيرة والإبتسامة نادرة.

3 - السلوكات والنشاطات والإهتمامات : ويشمل السلوكات النمطية المتكررة والنشاطات والإهتمامات المحدودة والمحددة وتشمل :

- مقاومة أية تغيير في المحيط الذي تعود عليه مثل أثاث غرفته أو تغيير عادة متكررة لديه.
- ألعاب متكررة وخالية من أي خيال أو إبداع أو تظاهر.
- لديه تعلق شديد وغريب ببعض الأشياء (ورقة، خيط، علبة...) حيث يحتفظ بها في كل وقت ويحتج بشدة إذا حاولنا نزعها منه.
- حركات غريبة ومتكررة مثل تدوير اليدين أو ضربهما مع بعض وكأنها أدوات لا تتناسب مع جسمه.
- يشير الباحثون إلى نوعين من التصرفات فبعضهم جامد لا يتحرك يبقى في مكان منعزل يقوم بنمطياته وإذا أوقفنا هذه النمطيات أثار قلق ضخم ومتفجر، والصنف الثاني يكون في حركة دائمة يلمسون كل شيء وهذا لا يعني أنهم يهتمون أكثر من الصنف الأول بالمحيط الخارجي وهنا أيضا إذا أوقفنا حركاتهم ثار حصرهم وإنفجر إنفعالهم وعدوانهم.

(M.Gayda, S.Lebovici, B.Cyrulnik, 2000, pp 37 - 47)

X - أنواع طيف التوحد :

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) أن هناك إرتباطات عديدة ترتبط بالتوحدية وتندرج تحت العنوان الرئيسي (Trouble envahissant du développement) الإضطراب الإجتياحي للنمو أو (Pervasive développement disorder) الإضطراب النمائي العام أو الشامل، الذي يضم خمسة أنواع من الإضطرابات (سنذكرها لاحقا). ويعد دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية في طبعته الرابعة عدد من المحكات التي يجب توافرها حتى يتم تشخيص هذه الفئة وعندما يتوفر عدد من السمات التي يتم تحديدها في هذا الدليل فإن ذلك يعني إنطباق الإضطراب على الفرد. ويعتمد التقييم التشخيصي على الملاحظة المباشرة من قبل المختصين والأولياء لوجود سمات معينة والتي تتمثل في ضعف في الجانب الإجتماعي، والإختلاف يكون في مدى حدة وشدة الإضطراب.

1 - إضطراب التوحد Trouble autistique : يتميز الإضطراب 3 أعراض أساسية :

- ضعف في العلاقات الإجتماعية.
- ضعف من ناحية التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- الإهتمامات والنشاطات المتكررة مع غياب اللعب التخيلي.

كما قد تظهر لديه إضطربات في السلوك مثل النشاط الزائد أو قلة التركيز ونوبات غضب شديدة وسلوك عدواني إتجاه نفسه أو غيره، كما قد يصاحبه في بعض الحالات إنخفاض في نسبة الذكاء ويشترط أن تظهر الأعراض الأساسية للإضطراب قبل سن الثالثة.

(DSM IV- tr, 2008, pp 81 - 88)

2 - تناذر Syndrome d'Asperger : يتميز هذ الإضطراب بِ :

- نقص المهارات الإجتماعية.
- ضعف التركيز والتحكم.
- محدودية الإهتمامات والنشاطات.

لكن ليس لديه تأخر في اللغة وفي الكثير من الأحيان نجد لديهم ذكاء طبيعي متوسط وأحيانا فوق المتوسط وعادة يكون إكتشاف هذا الإضطراب متأخر مقارنة بالتوحد والإضطرابات النمائية الأخرى. (نفس المرجع، ص93 - 98).

3 - تناذر Syndrome de Rett : وهو إضطراب يصيب الإناث فقط، حيث يكون تطور الحالة طبيعي مابين 6 و 18 شهر ثم يلاحظ الوالدين تغيرا في سلوكات إبنتهم مع تراجع النمو وفقدان بعض القدرات المكتسبة كالمشي، ويتبع ذلك نقص ملحوظ في القدرات مثل الكلام والتفكير والإستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين (هز ورفرفة) إضافة إلى أعراض أخرى نذكر منها :

- تباطؤ نمو محيط الرأس ما بين 5 و 24 شهر.
- فقدان الإرتباط الإجتماعي المكتسب.
- ظهور مشي غير متزن وظهور حركات جسمية غير طبيعية.
- نقص شديد في تطور اللغة التلقائية التعبيرية.
- إعاقة عقلية عميقة.
- طحن الأسنان ببعضها وصعوبة المضغ.
- وجود صعوبات في التنفس وحالات صرع وإغماء. (نفس المرجع، ص 88 - 90).

4 - إضطراب الطفولة التفككي Trouble désintégratif de l'enfance : يعتبر هذا الإضطراب نادر الحدوث ويتم تشخيصه إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليتين من العمر وبعدها يفقد المهارات التي إكتسبها من بينها :

- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الإجتماعي.
- ضعف في التواصل الإجتماعي.
- ضعف في المهارات الحركية.
- سلوكات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الإهتمامات.
- عدم التحكم في البول.

وتظهر الأعراض بعد نمو سليم وطبيعي خلال العامين الأولين أو قبل سن العاشرة. (نفس المرجع، ص 90 - 93).

5 - الإضطراب الإجتياحي للنمو غير المحدد TED non spécifique : يتم تشخيص الطفل في هذه المجموعة عندما لا تنطبق عليه المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة فحسب تشخيص الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) فإن هذه المجموعة تستعمل على حالات معينة عندما يكون هناك إضطراب شديد في التفاعل الإجتماعي والمهارات في التواصل اللغوي أو سلوكات وإهتمامات ونشاطات نمطية متكررة. (نفس المرجع، ص 99).

XI - تشخيص التوحد :

التشخيص هو العملية الأساسية لمعرفة ما إذا كان الطفل مصابا بالتوحد أم لا، ولعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا نظرا لقلة الأشخاص المؤهلين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدي إلى وجود خطأ في عملية التشخيص أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، وبالتالي يؤدي إلى صعوبة التدخل في المراحل اللاحقة ومما يزيد الأمر صعوبة عدم وجود دلالات طبية تظهر على جميع المصابين بالتوحد، ولا توجد تحاليل مخبرية أو أشعة تدلنا إلى التشخيص، بل أن معايير التشخيص تعتمد على الجانب السلوكي حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوكه ولمهارات التواصل لديه مقارنة ذلك بمستويات من النمو المعتادة.

1 - فريق التشخيص : يتم التقييم التشخيصي لحالة الطفل من قبل فريق كامل يمكن أن يضم تخصصات مختلفة : - طبيب الأطفال - طبيب عقلي للأطفال - طبيب الأعصاب - أخصائي في علم النفس - المعالج النفسي - الأخصائي الأرطفوني - أخصائي التربية الخاصة.

2 - أدوات التشخيص :

2 - أ - دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية

DSM IV-tr : الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1994 حيث يعتبر من المقاييس العلمية المتفق عليها في تشخيص التوحد. وقد صنف هذا الدليل إضطراب التوحد على أنه أحد أشكال الإضطرابات النمائية العامة حيث وضع 16 معيارا لتشخيص التوحد وتقع هذه المعايير ضمن 3 فئات وهي :

- الفئة الأولى : ويشترط فيها على الأقل توفر 6 معايير، وتشترط توفر على الأقل معيار من (1) ومعيار من (2) و معيار من (3) وتضم :

(1) خلل أو قصور كيفي في التفاعل الإجتماعي.

(2) خلل أو قصور كيفي في التواصل.

(3) حدوث أنماط سلوكية وإهتمامات وأنشطة متكررة.

- الفئة الثانية : ويشترط فيها ظهور الإضطراب قبل سن 3 في إحدى المجالات التالية :

(1) التفاعل الإجتماعي.

(2) اللغة واستخدامها في التواصل الإجتماعي.

(3) اللعب الرمزي أو التخيلي.

- الفئة الثالثة : - غياب أعراض متلازمة Rett.

2 - ب - قامة شطب سلوك المتوحدين CHAT : وهو عبارة عن سلم تنقيطي للكشف المبكر للأعراض إبتداءا من 18 شهر، المصمم من طرف Baron Cohen في لندن ويتكون السلم من 9 بنود موجهة للأولياء أين تكون الإجابات تكون بنعم أو لا، وبنود موجهة للمختصين تخص : - اللعب التخيلي - لفت الإنتباه عن طريق الإشارة بالأصبع إلى الأشياء - الإتصال البصري - الإنجذاب والإهتمام بالضوء.

2 - ج - مقياس مستويات التوحد لدى الطفل CARST : صاحب المقياس هو E.Schopler ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر له 15 درجة ويقيم المختصون سلوك الطفل من خلال: - العلاقة مع الآخرين - التقليد - الإستجابة الإنفعالية - إستعمال الأشياء - التكيف مع غير - الإستجابة للنضر - الإستجابة السمعية - حواس الشم والذوق واللمس - الخوف والحصر - الإتصال اللفظي - الإتصال غير اللفظي - مستوى النشاط والفعالية - ثبات الإستجابة العقلية والمعرفية - إنطباعات عامة. وكل مؤشر ينقط بدرجات حسب شدته من 1 - 1.5 و 2 - 2.5 و 3 - 3.5 و 4 بعدها يتم حساب كل النقاط والتي تتراوح ما بين 15 إلى 60 نقطة ليتم تحديد التشخيص إن كان توحد أو لا، وإن كان كذلك فيعطينا درجة شدة الإصابة.

- ويمكن إستعمال أدوات أخرى تساعد في الكشف عن إضطراب التوحد نذكر منها : - إختبار القدرات المعرفية مثل (مقياس الذكاء Wechsler أو Stamford Binet) - إختبار Finlande للنضج الإجتماعي - مقياس Mollet للتعلم المبكر - مقياس Liter الدولي للأداء. هذه الإختبارات تساهم في تشخيص التوحد من كل الجوانب النفسية، الإجتماعية، المعرفية والتربوية، لكن عادة يلجئ الأخصائيون الإكلينيكيون إلى العديد من الطرق لجمع البيانات المختلفة للطفل وذلك من أجل وضع تشخيص محدد لحالة الطفل الذي يعاني من هذا الإضطراب فهم دائما يلجئون إلى مجموعة من الطرق وهي كالآتي :

أ- التاريخ التطوري للحالة من خلال الميزانية والقابلة : أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطورحالة الطفل ونموه والتغيرات التي طرأت عليه في تلك الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة في الوقت الحالي وهل حدثت له أي حوادث أو تناول عقاقير معينة أو أصيب بأي مرض وفي أي سن، والحصول أيضا على التاريخ الوراثي للعائلة وعن مراحل الحمل ومجرياته.

ب - التقييم السلوكي : التقييم السلوكي هام في تقييم الطفل التوحدي وهذا النوع من التقييم يحتاج إلى خبرة كبيرة من قبل الأخصائي الإكلينيكي ويوجد أسلوبان أساسيان لجمع المعلومات السلوكية وتتمثل في الملاحظة المقننة ويجب أن يستندا في آن واحد للتقييم السليم.

3 - التشخيص المبكر : الشروط التي تستدعي التشخيص تختلف حسب الشكل العيادي وبداية الأعراض، فعندما يكون إضطراب التوحد مصاحب بمظاهر أخرى مثل - التأخر النفسحركي - الصرع - إضطرابات عصب دماغية . . . إلخ، فتكون الإصابة معروفة قبل التشخيص، أما عندما يكون توحد محض فالبداية تكون مبكرة وتدريجية ما بين سنة وسنتين، ولكن الإختبار الدقيق يُظهر أن هناك علامات مبكرة تظهر قبل هذا السن (سنة - سنتين)، والعلامات المبكرة متنوعة فتجمعها وإنتشارها وسيطرتها هي التي تستدعي التشخيص. وسنذكر العلامات الأكثر إنتشارا وأهمية والتي تظهر في السنتين الأوليتين :

أ - سن ما بين 5 و 6 أشهر نجد - عدم الإهتمام بالأصوات الخارجية (يبدو أصم) - نظر غير عادي (أحول strabisme) - شذوذ في السلوك (هادئ جدا أو متهيج) - إضطرابات في النوم والتغذية - غياب وضعية الإقبال (Attitude anticipatrice) - شذوذ في المقوية والحركية.

ب - سن ما بين 6 و 12 شهر نجد - تطور عادات غريبة - نشاطات الإنعزال (اللعب بالأيدي أو الأصابع أمام الأعين أو التأرجح - إستعمال غيرعيادي للأشياء (الخدش أو الحك) - غياب الإهتمام بالأشخاص - غياب أو ندرة الإصدارات اللفضية.

ج - سن ما بين سنة وسنتين نجد عدم تطور اللغة وهو الهاجس الأكبر للأولياء، ولعب فقير حيث نجد ألعاب نمطية وعدم الإهتمام بالأشياء كما العكس نجد الإنبهار لبعض الأشياء (الضوء، الموسيقى، الحركات)(M.Gayda, S.Lebovici, M.Arthius, 2000, pp 49 - 53)

4 - التشخيص الفارقي للتوحد : القيام بالتشخيص الفارقي مهم جدا رغم صعوبته وذلك راجع إلى التداخل الموجود بين الأعراض والتشابه في السلوكات وفي الكثير من الأحيان نجد إضطرابات أو إعاقات قد تصاحب التوحد وتختلط بأعراضه فتعقد التشخيص، ومن بينها: - بطؤ النمو - الإعاقة العقلية - الإعاقة السمعة - إضطراب التواصل اللفظي.

كل هذه الإضطرابات تعتبر عادة التشخيص الأولى للطفل قبل التشخيص النهائي للتوحد ولهذا سوف يتم عرضها على شكل جداول مقارنة بين أعراضها وأعراض التوحد.

أ ـ التوحد وبطؤ لنمو:

إضطراب التوحد	طفل عادي لديه بطؤ في النمو
المناغات غير عادية وليست إتصالية وغياب الإستجابة للإسم.	هناك مناغات إتصالية نحو الشهر 9 ويستجيب لإسمه ولأوامر بسيطة نحو 12 شهر.
لا يتعرف على أسماء عائلته وأسماء الأشياء المحيطة به.	يتعرف على إسم الاشياء المستعملة بين 12-18 شهر.
تأخر هام في إستعمال الكلمات والجمل.	يستعمل كلمات مفيدة نحو 18 شهر وجمل من كلمتين نحو سن 24 شهر.
لغة نمطية متكررة وغير إتصالية.	يستعمل كلمات ومفردات للتعبير عن عدة أفكار.
لا يستعمل الرموز غير اللفظية مع عدم فهمها.	يفهم ويستعمل الرموز غير اللفظية.
لا يهتم بالمحيط ويرفض التعبير.	إهتمام مبكر بالمحيط.
قليل الإستجابة للأم مع تأخر في خلق العلاقة.	العلاقة مع الأم تظهر نحو الشهر 9.
غياب الإهتمام والخيال في اللعب.	يستجيب مع الألعاب نحو 4 الى 6 أشهر.
مراحل النمو الحركي متأخرة.	نمو حركي عادي لكن متأخر قليلا.

ب ـ التوحد والتخلف العقلي :

التوحد	التخلف العقلي
يرفض التواصل مع غيره وحتى مع والديه ويفضل البقاء وحده.	يحب التقرب والتواصل مع الآخرين صغارا أوكبارا.
النمو اللغوي متوقف أو محدود وإن وجد فلديه محصول ضئيل من المفردات ومن النادر أن يستعملها في التواصل.	لديه تأخر في إكتساب اللغة راجع إلى إنخفاض ذكائه لكن يمكنه بناء حصيلة لغوية يستخدمها مبكرا للتواصل مع أفراد أسرته.
لديه مشكلة التكرار حيث يعيد نطق آخر كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.	ليس لديه هذه المشكلة.
لديه خلط في إستعمال الضمائر (أنا-أنت).	ليس لديه هذه المشكلة.
يتجنب التواصل البصري بإلتقاء العيون عندما ينضر إليه شخص أو يحدثه.	نادرا ما نجد لدبه تجنب التواصل البصري.
صعوبات سلوكية هامة تصاحبها طقوس حتى عند ذوي الذكاء المرتفع	صعوبات سلوكية هامة لكن الطقوس والسلوك النمطي تخص الحالات القصوى.
التوحد إعاقة يولد بها الطفل وتظهر أعراضها مبكرا في حدود زمنية أقصاها 30 شهرا.	التخلف العقلي قد يولد به الطفل أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو الإصابة بمرض معدي.
العيوب الجسمية نادرة	كثيرا ما تصاحب هذه الاعاقة عيوب جسمية
تنبؤ سيئ والإستقلالية عند البلوغ نادرة.	التطور خلال مدة التربية مرتبط بدرجة التأخر.

كثيرا ما يصاحب التوحد تخلف عقلي إما ناتج عن الوراثة (خلل كروموزومي) أو هناك أحد أمراض التمثيل الغذائي، إما هناك إختلاف في دم الأم من حيث RH سالب أو موجب، أو بسبب أمراض الغدد أو بسبب عوامل بيئية، والمعروف أن حوالي 42 % من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي أقل من (50 - 55) أي تخلف عقلي متوسط أو شديد، بينما 30 % منها تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط (55 - 75).

ج ـ التوحد والإعاقة السمعية :

التوحد	الإعاقة السمعية
أغلب الحالات تكون مصحوبة بتأخر عقلي.	نسبة الذكاء أعلى في أغلب الحالات والتأخر العقلي نادر الحدوث.
لديه ضعف في علاقات إجتماعية.	لديه علاقة إجتماعية جيدة.
يمكن تحقيق تواصل لفظي.	لا يستطيع إستعمال التواصل اللفظي.
لديه ضعف في الإستجابة للتواصل غير اللفظي (الإيماءات والإشارات).	لديه إستجابة عادية للحركات والإشارات والإيماءات.
إستجابة غير عادية للأصوات.	فقدان كلي للمنبهات الصوتية.
ليس لديه خلل عضوي في الجهاز السمعي.	لديه خلل على مستوى الجهاز السمعي.
ليس لديه لعب تخيلي.	لديه لعب تخيلي جيد.
يميل إلى الإنسحاب الإجتماعي.	لا نجد لديه إنسحاب أو عزلة عن المجتمع.
لديه إضطرابات سلوكية وصعوبة في التعامل.	الإضطرابات السلوكية نادرة وإن وجدت بأقل حدة.
إعاقة نفسية عقلية لم يحدد سببها بعد.	إعاقة حسية سببها خلل في الجهاز السمعي.
إستجابة قليلة للعلاج و نسبية الإستقلالية الذاتية.	إستجابة جيدة للعلاج ولديه إستقلالية ذاتية.

د ـ التوحد وإضطراب التواصل :

إضطراب التوحد	إضطراب التواصل اللفظي
تأخر اللغة يكون مصاحب للتأخر العقلي.	لا يوجد إشتراك مع التأخر العقلي.
العجز عن إستخدام اللغة كأداة للتواصل مع الآخرين.	يتعلم معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.
العجز في إستعمال وفهم الإتصال غير اللفظي كالإيماءات والإشارات	إستعمال وتواصل عادي للتواصل غير اللفظي.
قصور وعجز في تكوين علاقات إجتماعية خاصة مع الأقران.	صعوبات إجتماعية بسيطة وعلاقات جيدة مع الأقران.
إنعدام الخيال في اللعب والنشاطات وإهتمامات	لديه خيال جيد في اللعب ولا نجد عنده نشاطات

محدودة	وإهتمامات محدودة.
سلوكيات نمطية متكررة ولا يحب التغيير.	لا يعاني من هذه المشكلة.
صعوبات بالغة على مستوى السلوك (الإفراط في النشاط والعدوانية).	بعض الصعوبات في السلوك لكنها ليست خطيرة.
الصعوبات الإجتماعية والإتصالية على مدى الحياة والإستقلالية نادرة في سن الرشد.	بتربية خاصة يمكن جعل الطفل يلتحق بالمدرسة العادية.

ه - التوحد والإضطرابات الذهانية : أوضح شاكر قنديل عام 2000 وكذلك دراسة Kourita وآخرون عام 1992 التي طبقت فيها إستمارة خاصة بالأمهات مع المتابعة المستمرة للحالات من الذهانيين والتوحديين عن وجود بعض الإختلافات بين الإضطرابين كالتالي :

- تدهور واضح وإضطراب في الإنتباه لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.
- نقص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.
- نشاط حركي مفرط لدى التوحدي.
- نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث (1/4) بينما تتساوي لدى الجنسين في الذهاني.
- وجود هلاوس وهذيانات لدى الذهاني وعدم وجودها لدى التوحدي.
- ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الطفل التوحدي يعاني من إضطراب نمائي وسلوكي وانفعالي بينما لدى الذهاني ما هو إلا إضطراب عقلي.

و - التوحد والحرمان النفسي والإجتماعي : الإضطرابات الشديدة في البيئة الطبيعية والإنفعالية مثل الحرمان الأمومي - الإنحطاط النفسي الإجتماعي - دخول المستشفى - الفشل في النمو، كل ذلك يمكن أن يدفع الأطفال إلى أن يظهروا لا مبالاة وانسحاب مع تأخر اللغة والمهارات الحركية، والأطفال الذين لديهم هذه العلامات غالبا ما يتحسنون بسرعة عندما يوضعون في بيئة ملائمة غنية بالمناخ الإجتماعي النفسي، لكن مثل هذا التحسن ليس مع الأطفال المصابين بالتوحد.

ي - التوحد وإضطراب السلوك : تحدث السلوكيات الصعبة لأنها الطريقة الوحيدة التي يستجيب بها الطفل للأحاسيس غير السارة وهي نفس النقائص التي تجعل تلك الأحاسيس

تمنع الطفل من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة وتحدث السلوكات بسبب أن الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكات الشاذة ليصل إلى إحتياجاته ورغباته أو بما يحسه وما يطلبه من تغيير من حوله أو كطريقة للمسايرة والتعامل مع الإحباط، وتتلخص بعض هذه السلوكات في : - سلوك العزلة والمقاطعة وصعوبة التفاعل مع الآخرين - صعوبة التآلف والتواصل مع الآخرين (الإرتباط العاطفي) - السلوك الإستحواذي والنمطي - إبداء سلوك عدائي اتجاه الآخرين أو إيذاء الذات - نوبات غضب حادة من حين إلى آخر - يكون النشاط مفرطا أو على العكس شديد الخمول - إضطرابات المزاج والتقلب أو تنوع السلوك - عدم إدراك المخاطر - الضحك أو البكاء بدون سبب - تعابير وجهية جامدة وطريقة مشي غريبة - حركات جسدية متكررة مثل رفرفة اليدين أو التارجح - إضطرابات في السلوك الغدائي - إضطرابات في النوم.وهذه الأنماط السلوكية يختلف وجودها عند الطفل التوحدي حسب شدة الإصابة.(DSM4-tr, 2008, pp81-99)

XII - اللغة في إضطراب التوحد

1 - الخصائص الإكلينيكية للخلل اللغوي في التوحد :

- أول منبه يثير إنتباه الأولياء هو إنعدام اللغة أو زوالها عند سن الثانية بعدما بدأ الطفل في إخراج الأصوات، وما يقلق الأولياء هو عدم السمع إذ لاحظوا أن طفلهم غير مهتم و لا يثير ردة فعل لأصوات أو كلمات الآخرين وحتى الأولياء، لكن يثبتون سلامة جهازه السمعي.

- كثيرا ما يتحدث الأولياء عن رضيعهم في سن 12 شهرا أنه لا يتقبل الأشخاص الراشدين ولا يدخل في لعب الأدوار معهم ويفشلون في تنمية وتطوير الإنتباه المشترك،.ففي السنة الأولى من العمر يمكن تشخيص التوحد عند العديد من الأطفال إذ لا يردون على الذي يناديهم بإسمهم ولا يمكنهم الدخول في إتصال بصري.

- في نهاية السنة الثانية من العمر الكثير من الأطفال المتوحدين لم يكتسبوا اللغة الوظيفية وعلاقاتهم جد محدودة مع الآخرين، وهؤلاء الأطفال لا يثيرون إنتباه الآخرين إلا لتلبية رغبة ملحة، كما لا يدخلون الرمزية في ألعابهم، وهذا الخلل الإجتماعي يتدخل في تنمية

الخلل اللغوي والعلائقي، إذ نجد لديهم نسبة ضئيلة من التفاعلات مع الآخرين رغم المحاولات المستعملة من طرف الآخر في اللعب أو اللغة لإثارة إنتباههم.

- هناك بعض الأطفال التوحديون والذين لديهم خلل خفيف قادرين على تنمية محاولاتهم الإتصالية ويطورون لغتهم قبل سن الخامسة، واكتساب اللغة الوظيفية يعتبر كمبشر قوي لحل إيجابي لتناذر التوحد. (J.Randal, X.Seron, H.Tager Flusberg, 2003, p 642)

2 - الخصائص الإكلينيكية للغة التوحدية :

2- أ - التكرارية : كان Kanner من الأوائل الذين لاحظوا أن اللأطفال المتوحدين يعيدون الكلمات، الإقتراحات أو الجمل التي يقولها الراشد، وهي خاصية كلاسيكية عند هذه الفئة، فالتكرارية عادية عندهم نظرا لقلة وفقر رصيدهم اللغوي، وهذه الفترة تكون بنفس الكلمات ونفس الإيقاع، والأبحاث الحديثة تتجه نحو تفسير أن هذا السلوك له قيمة وظيفية للطفل التوحدي إذ أن التكرارية تساعد الطفل التوحدي على آداء دور في الحوار الجاري رغم أنه لم يفهم أو لم يكتسب القدرات البراقماتية اللغوية للإجابة بصفة صحيحة أثناء الحوار.

2- ب - فهم واستعمال المصطلحات : كما لاحظ Kanner أن الأطفال المتوحدين لديهم القدرة على إستعمال كلمات لها مفاهيم خاصة أو منفردة والتي لا يستعملها الأفراد الآخرون.

2- ج - إختراع الكلمات (Néologisme) : هذا لا يعني أنهم في مرحلة نمو واكتساب اللغة، فوجود مثل هذه الكلمات المخترعة عند الفئة العادية تصحح من طرف الراشد والطفل يصحح نفسه تدريجيا، أما عند فئة المتوحدين فرغم التصحيحات المتكررة فنجده لا يكترث لما يصحح له.

2 - د - قلب الضمائر : خاصية أخرى عند الأطفال المتوحدين إذ يتحدثون عن أنفسهم باستعمال ضمير المخاطب "أنت"، أما ضمير المتكلم "أنا" فيستعملونه لإعادة ما قاله المتحدث معهم، وهي خاصية جلية عند الأفراد المتوحدين، فقلب الضمائر يعني أن هذه الشريحة لديها صعوبات في فهم مفاهيم الذات والآخر كما هي معروفة في أدوار الحوار المتكلم والمستمع.

صُنف التوحد على أنه إضطراب في اللغة والذي يختص بصعوبات براقماتية، إذ أن الطفل المتوحد غالبا ما يكون غير مسقبل لمحاولات الدخول في حوار مع الآخرين، وهذا ما جعل العديد من الأشخاص يتساءلون فيما أن التوحد يتضمن صعوبات خاصة في الفهم وهو شيء صعب إختباره. ورغم محاولات الطفل المتوحد في الدخول في حوار للإجابة على حوار الآخرين، فإن رصيده اللغوي ضئيل في الحوار ولا يتمكن من متابعة ومواصلة موضوع الجدال والنقاش أو يأتون بتعليقات غير مقنعة، وهي صعوبات جلية في إضطراب التوحد. كل هذه الصعوبات التي تحدثنا عنها من التكرارية وقلب الضمائر واختراع الكلمات والصعوبات البراقماتية، يجعل صعوبة إختبار إكتساب اللغة عند هذه الشريحة. وانطلاقا من هذه الخصائص هناك العديد من الباحثين يتساءلون عن نمو اللغة عند هذه الفئة ويمر بنفس القنوات ويستعمل نفس الميكانيزمات القاعدية لدى الطفل العادي أو لدى الأطفال الذين لديهم إضطراب أو تأخر لغوي.(J.Randale, X.Seron, H.Tager, Flusber, 2003, p 643 - 644)

3 - النمو الصوتي والفنولوجي في التوحد :

لا يوجد أي بحث في ميدان النمو الصوتي المبكر عند فئة المتوحدين بما أن التشخيص ليس بالممكن في مرحلة الطفولة الأولى، فلا يوجد بحث حول مرحلة المناغاة عند هؤلاء الأطفال، وهل هي متأخرة أو هي نفسها في المرحلة العادية.

- بعض الأبحاث بينت أن القدرات الفونولوجية عند بعض الأطفال المتوحدين تكون مبكرة.

- هناك أبحاث أخرى بينت أن نمو النطق يكون بطيء عند هؤلاء الأطفال ويقدمون أخطاء في إرسال الأصوات، وحسب نفس الأبحاث فإن الأطفال المتوحدين يقدمون أخطاء فونولوجية نفسها المقدمة في النمو العادي للغة. وفي نصف عمر الطفولة، الأطفال المتوحدين الذين يطورون لغة وظيفية يصلون إلى نظام فونولوجي تام.

- هناك بحث آخر حول المظهر فوق مقطعي التنظيمي للأطفال المتوحدين وصفت نوعية صوتهم ونماذج أداء الصوت كحالة شاذة وهي صعوبات تدوم حتى سن الرشد، و نلاحظها عند الأطفال المتوحدين سواء لديهم مستوى توظيف عال أو ضعيف، فلاحظوا بعض الخصائص النظمية عند هذه الفئة، كما لاحظوا تعابير مملة والتي يمكن أن تبين صعوبة في

التعبير عن الإنفعالات، وهناك فئة أخرى من المتوحدين تقدم طريقة الكلام غنائية ونغمية ولكن هذه الطريقة أيضا مجردة من الإنفعالات وإيقاع التواصل. فهناك نماذج مملة لأداء الصوت لوحظت عند بعض المتوحدين، كما تلاحظ عندهم مستويات تذبذبات أساسية غير عادية، كما يوجد خلل في الشدة والصوت (مثل الصوت البحاح أو الصوت الأنفي).
الأبحاث في هذا المجال جد ضئيلة وهناك من فسر خصائص االتعبير أنها راجعة إلى الخلل البراقماتي والإنفعالي والإجتماعي الذي يدخل ضمن تناذر التوحد.

(J.Randal, X.Seron, H.Tager Flusberg, 2003, p 645)

قام مجموعة من الباحثين إلى التصنيفات التالية، فبعض الأطفال المتوحدين يعانون من :

3 - أ - أفنوزيا سمعية لغوية Agnosie Auditivo-verbale ou surdité verbale أو ما يسمى بالصمم اللغوي : والتي تظهر في عدم القدرة على فك الترميز للأصوات السمعية للغة، فالأطفال يستعملون لغة الإشارات ويأخذون يد الراشد لتلبية رغباتهم وإذا ظل هذا الإضطراب عند هذه الفئة فسنجد خلل في الجانب المعرفي.

3 - ب - الخلل المزدوج الإستقبالي - التعبيري Déficits mixte réceptifs expressifs ou syndromes de déficience phonologiques- syntaxiques أوما يسمى بتناذر الإختلال الفنولوجي - التراكيب : إذ نجد لدى الأطفال المتوحدين مستوى عال من الفهم مقارنة لمستوى التعبير، فلغتهم محدودة ولديهم صعوبة في إنتاج الكلمات الوظيفية، الضمائر وأدوات الربط.

3 - ج - تناذر الخلل الدلالي البراقماتي Syndrome de déficit pragmatique : نجد فئة من الأطفال المتوحدين لديهم سيولة لفظية ناتجة عن ذاكرة لغوية إذ نجد لديهم خطابات منمقة قولبية، ويمكن أن نجد عندهم قدرات لغوية عالية مقارنة بالقدرات غير اللغوية كما يمكن أن نجد العكس، أي القدرات البصرفضائية أقل من القدرات اللغوية.

3 - د - تناذر خلل المفردات والتراكيب Syndrome lexicale syntaxique : إذ أن الأطفال المتوحدين مثل الأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي نجد لديهم البناءات النحوية والفنولوجبية غير كاملة، كما نجد إضطرابات في استحضار الكلمات فنجد: - الرطانة

(Jargon) - عدم الفهم للجمل المعقدة - عدم التمكن من تكوين جمل طويلة –عدم التمكن من ترتيب تسلسل زمني لأحداث قصة.

3 - ه - خلل البراقماتية اللفظية وغير لفظية Déficit de la pragmatique verbale et non verbale : نجد - صعوبة الدخول في حوار - عدم القدرة في إعطاء معلومات للمخاطب - عدم تمكن من مواصلة موضوع الحوار - عدم الإكتراث لأي إتصال إشاري أو كتابي كإدارة الظهر أو عدم النظر إلى الشخص الذي يتحدث معه.

3 - و - إضطرابات النظم المقطعية Troubles prosodiques : نوعية النظم المقطعية عنصر هام في التفريق بين الطفل العادي و الطفل المتوحد فنجد - كلمات ايقاعية - إستعمال نبرات صوتية ترتفع بالتدريج من نوع إستفهام في جملة توكيدية - إيقاع ميكانيكي - التشديد على مخارج الحروف.(C.Muller, 2000, p 374 - 375)

4 - نمو المفردات في التوحد:

هناك أبحاث عديدة نذكر منها :

- دراسة وضعت فرضية أن للتوحد خصوصية تتمثل في عدم القدرة على تشكيل مفاهيم وتوسيع شرح المفردات، هذه الفرضية جاءت لسند الرأي أن الإستعمال الفطري (المزاجي) للكلمات والجمل والمفسر في الأدب الإكلينيكي وبعض التفسيرات السلوكية والاجتماعية في التوحد. فقارنت بين ثلاثة مجموعات : الأولى هم أطفال متوحدين لديهم قدرات حسب سنهم العقلي اللغوي والثانية أطفال يقدمون تأخر في النمو والثالثة أطفال لديهم نمو عادي، فلم يجدوا أي إختلاف في هذه المجموعات الثلاث، ولم يثبتوا صحة الفرضية التي تقول أن تنظيم وتمثيل مفاهيم الآدات محدودة عند المتوحدين، فيمكن لهم أن يجدوا العلاقة البديهية الموجودة بين الأداة والوسيلة (سيارة - كرسي - كلب) ← (وسيلة نقل - أداة منزلية - حيوان) ← (مرسيدس - مقعد صغير - كانيش). ومن هنا فلا نجد عند الطفل المتوحد صعوبة في الفهم أو في الإنتاج أو في توسيع شرح المفردات حسب مفاهيم معنوية. فنمو اللغة عند الأطفال المتوحدين أو الذين لديهم تأخر عقلي أو نمو عادي هو نفسه، فالنمو

المفرداتي معرض إلى مجموعة من المبادئ، إذ أن هناك بعض الأطفال تحصلوا على نتائج فوق العادي في إختبار(Peabody Picture Vocabulary Test PPVT).

- هناك دراسة بينت أن الأطفال المتوحدين لا يستعملون مصطلحات تدل على الحالة العقلية مثل (الفكر والتعرف والتذكر والتظاهر)، ولوحظت أيضا عند الفئة المتقدمة في السن. ودراسات أخرى بينت أنهم لا يستعملون مصطلحات إجتماعية إنفعالية لدى فئة التوحد التي إكتسبت لغة وظيفية ويستعملون عبارات فطرية وإختراع كلمات وهو كلام يخصهم، كما يستعملون لغة إستعارية. (J.Randal, X.Seron, H.Tager Flusberg, 2000, p 646)

5 - النمو المرفولوجي و الدلالي في التوحد :

هناك دراسات بينت أن الأطفال المتوحدين لهم نمو جد بطيء فيما يخص تعلم البنيات النحوية مقارنة مع الفئة العادية ويتعلمونها بنفس المستوى، واكتساب المظاهر الدلالية والمرفولوجية للغة يكون حسب درجة التعقيد اللغوي.

- في دراسة حول مؤشرالإنتاج النحوي (Indice de production syntaxiques, IPSyn) عند الأطفال المتوحدين، وجد أنهم يسلكون سلم بناء لغوي ضيق ولا يطرحون الكثير من الأسئلة مقارنة مع العينتين الأخريين.

- وضعت فرضية تقول أن التقليد يمكن أن يكون سياق أساسي في إكتساب اللغة والنمو النحوي للمتوحدين، فيرى أنهم يستعملون القشتالت في إكتساب النحو، لذا نجد الثقة الكبيرة التي يتمتعون بها في التقليد والإعادة والقولبية واستعمال المصطلحات الأتوماتيكية.

- دراسة أخرى قارنت بين متغيرات في مستويات التقليد مع الإختلاف في سياقات إكتساب النحو، بين فئة المتوحدين ذات مستوى مبكر من النمو اللغوي وفئة أطفال عاديين وفئة أطفال يقدمون عرض داون، فوجد الفئة التوحدية ينتجون خطابات تكرارية وقولبية منمقة بعبارات صحيحة. (J.Randal, X.Seron, H.Tager Flusberg, 2000, p 646)

XIII - علاج التوحد :

مع تعدد النضريات المفسرة لإضطراب التوحد فمن الطبيعي أن نجد تعدد طرق علاجه، وتعدد الطرق حسب تعدد الإتجاهات، لكن نجدها كلها تهدف إلى تجاوز الصعوبات عند المتوحد وتنمية سلوكه في بيئته وتنمية سلوك الأفراد المحيطين به للتكيف معه. وتهدف تقنيات علاج التوحد إلى :

- التكيف مع التغيير إذ يمتازون بالروتين.
- فك عزلتهم واستثمار سلوكهم بدل أن تكون حركات ذاتية.
- إيجاد طرق لإثارة دافعية الأطفال المتوحدين.
- تعميم ما يتعلمه المتوحدين في مجالات ومواقف أخرى.

ولكن كل هذه النقاط صعبة الأنجاز وكل منها تستغرق وقتا طويلا لما يعانيها فئة المتوحدين.

1- العلاجات الطبية :

1 - أ - علاج المشكلات الغذائية والهضمية : هناك بعض المتوحدين ينفرون من الطعام ولديهم مشاكل هضمية لذا هناك دراسات أعطت أهمية لإيجاد فيتامينات مثل فيتامين B6 الذي يمكن أن يساعد بعض الحالات. (إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات، ص299).

1 - ب - محاولات ضبط الشذوذات الكميائية في الدماغ : تستخدم الأدوية والفيتامينات، وهي مواد بيولوجية فعالة لضبط وعلاج حالة الدماغ بشكل مباشر فيما يخص - الحالات النفسية الشديدة - علاج الفصام - علاج الإضطرابات الإنفعالية كالهوس والإكتئاب. كما تقلل من السلوكات النمطية وتزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين، كما تحسن فترة الإنتباه وتخفض من الحركية المفرطة، كما تساهم في علاج إضطرابات النوم وفقدان الوزن.

1 - ج - الصرع : كما هناك أدوية مضادة للصرع بما أن نسبة كبيرة من الأطفال المتوحدين لديهم نوبات صرع، فيجب من تدريب الأولياء والمربيين على مراقبة نوبات الصرع، فهناك أدوية تخفف من النشاط الكهربائي غير المنتظم في الدماغ خاصة في القشرة الدماغية فينظم الحالات الإنفعالية والحركية. (نفس المرجع، ص 300)

1 - د - علاج مشكلات النوم بالميلاتونين : المنتجة من خلال الغدة الصنوبرية في الدماغ والتي لديها دور فعال في تنضيم النوم - الصحيان فنجد إنتاجها شاذة عند المتوحد.

1 - ه - علاج الميقافيتامين : منها فيتامين B6 إذ أن المنغنيزيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية عند المتوحد كما يساعد في بناء العضام وحماية الخلايا العصبية والعضلات، وتقوي دور الإنزيمات في الجسم. (ابراهيم عبد الله فرج الرزيقات، ص 301).

2 - علاج المشكلات الحسية :

2 - أ - علاج السمع الشاذ : الأطفال المتوحدون لديهم حساسية عالية (hyperacousie)، وصعوبة في التعرف على الأصوات المسموعة (hypoacousie) فيبدو أن لديهم صعوبة في إيجاد الكلام للإستماع له وكأنه يوجد ضوضاء مزعج لسماع الكلام، وهناك تدريب سمعي لتخفيف التشوهات الحساسية للأصوات.

2 - ب - التدريج بالدمج السمعي : Gay Bernard طبيب طور هذه الطريقة وهي تبدأ بخريطة سمعية وبرنامج ملاحظة لتحديد المرات التي يُظهر فيها الطفل حساسية كبيرة للإستماع، ثم يقوم الطفل بالإستماع (وضع سماعتين على الأذنين) إلى الموسيقى خلال 10 ساعات عن طريق أداة تقوم بتصفية الترددات المحددة في الخريطة السمعية، ويستحسن المقيمون لهذه الطريقة العلاجية بأن لا يقوم الطفل بأي نشاط علاجي أو تعليمي لمدة أسبوعين، وهذا البرنامج يؤدي إلى تحسين السلوك. لكن هذه التقنية لم تثبت بطريقة علمية.

2 - ج - تقنية تصفية الإشارة البصرية : وصفت Donna Williams عام 1996 الخبرات البصرية أنها مضطربة واستحسنت إرتداء نظارات مضللة لمنع الضوء الساطع وهذا يساعد على التركيز على معلومات مفيدة.

2 - د - العلاج بالدمج الحسي : هي طريقة حسية حركية، وتعمل وفقا لمبدأ إستثارة جلد الطفل وهذه الإثارة تتكون من نشاطات كالتأرجح في أرجوحة أو الدوران في دوائر على الكرسي وحك جسم الطفل ليكتسب توازنا أثناء هذه الألعاب.

3 - التعامل مع المشاعر الجسمية الشاذة وتجنب التواصل : غالبا ما يقوم الأطفال المتوحدين بردة فعل معارضة للبيئة وكأنهم غير مرتاحين،

- طورTemple Grandin (1992-1995) جهاز الآلة المنضغطة والتي تعمل وفقا للضغط للحصول على المساعدة في ضبط مشاعر القلق والملل.

- أما Martha Welsk (1993) طورت العلاج المهيمن (Holding Therapy) وذلك إعتمادا على نضرية Tenbergens في التعرف على سلوك صراع دفاعي، إذ تشجع الأولياء على وضع أطفلهم في الحضن والإحاطة بالأيدي وإستعمال تعبيرات إنفعالية إيجابية مصاحبة بتواصل بصري وذلك ليتجاوز الطفل الإنفعالات السلبية أو المقاومة. (نفس المرجع، ص304).

4 - الإثارة بالتدريب الحركي المكثف :

4 - أ - طريقة Doman Delacato : وهي تكثيف الممارسات الحركية مثل السباحة والفروسية.

4 - ب - التواصل الميسر وتسهيل التواصل : تعتمد هذه الطريقة أو المعالجة على الإمساك بالأيدي للمساعدة في تهجئة الرسائل على لوح المفاتيح أو لوحة عليها حروف مطبوعة لدى حالات التوحد التي لديها شكل عدم القدرة على القيام بحركات تواصلية متناسقة أو القدرة بالحركات المقصودة. (نفس المرجع، ص 305-306)

5 - التدريب السلوكي : هناك عدة تقنيات منها :

5- أ - تقنية ABA : إذ يبدأ المعالج السلوكي بإجراء تقييم شامل للمهارات الوظيفية للطفل التوحدي، ثم يقوم بتصميم برنامج إعتمادا على الإشراط الإجرائي لتشجيع سلوك إيجابي وإزالة السلوك اللاتكيفي، وترتكز البرامج على مهارات إجتماعية وتواصلية. وهي برامج على المدى الطويل مبنية بشكل مكثف ومنظم، تعتمد في مبدئها على النظرية الإشتراطية من خلال التعزيز المتزامن ل Watson والمعدل من طرف Skiner. ويعتمد البرنامج على تحديد المثيرات السابقة وتحديد المثيرات اللاحقة، بعد ذلك تحدد السلوكات القوية والضعيفة ثم القيام بتشكيل مهارات جديدة من خلال تنظيم المثيرات والتعزيز الإيجابي الفوري.

5 - ب - تقنية LOVAAS : تبدأ بتحديد المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد إستجابة الطفل ثم تحديد السلوكات القوية أو الضعيفة، ثم تشكيل مهارات جديدة من خلال تنظيم المثيرات بالتعزيز الفوري. (نفس المرجع، ص307).

6 - البرامج التربوية المدرسية :

6 - أ - برنامج LEAP : برنامج بديل للأطفال دون سن المدرسة ولأوليائهم، وهو برنامج يقدم خدمات للأطفال المتوحدين من ثلاث إلى خمس سنوات يشمل على برنامج ما قبل الدراسة وذلك بتدخل الأسرة والمدرسة، ويركز البرنامج على تزويد المؤسسات بخدمات تدخل مبكر نوعي لذوي الإحتياجات الخاصة، ويشتمل التدريب على - تنظيم وضبط الصف - زيادة ساعات التعليم خلال اليوم - تدريب وتهيئة الزملاء على المهارات الإجتماعية - تدريب المعلمين ومشاركة الأسرة.

6 - ب - برنامج TEACCH :علاج وتعليم الأطفال المتوحدين والأطفال ذوي الإعاقات، أسسه Eric Schopler عام 1976، والهدف منه تعليم الأطفال الإستقلالية ومساعدتهم على فهم عالمهم، وأداة العلاج هي ملف التقييم النفسي التربوي.PEP, Profil Psycho Educatif . هناك العديد من البرامج العلاجية لكن لا تنبئ بالشفاء الكلي من التوحد.

(ابراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص 298 - 322).

6 - ج - طريقة UCLA : يقدم هذا المشروع مجموعة علاجية مكثفة.

- جدولة الأيام الثلاث الأولى والتي تهدف إلى خفض خبرة الفوضى والقلق لدى الأولياء الناتجة عن العمل ضمن برامج متنوعة ، وهي مرحلة أين يتناقش الأولياء مع فريق العمل.

- يصمم الأخصائيون فترة متابعة إما بشكل منتضم أو حسب الحاجة وتهدف إلى تقييم البرامج العلاجية (كل شهر أو كل ثلاث أشهر) لوضع أهداف جديدة.

- هناك نوعان من المتابعة للأولياء، إستشارات من خلال الهاتف أوعن طريق الفيديو (من 20 إلى 60 دقيقة).

- يلتقي الفريق الأخصائي ويتبادلون الخبرات والإستشارات والمشكلات الناتجة ويقدمون تقرير مكتوب للأولياء. (نفس المرجع، ص310-311).

6 - د - برنامج FEAT : يهدف إلى تحديد أسر الأطفال المتوحدين ودعمهم وتأسيس ورشات عمل للتدخل المبكر ومتباعتها.

6- ه - علاج الحياة اليومية : وتهدف إلى تطوير علاقة قريبة بين الأسرة والمختصين وذلك لتطوير العلاقات بين المجموعات الناقلة السرعة والعضو البطيئ.

7 - طريقة تدريب ما وراء المعرفة – النضرية الذهنية Théorie de l'esprit : ترى هذه النضرية أن الأطفال المتوحدين لديهم صعوبة في كل من العب التضاهري والإدراكي الشخصي، فيجب التأكيد على التواصل التقليدي عند الأطفال الرضع والذي من خلاله يمكنهم فهم الأشخاص الآخرين. (نفس المرجع، ص315).

8 - التعليم المعرفي Education cognitive : ترى هذه النظرية أن التوحد إضراب في ردود الأفعال الإجتماعية والإنفعالية لشخص متوسط التواصل وتكون مصاحبة بإعاقة معرفية، فصممت هذه النضرية برنامج تعليمي يهدف إلى البناء على قدرات الطفل المحتفض في التعلم المعرفي والذكاء المنعكس مع إدراك أهمية التفاعل الشخصي في كل مرحلة. (نفس المرجع، ص316).

9 - تعديل السلوك المعرفي : Modification du comportement cognitif : وهو إجراء يسمح للأطفال المتوحدين أن يكونو مستقلين في المدارس والمجتمعات، وهي إستراتيجيات الضبط الذاتي ومراقبة وتعليم الذات.

10 - العلاجات النفسية :

10 - أ - التحليل النفسي : يعتبر B.Betlheim من الأكثر تأييدا للإتجاه، الذي يرى أهمية إبعاد الأطفال المتوحدين عن أمهاتهم التي تمتاز بالبرود، فيحتاجون إلى الدفئ والحنان. وقد إنتقدت كثيرا هذه النظرية وألحقت الضرر والأذى للكثير من الأمهات.

10 - ب - العلا ج النفسي الوسط : وهو العلاج النفسي للأطفال مع أوليائهم.

خلاصة الفصل :

مما عرضناه سابقا عرفنا أهمية ذكر التعاريف حسب الباحثين الغربيين والعرب وذلك لمعرفة مختلف التسميات، ورغم إختلاف الأسباب وتعددها، لكن نجد لها نصيب من الوجود عند كل حالة توحد، وتعدد الأنواع نجدها في كل وسط إكلينيكي. وإدراج التشخيص وفريق التشخيص مع السلالم الخاصة بذلك ليتسنى لكل باحث معرفة المقاييس. و فضلنا أن نبقي عنصر اللغة في الأخير بما أننا بصدد دراسة تقييم اللغة عند الطفل المتوحد ما بين 6 - 8 سنوات لكي نباشر في الفصل الثاني الذي هو اللغة عند الطفل ونمو المفاهيم المعرفية، فيجب معرفة النمو العادي للغة عند الطفل ثم دراستها عند الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. والعنصر الأخير من الفصل خصصناه لطرق علاج الإضطراب، إذ أنها تعتمد كلها على الجانب المعرفي للطفل خصوصا اللغة والسلوك.

الفصل الثالث

الطفولة

النمو اللغوي

النمو المعرفي

تمهيد :

لتناول دراسة اللغة عند الطفل التوحدي لابد من التطرق بصفة وجيزة إلى النمو العادي عند الطفل ومراحلها كما نتطرق إلى مراحل النمو المعرفي بما أنها أساس المكتسبات الأولية، ثم نذكر النمو اللغوي ومظاهره لدى الطفل. فإرتأينا أن نقسم الفصل إلى ثلاث عناصر حسب أهميتها. ففي العنصر الأول نتطرق بصفة وجيزة إلى مراحل الطفولة والنمو بمظاهره المختلفة، ثم نتطرق إلى إكتساب الطفل للصورة الجسدية في نموه العادي. وفي العنصر الثاني تطرقنا إلى تعريف وذكر النمو المعرفي لدى الطفل وذلك بذكر رائد النظرية المعرفية J.Piaget والمراحل التي صاغها، كما قمنا بتفسير موجز لأهم المكتسبات الأولية وذكر العمر الزمني النسبي الذي يكتسبها فيه، فذكرنا مفاهيم إدراك الألوان والأشكال، تثبيت مفاهيم المكان والفضاء ، مفهوم الزمن ومفاهيم العدد، إذ تعد كلها مراحل نمو عقلية تدخل ضمن نمو المكتسبات الأولية والنمو المعرفي بصفة عامة. أما العنصر الثالث من هذا الفصل خصص للنمو اللغوي عند الطفل، فقمنا في بادئ الأمر بتعريف اللغة وتحديد مبادئها حسب آراء E.Sapir و N.Chomsky، والنضم التي تتبعها، كما تطرقنا إلى وظائف اللغة من جوانبها الخاصة والعامة، ثم تطرقنا إلى مراحل إكتسابها لدى الطفل والنظريات المفسرة لها، منها السلوكية التي تعتبرها سلسلة من المثيرات والإستجابات، والنظرية الفطرية أو كما يسميها البعض نظرية تحليل المعلومات أو النظرية العقلية النفسية، ثم ذكرنا النظرية البيولوجية التي مفادها أن تطور اللغة يرتبط بعوامل النضج العضوية، وأخيرا النظرية المعرفية التي ترى حسب J.Piaget أن الكفاءة اللغوية عند الطفل تأتي نتيجة التفاعل مع بيئته فهي عملية إشراطية وإبداعية في آن واحد. و ننهي الفصل بخلاصة مفادها أهمية ما ورد عن النمو المعرفي واللغوي في دراستنا عند الطفل التوحدي.

I - الطفولة والنمو :

الطفولة مرحلة من الحياة تقع ما بين مرحلة الولادة إلى غاية مرحلة البلوغ والتي تخص الإنسان البشري في مرحلة النمو، وهي عدة أنماط. ونقوم بوصف موجز لهذه المراحل، إذ أن مجتمع دراستنا هم أطفال، ولكي يكون لدينا منظور عن نمو ومكتسبات الطفل في سن ما بين ستة وثمانية سنوات.

1 - مراحل النمو :

1 - أ - مرحلة ما بعد الولادة : تمتد من الميلاد إلى غاية 28 يوم وهي مرحلة التكيف مع الحياة خارج الرحم (من اليوم 1 إلى اليوم 7) أين يكون الطفل عرضة لمختلف الأمراض.

1 - ب - مرحلة الطفولة الأولى : فتخص مرحلة الرضاعة من 29 يوم إلى غاية العامين، وهي مرحلة التطور السريع للدماغ والإكتسابات الحركية، كما تظهر ملامح الشخصية والعواطف.

1 - ج - مرحلة الطفولة الثانية : وهي ما بين السنتين إلى غاية 12 سنة فنلاحظ سرعة النمو الجسمي الذي يكون حوالي 5 سم في العام، وإكتسابات الطفل تكون خاصة في الميدان الإنفعالي والفكري والثقافي والإجتماعي، وهنا نجد مرحلتين :

- **مرحلة ما قبل الدراسة :** والتي تمتد من عامين إلى 6 سنوات وهو سن النضج والتكيف.
- **مرحلة الدراسة :** وتمتد من 6 سنوات إلى 12 سنة وهي مرحلة إتساع وتشبع المعلومات.

والنمو في مرحلة الطفولة الثانية يكون على مظهرين، من جهة النمو في الوزن والطول، ومن جهة أخرى النضج وتحسين البُنيات والوظائف (العصبية والحركية والجنسية)، كما يكون النمو النفس حركي عند الطفل (إكتساب الحركات والتناسق الحسي الحركي) والنمو الحسي، المعرفي، الإنفعالي والإجتماعي يدخل في بناء الشخصية، وهي دليل على النضج والنمو التدريجي للنظام العصبي.

2 ـ مظاهر النمو البيولوجي في مرحلة الطفولة :

يكون نمو الطفل ما بين شهر وعامين على أربع أنواع من الإكتسابات، وهي :

2 ـ أ ـ هيئة الجسم وتتعلق بالقوة العضلية وإفراط في التوتر العقلي حيث تتناقص تدريجيا عند الحديث الولادة، فنجد القوة المحورية (الرأس، الرقبة، الظهر) ويتجسدون في الإستقامة، فالرضيع يشد رأسه في وضعية الجلوس عند 3 أشهر، ويبدأ في الجلوس لوحده عند 7 أشهر، و يبدأ في المشي عند السنة الأولى ومحاولة أخذ الأشياء تكون في 4 أشهر، أما الحركية الدقيقة (السبابة والإبهام) تكون في 9 أشهر، ويأكل لوحده عند سن 18 شهر ويمكن أن يقوم بخطوات عند سن 12 شهر.

2 ـ ب ـ فيما يخص اللغة فإن إخراج الأصوات (المقاطع) يكون إبتداء من 7 أشهر وإعطاء ثلاثة كلمات متسلسلة عند السنة الأولى أما تكوين الجملة من كلمتين إلى ثلاثة كلمات تكون عند سن الثانية أين يكون الطفل يفهم الكلام الموجه إليه.

2 ـ ج ـ فيما يخص العلاقات فإن الطفل يتبع بالنضر أداة ما يكون في 6 أشهر ويلعب مع أطفال آخرين عند سن الثانية، ويكون الطفل في هذا العمر في تبعية كاملة ليصبح تدريجا تلقائي ومستقل ويظهر ذلك بقلق الشهر الثامن (قلق الفراق) فالطفل يبدأ في الإحساس على أنه مختلف عن أمه، ويبدأ في التعرف على نفسه عند سن 11 أو 12 شهر، أما مرحلة المرآة حسب J.Lalan هي مرحلة هامة ومعقدة في بداية تكوين الأنا.

2 ـ د ـ هناك مقاييس أخرى تدخل في النمو وهي أوقات ووجبات الأكل، إذ تكون من 6 إلى 7 وجبات في النهار عند الشهر الأول و 4 وجبات في الشهر 4، وأوقات النوم تكون 18 ساعة في الشهرين الأولين، و16 ساعة في 4 أشهر و15 ساعة في 9 أشهر، والنظافة الجسدية فتكون ما بين سن الثانية وخمس سنوات.

والمراقبة الطبية تكون بمراقبة ظهور مختلف هذه الإكتسابات وذلك للتعرف على وجود تأخر نفس حركي جزئي أو كلي، ولكل طفل نموه الخاص فليس هناك سن محدد بالتدقيق لإكتساب هذه الإكتسابات والوظائف، فالمشي يمكن أن يكون في السنة الأولى وعدم ظهوره لا يعني وجود إضطراب قبل سن 18 شهر.

وفيما يخص الحركية العامة فنرى الطفل يصعد لوحده الأدراج في السن الثانية ويقوم بركوب الدراجة عند السن الثانية ونصف، ويرسم عشوائيا عند سن الثالثة كما يقوم بإعادة (تقليد) الدوائر، ويقوم بمختلف الرسومات في السن الخامسة.

وبداية من سن الثانية نجده يكوّن جمل قصيرة، ورصيده اللغوي يمكن أن يصل إلى أكثر من مئة كلمة منها "أنا "، حيث إبتداءً من السنة الأولى إلى ثلاثة سنوات يمكن أن يظهر سلوك التحدي للأولياء، أما سلوك تقليدهم يكون ما بين أربعة إلى ستة سنوات، وتظهر مرحلة التعرف والتمثيل لجنس الذكر أو الأنثى، وتكون مع بداية الدخول إلى الحضانة وتعلم الكتابة والطلاقة اللغوية. أما النمو الجسمي فيكون من حيث الطول، الوزن والنضج في العظام والأسنان.

في المرحلة الجنينية يكون نمو الخلايا العصبية بسرعة حوالي 250.000 خلية في الدقيقة، واللحاء الدماغي في نموه يكوّن نورونات حتى الدرجة القصوى 128 نورون في الأسبوع حتى تصل إلى 23 مليار نورون في مرحلة الولادة، فالجنين عند الولادة لديه كل الخلايا العصبية ولكن النظام العصبي ليس ناضج بعد، فالشبكات النورونية تتألف فيما بينها لتجعل الصبي يتكلم ويمشي ما بين ثلاثة إلى ستة سنوات، والإتصالات النورنية في أوج نضجها في الفصوص الدماغية والتي تسمح للخلايا العصبية المسؤولة والمشتركة في عملية اللغة وتتواصل في نموها حتى سن البلوغ حيث تكون هناك بداية سياقات أخرى من النمو.

(David G Mayers, p 265, 266).

3 - إكتساب الصور الجسدية :

إكتساب الطفل لصورة جسمه أو جسده هو أول نمو وأول تمثيل للأنا كشخصية وللوصول إلى معرفة الهو، فإن تمثيل الأنا يتدخل مع "الفكر" للإنفصال من نفسه أين يصبح أداة تحكم وتقرر وتصمم، ومعرفة الهو تمر بمعرفة الجسم وتحديد محيط الأنا، والجسم يضع الفرد في الفضاء، وإنطلاقا من الجسم تتشكل مؤشرات وهذه المؤشرات تتعاكس بالمثنّى الأعلى - الأسفل، وراء - أمام، يمين - يسار، الأعلى هو الرأس، الأسفل هي القدمين، الأمام هي جهة

الوجه والأعين، الوراء هي جهة الظهر، اليمين واليسار هي كل ناحية من الجسم والشيء المعروف عند الأفراد الذهانيين يعانون من تفكك الصورة الجسدية.
(Marie de Maistre, p 79).

II - النمو المعرفي :

لا يمكن التحدث عن النمو المعرفي دون التطرق إلى تفسير Piaget إذ يُعتبر أحد رواد تفسير النمو المعرفي عند الطفل ونظريته تستعمل كثيرا في تفسير التعلم عند الطفل، كما يجب التحدث عن العمليات العقلية العليا التي تتدخل في ذلك، وبما أن موضوع دراستنا يتطرق إلى المكتسبات الأولية التي تدخل في إطار العمليات المعرفية فيجب ذكر أهم المراحل والمبادئ التي ذكرها Piaget، الذي يتحدث عن قوالب عقلية تحصر فيها تجاربنا (schéms)، ووضع Piaget مفهومين لتفسير إستعمالها وتحسينها وهما :

- أولا عملية الفهم لتجارب جديدة حسب مفهومنا الحالي.
- ثانيا تدخل عملية التكييف لمفهوماتنا حسب الخصائص الخاصة للتجارب الجديدة.

1 - نظرية Piaget والمفاهيم الحالية :

المعرفة هي جميع النشاطات الذهنية المشتركة مع التفكير، العلم، المهارة الذكريات والإتصال. و Piaget يصف النمو المعرفي على أنه تسلسل أربع أنماط، والأطفال معرضون لمختلف التغيرات والتي تُتبع بأوقات من الإستقرار للمرور من نمط لآخر ولكل نمط خصائصه الخاصة به.

1 - أ - المرحلة الحسية الحركية Stade sensori-moteur : حسب Piaget فإن الطفل من الميلاد حتى سن الثانية يفهم العالم الخارجي من حيث التفاعلات الحسية والحركية بواسطة الأدوات الملموسة بالرؤية والسمع واللمس. فعلى رأيه الأطفال لديهم تفكير ثبات الأداة أي إدراك الأداة رغم عدم رؤيتها فالطفل في سن 8 أشهر يبدأ في البحث عن أداة مخبئة ويبحث عنها بعد أشهر أي لديه ذاكرة وجود الأداة رغم عدم وجودها في حقله البصري.

إنتقدت هذه النظرية من حيث إمكانية نمو الطفل المعرفي يكون في أنماط متقطعة فالباحثين الحاليين يرون أن النمو يكون بصفة متواصلة.(David G Mayers, p 145).

1 - **ب - مرحلة ما قبل العمليات Stade préopératoire :** يرى Piaget أن في مرحلة ما قبل المدرسة يكون الطفل ليس قادر على العمليات الذهنية فهذه المرحلة هي مرحلة إستعمال اللغة ولكنه لا يستطيع فهم العمليات الذهنية للمنطق الملموس. فلا يستطيع فهم أن كمية الحليب الموجودة في كأس مرتفع وضيق في الحجم هي نفسها عند وضعها في كأس واسع ومنخفض إذ أن الطفل ليس لديه مفهوم العلوّ ولم يكتسب بعد مفهوم الإنخفاض أي أن الكمية هي نفسها رغم تغير الشكل. فحسب Piaget مبدأ الإنخفاض هو عنصر من التفكير العملي الملموس، وبهذا العنصر (الإنخفاض) فإن العناصر التي تتشارك معه الكمية والحجم والعدد تكون نفسها رغم تغير شكل الأداة.

وانتقدت نظريته بأنه لا يرى العلاقة بين مختلف أنماط التفكير الرمزي وأنه قد يمكن أن يكون في سن مبكر.

التمركز حول الذات (égocentrisme) حسب Piaget، أن الطفل قبل سن السادسة متمركز حول ذاته فهو لا يستطيع فهم المفاهيم حسب شرح الآخرين، فمثلا يمكن أن يفهم أن الشمس والقمر يتبعانه وعندما يقف أمام شاشة التلفاز فإن مفهومه نرى ما يراه في الشاشة ولا يفهم أنه يغطي الشاشة ويمنعنا من الرؤية، ولكن الطفل ليس بالشخص الأناني أو بلا تفهم ولكنه في مرحلة عدم تفهم الآخرين.

إنتقدت نظريته فيما يخص التمركز حول الذات بالنظرية الذهنية (la théorie de l’esprit) إذ أن الطفل في سن خمس إلى ست سنوات يفهم أن الحوادث المُحزنة تؤدي إلى إنفعال الحزن، فإن كنّا حزينين فإننا نتذكر حادثة مؤلمة ومن هنا فإن الطفل يبدأ في فهم أن الأفكار يمكن أن تحدث إنفعالات، وأخيرا فإن الأفكار التلقائية يمكن أن تحدث إنفعالات فتغير الحالة الإنفعالية لشخص ما فجأة، وطفل سن الثامنة يمكن أن يفهم أن التغير ناتج عن أفكار.

وقدرات الطفل في التفكير الرمزي والتفكير بمساعدة الآخرين ليست منعدمة تماما في مرحلة ما قبل العمليات فهذه القدرات تبدأ مبكرا عنده ولكن تنمو وتتطور تدريجيا، ففي سن السابعة الأطفال يستطيعون أن يفكروا بصوت مرتفع وهي القدرات التي يوظفها لإيجاد حل لمشكلة،

فحسب الأخصائي النفسي الروسي Vigotsky لاحظ أن الأطفال يصلون إلى هذا السياق (إيجاد حل لمشكلة ما) عندما يتوقفون بالتفكير بصوت مرتفع. (David G Mayers, p 146).

1 - ج - مرحلة العمليات الحسية Stade des opérations concrètes : حسب Piaget الأطفال يدخلون هذه المرحلة في سن ستة إلى إحدى عشر سنة ويكون قد إكتسب نهائيا القدرة المعرفية لفهم التغيرات الرياضية ومبدأ الاحتفاظ. (David G Mayers, p 148).

1 - د - مرحلة الوظائف Stade des opérations fonctionnelles : في حوالي سن الثانية عشر، التفكير والإستدلال ينمو ويتطور من المستوى الملموس (التجارب المعاشة) إلى الوصول إلى التفكير المجرد (كالتخيل والرموز) فالأطفال في مرحلة المراهقة يصلون إلى حل مشاكل فرضية وإستنتاج النتائج.

نفس الإنتقاد وجه لـ Piaget فإن العمليات المعرفية عند الطفل تبدأ قبل هذه المرحلة والمراحل متشابكة فيما بينها. (David G Mayers, p 149).

2 - إكتساب وإدراك المكتسبات الأولية :

ونقصد بذلك مفاهيم اللون، الشكل، الحجم، الفضاء، والزمن، التي تمكّن الطفل من التمكن من مفردات لغة قاعدية تؤدي إلى ترميز البناءات الإدراكية الحركية الأساسية وهي تسمح بالدخول في عمليات الإتصال أما مفهوم العدد يُعد من العمليات الذهنية، والتعرف على هذه المفاهيم يمكّن الطفل من عملية ذهنية ألا وهي عملية التصنيف. ونقوم بذكر هذه المفاهيم لأنها تخدم موضوع دراستنا، إذ نقوم بتقويم الرصيد اللغوي عند الأطفال المتوحدين من خلال تقييم هذه المكتسبات الأولية، فبالجدير ذكر إكتسابها العادي للتمكن من تقييمها فيما بعد.

2 - أ - إدراك الألوان : الطفل يميز بين الألوان بداية من سن الثانية فقبل ذلك فإنه لا يستجيب للأضواء البراقة واللماعة، وأول لون يستجيب أو يثير إنتباه الطفل هو اللون الأحمر ثم اللون الأزرق وتأتي فيما بعد الألوان الأخرى. (محمد سلامة وتوفيق حداد، ص 41). عندما لا يتعرف الطفل على اللون لا يعني أنه لا يفرق بينها (إلا في حالة شذوذ في البصر) فهذا يعني أنه إما لا يستعمل الألوان كسياق للتمييز أو أنه لا يملك مفهوم الألوان، أو أنه لا يعرف أن

يربط بين الدال والمدلول أي الكلمة واللون المناسب، وتعلم الألوان يكون في السنوات الأولى من حياة الطفل ولكن هذا المفهوم ليس له أهمية في العمليات الذهنية كمفاهيم الفضاء والزمن وتعلمها يكون جد سهل عند الأطفال وهي تدخل في بناء العواطف والإنفعالات (الألوان التي تروق للبصر أو لا تروق) والتي تلعب دور في بناء الحياة النفسية والتي تثير الإنتباه، وهي تستعمل أيضا في وضع علامات بناء المحيط (كالكتابة باللون الأسود على صفحة بيضاء أو لوحات الموزاييكا). ومفهوم اللون يتدخل في عمليات بناء الفضاء والزمن والعدد وفي إكتساب القراءة والكتابة. (M.de Maistre, p 133) .

2 - ب - إدراك الأشكال : ويكون في سن الثالثة إلى ستة سنوات، فقبل هذا السن يتعذر على الطفل أن يفرق بين المثلث والمربع والمستطيل والشكل الأول الذي يتعلمه هو شكل الدائرة. (محمد سلامة توفيق حداد، ص 41).

ومفهوم الأشكال لا يمكن أن يكون مستقل عن مفهوم الفضاء (المكان) بما أن كل شكل لا يحتل مساحة وحجم معين في الفضاء، كما لا يمكن أن يكون مفهوم الشكل مستقل عن المعنى ففيما يتعلق بالأشكال الهندسية فإن الطفل دائما يعطي لها معنى (الدائرة ككرة أو رأس، المربع كمنزل، المثلث كسقف، المستطيل كباب) وبالتدريج فإن الطفل يتعلم معناها المجرد ويكتسب قوانين بناء الأشكال من حيث الحجم والمساحة والقطر. والتعرف على الأشكال يستدعي البصر واللمس والحركية، فالطفل يجد نفسه يحاول إيجاد العلاقة بين مختلف المعيطات الحسية الحركية، إذ يستطيع بإصبعه أن يحيط بمحيط الشكل ومن هنا تكون إضافة مفهوم الإحاطة في الفضاء. (M.de Maistre, p 139).

2 - ج - مفاهيم المكان والفضاء : إدراك المسافات والأبعاد يكون بعد سن الثالثة (فهي عملية جد معقدة) ومفهوم المكان هو أول المفاهيم التي تتكون وتتموضع عند الطفل (مابين ثلاثة إلى ستة سنوات) إذ ترتبط بالمكان والحركة والإحساس. إذ تقول Maria Montessouri "الحركة هي همزة وصل بين الفكر والعمل". فمدلول المكان عند طفل ذو ثلاثة سنوات يتطور كونه في البيت أو في الشارع ولكن تجريدها يكون في سن السادسة. والعبارات التي

تدل على الفضاء تهدف إلى وضع تنظيم في المحيط، وتنظيم الفضاء يكون بالتعرف على الصورة الجسدية فالطفل يتعرف على جسمه أولا ثم يتعرف وينظم فضاءه. فصعوبات تنظيم وبناء الفضاء عند الطفل تكمن أولا في عدم معرفته إستعمال جسده في محيطه قبل أن تكمن الصعوبة في الفضاء، فالطفل ليس لديه الوعي الكافي لمختلف أجزاء جسمه كما نجد خلل في الوظيفة الرمزية الحركية ونجد لديه عدم القدرة على التعرف ورؤية جسمه كمركز إستيعاب ونشاط. يعتبر الجسم المحور والمرجع الأساسي لمفهوم الفضاء (يمين - يسار، وراء - أمام، داخل - خارج، تحت- فوق، في الوسط - على الجانب، قبل - بعد، قريب - بعيد، على الحافة - في القرنية). وإكتساب المفاهيم الفضائية جد هام في بناء الفضاء وفي النمو العقلي، فإكتسابها يؤدي إلى إكتسابات تلقائية في مختلف الميادين فالإنتاج المتبادل بين الفرد والأداة، بين الأنا والمحيط يمر ببناء الفضاء والذي يسمح للفرد أن يجد مكانته في عالمه الخاص به، ففي النمو العادي إكتساب مفاهيم الفضاء تنتظم تدريجيا عند الطفل قبل أن يكتسب مفهوم الزمن ما عدا مفاهيم اليمين واليسار. (M de Maistre, p 135).

2 - د - مفهوم الزمن : مفهوم الزمن يكون عند الطفل في سن أربع إلى خمس سنوات، فيتعرف على مفاهيم اليوم والأمس، ويمكن أن يتعرف على التسلسل الزمني لأحداث قصة بسيطة. (محمد سلامة ادم وتوفيق حداد، ص61).

الأطفال قبل سن السادسة يستعملون عبارات (اليوم- أمس- غداً- الصباح- المساء) دون أن يعبّروا عليها بصفة مناسبة ولكنهم يعرفون أنها عبارات تدل على الزمن، فلم يكتسبوا بعد تتابع الظواهر وليس لديهم القدرة على إستيعاب زمن اليوميات (الأيام - الأسابيع - الأشهر- السنوات - الساعات) التي يتّبعها الشخص في حياته اليومية. فبالنسبة للطفل لا يمكن أن نتحدث إلا عن الزمن البيولوجي إذ أن حياة الطفل تتبع تسلسل الحاجيات الحية للجسم كالنوم و الوجبات، وأول تجربة للطفل لمعرفة الزمن هو الوقت الذي يفصله عن ما يريده وهو ما يسمى بالزمن العاطفي، ويستغرق الطفل مدة طويلة في الزمن البيولوجي والزمن العاطفي اللذان يسمحان له بالمرور إلى الزمن الإجتماعي وهو زمن اليوميات والساعات. وأول مصطلح يفهمه الطفل هو مفهوم اليوم (كل ما يحدث من الصباح إلى المساء) ثم يليه مصطلح

غدا (كل ما يحدث قبل ليلة وبعد ليلة) ثم يليه مصطلح أمس (كل ما يحدث قبل الليلة)، في الصباح ننهض، في منتصف النهار نأكل ، وفي المساء ننام. وأول الأيام التي يتعلمها هي يوم الجمعة لما لديه من معاني إجتماعية، وتتموضع الأيام الأخرى تدريجيا رغم أنه يتليها شفهيا. ونجد عند الطفل عدم وجود مفاهيم الماضي والمستقبل، ولديه إلا مفهوم الحاضر رغم إستعماله لبعض العبارات (عندما كنت، عندما أكون) وهذه العبارات تدل على التغير و النمو في الشخصية ولا تدل على الوعي بالزمن. وتعلم مفهوم الزمن يكون تلقائيا عند الطفل ولا يوجد سن محدد إذ يختلف من طفل لآخر. وتنظيم الزمن يستدعي الذاكرة لكن هذا لا يعني أن الذاكرة هي تنظيم للزمن. وJean Delay تفرق بين : 1 - الذاكرة الإجتماعية. 2 - الذاكرة المنطقية. 3 - الذاكرة العلائقية. 4 - الذاكرة الحس حركية. وهذه الأخيرة تتضمن التعرف والزمن لكن التعرف هو فعل ليس تفكير، كما نجد 5 - الذاكرة العاطفية فنتذكر أحداث مرت علينا. كما يتدخل إكتساب مفهوم الزمن في إكتساب المنطق حسب التسلسل الزمني والتسلسل المنطقي وذلك بتسلسل الظواهر في الواقع والتفكير معناه العودة الذهنية في الفضاء والزمن. (M de Maistre, p 171).

2 - ه - مفهوم العدد : أول ما يتعلمه الطفل قبل مفهوم العدد هو الرقم شفهيا ثم بصريا ثم كتابيا فهو رمز شفهي خطي ثم يربط بين الرقم والعدد ويتعلم العدد بصفة نهائية، ويتعلمه قبل سن الدخول إلى المدرسة. مثل كل المفاهيم مفهوم العدد هو بناء ذهني وهو نتيجة فعل التفكير، ومفهوم الأعداد هي خاصية المجموعات لا يمكن أن تكون أحادية أو أداة. فحسب Piaget فإن مفهوم العدد يتموضع ما بين نشاطات الترتيب والتسلسل إذ يرى أنها سياق إتزان، فالطفل يتعلم مفهوم العدد بإستخدام بناء التسلسل الذي يسمح له بالرد على سؤال "كم"، وعندما يتعلم الطفل الحساب يكون له علاقة بالصورة الجسدية فيعِد الأنف والعينان والأذنين والأصابع..(M de Maistre, p 187)

III - النمو اللغوي

لتناول النمو اللغوي لابد من التطرق إلى تعريف اللغة ووظائفها ومظاهر إكتسابها لدى الطفل والنظريات التي فسرت إكتسابها.

1 - تعريف اللغة : من أقدم التعريفات التي عرفتها اللغة في التراث العربي، التعريف الذي وضعه العالم العربي أبو الفتح عثمان بن جني (ه 392) ويقول "اللغة أصوات يعبّر بها كل قوم عن أغراضهم"، وقد تناول هذا التعريف عدد من الباحثين المعاصرين في علم اللغة وذلك على ضوء ما إنتهى إليه الفكر اللغوي الحديث، وإنتهوا جميعا إلى أن هذا التعريف يتضمن عدة حقائق تتصل بماهية اللغة ووظيفتها وهي : - الطبيعة الصوتية للغة - الوظيفة الإجتماعية للغة من حيث كونها أداة للتعبير والتواصل - إختلاف اللغة بإختلاف المجتمع.(حلمي خليل 1986، ص47).

أما التعريف الثاني الذي تداوله بعض الباحثين، كتعريف دقيق للغة هو التعريف الذي وضعه عالم اللغة الأنتروبولوجي E.Spir والذي مفاده "اللغة ظاهرة إنسانية وغير غريزية لتوصيل العواطف والأفكار والرغبات عن طريق نظام من الرموز الصوتية الإصطلاحية"، هذا التعريف يضع بين أيدينا الحقائق التالية عن اللغة : - اللغة نشاط إنساني مكتسب وليس غريزي - اللغة وسيلة للإتصال الإنساني - اللغة رموز - اللغة نظام - اللغة إصطلاح - اللغة أصوات. (حلمي خليل، ص47).

أما التعريف الثالث والأخير فقد وضعه عالم اللغة المعاصر N.Chomsky ويقول "اللغة ملكة فطرية عند المتكلمين بلغةٍ ما لفهم وتكوين جمل نحوية. واللغة مجموعة متناهية أو غير متناهية من الجمل، كل جملة طولها محدود ومؤلفة من مجموعة متناهية من العناصر وكل اللغات الطبيعية فيها المنطوق والمكتوب هي لغات بهذا المعنى، وذلك لأن كل لغة تحتوي على عدد متناهى من الفونيمات أو الحروف، ومع هذا فإن عدد الجمل غير متناهى".

Chomsky يعتمد في تحديد هذا المفهوم على ثنائية :

- **القدرة :** والتي تمثل المعرفة اللغوية التي يولد بها الطفل .

- الأداء : وهو يمثّل ما ينطق به الإنسان فعلا.

وهذا التعريف يضع بين أيدينا عدة حقائق جديدة عن اللغة وهي : - الإنسان مزود بقدرة لغوية فطرية عامة تمكنه من إستخدام اللغة - إن الجمل وليس المفردات هي محور نشاط الإتصال الإنساني، أداءا أو فهما - اللغة وسيلة لفهم طبيعة العقل البشري.(حلمي خليل، ص49) ويعرفها Korch من جهته بقوله "هي نظام للأصوات يستخدمه الفرد للإتصال بالآخرين في مجتمعه شفهيا أو بشكل مكتوب وله سياق ". (Kroch, p 403). وتأتي دقة هذا التعريف في أنه يقدم اللغة في شكل تكوين أو بنية تشمل على الرموز الصوتية، ونظام يتمثل في إستعمال الأصوات والصيغ والتراكيب وأساليب التعبير.

2 - أنظمة اللّغة :

وهكذا ينقسم النظام اللغوي إلى أربعة أنظمة فرعية وهي :

2 - أ - النظام الصوتي Système Phonologique : وهذا النظام يتعلق بالأصوات الكلامية، والأصوات الخاصة بالإستخدام اللغوي.

2 - ب - النظام السيميائي Système Symantique : وهذا النظام يتعلق بمعاني الكلمات ودلالتها وتطورها .

2 - ج - النظام التركيبي Système Syntaxique : وهذا النظام يتعلق ببناء الجمل وترتيب كلمات الجملة في أشكالها، وعلاقتها الصحيحة من خلال قواعد الإعراب.

2 - د - النظام المورفولوجي Système Morphologique : وهذا النظام يتعلق بالتطورات التي تطرأ على مصادر الكلمات من الناحية الصرفية، وما يعرض لحروف الكلمة من أصالة وزيادة وحذف وإبدال. (سيد أحمد البهاص، ص 23).

- أما H.Gemslev يُعرف اللغة على ثلاثة مفاهيم اساسية هي :

أ - الحدود : اللغة تتكون من كلمات لها أشكال وهذه الأشكال ليس لها معنى وهي تؤثر في عملية التفسير والمضمون، ويرتبط مفهوم الحدود بالشكل الخارجي للكلمة .

ب - التعبير : اللغة تُمثل مجموعة من الرسائل التي تُرسل للآخرين، ويرتبط التعبير في اللغة بالصوت والسمع.

ج - المضمون : هو ما يحمله التعبير من معنى أو مدلول، وهو يرتبط بمادة التعبير التي تُمثل العالم الحقيقي للغة، ومدى مطابقة هذا المضمون لدلالته، وهو ينبع من المعنى التركيبي للغة. (سمير محمد سلامة ,ص 17).

- وينظر Muller Van Becque إلى اللغة نظرة كمية، ويعتبر أنّ لها مظهران :

أ - المظهر الأول : هو المفردات والقواعد وأسس البلاغة، والصوت والفصاحة.

ب - المظهر الثاني : هو الحديث أو التعبير الذي يحمل المعنى أو المدلول، لذلك فإنه من أجل تحقيق التوازن في الإتصال يجب إرسال المعلومات دون خطأ وبأقل المفردات وأقل جهد وتكلفة وبأقل إشارات ممكنة.

أما Kuhler فانه يرى أن للغة عدة وظائف وهي : 1 - إستعمال إنفعالي حين تكون اللغة تعبيرا تلقائيا عن الإنفعالات. 2 - حين تكون اللغة وسيلة للعب. 3 - عمليا في شكل نداء أو آمر أو نهي أو غير ذلك.

وهكذا يلخّص علماء النفس المحدثون إلى تعريف اللغة بأنها مجموعة من الخصائص التي تتصف بها اللغة البشرية المنطوقة ومنها : - إمكانية تعلمها إذ بإمكان الفرد أن يتعلم لغات مختلفة - الإستمرارية أي بالإمكان تعلم اللغة وتعليمها - الإنفتاح وهو القدرة على إبتكار صيغ جديدة في اللغة - الإنفصالية بحيث تتألف اللغة من وحدات منفصلة - الدلالية أي أن كل لفظ له دلالته في البيئة - التبادلية وهو قدرة الشخص أن يكون مرة متكلما ومرة أخرى مستمعا - الإعتباطية أي أن الإثارات مجردة ويمكن أن تأخذ دلالات مختلفة - الإتساع بمعنى أن اللغة تستعمل للدلالة على أشياء بعيدة في الزمن والمكان - التلاشي السريع ويعني إختفاء الإشارة بمجرد النطق بها - التغذية المرتدة بحيث أنه بامكان المتكلم أن يسمع ما يقوله هو بنفسه - التخصص أي لايختلف معنى الكلمة إن نطقت همسا أو جهرا - المواروغة وهي القدرة على الكذب والمراوغة بإستعمال اللغة - الصياغة الثنائية للألفاظ من حيث أن هناك ألفاظ لا معنى لها عندما تكون منفصلة على لفظ أخر.

ويرى Louis Heluslev أن هناك خمس سمات أساسية تدخل في البيئة اللغوية الأساسية لكل جملة وهي : - اللغة تتألف من مضمون وتعبير - كما تتألف من تتابع أي نص ونظام - يتصل المضمون بالتعبير إتصالا وثيقا خلال عملية التواصل - هناك علاقات محددة ضمن التتابع

والنظام - لا يوجد تطابق بين المضمون والتعبير ولكن العلامات نفسها قابلة للتجزئة إلى مكونات ثانوية. (أحمد مومن، ص ص 106 - 161).

3 - وظيفة اللغة : إن ضرورة اللغة وأهميتها بالنسبة للإنسان تظهر من خلال الدور الذي تؤديه في حياته كفرد وعضو في جماعة. وقد تعددت الآراء حول الوظيفة التي تقوم بها اللغة بالنسبة للفرد أو المجتمع، فهناك من يرى أنها وسيلة للتوصيل وأداة للتسجيل، فهي وسيلة للتعبير والتفاهم الإنساني التي يعبر بها عن نفسه ويندمج فيها بكل كيانه.

يُلخص كثير من الباحثين الوظائف التي تؤديها اللغة في ثلاثة وظائف رئيسية تندرج منها وظائف فرعية، وذلك على النحو التالي :

3 - أ - الوظيفة التواصلية : اللغة أساس مهم للحياة الإجتماعية لوجود التواصل، ولتوطيد سبل التعايش فيها. ويرى Jacobson في تحليله للنشاط التواصلي أو المحادثة بين شخصين أن الإتصال يتكون من ثلاثة عناصر رئيسية هي : أولا متحدث أو مرسل، ثانيا مستمع أو مستقبل، ثالثا رسالة كلامية ترسل من فرد إلى أخر، أو نظام إشاري أو لغة مشتركة يتكلمها المرسل والمستقبل، وهذا النظام الإشاري له محتوى يرمز إليه التواصل من خلال اللغة ويحدث من خلال نشاطيين رئيسيين هما الكلام والاستماع. (سمير محمد سلامة، ص23).

3 - ب - الوظيفة التعبيرية : اللغة هي وسيلة الإنسان للتعبير عن حاجاته ورغباته وأحاسيسه الداخلية ومشاعره وإنفعالاته ومواقفه، ويعرض تجاربه وظروفه ودوافعه ويطلق على هذه الوظيفة إسم الوظيفة النفعية وفي هذه الحالة يركز المتكلم كلامه حول ما يعنيه هو نفسه.

3 - ج - الوظيفة التفسيرية : تساهم اللغة في نقل المعاني والمفاهيم للفرد، ففعالية الكلام لا يمكن أن تتأكد دون تحقق الوجه الأخر من عملية التواصل ونعني به السمع والإدراك وتفسير معاني الكلمات أو الرسائل المنطوقة التي يرسلها المرسل ويتلقها المستقبل، فالناحية الهامة في اللغة ليست هي مطابقة الكلمات المنطوقة أو المكتوبة للصور والأفكار المُعبّر عنها ولكن ما تُحدثه من أثر في المجتمع أو القارئ.

3 ـ د ـ الوظيفة المعرفية : تعمل اللغة على إثارة أفكار وإنفعالات ومواقف جديدة تدفع إلى مزيد من التفكير وتوحي له بما يعمل وهذا ما دفع بعض الباحثين إلى أن يربطوا اللغة بالفكر الإنساني. (سمير محمد سلامة، ص 36).

3 ـ ه ـ الوظيفة الاجتماعية : إن الفرد يستطيع من خلال إستخدامه اللغة، أن يثبت هويته وكيانه ويقدم أفكاره للآخرين، وتُمكنه من معرفة مذاهبهم ووسائل التأثير فيهم، وإيجاد العلاقات وبناء الروابط وتحقيق سبل التعاون والتكافل معهم، وبهذا تصبح اللغة أساسا لتوفير الحماية والرعاية للإنسان بين أفراد جماعته، وعاملا مهما لتحقيق منافعه ورغباته في مجتمعه. (سيد أحمد البهاص، ص 23).

4 ـ الطفل وإكتساب اللغة : إن لغة الطفل ذات أبعاد متشعبة لايمكن الإلمام بها بسهولة، فيرى Piaget أن الطفل يحقق عن طريق حديثه على الأخص خلال السنوات المبكرة من عمره رغبته في التحدث أولا، وقبل كل شيء التعبير عن نفسه لنفسه وللآخرين، ويطلق على هذا الحديث مصطلح "اللغة المركزية الذات"، بينما يطلق على اللغة الموجهة للمجتمع "اللغة الإجتماعية"، وتبلغ نسبة اللغة المركزية الذات حوالي ثلث حديث الطفل حتى سن السادسة وتتناقص تدريجيا مع زيادة عمر الطفل وتطوره. (ليلى كرم الدين، ص)

ويذهب بعض الباحثين إلى القول أن الطفل حين يكتسب لغته يكتسب وسيلة تعبير إبداعية تتيح له التعبير عن أفكاره المتعددة، كما تسمح له أيضا بفهم تعابير فكرية متجددة، لذلك لابد أن تتم عملية إكتساب اللغة في إطار سماع يتجدد في كل لحظة، فعملية إكتساب اللغة عملية ذاتية يقوم بها الإنسان إنطلاقا من قدراته الذاتية ومن خلال سماعه كلام أهله، وأبناء جيله. والنمو اللغوي عند الطفل يسبق النمو النفس حركي، فالطفل يستطيع أن يصغي إلى اللغة التي يتكلم بها من يحيطون به، ويكوّن فكرة عما يقصدونه وذلك تبعا للمواقف التي يستمع إليها إلى كلمات معينة سواءا قام أحد بتعليمه أو لم يقم، فكما هو معروف تسبق مرحلة الفهم مرحلة الكلام عند الطفل. والكلام مهارة من مهارات اللغة الأساسية يستعمل فيها الإنسان الكلمات للتعبير عن أفكاره، فهو مزيج من التفكير والإدراك والنشاط الحركي، والإستعداد للكلام يكون فطري أما اللغة فهي مكتسبة .(حامد زهران، ص)

واللغة عند الطفل نوعين فقط من الوظائف وهما:

4 - أ - الوظيفة التعبيرية : أي تلك التي يعبر بها الطفل عن حالة نفسية عنده عندما يتفوه بصوت ما أو يقوم بحركة معينة، وهي تخص السنة الأولى من العمر.

4 - ب - وظيفة الإستدعاء : وهي التي يستدعي بها الطفل أو الكائن الحي عموما، إتجاها لدى الغير ليحقق شيئا مناسبا. الطفل في دعوة ثابتة إلى الغير ووِاسطة لتحقيق عملية تبادل مع الأخرين، ومن ثمة فهي ذات طابع إجتماعي لايهمل العوامل البيولوجية والنفسية.

ويذهب الباحثين إلى القول أن اللغة عند الطفل تساعده على : - التعرف على العادات والقيم السائدة في المجتمع - التعرف على الأفكار والمشاعر والإتجاهات السائدة حوله وعلى الأخص ما يتعلق بالوالدين - تكوين عالم خاص بكافة أبعاده وجوانبه - تحقيق الشعور بالأمان من حيث المفردات الخاصة بالحب والأمن. (ليلى كرم الدين، ص)

ويرى Vygotsky أن الكلام لدى الطفل يكون إجتماعيا في بدايته، يليه الكلام المتمركز حول الذات، ويأتي في المرتبة الثالثة الكلام الداخلي أو التفكير، إذ يرى أن اللغة تسبق التفكير.

أما Piaget فيرى العكس، حيث يشير إلى أن الإرتقاء المعرفي يحدث أولا ثم يتبعه الإرتقاء اللغوي، فالتفكير ينعكس على لغة الطفل وأن تفكير الطفل هو الذي ينمو من خلال تفاعله مع البيئة من حوله، أما إرتقاء اللغة فيتوقف على مدى تأثُرها بهذا التفاعل وعليه فإن الكلام المتمركز حول الذات يظهر لدى الطفل أولا، فهو يتحدث كما لو كان كل ما يراه ملكًا له، عند ذلك يبدو غير قادر على فهم وجهة نظر الأخرين، ويلاحظ أن الكلام المتمركز حول الذات يكوِّن نصف ما ينطق به الطفل في سن ثلاث سنوات، ولا ينخفض هذا الكلام بالتقدم في العمر فيصل إلى ربع ما يتكلمه الطفل في سن السابعة، عند ذلك يظهر الكلام الإجتماعي خاصة عندما يتعلق ببيئته الإجتماعية في المنزل أو المدرسة. (سيد أحمد البهاص، ص).

من خلال الأراء المتعددة التي تناولت العلاقة بين اللغة والتفكير وكذلك اللغة عند الطفل يمكن إستنتاج مايلي : - تعلم اللغة يساعد الطفل على التمييز بين الأشياء كما يساعد على تكوين معاني تلك الأشياء - معاني الأشياء عند الطفل تستند إلى الألفاظ سواءا كانت رموزا أو كلمات - عملية التفكير التي تحدث لدى الطفل نابعة من التجارب السابقة والذكريات سواء على مستوى الشعوري أو اللاشعوري.

5 ـ النظريات المفسرة لاكتساب اللغة عند الطفل : إهتم علم النفس اللغوي بالنظريات التي حاولت تفسير عملية إكتساب اللغة لدى الطفل والعوامل المؤثرة في ذلك، منها بيولوجية أو نفسية أو إجتماعية.

5 ـ أ ـ النظرية السلوكية :

تقوم هذه النظرية أساسا على إعتبار أن الكلام ما هو إلا سلسلة من المثيرات والاستجابات، إذ يعتبر السلوكيون أن إكتساب اللغة عند الطفل يندرج ضمن إطار نظرية التعلم، فاللغة في تصورهم شكل من أشكال السلوك، فاللغة يتم تعلمها بنفس الطريقة التي نتعلم بها أنواع السلوك الأخرى وذلك من خلال مبادئ التعلم وأهمها :

5 – أ ـ 1 ـ التدعيم : يعتبر Skinner بصفته صاحب النظرية الإشراطية الإجرائية، أن اللغة فصل من فصول التعلم، فالإستجابات اللغوية الإجرائية التي يليها تدعيم تستمر، أما تلك التي لا يليها تدعيم تتلاشى. وقد أعطى Skinner في سنة 1975 في كتابه "السلوك الكلامي" تفسيرا لإكتساب اللغة حيث أكُّد أن السلوك الكلامي يتعزز بواسطة البيئة المحيطة للطفل، فالأسرة مصدر المعطيات اللغوية التي يتعرض لها الطفل وعملية التدعيم ضرورية لظهور العادات اللغوية. وقد مزج Skinner بين التفكير واللغة باعتبار كليهما نوعا من أنواع السلوك البشري ولا يجوز الفصل بينهما ويميز بين ثلاث طرق يتم بها تشجيع تكرار إستجابات الكلام :

ـ **الإستجابات الترددية :** قد يستخدم الطفل إستجابات ترددية، حيث يحاكي صوتا يقوم به آخرون فيظهرون التأييد مباشرة.

ـ **الإستجابات العشوائية :** تتمثل في الطلب حيث تبدأ كصوت عشوائي وتنتهي بإرتباط هذا الصوت بمعنى لدى الأفراد الآخرين.

ـ **الإستجابات المتقنة :** تظهر فيها الإستجابة المتقنة، ويتم بإحدى الإستجابات اللفظية عن طريق المحاكات عادة في حضور الشئ.

وقد لخص بعض الباحثين الخطوات التي يتم عن طريقها إكتساب اللغة بطريقة التدعيم على النحو التالي : ـ يقوم الطفل أولاً باستخدام قدراته على إصدار أصوات مختلفة ـ يستحب

الآهل من بين تلك الأصوات التي يرونها قريبة من اللغة فيظهرون سرورهم بها - يحاول الأهل تشجيع الطفل على إعادة تلفظ تلك الأصوات - تدخل المحاكات في إسترجاع الطفل لتقليد ما يرغب الأهل في سماعه من طفلهم - يكافئ الأهل طفلهم الذي حاول أن ينطق الألفاظ (عن طريق ابتسامة، قبلة،...) - يستجيب الطفل لهذا الثواب بتكرار ما أعجب الأهل - مع مرور الوقت والتكرار يربط الطفل بين إتقان لفظ بمدلوله ومعناه، وبتالي تُكتسب اللغة شيئا فشيئا.

وبالرغم من أهمية التدعيم في إكتساب اللغة إلا أنه يبقى محدود لعدة أسباب منها : - الكلام ليس دائما محدد الهدف عند الطفل، فكيف يتم إكتساب الكلمات التي لا تتلقى دائما تدعيما؟ - هناك كلمات عديدة وجمل تشير إلى حالات خاصة في الذهن، أكثر منها إلى أشياء أو أحداث في العالم الخارجي، فكيف يتم تدعيمها إجتماعيا عندما يكون الحكم صعبا على الراشدين الذين لا يعرفون ما يدور في عقول الأطفال - كيف تُفسّر وجود كلام ناضج للتراكيب اللغوية الجديدة التي يتم تقليدها ؟

أما Watson بإعتباره من رواد المدرسة السلوكية، قدم تفسيرا للسلوك اللفظي بإعتباره شكلا من أشكال السلوك يتم من خلاله تكوين العادات، حيث تتدخل المدعمات المختلفة بين المنبهات والإستجابات لإحداث السلوك الشرطي المطلوب ودائما عن طريق قانون المثير والاستجابة، ووجود التدعيم كشرط أساسي لتثبيت السلوك، وينفي وجود الجانب العقلي ويعتبر التفكير هو بمثابة كلام الفرد لنفسه، وأن اللغة هي عبارة عن إستجابات يصدرها الإنسان ردا على منبهات ومن ثمة فهي تأخذ شكل السلوك الخاضع للملاحظة والتجريب.

وقد ذهب Pavlov إلى إعتبار اللغة عادة مكتسبة مثل العادات الأخرى التي يكتسبها الإنسان أثناء نموه من الطفولة إلى الرجولة، وقد أرجع نجاح الطفل في إكتساب اللغة إلى نوع من التدريب المتواصل، كما توصل من خلال تجاربه إلى أن اللغة تتألف من ردود فعل أو إستجابات لمؤثرات خارجية يصبح الشكل المقبول إجتماعيا منها عادة لدى الفرد عن طريق الثواب الذي يقدمه له المجتمع وعندما يتعلم الطفل اللغة بهذه الطريقة يتوصل إلى حفظ وإختزان عدد محدود من نماذج الجمل التي يمكن مدُّها وتوسيعها أفقيا بطرق مختلفة مع

الإبقاء على أساس كل نموذج منها على ما هو عليه، وعندما يتأثر الفرد بمؤثر خارجي فإنه يستجيب له بأحد هذه النماذج المخزونة عنده.

5 – أ - 2 - النمذجة والتقليد والمحاكاة Modling : يرى أصحاب المدرسة السلوكية أنه يمكن كذلك إكتساب اللغة عن طريق النمذجة والتقليد، حيث أن الحياة الإجتماعية تؤثر كثيرا على الطفل الصغير الذي يعتمد على محيطه وخاصة الوالدين للحصول على إشباعات لحاجاته الحيوية والنفسية، وأثناء عملية الإشباع يكتسب الطفل الصغير أنواع السلوك المختلفة عن طريق المحاكات، ومن أهم أنواع السلوك نجد اللغة، وتُشير معظم الدراسات إلى إنعكاس لغة الأبوين والإخوة إنعكاسا كبيرا على سلوك الطفل اللغوي، فالطفل من هذا المنظور يكتسب اللغة بمحاكات من يتعايش معهم ويصل إلى كلامهم وهذا يكون في الربع الأخير من السنة الأولى وتستمر حتى أوائل السنة الرابعة، وطبيعة المحاكات لدى الطفل في هذه الحالة تقوم على إستماعه لمن حوله من أصوات ثم يحولها إلى أصوات خاصة به، وإذا لم يتمكَّن من ذلك أظهر محاكات أوقام بختزينها ولا يُخرج بها إلا إذا كان مطمئنا على إتقانه لها. ولا تقتصر أهمية المحاكاة على نطق الأصوات اللغوية بل تتجاوز ذلك إلى إكتساب السلوك الإجتماعي السوِّي. وقد حدد العلماء مظاهروصور المحاكاة فيما يلي : - التلقائية والتي لا يقصد فيها الطفل أنه يحاكي الآخرين - الإرادية التي يقصد فيها الطفل أن يحاكي غيره - محاكاة عاجلة من غير فهم - محاكاة آجلة مصحوبة بفهم دقيق وغير دقيق.

وعلى الرغم من آن نظرية المحاكاة تفسر كثيرا نشاة العديد من الألفاظ في اللغة الإنسانية عموما ولغة الطفل خصوصا إلا إنها لا تفسر إكتساب اللغة ككل، ومما يؤخذ على هذه النظرية قيامها على الملاحظة السطحية وعجزها عن تفسير عملية المحاكاة في حد ذاتها، أي لماذا وكيف يحاكي الطفل ما يستمع إليه، ومن جهة أخرى نجد أن الطفل لا يقلد دائما ما يسمعه وذلك لعجزه عن تكرار كل الكلام الذي قد يسمعه، وبهذا فإن فكرة المحاكاة في إكتساب اللغة لا تفسر إلا إكتساب الطفل لعدد محدود من الكلمات.

5 – أ - 3 - التشكيل Shoping : هو أسلوب لتوليد سلوكيات جديدة عن طريق التدعيم الأولي لسلوكيات موجودة لدى الفرد ويتم سحب التدعيم تدريجيا من السلوكيات الأقل مماثلة

ويستعمل هذا الأسلوب في عملية إكتساب اللغة على النحو التالي : - تدعيم إستجابة تقليد الصوت التي تصدر عن الطفل - تدريب الطفل على التمييز بين مختلف الحروف - يكافأ الطفل عند إصدار الصور المطلوب ويكافأ كلما كرر ذلك - تكرار نفس العملية مع صوت أخر يشبه الصوت الذي تم تعلمه من قبل - الارتباط الشرطي ويقوم هذا المبدأ على إرتباط مثير ما بإستجابة خاصة به ويتبع بوجود تدعيم مناسب في الوقت الذي يُقرن هذا التدعيم بكلمة مناسبة ويكون الإرتباط في نفس الوقت بالكلمة المناسبة التي يمكن أن يتعلمها الطفل وتتولى الكلمات في تتابع وتناسق مكونة الجمل. وتفسر هذه النظرية كيفية إكتساب الطفل معنى الكلمات بطريقة مباشرة نسبيا، حيث ترتبط الأشياء والأفعال المختلفة في بيئة الطفل بإستجابات كلامية واضحة في ذاكرته وهذا الشكل من الإرتباط الشرطي يسمى عادة الترقيم، وتؤكد أن إكتساب اللغة يمكن فهمه بتطبيق المبادئ السلوكية للإرتباط الشرطي دون اللجوء إلى المفاهيم العقلانية. (سمير محمد سلامة،ص 125).

من أهم الإنتقادات التي وُجهت لنظرية التعلم بكل أنواعها من التدعيم، التقليد المحاكات، والتشكيل في إكتساب اللغة هي : - إهمال العلماء السلوكيون قضية المعنى في تعلم اللغة، فاللغة عندهم هي الكلام في المقام الأول، آما التفكير في معنى الكلمة وإقامة عملية ذهنية عقلية ليست ضرورية من وجهة نظرهم - إعتبار العلماء السلوكيون اللغة مجموعة من العادات التي تتكون عند الإنسان نتيجة لإستجابات متواصلة للمؤثرات الخارجية، دون حاجة إلى جهاز عقلي خاص في حين أن السلوك اللغوي للفرد لا ينبعث من الخارج فقط وإنما قد يكون داخليا أيضا ـ عملية التدعيم التي جعلها السلوكيون ركيزة أساسية لإكتساب اللغة تبقى محدودة بإعتبار أن هناك كلمات وجمل عديدة تشير إلى حالات خاصة في الذهن ولا يمكن تدعيمها إجتماعيا - تقليد الآباء ليسا شرطا لإكتساب اللغة فكثير من الدراسات بيّنَت أن الوالدين يقلدون أطفالهم أكثر مما يقلدهم الأطفال في موضوع اللغة، كما أن الأطفال كثيرا ماينطَقون ألفاظا ليست صحيحة من الناحية اللغوية ولكنها تصادف إستجابات معززة. من هنا لا يمكن رفض هذه النظرية من أساسها كتفسير لإكتساب اللغة لدى الأطفال كما أنه لا يمكن قبولها بإعتبارها الأساس الوحيد لهذا التفسير، والنظرية الإرتباطية يمكن أن تساهم في تفسير جميع ظواهر إكتساب اللغة، ولكن يمكن أن تُعزِز أهمية كل من : - العوامل البيولوجية

والحيوية وعوامل النضج - الممارسة والمحاكات السليمة بإستخدام أنواع من التدعيم - فعالية الطفل ومدى إشارته الداخلية لإكتساب اللغة. (سيد أحمد البهاص، ص 77).

5 - ب - النظرية الفطرية أو نظرية تحليل المعلومات أو النظرية العقلية النفسية :

نقصد بها ما سماه Chomsky بمصطلح القدرات أو الكفاءة اللغوية التي تعني تلك القدرة أو الموهبة الفطرية في الإنسان والتي يستطيع عن طريقها أن ينتج المفردات والتراكيب اللغوية. ويستند القائلون بفطرية اللغة إلى حقيقة مفادها أن الأطفال الذين تعلموا لغة الأم يصبحون - بسرعة كبيرة - قادرين على توليد وفهم عدد لا محدود عمليا من العبارات، وهذا يعني تدخل عوامل داخلية مهيأة لذلك، وكذا الإنتظام الذي يتبين في المراحل العامة لظهور اللغة والذي نجده من طفل لأخر، وتتكاثف هذه المراحل في طور زمني تسود فيه شروط فيزيولوجية ملائمة بوجه خاص لظهور اللغة، فثمة شيء نوعي ومحدود وراثيا يتحكم بتطور اللغة عند الطفل، إذ يمتلك في تجهيزه الفطري جهازا يتمثل فيه نظرية لغوية على درجة عالية من التعقيد. حاول Chomsky أن يفسر عملية إكتساب اللغة عند الطفل من خلال ما سماه "تحليل المعلومات" ويقصد بذلك أن ذهن الطفل يقوم بإختزال المعلومات وتحليلها والقياس عليها، ومن ثمة يستطيع من خلال سماعه لعدد محدود من الجمل تكوين ما لا يحصى منها، وهكذا نشأ الإتجاه العقلي لمواجهة الإتجاه السلوكي، حيث يرى أن كل أداء كلامي يخفي وراءه معرفة ضمنية بقواعد معينة، وتعتبر اللغة في ظل - المبدأ العقلي - تنظيما فريدا من نوعه تستمد حقيقتها من حيث أنها أداة للتفكير والتعبير، كما أن اللغة مهارة مفتوحة النهايات، وكل من يستطيع إستخدام اللغة يمكنه إنتاج وفهم جمل لم يسبق له إستخدامها أو سماعها. وتستند هذه النظرية على عدة مبادئ وأهمها ما يلي :

5 - ب - 1- الكفاءة اللغوية Compétence Linguistique : ويقصد بها الملكة التي تتكون لدى كل فرد من أفراد المجتمع والتي تمكّنه من تكوين كل ما يريد من الجمل الجديدة وهذه الملكة هي المعرفة اللغوية التي تتكون من معرفة القواعد الصرفية والنحوية، ومعرفة قواعد تحويل الجمل من صيغة إلى أخرى. ويذهب Chomsky إلى أن الفرد يعيش في بيئة لغوية معينة، يمكن أن يفهم عددا غير محدود من التغيرات الواردة بهذه اللغة حتى وإن لم يتعرض

لها بصفة مسبقة، غير أن الكفاءة اللغوية تقتضي المعرفة المفترقة بالقواعد النحوية، وإن أصبح بإستطاعة الفرد القيام بعدد من التوليدات والتحويلات لتراكيب لغوية تدل على معنى واحد.

5 - ب -2 - الميل الفطري لإكتساب اللغة : تعتبر هذه النظرية اللغة نظام معقد من القوانين غير متعلم بطُرق التعلم التقليدية، والجهاز العصبي البشري يحوي تركيبا عقليا يتضمن مفهوما غريزيا عن لغة البشر وأن الطفل السوي يكون مهيأ للكلام من الناحية البيولوجية لتعلم أي لغة بشرية بسهولة.

5 - ب - 3 - العالميات اللغوية : يشير هذا المصطلح إلى أن دراسة اللغات البشرية تشترك في عدة مظاهر أساسية وهي : - كافة اللغات لها مجموعة صوتية محددة تتمثل في الحروف السّاكنة والمتحركة، يشتق منها أعداد كبيرة من الأصوات الكلية - ما نعرفه عن لغات البشر يمكن أن نختصر تراكيبه الأصولية في ثلاثة نظم رئيسية وهي : فاعل، فعل، مفعول به - تشترك اللغات الإنسانية في أن لها تقريبا نفس العلاقات النحوية التي تشير إلى أن وظائف المفردات اللغوية تتغير بتغير موقعها في الجملة، فيتغير تبعا لذلك المعنى - الأطفال جميعا يمرون بنفس مراحل النمو اللغوي بصرف النظر عن اللغة التي يتحدثونها مثل : مرحلة الأصوات قبل اللغوية (المناغاة)، مرحلة الكلمات العشوائية، مرحلة الكلمة الواحدة، مرحلة الجملة ذات الكلمتين...الخ. (سمير محمد سلامة، ص ص 120 - 129).

إنتقدت هذه النظرية بأن ما يميز أصحابها يتمثل في الأهمية البالغة التي يولونها للفهم، حيث يرون أن التراكيب اللغوية ذاتها لا يمكن إستخدامها ما لم تكن قائمة على الفهم التام، فالفهم مهما إختلفت طرق التدريس يظل العنصر الرئيسي الهام في تعلم اللغة، ومن جهة أخرى هناك إنتقادات تعرضت لها النظرية اللغوية خاصة من جانب علم اللغة الإجتماعي أمثال Hymer الذي إنتقد مفهوم الكفاءة اللغوية. (سمير محمد سلامة، ص 123).

ج ـ النظرية البيولوجية :

يعد Lenneberg من أهم رواد هذه النظرية، فقد جمع براهين متنوعة وطورها لتدل على أن تطور اللغة يرتبط بعوامل النضج العضوي، ويتم ضمن فترة محدودة، وأن هناك خصائص بيولوجية تتوفر عند الإنسان ولا توجد عند غيره من سائر أنواع الحيوان، وبهذا يتمكن الطفل من إكتساب اللغة، وتتمثل هذه الخصائص فيما يلي :

- وجود بعض العلاقات بين اللغة الإنسانية والنواحي الفسيولوجية والتشريحية الخاصة بجسم الإنسان ومن بينها العلاقة بين اللغة وتركيب جهاز السمع والنطق، والعلاقة بين اللغة والدماغ، وبين اللغة وبعض مراكز التنسيق بين حركات العضلات الخاصة بالنطق وخاصية السيطرة على التنفس.

- خاصية الترتيب الزمني للنمو اللغوي وقد لوحظ في هذا المجال أن البدء بالنطق عند الطفل والنمو اللغوي في المراحل التالية يتبع ترتيبا زمنيا دقيقا بين جميع الأطفال على إختلاف لغاتهم فأوّل ما يتعلمه الطفل من كلام لا يتألف من مفردات اللغة، وإنما من بعض المبادئ المتعلقة بتصنيف تلك المفردات وإدراك أنماطها.

- صعوبة وقف تطور اللغة، فقد أكد Lenneberg على صعوبة كبت اللغة عند الطفل أو كبت نموها، حيث أن الأطفال لديهم قدرة فائقة من النمو اللغوي حتى في أقصى الظروف، فالأطفال الذين فقدوا بصرهم يكتسبون اللغة كالأطفال الأسوياء عدا بعض المفردات التي لا يستطيعون التعرف عليها إلا بالمس، كما أن الأطفال الذين يولدون بدون حاسة السمع تعترضهم صعوبة بالغة بالنسبة لنمو تطور اللغة الصوتية إلا أنه بالإمكان تدريبهم على اللغة المكتوبة دون صعوبة تذكر، وحتى الأطفال الذين يولدون من أمهات وآباء صم يستطيعون إكتساب اللغة بشكل عادي حتى وإن تأخر نموهم اللغوي. (حامد أحمد سعد، ص ص 61-63)

- اللغة البشرية لا يمكن تعليمها لغير البشر، حيث أكدت التجارب والدراسات اللغوية والنفسية أنه ليس لدى أي جنس غير البشر لغة ترقى إلى مستوى لغة الإنسان، وأن الخلاف بين السلوك الإنساني والحيواني فيما يتعلق بالإتصال ليس خلافا كميا وإنما هو خلافا كيفيا وليس في مقدور سائر الكائنات الأخرى تعلم لغة البشر. (حامد أحمد سعد، ص 65).

د ـ النظرية المعرفية :

إرتبطت هذه النظرية بـ Piaget الذي يرى أن نمو الكفاءة اللغوية، يأتى نتيجة التفاعل بين الطفل وبيئته، فإكتساب اللغة في رأيه ليس عملية إشراطية بقدر ما هو وظيفة إبداعية، ويفرِّق بين الكفاءة والأداء، ويرى الأداء عبارة عن تركيبات لم تستقر بعد في حصيلة الطفل اللغوية وقبل أن تكون قد وقعت نهائيا تحت سيطرة تامة وهو غالبا ما يكون تقليدا للكبار، أما الكفاءة فلا تكتسب إلا بناءا على تنظيمات داخلية تبدأ أولية ثم يعاد تنظيمها نتيجة تفاعل الطفل مع البيئة الخارجية، شأن اللغة في ذلك شأن أي سلوك آخر يكتسبه الطفل تبعا للنظرية المعرفية. وجوهرهذه النظرية هو إرتقاء الكفاءة اللغوية كنتيجة للتفاعل بين الطفل والبيئة، إذ أن كلا من الفرد وبيئته يمثلان كُلاً متوافقا، وأن مفهوم الإنسان للأشياء (كل الأشياء أو الأشخاص) التي تتجه إليها الأفعال والأفكار والمشاعر أو العكس، وكذلك أفكاره تبرز في وقت واحد مع إدراك الإنسان لنفسه، فالمظاهر الإجتماعية والنفسية والفكرية بما فيها اللغة تبدو كبيئة وتُمثِّل مجالا واحد بالنسبة للفرد وهو ما يؤثر في عملية نموه.

وقد دعم Piaget منذ بداية نظريته الأطروحة القائلة بأسبقية الجانب المعرفي وخضوع اللغة للفكر، وكان هذا التطور قائمًا أصلا في تحليله لتمركز لغة الطفل على الذات، وقام بتطوير هذا التصور في أحد مؤلفاته الذي يحتل موقعا رئيسيا في أعماله وهو "تكوين الرمز عند الطفل". فالطفل دور فعال في تعلم اللغة فهو يتعلم المفردات اللغوية والقواعد اللغوية كي يعبِّر عن تعلُّمه نتيجة الإستكشاف النشيط والفعال للبيئة والخبرات المباشرة وغير مباشرة التي يشاهدها الطفل في حياته اليومية، وفي علاقته مع الآخرين تجعله يلجأ إلى بعض الإنجازات اللغوية التي تمكنه من التعبير عن هذه الخبرات وعن تفاعله معها.

وقد أسس Piaget نظريته على أساس النمو المعرفي وتبعية اللغة للفكر، وهناك أربعة نقاط يمكن إستخلاصها من نظريته وهي : ـ منبع العمليات المنطقية سابق للنمو اللغوي ـ التفكير الشكلي للذكاء لا ينبع من اللغة ولكن من الوظيفة الرمزية (الوظيفة الرمزية تظهر قبل اللغة التي تستند إليها) ـ إكتساب القدرات اللغوية الخاصة بالتركيبات العملية لا يعني إكتساب هذه الأخيرة (اللغة لا ينتج عنها الفهم بل العكس عملية الفهم هي التي تسمح بإستغلال اللغة) ـ اللغة بصفتها طريقة للتعبير تدفع إلى تركيب العمليات الإفتراضية الحدسية (وهي مرحلة

العمليات الشكلية - المجردة) وهي مرحلة متقدمة جدا من النمو المعرفي، ويلاحظ Piaget وجود نوع من التبعية بين النمو المعرفي واللغة في هذه المرحلة.

و قد ربط Piaget بين نمو اللغة والنمو المعرفي فعندما يكوِّن الطفل مخططا معرفيا فإنه يستطيع تطبيق المدلول اللغوي عليه.

ففي المرحلة الحسية - الحركية تبدأ بذور اللغة في الظهور، حيث يتم إستدخال السلوك اللغوي في عمليات التفكير، ويقول Piaget أن اللغة يمكن أن تتطور من نهاية المرحلة الحس حركية وذلك عندما يبدأ التمثيل الداخلي للأشياء والذاكرة، وبمجرد أن يصبح الطفل قادرًا على إستخدام اللغة ليتعلم أشياء مختلفة عن العالم، فإنه يتخطى الذكاء الحس حركي حيث يتضمن إستخدام اللغة القدرة على إدراك الرموز وتقوم الكلمة مكان ما تشير إليه.

أما في مرحلة ما قبل العمليات : يرى Piaget أن الأطفال في هذا السن تواجههم صعوبة في إستخدام اللغة في الإتصال إذا كان إستخدامها لهذا الغرض يتطلب منهم القيام بدور المستمع والتكيف مع الرسالة، فالأطفال في هذه المرحلة ينغمسون في الحوار الذاتي حين يتخيلون أنهم يتحدثون إلى شخص ما وهو ما يطلق عليه الحديث المتمركز حول الذات وبمجرد أن يصبح الحديث إجتماعيا بدرجة أكبر فإن هذه الحوارات الذاتية تختفي.

ومع نهاية فترة ما قبل المدرسة يكتمل نمو اللغة من الناحية العملية وتتطور المهارات اللغوية وتصبح متناسقة ومعدة للقيام بالنطق السليم. (سمير محمد سلامة، ص 141).

من خلال العرض السابق لنظريات إكتساب اللغة نجد أن هناك إتفاقا حول أهمية مرحلة الطفولة منذ بداية الإستعداد الفطري لإكتساب اللغة حتى إعداد البيئة الاجتماعية والثقافية المحيطة بالطفل، وذلك من خلال النماذج اللغوية المختلفة والتي يتعامل معها الطفل وكذلك الإهتمام بإعداد بيئة تعليمية غنية بالمواقف والخبرات الطبيعية والإجتماعية.

نلاحظ أن مختلف النظريات السابق ذكرها تقف في مواجهة بعضها البعض على تفسير إكتساب اللغة، وقد قامت كل نظرية على إنتقاد النظرية السابقة ولم يثبت مع الوقت أن نظرية واحدة نجحت بمفردها في تفسير إكتساب الطفل للغة دون أن تظهر عليها نقائص. حيث أن كل إتجاه يتناول تفسير أحد جوانب إكتساب اللغة و يُهمل الجوانب الأخرى، إلا أنه يمكن إستخلاص ما يلي من مجموع النظريات : - أهمية عملية التدعيم الإجرائي لسلوك الطفل

اللغوي من جانب الآباء والمحيطيين بالطفل والمتمثل في أساليب معاملة الوالدين للأبناء والمساندة الإجتماعية له من المحيطيين به وهذا ما يؤكد عليه الإتجاه الأول - أهمية العوامل الحيوية من سلامة أعضاء النطق ومعدل النضج السوي الذي يساعد الطفل على إستخدام كفاءته اللغوية الفطرية التي ولد مزودا بها، وهذا ما يؤكد عليه الإتجاه الثاني - أهمية تفاعل الطفل مع البيئة التي تعيش فيها مؤثرا فيها و متأثرا بها، وأن تكون البيئة ثرية لغويا وهذا ما أدلى به الإتجاه الثالث.

خلاصة الفصل :

عملية إكتساب اللغة تدخل ضمن النمو المعرفي للطفل، والمكتسبات الأولية من مفاهيم الألوان، الأشكال، المكان والفضاء، الزمن، العدد والصورة الجسدية تدخل ضمن النمو النفسي المعرفي والنمو اللغوي، إذ بهذه المفاهيم وتعميمها يتسنى للطفل إثراء رصيده اللغوي لتصبح ملكة عليا، وفي بحثنا هذا نعتمد على هذه المفاهيم ودرجة إكتسابها لدى الطفل التوحدي ومحاولة تقويمها أو تقويم ملكته اللغوية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع
خطوات الدراسة

تمهيد :

بعد الدراسة النظرية للتوحد والنمو اللغوي والمعرفي لدى الطفل وبعد ذكر بعض ملامح اللغة لدى الطفل التوحدي، ككل دراسة وبحث علمي وبعد كل جانب نظري نجد جانب ميداني أو تطبيقي، وككل جانب تطبيقي من الضروري تقديم وتعريف مكان إجراء البحث.

تحدثنا بصفة وجيزة عن العينة العادية التي أجرينا عليه البروتوكول المصمم، ثم تطرقنا إلى عرض مجتمع الدراسة بذكر العمر الزمني بالتحديد، كذلك ذكرنا نوعية الفحص والمركز المزاول فيه، كما ذكرنا العوامل التي أخذناها بعين الإعتبار والتي لم نتقيد بها في دراستنا.

ثم تحدثنا عن منهج الدراسة فكل بحث يعتمد على منهج علمي، فيما بعد ذكرنا أدوات الدراسة بمعنى، المقابلة، الملاحظة المباشرة وبروتوكول الدراسة الذي شرحنا مبدأ تصميمه، إذ إعتمدنا على إختباري N-EEL و L2MA واللذان قمنا بتعريفهما وتقديم طريقة تصميمهما، والذي قمنا بطرحه (البروتوكول المصمم) على مجموعة من الأساتذة وذلك لإجراء ما يسمى بصدق المحكمين والتي تتكون من أساتذة جامعيين في الأرطفونيا، علم النفس العيادي، علم النفس التربوي، أساتذة في الإحصاء والمنهجية، أخصائيين على علاقة مهنية مباشرة مع الأطفال المتوحدين من أطباء مختصين في الطب العقلي للأطفال، أخصائيين أرطفونيين وعياديين وتربويين، ثم تحدثنا عن الغرض من البروتوكول المصمم. ثم قمنا بذكر لائحة البنود التي يتضمنها البروتوكول وذلك - بعرض كل بند على حدى - كيفية إجرائه مع المفحوص - الأدوات المستعملة - الأهداف والأسئلة المدرجة - كيفية التنقيط - كما ذكرنا كيفية إجراء المقابلة والإختبار.

وفي الأخير قمنا بتقديم العينة كل حالة على حدى وذلك - بذكر السن - الرتبة بين الأخوة - المدة الزمنية لمزاولة الفحص - عدد الحصص في الأسبوع ونوع حصص إعادة التأهيل، كما ذكرنا نوع التوحد الذي يقدمه حسب التشخيص الذي وضعه الطبيب العقلي للأطفال.

I - تقديم مكان إجراء البحث :

قبل إجراء البروتوكول المصمم على عينة الدراسة، قمنا بإجراءه على العينة العادية والتي يبلغ عددها مئة طفل، والتي تتراوح أعمارهم ما بين ستة وثمانية سنوات، والذين يزاولون دراستهم في السنة الأولى، السنة الثانية والسنة الثالثة من الطور الإبتدائي في مدارس إبتدائية خاصة، أين لم نواجه أي صعوبة بل حضينا بالترحيب سواء من الطاقم الإداري والأساتذة سواء من عند الأطفال، وهما مدرستي :

- مدرسة النجاح الخاصة الطور الإبتدائي الواقعة ببلدية بئر خادم (العينة العادية).

- مدرسة المثابرة الخاصة الطور الإبتدائي الواقعة ببلدية بئر خادم (العينة العادية).

بعد تحليل نتائج العينة العادية (سنذكرها في الفصل الأخير ص 101)، وبعد النتيجة النهائية الإيجابية قمنا بإجراء البروتوكول على المبحوثين في المراكز التالية :

- المستشفى النهاري، مصلحة الطب العقلي والنفسي للأطفال والمراهقين - الشراقة - (ملحقة بوشاوي سابقا) والذي يحتوي على فحوصات في التخصصات التالية : الطب العقلي للأطفال، الفحص النفسي العيادي، الفحص الأرطفوني، الفحص النفس حركي، أخصائية إجتماعية، ومجموعة من المربيين الخاصين.

- المركز الطبي البيداغوجي - حيدرة - (C.M.P) والذي يشمل على فريق من : طبيب عام، مختصين أرطفونيين، مختصين في علم النفس العيادي، مختصين في الفحص النفس حركي، مُمرضين، ومجموعة من المربيين الخاصين.

- عيادتي الخاصة الواقعة ببلدية بئرخادم والتي تشمل على أخصائية فى الأرطفونيا، أخصائية في علم النفس العيادي وأخصائية في علم النفس الحركي.

II - مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من تسعة حالات من الوسط العيادي الجزائري، يقدمون إضطراب التوحد والذين يخضعون للفحص والعلاج الأرطفوني في المراكز الطبية البيداغوجية، المستشفيات النهارية والعيادات الخاصة. وأخذنا بعين الإعتبارالعوامل التالية :

1 - عامل السن : فكان سنهم يتراوح ما بين ستة سنوات وشهر وثمانية سنوات وشهر.

2 - العامل اللغوي : أُخذ بعين الإعتبار أن تكون كل الحالات :

- كلها حالات شفهية أي تتكلم، فهناك حالات توحد لا نجد لديها الكلام لكن لديها الفهم، كما توجد حالات ليس لديها لا كلام ولا فهم.

- كل الحالات تستعمل (تتحدث وتفهم) اللغة العربية في محيطها العائلي، إذ أن البروتوكول المصمم يستدعي اللغة العربية، فنجد حالتين تتدحثان إلا اللغة العربية، و ستة حالات أخرى بالإضافة إلى اللغة العربية تتحدث اللغة االفرنسية، أما المفحوص الأخير يتحدث إضافة إلى اللغة العربية نجد اللغة القبائلية واللغة الفرنسية.

3 - عامل المتابعة العلاجية : كل المفحوصين يزاولون المتابعة الأرطفونية، النفسية العيادية، النفسية الحركية، والطبية العقلية للأطفال. فيجب من متابعة علاجية لتمكين الحالة من التأقلم الإجتماعي وهو من بين أهداف الدراسة.

4 - عامل الجنس : لم نأخذ بعين الإعتبار هذا العامل، فشاءت الصدفة أن تتكون العينة من بنت واحدة وثمانية ذكور (ربما هذا راجع كما ذكرنا سالفا في الجانب النظري لمدى تفشي الإضطراب ص 23 ، إلى أن إضطراب التوحد يُصيب الذكور أكثر من الإناث، 5 ذكور لأنثى واحدة).

5 - العامل الثقافي : لم يُؤخذ بعين الإعتبار، فهو لا يخدم موضوع دراستنا، وكما ذكرت الباحثة الإنجليزية Uta Frith أن التوحد يصيب كل الأعراق وكل الأوساط الإجتماعية، فلا لغة ولا مستوى ولا قارة له.

III - منهج الدراسة :

المنهج المتبع في الدراسة هو المنهج العيادي التجريبي، إذ نقوم في هذا البحث بدراسة حالة، كما نجد عنصر الوصف، فبطبيعة الحال وجوب وصف المقابلة مع الأولياء من خلال الملاحظة المباشرة، كذلك وجوب وصف سلوك وإيماءات المفحوص أثناء الحصة الأولى وأثناء حصص الإختبار.

IV - أدوات الدراسة :

1 - المقابلة العيادية والملاحظة المباشرة : بما أننا بصدد دراسة حالة فوجوب المقابلة العيادية، أين إستعملنا مسجل الصوت بعدما أن أخذنا إذن الأخصائية المسؤولة عن الفحص، وإذن الأولياء.

2 - تصميم بروتوكول : إرتأينا إلى تصميم بروتوكول يخدم موضوع البحث "تقييم الرصيد اللغوي لدى الأفراد التوحديون من خلال مفاهيم المكتسبات الأولية الذين يبلغ سنهم ما بين ستة وثمانية سنوات"، وذلك من خلال الفهم الشفهي للتعليمة وتنفيذها، وعدد التعليمات هي أربعة : - التسمية - التعيين - الإعادة - إعطاء جملة.

وقد صممنا البروتوكول إستنادا على منهجية بعض بنود إختباري :

1 - N-EEL : Nouvelles épreuves pour l’examen du langage
2 - L2MA : Batterie : langage orale, langage écrit, Mémoire, attention.

2 - أ - المهام المأخوذة من إختباري N-EEL و L2MA :

- تعريف إختبار N-EEL : هو إختبار للأطفال يتراوح سنهم ما بين 3 و 8 سنوات، والمنجزة من طرف C.C.Muller و M.Plaza مع M.Tigoard و S.Fournier عام 2001. وهو يسمح بإختبار مجموع العناصر الشكلية للغة سواء الإستقبالية (réceptif) أو التعبيرية (expressif).

ويتناول الأبعاد التالية : - الإنتاج الفونولوجي - الوعي الفونولوجي - التعبير – الفهم - الذاكرة. وقد إعتمدنا في هذا الإختبار على البند رقم 11 (التعبير الشفوي والتسمية) ولكن لم نتقيد بالمحتوى، فإستعننا فقط بالمبدأ.

- **تعريف إختبار L2MA :** وهو إختبار للأطفال يتراوح سنهم ما بين 8 و 11 سنة، صمِّم من طرف C.C.Muller و A.M.Simon مع S.fournier. وهو إختبار يقيس القدرات والصعوبات التي يتلقاها الطفل في السن الدراسي - الإضطرابات الخاصة بإكتساب اللغة الشفوية، وهو يصف الصعوبات والنقائص ودرجة خطورتها.

ويتناول الأبعاد التالية : - اللغة الشفوية - اللغة المكتوبة - الذاكرة - الإنتباه. ونحن تقيدنا إلا بمبدأ اللغة الشفوية.

2 - ب - صدق المحكمين : وضعنا بنود البروتوكول بإستشارة بعض الأخصائيين الأرطفونيين والنفسانيين والتربويين، إذ لاحظوا أنها وسيلة ناجعة للتقرب وإثارة إنتباه هذه الفئة. وإحتاج البروتوكول إلى صدق الحكمين، فقد صُحح ونُقد من طرف لجنة من المحكمين تتكون من أساتذة ودكاترة في التخصصات التالية : الأرطفونيا - علم النفس اللغوي - علم النفس الإكلينيكي - علم النفس التربوي والمدرسي - الإحصاء والقياس النفسي - الطب العقلي ومربيين مختصين، والذي حضي بالقبول مع بعض الإنتقادات التي أخذناها بعين الإعتبار والتي قمنا بتصحيحها (قمنا بذكر الإنتقادات وتصحيحها في الملحق رقم 1 ص).

2 - ج - أهداف وأبعاد الإختبار : الهدف الذي نطمح إليه والذي يتضمنه هذا البروتوكول هو تقييم اللغة الشفوية والقدرات اللغوية الشفوية أثناء وضعيات إتصالية مختلفة، وذلك من خلال الأبعاد التالية :

1 - تقييم الفهم الشفوي، أي فهم التعليمة وتنفيذها.

2 - تقييم اللغة الملفوظة، سواء كانت جمل أو مقاطع أو أصوات وذلك من حيث الأثر الصوتي والمعنى الدلالي.

3 - تقييم إنتاج اللغة من حيث الإعادة والتكرار، حجم الكلمة أو المقطع المعاد، أي الوعي والإنتاج الفونولوجي.

4 - تقييم المعنى من حيث أداء الوظيفة الإرسالية، أي أنّ المضمون يتوافق مع الطلب.

2 - د - تقديم لائحة البنود المدرجة في البروتوكول : لتناول أبعاد الإختبار أدرجنا أربعة بنود : - أسئلة بسيطة - الصورة الجسدية - مفردات الحياة اليومية - المكتسبات الأولية.

وكل ما سنتناوله في هذه البنود الأربعة سيكون من خلال : - أسئلة مباشرة - التسمية - التعيين - الإعادة - إعطاء جملة مفيدة.

البند الأول : أسئلة بسيطة :

أ - الأدوات المستعملة : - مسجل صوتي - ورقة الأسئلة.

ب - الأهداف :

- محاولة إقامة علاقة حوارية مع الطفل للتقرب منه.

- التمكن من معرفة نوعية رصيده اللغوي.

- معرفة نوعية فهمه الشفهي للأسئلة.

- ملاحظة مدى إستقرار سلوكه.

ج - الأسئلة : نقوم بطرح مجموعة من الأسئلة البسيطة بالعربية الدارجة.

1 - ما اسمك ؟

2 - ما اسم أخوك أو أختك ؟

3 - مع من جئت هذا الصباح ؟

4 - مع من ستذهب هذا المساء ؟

5 - ماذا سنفعل الآن نلعب أو نذهب إلى الساحة ؟

6 - مع من تحب اللعب ؟ (أحد الأصدقاء في القسم).

7 - ماذا يوجد وراء الكرسي ؟

8 - ماذا يوجد فوق الطاولة ؟

9 - ماذا يوجد في يدي ؟

10 - ما إسم السيدة ؟

د - طريقة التنقيط : يكون بإدراج النقط التالية : 2 - 1 - 0.

النقطة 2 : تكون للإجابة الصحية، سواء كانت مباشرة أو بالمساعدة، لكن دون تشويه لفظي.

النقطة 1 : تكون عند نطق صوت أو حرف من الكلمة، لكن الحرف يجب أن يكون مطابق.

النقطة 0 : إذا لم يكن هنالك أيُ رد فعل.

البند الثاني : الصورة الجسدية :

أ - الأدوات المستعملة :

- لوحة للصورة الجسدية تتضمن : - الرأس - الصدر - البطن - الفحذين - الساقين - الرجلين - الكتفين - الذراعين - اليدين.

- لوحة لأعضاء الوجه : تتضمن : - الوجه - الشعر- العينين - الفم - الأنف - الأذنين.

- مسجل صوتي.

ب - الأهداف :

- فهم اللغة الشفهية للتعليمة.

- إستيعاب الصورة الجسدية.

- إمكانية وعي بأعضاء الصورة الجسدية وتسميتها.

- إمكانية لفظها بالمساعدة والتكرار.

ج - طريقة الإلقاء :

- نضع لوحة أمام الطفل وصور لأجزاء الصورة الجسدية ويكون تقديمها بصفة مبعثرة.

- نطلب من الطفل تسمية الصورة أو الجزء.

- إن لم يجب نحاول مساعدته بإعطاء الحرف الأول (Ebauche Orale).

- إن لم يكن هناك رد فعل نعطي الكلمة للطفل ونطلب منه إعادتها.

د - التعليمة : يكون لفظها بالدارجة وتكرارها عند الضرورة.

1 - أرني ؟

2 - ماذا نفعل به (بها) ؟

3 - أين هو (هي) ؟

ه - التنقيط : يكون بإدراج النقط التالية : 2، 1، 0.

النقطة 2 : تكون للإجابة الصحيحة، سواء كانت مباشرة أو بالمساعدة، لكن يجب إعادتها بصفة صحيحة أي الكلمة كاملة دون تشويه.

النقطة 1 : تكون عند نطق صوت أو حرف من الكلمة، لكن هذا الحرف يكون مطابق لأحد حروف الكلمة.

النقطة 0 : إذا لم يكن هنالك أيُ رد فعل.

البند الثالث : مفردات الحياة اليومية :

أ - الأدوات المستعملة : وتكون على شكل أدوات (إن أمكن) ثم الصور.

- أدوات الحياة اليومية : - ملعقة - كأس - سكين - صحن - فرشاة أكل - دمية - سيارة - طائرة - مشط - كرة - سرير- منزل - هاتف - طاولة - كرسي.

- الحيوانات : - عصفور - قط - كلب - كبش - سمكة.

- النباتات : - وردة - برتقال - موز - تفاح - عنب.

- اللباس : - سروال - قميص - تنورة - حذاء - قبعة.

- مسجل الصوت.

ب - الأهداف :

- الحصول على قدر ممكن من ألفاظ الطفل.

- مدى معرفة الطفل للأدوات البسيطة المستعملة في الحياة اليومية.

- مدى فهم الطفل لمعناها وفائدتها.

ج - طريقة الإلقاء : ويكون بتقديم الأداة ثم الصورة ونطلب من الطفل تسميتها ثم العثور عليها بالتعيين. وفي مرحلة ثانية يكون بتقديم الأدوات بصفة مبعثرة لكي لا ينتبه إليها الطفل.

د - التعليمة : وتكون لفظها بالدارجة ، والإستعانة ببعض الإشارات.

1 - ما هذا (هذه) ؟

2 - أين هو (هي) ؟

3 - ماذا نفعل به (بها) ؟

ه - التنقيط : يكون بإدراج النقط التالية : 2، 1، 0.

- النقطة 2 : تكون للإجابة الصحيحة، سواء كانت مباشرة أو بالمساعدة، لكن الإعادة تكون بنطق صحيح.

- النقطة 1 : تكون عند اللّفض بصوت أو حرف من الكلمة ،و لكن هذا الصوت يكون مطابق لأصوات الكلمة سواء كان الحرف في البداية أو في الوسط أو في النهاية.

- النقطة 0 : وتكون إذا لم يكن إصدار أي صوت وأي رد فعل.

البند الرابع : المكتسبات الأولية :

أ - الأدوات المستعملة والمفاهيم المدرجة :

- قريصات لتمثيل الألوان : - الأخضر - الأحمر - الأصفر - الأزرق.

- الأشكال : - مربع - مثلث - دائرة - مستطيل - معين.

- صور تمثل الأرقام والأعداد : من 1 إلى 9.

- صور لتمثيل مفاهيم الزمن والمكان : - تحت - فوق - أمس - غدا - أمام - وراء - خارج - داخل.

ب - الأهداف :

- تمكن الطفل من الإنتباه.

- قدرة الطفل على التسمية أوالتعيين أوإعادة ما يقوله الفاحص.

- مدى إمكانية الطفل من فهم أدوات الحياة اليومية، مفاهيم الصورة الجسدية، مفاهيم الزمن والفضاء، مفهوم العدد.

- مدى قدرة الطفل على إستعمال هذه المفاهيم سواء في الإستعمال اليومي، أو في الإستعمال اللغوي، أو من حيث الإكتسابات.

ج - طريقة الإلقاء : ويكون بإعطاء المفاهيم (اللون، الشكل، الأعداد، مفاهيم المكان والزمن) ونطلب من الطفل تسميتها ثم تعيينها ونستعين ببعض الأدوات.

د - التعليمة :

1 - ما أسمها ؟

2 - أين هي ؟

ه - التنقيط : ويكون بإدراج النقط التالية :2، 1، 0.

النقطة 2 : تكون للإجابة الصحيحة في التسمية، في التعيين وفي الإعادة مباشرة.

النقطة 1 : يكون عند نطق بعض حروف الأصوات ويجب أن تكون مطابقة لأصوات الكلمة.

النقطة 0 : إذا لم يكن إصدار أي صوت.

2 - ه - طريقة إجراء الإختبار :

- كان حضوري بصفة دائمة مع الأخصائي الأرطوفوني أو النفسي أثناء قيامه بالمقابلة العيادية التي تدوم 45 دقيقة حتى يتعوّد الطفل على وجودي وتدخلي من حين إلى آخر، حتى التقبل الكلي، إذ كان الأخصائي يخرج ويترك لي المجال لإجراء الإختبار.

- كان إجراء بنود الإختبار في أربع حصص مختلفة سنذكرها لاحقا.

- إحترمت تقديم البنود كما هي موضحة في تقديم لائحة البنود.

- تركنا الطفل يلعب بما يشاء (أداة يأخذها من الخزانة حيث تعوّد مع الأخصائية على ذلك).

- بعد 5 دقائق نقوم بإستدعاء الطفل إلى الجلوس ونطلب منه بكل رفق وضع اللعبة على الجانب، وإن رفض نطلب منه أن يجلس واللعبة أمامه حيث يكون مقابلا لنا.

- الحديث بصوت منخفض.

- إنتظار مدة 30 إلى 60 ثانية لكي يعطي لنا الإجابة.

- إعادة السؤال 3 مرات إن لم تكن هناك إجابة في المرة الأولى محاولة مساعدة الطفل بالحرف الأول.

الحصة الأولى : قمنا بطرح الأسئلة العامة وتقديم الصورة الجسدية.

الحصة الثانية : قمنا بتقديم صور 30 مفردة الحياة اليومية حسب التصنيف، ثم إدخالها في جملة (ماذا نفعل بها).

الحصة الثالثة : قمنا بإستخدام مفاهيم المكان (تحت - فوق - وراء - أمام - بجانب - خارج داخل). ثم أدرجنا مفهوم الألوان من خلال التسمية والتعيين ثم الإعادة. بعد ذلك قدمنا مفهوم الأشكال من خلا التسمية والتعيين ثم الإعادة.

الحصة الرابعة : طلبنا من الطفل ترتيب الأعداد من 0 إلى 9. ثم طلبنا منه الربط بين العدد و الرقم (البطاقات). وفي الأخير قمنا بإعطاء الطفل سلسلة من 4 صور وطلبنا منه ترتيبها تسلسليا ثم تسميتها (وصفها) وإيجاد العلاقة بينها.

بعد القبول الذي حضي به الإختبار من طرف المحكمين، قمنا بإجراءه على عينة أطفال لا يعانون من أي إضطراب، تشمل 100 طفل يبلغون من العمر ما بين 6 - 8 سنوات متمدرسين في مدارس خاصة في السنة الأولى والثانية إبتدائى.

V - عينة الدراسة - تقديم الحالات :

ملاحظة : لإحترام هوية المفحوصين لم أقم بذكر إسم المفحوص أو موقع المؤسسة أو العيادة الخاصة أو المدرسة أن يُتابع الطفل، و لم أذكر إن إستطاع الطفل ذكر إسم أحد أفراد عائلته أو المختصة التي يكون معها في الفحص.

الحالة الأولى :

أ- ل : يبلغ من العمر سِتُ سنوات و خمسة أشهر، هو بكر لأختين، يزاول الفحص الأرطفوني في عيادة خاصة منذ أربعة أشهر حصتين في الأسبوع، كما يزاول فحص مع الأخصائية النفسية مرة في الأسبوع، ومع أخصائية الطب العقلي للأطفال مرة في الشهر. أما

بقية الأيام فهو مدمج في مدرسة خاصة في قسم الطور التحضيري. واللغة المستعملة في المنزل هي القبائلية والعربية والفرنسية. شُخِّص على أنه يقدم نوع من التوحد الخفيف.

الحالة الثانية :

ح - ج : يبلغ من العمر سِتُّ سنوات وثلاثة أشهر. يحتل المرتبة الثالثة بعد أخت كبرى وأخ. يزاول المتابعة مع الأخصائية في الطب العقلي للأطفال منذ سن الثانية وخمسة أشهر مرة كل شهرين، والمتابعة النفس حركية منذ سن الثالثة مرتين في الأسبوع، ومع الأخصائية الأرطفونية منذ سن الثالثة و أربعة أشهر كذلك مرتين في الأسبوع. يمتاز بالإفراط الحركي وعدم الوعي بالخطر. لديه لغة متطورة وهو في الطور التحضيري. اللغة المستعملة في المنزل هي اللغتين الفرنسية والعربية، وشُخص من طرف المختصة في الطب العقلي للأطفال على أنه يقدم الإضطراب الإجتياحي للنمو غير المحدد.

الحالة الثالثة :

ل - أ : يبلغ من العمر سِتُّ سنوات وتسعة أشهر، يحتل المرتبة الثانية بعد أخ أكبر وأخت صغرى، يزاول الفحص الأرطوفوني منذ سن الرابعة وذلك حصتين في الأسبوع والفحص النفسي مرة في الأسبوع. والفحص النفسي حركي منذ سن الخامسة، حصة في الأسبوع، وهو مدمج في قسم خاص السنة أولى وحسب الأخصائية النفسية والأرطوفونية يقدم نوع من التوحد الخفيف.

الحالة الرابعة :

ع - ب : يبلغ من العمر سبع سنوات وتسعة أشهر. يحتل المرتبة الثانية بين شقيقتين، يزاول فحص الطب العقلي للأطفال منذ سن العامين وستة أشهر حصة في كل شهر والفحص النفس الحركي حصة في الأسبوع، والفحص الأرطوفوني منذ سن الثالثة حصة في كل أسبوع والفحص النفسي منذ سن الرابعة حصة في كل أسبوعين، يزاول الدراسة في قسم مدمج في السنة الأولى، اللغة المستعملة في المنزل هي العربية والفرنسية. شُخص من طرف المختص في الطب العقلي للأطفال على أنه من نوع التوحد ذات المستوى العالي.

الحالة الخامسة :

ش - ن : يبلغ من العمر سبع سنوات وشهر، يأتي في المرتبة الثانية بعد أخت كبرى ويزاول فحص الطب العقلي للأطفال منذ سن الرابعة و نصف حصة في الشهر، أما الفحص الأرطوفوني والنفسي منذ سن الخامسة حصة في الأسبوع، أدمج في قسم خاص سنة أولى، اللغة المستعملة في البيت هي العربية. شُخص على أنه يقدم إضطراب التوحد من النوع المتوسط ذات قدرات يمكن تحسينها.

الحالة السادسة :

أ - ح : يبلغ من العمر سِتُّ سنوات وستة أشهر، هو الثالث بعد أخوين، زاول الفحص النفسي منذ سن الثالثة مرة في الأسبوع أما الفحص الأرطوفوني والنفس حركي منذ سن الرابعة والفحص عند مختص الطب العقلي والعصبي للطفل منذ سن الخامسة، اللغة المستعملة في المنزل العربية والفرنسية، يزاول الدراسة يومين في المستشفى النهاري ويومين في المدرسة سنة أولى قصد الإدماج. شُخص على أنه يقدم إضطراب إجتياحي للنمو غير المحدد.

الحالة السابعة :

ر - ب : تبلغ من العمر سبعة سنوات وشهر وهي البنت البكر لأختين، تزاول فحص الطب العقلي للأطفال منذ سن الرابعة حصة في الشهر والفحص الأرطفوني منذ سن الخامسة حصة في الشهر وأُدمجت في السنة الأولى قسم خاص. واللغة المستعملة في المنزل العربية والفرنسية، شُخصت على أنها تقدم إضطراب التوحد ذات الذكاء العالي.

الحالة الثامنة :

ز - ت : يبلغ من العمر سِتُّ سنوات وثلاثة أشهر وهو الإبن الوحيد، يزاول الفحص عند مختص طب العقلي للأطفال منذ سن الرابعة حصة في الشهر، أما الفحص الأرطفوني حصة في الأسبوع منذ سن الخامسة. اللغة المستعملة في المنزل هي الفرنسية والعربية. أدمج في

مدرسة عادية في الفترات الصباحية في السنة الأولى من التعليم الأساسي. شُخص على أنه يُقدم توحد خفيف.

الحالة التاسعة :

ج - ز : يبلغ من العمر سبع سنوات وأحدى عشرة شهر، يحتل المرتبة الثانية بعد أخت وأخ، يزاول الفحص عند مختص الطب العقلي للأطفال منذ سن الرابعة وستة أشهر حصة في الشهر، وعند المختصة الأرطفونية منذ سن الخامسة حصة في الأسبوع، يزاول الدراسة في السنة الثانية في مدرسة عادية في الفترات الصباحية فقط، شُخص على أنه يُقدم إضطراب في التوحد من نوع Aspeger .

خاتمة الفصل :

بعد عرض الحالات التسعة لفئة التوحديين التي قمنا بدراستها في هذا البحث، و بعد عرض البروتوكول المصمم لتقويم رصيدهم اللغوي في أماكن يعتادون عليها، وبعد شرح كيفية إجراء الإختبار، وكيفية تنقيطهم، وبتقديم مكان و ظروف مجريات البحث، نصل إلى تقديم وعرض وتحليل النتائج المتوصل إليها، والتي تفرض نفسها في الفصل الرابع.

الفصل الخامس

عرض وتحليل النتائج

تمهيد :

في كل دراسة وبعد كل إختبار يستلزم علينا عرض النتائج، ففي الفصل الرابع والأخير نتطرق إلى تقديم نتائج كل حالة على حدى، فنجد الأجوبة على كل بند، ثم نقوم بتحليل إجابات المفحوص تحليلا كميا ثم تحليلا كيفيا. كما ذكرنا ووصفنا بدقة سلوك وانفعالات المفحوص أثناء كل حصة وحول كل بند، إذ هذا ما أثرى علاقاتنا وتفاعلنا مع الطفل المتوحد، وهي تعتبر بمثابة محصول ثري لرصيدنا الإكلينيكي الأرطفوني. ثم أتينا بإستنتاج عام حول الإختبار المُقام على الحالات التسع، وذلك بالتحليل الكمي العام والتحليل الكيفي العام والذي بهما أثبتنا صحة الفرضيات المصاغة.

I - عرض نتائج الحالات في الإختبار :

1 - الحالة الأولى (أ - ل) :

1 - أ - تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%80
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%66	%79	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%91		%43
المكتسبات الأولية	%65	%97	%100	
المجموع	%77	%83	%100	%61

1 - ب - سلوك المفحوص الأول (أ - ل) أثناء الحصص : كان سلوك المفحوص هادئ من النوع الغائب أحيانا يتهرب من النظر، كان يمل لأنه يحب الإستعمال اليدوي، وقف ونهض من الكرسي ثلاث مرات، أخذ مُسجِّل الصوت وقام بقلبه عدة مرات، كان ينظر إلى الخزانة لأنه يعرف مكان تخزين الأدوات، أعاد تكرار كلمة (أعطيني) والإشارة بالأصبع إلى الخزانة. ثقيل الحركة في تنفيذ التعليمة خاصة الإشارة إلى منطقة في جسمه، إذ كان يستغرق وقتا في النضر إلى المرآة ليس النظر إلى الجسم بل كان يغيس في النضر وكأنه لا ينظر في

المرآة. شعر بالملل عند وصولنا إلى بند المفردات اليومية خاصة عند طلب إعطاء جملة لأنه يجد نفسه أمام صعوبة في التعبير ولا يريد أن يقدم أكثر، كانت الحصة مُتعبة ونجد عدم التركيز وعدم الإهتمام. أما عند تقديم قطع الأشكال فكان منبهرا بالأشكال والقريْصات خاصة الأعداد، واستعملتُ طريقة الإبتزاز وذلك إن قام بأداء التعليمة سواء التسمية أو التعيين تركت له القطع لمدة معينة، وفي تنفيذ التعيين أو تسمية مفاهيم المكان والزمن فكان المفحوص في غاية التفاعل إذ أراد أن ينجح في إيجاد البطاقات والنظر إليها بتمعن.

1 - ج - التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الأولى : عموما سلوك الطفل يمتاز بالهدوء، لم يستعمل حركات قولبية، كان نظره متهرب، ولم يكن عدواني، تنفيذ التعليمة كان سريع مما يجعلنا نفسر فهم التعليمة وهو شيء روتيني بالنسبة للطفل لأن الأم تعيد هذه الأسئلة حسب توجيهات الأخصائيين. فنجد نسبة نجاح المفحوص في تعليمة التعيين إجاباته تفوق 80% في كل البنود سواء في تعيين أعضاء الجسم والوجه أو تعيين المفردات اليومية أو تعيين المكتسبات الأولية ومفاهيم المكان والزمن. أما في تعليمة التسمية فهي تفوق 77% أما في تعليمة إدخال أو تكوين جملة فنجدها تفوق 60% وهي نتائج ضعيفة مقارنة لما ننتظره في تقديم البنود. كلامه كان مفهوم دون إضطراب نطقي، لكن ذات طابع نغمي جد بطيء وغنائي، ولم يُكوّن جملة واكتفى على الرد بكلمات. أما في بند الصورة الجسدية والوجه كان الطفل بطيء الحركة إذ يتصف بالبلادة الحركية وكان هناك نوع من الخلط في تعيين أجزاء جسمه فيما يخص الكتفين والذراعين. أما في بند تسمية وتعيين مفردات الحياة اليومية فأجاب الطفل على أغلبية الكلمات، لكنه لم يفدنا بجملة، إذ إستعمل إلا الفعل وكان يتهرّب من الإختبار لأنه لا يحب وضعيات الفشل خاصة التي تتطلب اللغة. أما بند المبادئ الأولية المدرسية فكان سريع وجد مسلّي لما يتضمنه من إجابات بديهية لديه. أما مفاهيم المكان والزمن فكان هناك نوع من الإرتباك والتكرار فلم يستطع القيام بالوضعية المُرادة، ولكن كانت سهلة التعيين في الصور ونفسر هذه النتائج أن الطفل لم يكتسب بعد هذه المفاهيم بجسمه ولم يجرّدها ليتم تعميمها.

2 - الحالة الثانية (ح - ج) :

2 - أ - تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%80	%82	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%100
المكتسبات الأولية	%71	%87	%100	
المجموع	%83	%89	%100	%100

2 - ب - سلوك المفحوص (ح - ج) أثناء الحصص : كان الطفل كثير الحركة رغم جلوسه في مكانه، يقوم بأرجحة رجليه وكل جزئه العلوي في حركة، فيلتوي بجسمه ويلتفت في كل الأنحاء ويلعب بأي شيء يجده على الطاولة ويحاول إسقاطه لكي ينهض، وكان يطرح الكثير من الأسئلة، لكنها أسئلة تكرارية قولبية. إستغرقنا وقتا طويلا في بند الصورة الجسدية وأجزاء الوجه، لأن الطفل كثير الحركة ويثير إنتباهه أي صوت أو حركة، كما نجد لديه نوعا من عدم الثقة والتردد، إذ عند تنفيذ التعليمة يوجّه نظرات تدل على التساؤل. أما في الحصة التي قدمنا له صور المفردات اليومية فكان الطفل يأخذ الصور ويقوم بخلطها ورميها والضحك عندما يراها متطايرة، ونفس السلوك قام به عندما قدمنا له القطع إذ أنه أراد أخذ القطع فهي أدوات تستغويه. كان الطفل أكثر هدوءا مقارنة مع الحصص السابقة لأنه لم يجلس مباشرة عند الدخول إلى الغرفة، كان إهتمامه أكثر وإنتباه أحسن للتعليمات التي ينجزها في الفضاء، قمنا بإعادة التعليمة عدة مرات لأنه كان بطيء في الإنجاز وينتظر دائما عبارات الوجه التي تدل على إستحسان أو عدم إستحسان ما يقوم به.

2 - ج - التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الثانية : كان سلوك الطفل عموما كثير الحركة والكلام، كانت نتائجه في تعليمة التسمية أكثر من 80% أما النتائج في تعليمة التعيين فكانت 89 % في بند المكتسبات الأولية، أما في المبادئ الأخرى فكانت أكثر من 85 % ، أما النتائج في تكوين الجملة فهي بالتقريب 100%. الطفل يفهم التعليمة في معظم البنود لكن كنّا

نعيد التعليمة ثلاث إلى خمس مرات لقلة الإنتباه وعدم التركيز فهو كثير الحركة، وكان رده تلقائي على الأسئلة المباشرة وتسمية المفردات وإعطاءه جملة مفيدة. اللغة المستعملة لديه يغلبها التكرار، سواء تكرار التعليمات أو تكرار إجاباته، وهذه التكرارات لا تخرج عن السياق. المفحوص يُقدم نوعا من الإضطرابات النطقية كعدم النطق السليم للحروف التصفيرية ( ) ( )، قلب الحروف الشجرية ( ) ( )، كما تمتاز اللغة بالطابع المفخم والأنفي للصوت.

3 - الحالة الثالثة (ل - أ) :

3 - أ - تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%60	%60	%46	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%58
المكتسبات الأولية	%55	%86	%12	
المجموع	%71	%82	%29	%79

3 - ب - سلوك المفحوص (أ - ل) أثناء الحصص : كان سلوك المفحوص هادئ ولكنه من النوع الصّعب الدّخول في علاقة مع الآخر، فكان يتهرب من النظر يربع يديه على صدره ويضع رأسه على ذراعيه. بعد مرور وقت من الزمن يدخل في العلاقة ويبدأ في التفاعل والإجابة على الأسئلة والنضر إلى الفاحص وطلب المساعدة بكلمة أو جملة قصيرة،لديه رد فعل نمطي وهو أخذ شيء صغير بين السبابة والإبهام وتحريكه في حركة دائرية. في بند الصورة الجسدية كان يتحرك ويُنفّذ التعليمة بطريقة بطيئة ميكانيكية ويتردد في الإشارة إلى المنطقة المرادة، نفس السلوك في تمرين أخذ صور مفردات الحياة اليومية أو أخذ القطع ووضعها في مكانهان وإن لم يجد موضعها يقوم بتدويرها في أصابعه، ولكنه ينتبه للصور، ونجد لديه الإنتباه المزدوج (النظر والحركة)، لم نكن بحاجة إلى تكرار التعليمة فمدة الإنجاز

كامت قصيرة. أراد اللعب بالقطع فوجدنا صعوبة في إكمال تنفيذ التعليمات لأنه إنشغل في تحريك القطع. وكان يهتم بتنفيذ التعليمة أثناء الصور المقدمة له في بند المبادئ الأولية ومفاهيم المكان والزمن.

3 - ج - التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الثالثة : إجابات المفحوص كانت صحيحة فيما يخص بند الأسئلة المباشرة، فكان يمُدنا بكلمات لها معنى. وفي تنفيذ تعليمة التعيين تحصل على نسبة 71 % وهذا راجع إلى البطء والتّردد في التنفيذ، أما تعليمة التسمية فتحصل على نسبة 82 % إذ كان يتفوّه بكلمة لا أكثر لكنها صيحة وفي محلها، ففي تعليمة إعطاء جملة تحصل على نسبة 79 % إذ ليس لديه جمل طويلة ولا ثراء في المفرداتن ووجدنا صعوبة في تعليمة الإعادة إذكانت النسبة 20 % ولم يرد الإعادة معي وأبدى سلوك الرفض. لم نجد صعوبة في فهم التعليمة لديه، فهو ينتبه لما يجري في الحصة، ماعدا سلوك القوقعة في بداية كل حصة، كان يقدم كلمات أو جملة قصيرة من كلمتين أو ثلاث كلمات ولكن إستعمال أدوات الربط لم يكن في محلها. لغته مقطعية يغلبها طابع الإدغام وتشبه اللغة المستعملة في الرسوم المتحركة، يقدم عدة إضطرابات نطقية، قلب حرف ما بين الشفتين ليصبح سني شفوي(/)، والحروف الحنكية (/)، والحروف السنية الشفوية (/). وليس لديه الرصيد الكافي للدخول في حوار إذ نلاحظ إجاباته روتينية ولا يحاول الإثراء.

4 - الحالة الرابعة (ع - ب) :

4 - أ - تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%100	%100	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%100
المكتسبات الأولية	%100	%100	%100	
المجموع	%100	%100	%100	%100

4 - ب - سلوك المفحوص (ب - ع) أثناء الحصص : الطفل كثير الحركة وهو جالس، له ردود أفعال تكرارية كالنسف بين الأصابع والتأرجح في كل الإتجاهات، سريع الإجابة إذ لم نجد صعوبة في إعطاء وتنفيذ التعليمات، لديه نوع من التكرارية أثناء التسمية. أثار إنتباهه لعبة تكوين مجسمات في بداية الحصة، فكان من الصعب علينا إستثارته، فقدمنا له اللعبة وحددنا له مدة خمسة دقائق من الزمن وأخذنا منه اللعبة بعد المدة المحددة فتقبل الوضعية. وأكثر البنود مرحا للمفحوص عند إعطاء القطع إذ أخذ الأشكال والقريصات وبدأ يشكل أشكال هندسية ورسومات. أما قطع الأرقام فكان يشكل بها تواريخ سواء تاريخ اليوم الميلادي أوالهجري، أو أعياد ميلاد أفراد عائلته وحتى الأقارب أو تاريخ المناسبات الوطنية. كما كان مهتم بالصور إذ كان دقيقا في وصفه.

4 - ج - التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الرابعة : كان المفحوص في غايةِ الإرتياح في التعامل مع البنود، لم نجد صعوبة في الفهم لديه ولا في الأداء رغم سلوكاته النمطية، إذ أنه تحصل بالتقريب 100 % في كل تعليمات الإختبار سواء في الأسئلة أو في التسمية أو في التعيين أو في إعطاء جملة ، ففي الأسئلة المباشرة كان يجيب مباشرة بكلمة أو بجملة قصيرة. ونجد تكوّن الصورة الجسدية لديه، فبالإضافة إلى تنفيذ التعليمة السريع في الجسم واللوحة فقد قام بتشكيلها بقطع الأشكال والألوان. أما تنفيذ تعليمة التسمية كانت جد سهلة له واستمتع بإعطاء تكرارات المترادفات والأضداد، كما كان سريع في تنفيذ تعليمة التعيين. أما تكوين الجملة فكان رصيده اللغوي جد ثري، فكان يسمي في ثلاث لغات، العربية والفرنسية والإنجليزية، وصعوبته تكمن في تكوين جملة طويلة، فكان يتردد في الإدلاء العفوي. لم يقدم أي إضطراب نطقي لكن سيولة لفظه جد سريعة أدت إلى بلع بعض الأصوات، كما أن نغمة لفظه سريعة ومرتفعة نوعا ما من حيث الشدة، وجمله تخرج عن سياق الموضوع في بعض أحيان.

5 - الحالة الخامسة (ش - ن) :

5 - أ - تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%100	%100	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%100
المكتسبات الأولية	%100	%100	%100	
المجموع	%100	%100	%100	%100

5 - ب - سلوك المفحوص (ش - ن) أثناء الحصص : ما يثير الإنتباه لأول وهلة عند المفحوص هو النظر الثاقب لديه لكن كأنه نظر فارغ، أحيانا نلاحظ لديه لحظات غياب، كما نجد لديه سلوك نمطي وهو ضرب القدمين على البلاط ، وهو يعلم بسوء سلوكه إذ وهو يقوم بالسلوك ينظر إلينا ويقول ( )

كما نلاحظ لديه نوع من فقدان الثقة والتردد والنظر في الفاحص إن كان يستحسن أو لا، ففي كل مرة يتساءل (أو) بنفس الحركات النمطية.

5 - ج - التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الخامسة : إمتاز سلوك المفحوص بالأفعال النمطية لإثارة الفاحص وانتظار ردة فعله، كذلك نجد لديه نظرات الإستفهام التي لا تفارقه، إلاّ أنه كان سريع في تنفيذ التعليمة فلم يتطلب علينا الإعادة إلاّ في ما يخص إعطاء جملة، فلاحظنا لحظات غياب لذا قمنا بإستحضاره وإعادة التعليمة له، وكانت نتائجه في الإختبار تقارب 100 %، وبالرغم من النسب العالية للمفحوص إلاّ أننا نصف لغته بالمحدودة، فيعطينا فقط الكلمة المطلوبة أو جملة قصيرة. لا نجد صعوبة في فهم التعليمة، لكن نجد البطء في تنفيذها نظرا للتردد وعدم الثقة وانتظار إستحسان الفاحص. ويمتاز كلامه بالإنفجاري ذات النغمة الإستفهامية، وعدم وجود إضطرابات النطق لديه، جمله جد قصيرة من كلمتين أو ثلاث كلمات، ووجود جمل تكرارية من نوع الأمر بالنفي وهي جمل أدلاها الراشد للمفحوص للكف عن السلوكات النمطية السلبية كالصراخ وضرب القدمين على البلاط.

6 ـ الحالة السادسة (أ ـ س) :

6 ـ أ ـ تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%60	%79	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%100
المكتسبات الأولية	%86	%86	%100	
المجموع	%82	%88	%100	%100

6 ـ ب ـ سلوك المفحوص (أ ـ ن) أثناء الحصص : يمتاز سلوكه بنمطية التأرجح يمين / يسار ، ضرب الكفين دون إحداث صوت ، الصراخ بصوت حاد ورقيق ومفاجئ. كنت أُعيد التعليمة عدَّة مرّات، إذ لديه لحظات غياب، كما نجد لديه إعادة الكلمات أو الجمل (سواء تعليمات الراشد أو تنبيهات الأولياء écholalie différée) والإمساك بوجه الفاحص والنظر إليه. أما في بند الصورة الجسدية فكان إن لم يقدر على التعيين في جسده إنحنى برأسه إلى الركبتين، ويدخل في رطانة تكرارية وإن لم يقدر التنفيذ على اللوحة فينحني برأسه تحت الطاولة، إذ لديه ردود أفعال متعددة، وعدم الصمت (jargon) دون أن نفهم ما يقوله. كان يأخذ البطاقات ويقوم بقلبها لإثارة الفاحص، وهو سلوك روتيني، كما يقوم بإصدار أصوات الحيوانات، الإعادة المملة للكلمة التي يقولها رغم إستحسان الفاحص، وإن سمع صوت الآذان واصل معه النغمة، وكان يأخذ القطع ويضربها فيما بينها أو على الطاولة لإحداث مقاطع نمطية.

6 ـ ج ـ التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة السادسة : هناك نوعا من البطء في فهم التعليمة وكأن الطفل لا يميز الأصوات الصادرة فهناك نوع من البطء في تنفيذ التعليمات راجع إلى عدم الإنتباه والإفراط الحركي ووجود لحظات الغياب. ففي تعليمة التسمية نجد نسبة نجاحه في البنود الأربعة 82% ، أما تعليمة التعيين نجد 88% ونسبة نجاح في تكوين جملة 81 % ، وبالرغم من النَسب المرتفعة في أداء اللفظ لكننا نجد أنها يغلب عليها طابع

التكرار والإعادة والرطانة ولكنها في محلها ولا يوجد خروج عن الموضوع، كما نجد ثراء الدلالات والكلمات ولكن ليس من حيث تكوين جملة صحيحة. ولا يمكن أن نتحدث عن إضطراب نطقي لأن الأصوات التي يقلدها ليست ثابتة، فنصف الإضطراب اللغوي بتأخر الكلام إذ نجد الحذف والقلب في الكلمة وعدم الإستعمال الصحيح لأدوات الربط، أما الإيقاع فكان نغمي ذو طابع خاص. وفي كل الحصص لم يتوقف المفحوص عن إصدار أصوات أو تكرارات ولو لبضعة ثوانٍ وتصف المربية الخاصة بالطفل هذه الأصوات بالإسهال اللفظي، كلامه ذو إيقاع ونغمة خاصة تغلبها طابع الإستفهام.

7 ـ الحالة السابعة (ر ـ ب) :

7 ـ أ ـ تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%100	%100	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%56
المكتسبات الأولية	%87	%100	%100	
المجموع	%95	%100	%100	%78

7 ـ ب ـ سلوك المفحوص (ر ـ ب) أثناء الحصص : يمتاز سلوكها بعدم إرادة الدخول في تفاعل وإرادة البكاء إن تحدث أحد معها، لا تنظر إلى الشخص إلا بعد مرور بعض دقائق، تحب النظر في الغرفة من حولها رغم إعتيادها على المكان، ولا نلاحظ لديها سلوك نمطي، ولا تثبّت مطوّلا النظر إلى الشخص المقابل لها، إذ أنها تتهرب من نظرات الآخرين، وتحب إدخال أصابعها في شعرها.

7 ـ ج ـ التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة السابعة : سهولة التعامل مع البنت فلا تبدي أي رفض لتنفيذ التعليمة، إذ تحصلت على 95 % فيما يخص تعليمة التسمية وعلى 100 % بالتقريب في تعليمة التعيين أما تكوين جملة فكانت النسبة 100 % ، فكانت تهتم بالصور والألوان وعدم النظر في الفاحص وإن حدث ذلك فإنه لطلب إرجاع الصورة، ففي عنصر

تكوين الجملة أبدت نوعا من الغضب ولم ترد مواصلة التعليمة، كما كانت تمتاز بسرعة الأداء واللعب بالأرقام لتكوين مجموعات وإن قمنا بنزع القطع فإنها تغضب وتنبطح على الكرسي. أبدت نوعا من الإنزعاج لعدم فهمها لمفهوم الأمس والغد ، وتأخرت كثيرا أمام المرآة إذ تقوم بحركات عشوائية أمام المرآة إذ تحب أن ترى جسمها في حركة. ولم تستغرق وقتا في تنفيذ التعليمة، أفعالها النمطية ليست ظاهرة للعيان، ولا نجد لديها تكرارات أو رطانة. وهي تقدم إضطراب نطقي الحروف السنية اللسانية (/) والحروف الحلقية (/)، وليس لديها جمل طويلة فللإجابة تستعمل الأفعال، نجد لديها كلام ذات إيقاع، حتى نبرة الصوت نجدها نغمية.

8 ـ الحالة الثامنة (ز ـ ت) :

8 ـ أ ـ تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%100	%100	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%56
المكتسبات الأولية	%100	%100	%100	
المجموع	%100	%100	%100	%82

8 ـ ب ـ سلوك المفحوص (ز ـ ت) أثناء المقابلة : كان سلوك المفحوص يمتاز بنوع من الإغتياظ ويتهرب من نظرات الفاحص، لا نجد لديه سلوكات نمطية لكن نجد لديهم لحظات من غياب أو ضحك بدون سبب، كما نلاحظ كثرة الرطانة (jargon)، وإن سألناه عما يقول يخفي رأسه، كان جد منتبه للتعليمات ويشرد إن لم يكن هناك تعليمة للتنفيذ، كما كان سريع التنفيذ .

8 ـ ج ـ التحليل الكيفي والكمي للحالة الثامنة : لم يجد المفحوص صعوبة في تنفيذ التعليمة ولم يستدع الأمر تكرارها إلا فيما يخص تكوين جملة، ففي تنفيذ تعليمة التسمية وتعليمة التعيين تحصّل بالتقريب على 100 %، أما تكوين جملة فتحصل على 82 % لكنها لم تكن

جمله ثرية بل كانت قصيرة. وبالرغم من الإجابات الصحيحة للمفحوص إلا أن لغته محدودة فلا يستعمل مفردات أو جمل طويلة، ولا نلتمس في ألفاظه إضطراب نطقي أو لفظي، كان يتحدث بصوت منخفض، وإن لم تكن هناك تعليمة حركية أو لفظية نجده يدخل في كلمات غير مفهومة.

9 ـ الحالة التاسعة (ج ـ ز) :

9 ـ أ ـ تقديم النتائج :

	التسمية	التعيين	الاعادة	اعطاء جملة
أسئلة مباشرة				%100
الصورة الجسدية وأجزاء الوجه	%100	%100	%100	
مفردات الحياة اليومية	%100	%100		%100
المكتسبات الأولية	%100	%100	%100	
المجموع	%100	%100	%100	%100

9 ـ ب ـ سلوك المفحوص (ج ـ ز) أثناء الحصص : كان المفحوص كثير الحركة أثناء الحصص فغالبا ما يجلس، فكان ينهض ويفتح الباب ويخرج وينبطح في البلاط لكي لا يدخل إلى القاعة، ويطلب دائما أن يرى أمه ويقول فقط كلمة بنغمة إستفهامية ( ). لم نجد صعوبة في تقديم التعليمات أو في تنفيذها بل الصعوبة تكمن في ما بعد التعليمة فهو سريع التنفيذ لا يترك لنا الوقت لتهيئة الإنجاز المقبل. لديه بعض السلوكات النمطية كطأطأة الرأس التي تظهر عند القلق والارتباك ، كما نجد الرطانة بأسلوب غنائي، كما نجده يستعمل كثيرا اللغة الإنجليزية كما نجد لديه نوبات ضحك دون معنى.

9 ـ ج ـ التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة التاسعة : المفحوص كان جد هادئ أثناء الفحص، أحيانا يتكلم لوحده باللغة الانجليزية. لم نجد صعوبة في تقديم وتنفيذ التعليمات فكان المفحوص سريع التنفيذ في التسمية أو التعيين سواء في بند الصورة الجسدية وأجزاء الوجه فكان مستمتعا في هذه الحصة، وفي بند مفردات الحياة اليومية فكان يتمعن ويدقق بالصور ويعطي مرادفات وأضداد الكلمات والجمل، أما بند المبادئ الأولية ما قبل مدرسي ومفاهيم

المكان والزمن. إستغرق وقتا طويلا في الأشكال وتشكيل مجسمات، يمتاز كلامه بالهادئ والصوت الخافت. لا توجد لدى المفحوص صعوبة في فهم التعليمات المقدمة لكننا أعدنا تقديمها لأنه يستغرق وقت في إعطاء العديد من الكلمات وأحيانا يغيس ويضيع في دوامته. رغم النتائج الإيجابية إلاّ أنَّ كلامه محدود يمتاز بكلام مقطعي ونغمي، ولا يقدم إضطراب نطقي، كما أن شدة الصوت لها تذبذبات مختلفة فنجده مرتفع أحيانا ومنخفض أحيانا.

II - الإستنتاج العام :

1 - التقييم الأدائي والسلوكي :

من خلال النتائج المتحصل عليها للحالات التسع في تطبيق الإختبار، نجد أن أغلبية المتوحدين ليس لديهم صعوبة في فهم التعليمة ولا في تنفيذها وإن كانت في بعض الأحيان بطيئة التنفيذ فهذا راجع إلى الأفعال النمطية والتكرارات والرطانة التي تتصف بها المجموعة. ففي بند الإجابة على الأسئلة المباشرة نجد نسبة 97 %، وهذا يدل على أن الأطفال يعُون بمحيطهم وعائلاتهم ولكن هذا لا يدل على الإستقلالية. أما في تنفيذ تعليمة التسمية نجد نتيجة الأطفال تحصلوا على 85 % في بند تسمية أجزاء الصورة الجسدية وأجزاء الوجه وهذا يدل على إكتساب مفهوم الصورة الجسدية لديهم، كذلك وعيهم بجسدهم في الفضاء ما عدا وجود خلط في مفهوم (الكتف والذراع أو الفخذ والساق)، وهذا الخلط نجده أيضا عند تقديم الإختبار للعينة العادية. أما تسمية مفردات الحياة اليومية فتحصلوا على نتيجة 99 % وهي نسبة جد إيجابية ولكن تدل أيضا على التعبير الآلي للمفحوصين أي مثير- إستجابة أو سؤال - إجابة أو صورة - كلمة، فلا يمكن أن يسمي المفحوصين الكلمة من تلقاء أنفسهم بدون الصورة مثلا إذا قلنا (شكل كروي ونلعب به). أما تسمية المبادئ الأولية فلاقى إستحسان من طرف المفحوصين التي هي إجابات بديهية سهلة بالنسبة لهم فتحصلوا على نسبة 88 %، ففي تسمية الأشكال سموا جميع الأشكال ماعدا الأرقام والأعداد التي لم تكتسب عند الحالة الثانية والثالثة. أما في تعليمة التعيين فكانت النسبة ب 98 % في تعيين أجزاء الجسم والوجه سواء على الجسم أو على اللوحة، وهذا يدل على ما قلنا سالفا- اكتساب مفهوم

الصورة الجسدية في الفضاء - ولكن ليس بصفة كلية إذ يُلاحظ في حركيتهم عدم التناسق (وهذا موضوع آخر يستدعي دراسة و مبادرة أخرى). وفي تعيين مفردات الحياة اليومية فتحصلت المجموعة على 100 %، وهذا يدل على الإتصال الآلي مثير - إستجابة - صورة بصرية وصورة سمعية ← إستجابة). أما تعيين المكتسبات الأولية تحصلت على 93 % أما مفاهيم الزمن والمكان فتحصلت على 97 %، فنلاحظ أن الأطفال يفضّلون تعليمة التعين أكثر من تعليمة التسمية، إذ نطلب منهم تنفيذ تعليمة حركية وليس أداء لفظي. أما تعليمة الإعادة ففي كل البنود تحصلوا على نتيجة أكثر من 80 % إلا الحالة الثالثة التي تحصلت 46 % إذ أن الطفل لا يحب إعادة ما يقوم به من قبل ولا اللعب بلعبة لعب بها من قبل. أما تعليمة إعطاء جملة فكانت صعبة نوعا ما عند المفحوصين يغلبها طابع تكرار التعليمة، وهذا راجع إلى إعطاء مفردات عديدة كما في الحالة الرابعة والتاسعة التي تقدم توحد ذو مستوى عالي من الذكاء الذي يكمن أن يتطور.

2 - التقييم اللغوي :

- كانت مفردات المفحوصين صحيحة من حيث المعنى الدلالي، إذ نجد عند بعض الحالات الثراء من حيث المفردات كما هو الحال في الحالة الثانية والرابعة والتاسعة.

- أما نسبة إعطاء الجمل فكانت فقيرة من حيث الجمل المركبة والطويلة، فكانت جمل قصيرة تؤدي وظيفة الإجابة على السؤال دون التوسع فلا تحتوي على التشبيه كما يحدث عند الحالات العادية.

- نجد عند المجموعة نوعا من الرطانة خاصة عند الحالة الثامنة والتاسعة، وذلك في أوقات إنتظار تعليمة أخرى ليس أثناء الاختبار.

- تقدم العينة إضطرابات نطقية ونغم مقطعي، كما نجد إضطرابات صوتية من حيث الشدة والإيقاع عند كل الحالات.

- لا نجد عند العينة خروج من الموضوع من النوع الذهاني.
- لا نجد لديها سلوكات عدوانية أو أسلوب الإيذاء والإيذاء الذاتي.

- لا نجد سلوك عدم الإحترام أو تجاوز الحدود إلا عند الحالة التاسعة التي تخرج أثناء الحصة من القاعة وذلك للبحث عن أمه والذي هو مصدر ثباته واستقراره.

ومن خلال عرض نتائج المفحوصين نصل إلى الإستنتاج الذي يثبت صحة الفرضيات التي مفادها أن الاطفال المتوحدين يكتسبون مفردات الحياة اليومية والمكتسبات الأولية ويستعملونها في حياتهم اليومية حسب أغراضهم وحاجاتهم الخاصة، كما يمكن تقييم هذه المكتسبات التي تختلف من طفل لآخر، والتي تدفع بالأخصائيين إلى تنميتها وتطويرها لتسهيل التعامل مع هاته الشريحة وتسهيل إندماجهم في شتى المجالات.

الخاتمة

خاتمة :

الطفل التوحدي يمتاز بغرابة السلوك وصعوبة الفهم ولكن كل فرد توحدي لديه وسيلة للتفاعل أو الدخول في علاقة مع المحيط إذ لديه حاجات ورغبات فيزيولوجية وبيولوجية مثل الأكل والشرب والنوم والنظافة، ومتطلبات إنفعالية نفسية، فإن لاحظنا بدقة سلوك الفرد التوحدي فإننا نجد لديه نوع من إثارة الإنتباه إليه، هذه الإثارة تظهر على شكل سلوك إنعزالي أو قولبي أو تكراري حتى الألفاظ والنغمات نجدها قولبية أو تكرارية لكن هذه الألفاظ والنغمات ليست فطرية بل إكتسبها لأنها أثارت إنتباهه أو تشبع رغباته.

وإن توصل الطفل إلى إكتساب المكتسبات الأولية كما ذكرناه في النتيجة والتي أثبتنا فيها صحة الفرضيات التي تقول أنه بإمكان الطفل التوحدي إكتساب مفردات حياته اليومية والمبادئ ما قبل مدرسية وبالتالي إستعمالها حسب متطلباته، فمن الممكن الدخول في علاقة إتصالية مع الطفل من خلال أوّلا لفت إنتباهه إلينا بتبسيط تعليماتنا له، وهو الشيء الذي يسمح لنا بإمكانية تقييم وتقويم رصيده اللغوي والذي في النهاية يسمح لنا بمساعدته في إثراء ألفاظه تدريجيا ثم تدخل هذه الألفاظ في جمل مفيدة ولو بسيطة وذلك يحفّزه على التواصل مع الآخرين، والعكس صحيح فإن المحيطين به كذلك يحالون التفاعل معه ويتفهّمون أن لديه طريقة إتصالية مختلفة عن المحاكاة اليومية.

وتلعب المكتسبات الأولية دورا هاما في تعميم معلوماته وتسمح له بإتباع مسار تعليمي خاص بوتيرته الخاصة في الإكتسابات. إلا أنّه لا يمكن القول أنه سيكون مثل الأطفال الآخرين إذ أن الصعوبة في الإتصال اللفظي حتى الكتابي إن توصّل الي التخفيض من حيث شدتها، فإنّ الآثار تبقى إذ أنّ الفرد التوحدي يمكنه قراءة كتاب لكن من الصعب عليه أن يفهم الفكرة الأدبية أو الدخول في خيال لإثراء أو تصور خاتمة أخرى لهذا الكتاب، كما لا يمكنه إيجاد الأفكار الرئيسية والتعبير عليها بطلاقة أوإستعمال أسلوبه الخاص. وهذا ما نأمله في دراسات مستقبلية لمحاولة تسليط الضوء والدراسة بعمق نوعية إكتساب ونمو اللغة لدى فئة المتوحدين.

المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية :

1 - إبراهيم محمود بدر. 2004. الطفل التوحدي : تشخيص وعلاج. القاهرة : المكتبة الأنجلو مصرية.

2 - إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات. 2004. التوحد. الجامعة الأردنية : دار وائل للطباعة والنشر.

3 - توما جورج خوري. 2005. سيكولوجية النمو عند الطفل والمراهق ط 2. لبنان : المؤسسات الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

4 - حامد زهران، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة ط5 . 1990. القاهرة : عالم الكتب.

5 - حلمي خليل. 1986. اللغة والطفل. بيروت : دار النهضة العربية.

6 - سعد جلال. 1986. في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية. القاهرة : دار الفكر العربي.

7 - سمير محمد سلامة شاش. 2006. علم نفس اللغة ط 1. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

8 - سيد أحمد البهاص. 2007. سيكولوجية اللغة وإضطرابات التواصل ط 1. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية القاهرة.

9 - صالح شيخ كمر. 1996. الجوانب الطبية النفسية للتخلف العقلي في الطفولة. الجزائر: دار الهدى.

10 - عادل عبد الله محمد. 2004. الإعاقات العقلية. القاهرة : دار الرشاد، سلسلة ذوي الإحتياجات الخاصة.

11 - عادل عبد الله محمد. 2002. الأطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية ط 1. القاهرة : دار الرشاد.

12 - عبد المنعم مصطفى. 1992. الأمراض العصبية والنفسية والإسراف بالأدوية والمخدرات ط 1. بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

13 - عماد عبد الرزاق. 1987. الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها. عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع.

14 - محمد سلامة آدم وتوفيق حداد. 1973. الجزائر : علم نفس الطفل ط 1. الجزائر.

15 - محمد علي كامل. 2003. الأوتيزم، الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج. مصر : مركز الإسكندرية للكتاب.

16 - نبيل عبد الهادي وآخرون. 2007. تطور اللغة عند الأطفال ط 1. الأردن : الأهلية للنشر و التوزيع.

- (www.quassimodu.gov.sa/educ/showthreat) 17

- (www.ahewar.org.org/debat/show.art.asp?) 18

- (www.alukah.net/netweb/khedr) 19

قائمة المعاجم باللغة العربية :

20 - معجم مصطلحات علم النفس. 1998. خالد نور الدين، عبد المجيد سالمي. القاهرة : دار الكتاب المصري، القاهرة.

21 - المنهل، قاموس عربي فرنسي ط 20. 1998. بيروت : دار الآداب، بيروت.

قائمة المراجع باللغة الفرنسية :

22 -Ajuriaguerra, J. 1980. Manuel de psychiatrie de l'Enfant, paris : Masson.

23 -Bruno Bettelheim. 1970. La forteresse Vide. France : Gallimard traduction.

24 - Canoui,P. Messerchmit,P. Ramos,O. 1994. Révision accélérée en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Maloin. Paris.

25 - Pierre Ferrary . 1999. l'Autisme infantile 1er ed. Algerie : OPU.

26 - Uta Frith. 1996. L'Ennigme de l'Autisme 2éme ed. Paris : Odile Jacob.

27 - Michel Gayda. Serge Lebovici. 2000. Les Causes de l'Autisme et leur traitement Paris : Harmattan.

28 - Gosmier, J. et All. 1982. Les voies du langage. Paris : Dunod.

29 - Pascal Lenoir. l'Autisme et le trouble de développement psychologique. Paris : Masson.

30 - Borel Maisonney. Les troubles du langage de la parole et de la voix chez l'enfant. Paris : Masson.

31 - Marie de Maistre. 1968. Déficience mentale et langage Paris : Jean Pierre de Large ed.

32 - Philippe Mazet. Didier Houzel. 1994. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris. Maloin.

33 - Chevrie Muller, C. Narbona,J. 2000. Langage de l'Enfant, Aspect Normaux et Pathologiques. Paris : Masson.

34 - Roger Perron. 1985. Genèse de la personne. France : PUF.

35 - Pialoux. et All. 1975. Précis d'Orthophonie. Paris : Masson.

36 - Randal, J, A. 1999. Manuel de psychologie l'enfant. Belgique : Mardaga.

37 - Randal, J,A. and All. 1998. Trouble du Langage, diagnostic et rééducation. Belgique : Pierre Mardaga.
38 - Randal, J, A. and All. 2003. Trouble du langage, Bases Théoriques, diagnostic et rééducation. Belgique : Mardaga.
39 - DSM IV- tr. 2008. Paris : Masson, Paris.

قائمة المعاجم باللغة الفرنسية :

40 - Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. 1998. Jacque Postel. Paris : Larousse, Paris.
41 - Dictionnaire d'Orthophonie 1997. Frederique Brin. and All. France : Ortho Edition.
42 - Dictionnaire Critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. 2005. Berlin : Doin.
43 - Le Larousse Médical. 2009. Paris : Larousse, paris, 2009, 1113 p.
44 - Psychologie. 2004. David G Mayers. Paris : Flammarion, Paris.

الملاحق

ملحق رقم 1 : جدول يبين إنتقادات وإنطباعات أساتذة صدق المحكّمين.

إسم الأستاذ	الإختصاص، الجامعة أو المركز الذي ينتمي إليه	الإنتقادات و الإنطباعات	التصحيح
د بدرينة	دكتور في علم النفس التربوي والمدرسي أستاذ بجامعة الجزائر 2	عمل جيد يمكن تطبيقه	لاشيئ
د براهيمي	دكتورة في الأرطفونيا وأستاذة بجامعة الجزائر 2	لمذا تصميم بروتوكول بما أنه يوجد إختبارات تقيس اللغة	توضيح عدم وجود إختبارات تقيس اللغة عند فئة التوحد وأن البروتوكول المصمم مستوحى من إختبارات تقيس اللغة
د درقيني	دكتورة في الأرطفونيا وأستاذة بجامعة الجزائر 2	عمل جيد يمكن أخذه كمرجع	لا شيئ
د أجراد	دكتور في علم النفس العيادي وأستاذ بجامعة الجزائر 2	عمل ممتاز من قبل أخصائية أرطفونية	لا شيئ
د مسيلي	دكتور في علم النفس العيادي وأستاذ بجامعة الجزائر 2	عمل مقبول	لا شيئ
د باشن	دكتور في علم النفس العيادي وأستاذ بجامعة الجزائر 2	عمل جيد، تساؤل عن طرح الأسئلة و التعليمات باللغة العربية الفصحة	توضيح أنه لغرض تقديمه أمام لجنة التحكيم ، التعليمات مقدمة حسب لغة الطفل.
د أمالي	دكتور في الإحصاء وأستاذ بجامعة الجزائر 2	عمل مقبول	لا شيئ
د دوقة	دكتور في الإحصاء وأستاذ بجامعة الجزائر 2	لا شيئ	لا شيئ
د أوصديق	دكتورة في الطب العقلي، رئيسة مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد في متناول الأطفال المتوحدين و الفريق المختص	لا شيئ
د مجهودة	دكتورة في الطب العقلي، مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد في متناول الأطفال المتوحدين و يساعد الفريق المختص	لا شيئ
د ولد طالب	دكتور في الطب العقلي، رئيس مصلحة الطب العقلي للأطفال دريد حسين	عمل ممتاز يمكن التقيد به و أخذه كوسيلة للتقرب من فئة المتوحدين	لا شيئ
السيدة زناد	دكتورة في علم النفس العيادي وأستاذ بجامعة الجزائر 2	عمل مقبول	لا شيئ
السيدة قاسيمي	أخصائية أرطفونية مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد من قبل أخصائية أرطفونية	لا شيئ
السيدة مباركي	أخصائية أرطفونية مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد من قبل أخصائية أرطفونية	لا شيئ
السيدة حواسين	أخصائية نفسية عيادية مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد من قبل أخصائية أرطفونية	لا شيئ
السيدة رباحي	أخصائية نفسية عيادية مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد من قبل أخصائية أرطفونية	لا شيئ
السيدة نسيمة	أخصائية تربوية	عمل جيد	لا شيئ

	مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة		
السيدة نصيرة	أخصائية تربوية مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد	لا شيئ
السيدة نعيمة	مساعدة اجتماعية مصلحة الطب العقلي للأطفال الشراقة	عمل جيد	لا شيئ
السيد علي بن علي	أخصائي في علم النفس العيادي جمعية SARP المركز الطبي البيداغوجي برج الكيفان	عمل جيد مع توصيات بتوخي الحذر عن تقديم الإختبار	لا شيئ
السيدة لينى	أخصائية تربوية المركز الطبي البيداغوجي حيدرة	عمل جيد	لاشيئ
السيدة سهام	أخصائية تربوية المركز الطبي البيداغوجي حيدرة	عمل جيد	لاشيئ
السيد بن قطاف	أخصائي أرطفوني المركز الطبي البيداغوجي حيدرة	عمل جيد من قبل أخصائية أرطفونية	لاشيئ
السيد طاطا	أخصائي تربوي المركز الطبي البيداغوجي حيدرة	عمل جيد من قبل أخصائية أرطفونية	لاشيئ

ملحق رقم 2 : جدول يوضح نتائج العينة العادية (100 طفل) في الإختبار.

البنود		النسب المؤوية للعينة العادية
الأسئلة المباشرة		%100
الصورة الجسدية	التعيين على الجسم	%95
	التعيين على اللوحة	%97
	التسمية	%95
	الإعادة	%100
مفردات الحايات اليومية	التسمية	%100
	التعيين	%100
	إدخال في جملة	%100
المبادىء الأولية	التسمية	%98
	التعيين	%98
	الإعادة	%100
مفاهيم المكان و الزمن	التسمية	%97
	التعيين	%98
	الإعادة	%100

ملحق رقم 3 : تقديم نتائج الحالة الأولى (أ - ل) (6.5)

الحالة 1 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		1
		2
		0
		2
		2
		1
المجموع: ع.أ 10	ع.إ 9/10	ن 16/20
النسبة المؤوية:		%80

الحالة 1 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	0	1		0	2
الصدر	1	2		2	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	0	2		0	2
الساقين	1	1		0	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	1	1		0	2
الذراعين	0	1		0	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع	22/30	26/30		20/30.	30/30
النسبةالمية	% 73	% 86		%66	%100

الحالة 1 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		1
كأس		2	2		1
سكين		2	2		1
صحن		2	2		1
فرشاة		2	2		1
دمية		1	2		1
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		0
مشط		2	2		1
كرة		2	2		1
سرير		2	2		2
منزل		2	2		0
هاتف		2	2		1
طاولة		2	2		0
كرسي		2	2		1
عصفور		2	2		2
قط		2	2		0
كلب		2	2		0
كبش		2	2		0
سمكة		2	2		1
وردة		2	2		0
برتقال		1	2		1
موز		2	2		1
تفاح		1	2		1
عنب		0	2		1
سروال		2	2		1
قميص		2	2		1
تنورة		2	2		0
حذاء		2	2		1
قبعة		2	2		2
المجموع		55/60	60/60		26/60
النسبة المؤوية		%91	%100		%43

الحالة 1 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		2
مثلث		2	2		2
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		0	0		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		2	2		2
رقم 5		2	2		2
رقم 6		2	2		2
رقم 7		2	2		2
رقم 8		2	2		2
رقم 9		2	2		2
المجموع		34/36	34/36		36/36
النسبة المؤوية		%94	%94		%100

الحالة 1 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		1	2		2
تحت		1	2		2
أمام		1	2		2
وراء		1	2		2
داخل		1	2		2
خارج		1	2		2
أمس		0	2		2
غدا		0	2		2
المجموع		6/16	16/16		16/16
النسبة المؤية		%36	%100		%100

ملحق رقم 4 : تقديم نتائج الحالة الثانية (ح - ج) (6.3)

الحالة 2 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع 10	10	20/20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 2 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	2	2		2	2
الصدر	2	2		2	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	2	1		0	2
الساقين	2	1		0	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	2	1		2	2
الذراعين	1	1		0	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع: 15	29/30	26/30	24/30	24/30	30/30

انسبة المؤوية	%96	%86	%80	%80	%100

الحالة 2 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		2
كأس		2	2		2
سكين		2	2		2
صحن		2	2		2
فرشاة		2	2		2
دمية		2	2		2
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		2
مشط		2	2		2
كرة		2	2		2
سرير		2	2		2
منزل		2	2		2
هاتف		2	2		2
طاولة		2	2		2
كرسي		2	2		2
عصفور		2	2		2
قط		2	2		2
كلب		2	2		2
كبش		2	2		2
سمكة		2	2		2
وردة		2	2		2
برتقال		2	2		2
موز		2	2		2
تفاح		2	2		2
عنب		2	2		2
سروال		2	2		2
قميص		2	2		2
تنورة		2	2		2
حذاء		2	2		2
قبعة		2	2		2
المجموع: 60		60	60		60
النسبة المؤوية		100 %	%100		%100

الحالة 2 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		2
مثلث		2	2		2
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		0	2		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		0	0		2
رقم 5		0	0		2
رقم 6		0	0		2
رقم 7		0	0		2
رقم 8		0	0		2
رقم 9		0	0		2
المجموع 32		22	24		32
النسبة المؤوية		%68	%75		%100

الحالة 2 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		2	2		2
تحت		2	2		2
أمام		2	2		2
وراء		2	2		2
داخل		2	2		2
خارج		2	2		2
أمس		0	2		2
غدا		0	2		2
المجموع 16		12	16		16
النسبة المؤوية		%75	%100		%100

ملحق رقم 5 : تقديم نتائج الحالة الثالثة (ل - أ) (6.9)

الحالة 3 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

لتعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع: 20		20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 3 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	0
الرقبة	0	0		0	0
الصدر	0	0		0	0
البطن	2	2		2	0
الفخذين	0	0		0	0
الساقين	0	0		0	0
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	0	0		0	2
الذراعين	0	0		0	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع 30	18	18		18	14

النسبة المؤوية	%60	%60		%60	%46

الحالة 3 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		1
كأس		2	2		1
سكين		2	2		1
صحن		2	2		1
فرشاة		2	2		1
دمية		2	2		1
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		1
مشط		2	2		1
كرة		2	2		1
سرير		2	2		2
منزل		2	2		2
هاتف		2	2		1
طاولة		2	2		2
كرسي		2	2		1
عصفور		2	2		1
قط		2	2		0
كلب		2	2		0
كبش		2	2		2
سمكة		2	2		1
وردة		2	2		1
برتقال		2	2		1
موز		2	2		1
تفاح		2	2		1
عنب		2	2		1
سروال		2	2		1
قميص		2	2		1
تنورة		2	2		2
حذاء		2	2		1
قبعة		2	2		2
المجموع 60		60	60		35
النسبة المؤوية		100 %	%100		%58

الحالة 3 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		0
مثلث		2	2		0
مربع		2	2		0
مستطيل		2	2		0
معين		0	2		0
الأحمر		2	2		0
الأصفر		2	2		0
الأخضر		2	2		0
الأزرق		2	2		0
رقم 1		2	2		0
رقم 2		2	2		0
رقم 3		2	2		0
رقم 4		2	2		0
رقم 5		2	2		0
رقم 6		0	0		0
رقم 7		0	0		0
رقم 8		0	0		0
رقم 9		0	0		0
المجموع 36		26	28		0
النسبة المؤوية		%72	%77		%0

الحالة 3 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		2	2		0
تحت		2	2		0
أمام		2	2		0
وراء		2	2		0
داخل		2	2		0
خارج		2	2		0
أمس		0	2		1
غدا		0	2		1
المجموع 16		12	16		2
النسبة المؤوية		%75	%100		%12

ملحق رقم 6 : تقديم نتائج الحالة الرابعة (ع - ب) (7.9)

الحالة 4 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع 20		20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 4 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	2	2		2	2
الصدر	2	2		2	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	2	2		2	2
الساقين	2	2		2	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	2	2		2	2
الذراعين	2	2		2	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع 60	60	60		60	60

النسبية المئوية	%100	%100		%100	%100

الحالة 4 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		2
كأس		2	2		2
سكين		2	2		2
صحن		2	2		2
فرشاة		2	2		2
دمية		2	2		2
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		2
مشط		2	2		2
كرة		2	2		2
سرير		2	2		2
منزل		2	2		2
هاتف		2	2		2
طاولة		2	2		2
كرسي		2	2		2
عصفور		2	2		2
قط		2	2		2
كلب		2	2		2
كبش		2	2		2
سمكة		2	2		2
وردة		2	2		2
برتقال		2	2		2
موز		2	2		2
تفاح		2	2		2
عنب		2	2		2
سروال		2	2		2
قميص		2	2		2
تنورة		2	2		2
حذاء		2	2		2
قبعة		2	2		2
المجموع 60		60	60		60
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

الحالة 4 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		2
مثلث		2	2		2
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		2	2		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		2	2		2
رقم 5		2	2		2
رقم 6		2	2		2
رقم 7		2	2		2
رقم 8		2	2		2
رقم 9		2	2		2
المجموع		36	36		36
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

الحالة 4 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		2	2		2
تحت		2	2		2
أمام		2	2		2
وراء		2	2		2
داخل		2	2		2
خارج		2	2		2
أمس		2	2		2
غدا		2	2		2
المجموع		16	16		16
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

ملحق رقم 7 : تقديم نتائج الحالة الخامسة (ش - ن) (7.1)

الحالة 5 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع 20		20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 5 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	2	2		2	2
الصدر	2	2		2	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	2	2		2	2
الساقين	2	2		2	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	2	2		2	2
الذراعين	2	2		2	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع 30	30	30		30	30

النسبة المؤوية	%1000	%100		%100	%100

الحالة 5 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		2
كأس		2	2		2
سكين		2	2		2
صحن		2	2		2
فرشاة		2	2		2
دمية		2	2		2
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		2
مشط		2	2		2
كرة		2	2		2
سرير		2	2		2
منزل		2	2		2
هاتف		2	2		2
طاولة		2	2		2
كرسي		2	2		2
عصفور		2	2		2
قط		2	2		2
كلب		2	2		2
كبش		2	2		2
سمكة		2	2		2
وردة		2	2		2
برتقال		2	2		2
موز		2	2		2
تفاح		2	2		2
عنب		2	2		2
سروال		2	2		2
قميص		2	2		2
تنورة		2	2		2
حذاء		2	2		2
قبعة		2	2		2
المجموع 60		60	60		60
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

الحالة 5 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		2
مثلث		2	2		2
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		2	2		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		2	2		2
رقم 5		2	2		2
رقم 6		2	2		2
رقم 7		2	2		2
رقم 8		2	2		2
رقم 9		2	2		2
المجموع 36		36	36		36
النسبة المؤوية		100 %	%100		%100

الحالة 5 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		2	2		2
تحت		2	2		2
أمام		2	2		2
وراء		2	2		2
داخل		2	2		2
خارج		2	2		2
أمس		2	2		2
غدا		2	2		2
المجموع 16		16	16		16
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

ملحق رقم 8 : تقديم نتائج الحالة السادسة (أ - ح) (6.1)

الحالة 6 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع 20		20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 6 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	2	1		0	2
الصدر	1	2		0	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	0	2		0	2
الساقين	0	1		0	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	1	1		0	2
الذراعين	0	1		0	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع 30	22	26		18	30

النسبة المؤوية	%73	%86		%60	%100

الحالة 6 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		2
كأس		2	2		2
سكين		2	2		2
صحن		2	2		2
فرشاة		2	2		2
دمية		2	2		0
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		0
مشط		2	2		2
كرة		2	2		2
سرير		2	2		2
منزل		2	2		0
هاتف		2	2		2
طاولة		2	2		2
كرسي		2	2		2
عصفور		2	2		2
قط		2	2		0
كلب		2	2		2
كبش		2	2		0
سمكة		2	2		1
وردة		2	2		0
برتقال		2	2		2
موز		2	2		2
تفاح		2	2		2
عنب		2	2		2
سروال		2	2		2
قميص		2	2		2
تنورة		2	2		2
حذاء		2	2		2
قبعة		2	2		2
المجموع 60		60	60		49
النسبة المؤوية		100 %	%100		%81

الحالة 6 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		2	2		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		2	2		2
رقم 5		2	2		2
رقم 6		2	2		2
رقم 7		2	2		2
رقم 8		2	2		2
رقم 9		2	2		2
المجموع 18		18	18		18
النسبة المؤوية		%100	%100		100

الحالة 6 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		2	2		2
تحت		2	2		2
أمام		2	2		2
وراء		2	2		2
داخل		2	2		2
خارج		2	2		2
أمس		0	0		2
غدا		0	0		2
المجموع 16		12	12		16
النسبة المؤوية		%75	%75		100 %

ملحق رقم 9 : تقديم نتائج الحالة السابعة (ر - ب) (7.1)

الحالة 7 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع 20		20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 7 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	2	2		2	2
الصدر	2	2		2	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	2	2		2	2
الساقين	2	2		2	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	2	2		2	2
الذراعين	2	2		2	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع 30	30	30		30	30

النسبة المؤوية	%100	%100		%100	%100

الحالة 7 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		1
كأس		2	2		1
سكين		2	2		1
صحن		2	2		1
فرشاة		2	2		1
دمية		2	2		1
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		2
مشط		2	2		1
كرة		2	2		1
سرير		2	2		1
منزل		2	2		2
هاتف		2	2		1
طاولة		2	2		1
كرسي		2	2		1
عصفور		2	2		2
قط		2	2		0
كلب		2	2		0
كبش		2	2		0
سمكة		2	2		1
وردة		2	2		1
برتقال		2	2		1
موز		2	2		1
تفاح		2	2		1
عنب		2	2		1
سروال		2	2		1
قميص		2	2		1
تنورة		2	2		2
حذاء		2	2		2
قبعة		2	2		2
المجموع 60		60	60		34
النسبة المؤوية		%100	%100		%56

الحالة 7 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		2
مثلث		2	2		2
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		2	2		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		2	2		2
رقم 5		2	2		2
رقم 6		2	2		2
رقم 7		2	2		2
رقم 8		2	2		2
رقم 9		2	2		2
المجموع 36		36	36		36
النسبة المؤوية		100 %	%100		%100

الحالة 7 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		2	2		2
تحت		2	2		2
أمام		2	2		2
وراء		2	2		2
داخل		2	2		2
خارج		2	2		2
أمس		0	2		2
غدا		0	2		2
المجموع 16		12	16		16
النسبة المؤوية		%75	%100		%100

ملحق رقم 10 : تقديم نتائج الحالة الثامنة (ز - ت) (6.3)

الحالة 8 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع 20		20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 8 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	2	2		2	2
الصدر	2	2		2	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	2	2		2	2
الساقين	2	2		2	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	2	2		2	2
الذراعين	2	2		2	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع 30	30	30		30	30

النسبة المؤوية	%100	%100		%100	%100

الحالة 8 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		2
سكين		2	2		2
صحن		2	2		2
فرشاة		2	2		2
دمية		2	2		2
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		0
مشط		2	2		1
كرة		2	2		1
سرير		2	2		2
منزل		2	2		2
هاتف		2	2		2
طاولة		2	2		2
كرسي		2	2		1
عصفور		2	2		1
قط		2	2		0
كلب		2	2		0
كبش		2	2		0
سمكة		2	2		1
وردة		2	2		0
برتقال		2	2		1
موز		2	2		1
تفاح		2	2		1
عنب		2	2		1
سروال		2	2		1
قميص		2	2		1
تنورة		2	2		0
حذاء		2	2		1
قبعة		2	2		2
المجموع 60		60	60		34
النسبة المؤوية		%100	%100		%56

الحالة 8 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		2
مثلث		2	2		2
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		2	2		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		2	2		2
رقم 5		2	2		2
رقم 6		2	2		2
رقم 7		2	2		2
رقم 8		2	2		2
رقم 9		2	2		2
المجموع 36		36	36		36
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

الحالة 8 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط	السلوك أثناء المقابلة
فوق		2	2		2	
تحت		2	2		2	
أمام		2	2		2	
وراء		2	2		2	
داخل		2	2		2	
خارج		2	2		2	
أمس		2	2		2	
غدا		2	2		2	
المجموع الكلي		16	16		16	
النسبة المؤوية		%100	%100		%100	

ملحق رقم 11 : تقديم نتائج الحالة التاسعة (ج - ز) (7.11)

الحالة 9 : الإجابة على أسئلة الحياة اليومية.

التعليمة أو السؤال	إجابات المفحوص	التنقيط
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
		2
المجموع 20		20
النسبة المؤوية		%100

الحالة 9 : الإجابة على أعضاء الصورة الجسدية وأعضاء الوجه.

أجزاء الصورة الجسدية أو الوجه	التعيين على الجسم/ التنقيط	التعيين على اللوحة/ التنقيط	التسمية	التنقيط على التسمية	الإعادة/ التنقيط
الرأس	2	2		2	2
الرقبة	2	2		2	2
الصدر	2	2		2	2
البطن	2	2		2	2
الفخذين	2	2		2	2
الساقين	2	2		2	2
القدمين	2	2		2	2
الكتفين	2	2		2	2
الذراعين	2	2		2	2
اليدين	2	2		2	2
العينين	2	2		2	2
الأنف	2	2		2	2
الفم	2	2		2	2
الأذنين	2	2		2	2
الشعر	2	2		2	2
المجموع	60	60		60	60
النسبالمؤوية	%100	%100		%100	%100

الحالة 9 : الإجابة على أدواة الحياة اليومية.

صورة الأداة	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	ادخال في جملة	التنقيط
ملعقة		2	2		2
كأس		2	2		2
سكين		2	2		2
صحن		2	2		2
فرشاة		2	2		2
دمية		2	2		2
سيارة		2	2		2
طائرة		2	2		2
مشط		2	2		2
كرة		2	2		2
سرير		2	2		2
منزل		2	2		2
هاتف		2	2		2
طاولة		2	2		2
كرسي		2	2		2
عصفور		2	2		2
قط		2	2		2
كلب		2	2		2
كبش		2	2		2
سمكة		2	2		2
وردة		2	2		2
برتقال		2	2		2
موز		2	2		2
تفاح		2	2		2
عنب		2	2		2
سروال		2	2		2
قميص		2	2		2
تنورة		2	2		2
حذاء		2	2		2
قبعة		2	2		2
المجموع 60		60	60		60
النسبة المؤوية		100 %	%100		%100

الحالة 9 : الإجابة على مفاهيم الأشكال، الألوان، الأعداد.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
دائرة		2	2		2
مثلث		2	2		2
مربع		2	2		2
مستطيل		2	2		2
معين		2	2		2
الأحمر		2	2		2
الأصفر		2	2		2
الأخضر		2	2		2
الأزرق		2	2		2
رقم 1		2	2		2
رقم 2		2	2		2
رقم 3		2	2		2
رقم 4		2	2		2
رقم 5		2	2		2
رقم 6		2	2		2
رقم 7		2	2		2
رقم 8		2	2		2
رقم 9		2	2		2
المجموع 36		36	36		36
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

الحالة 9 : الإجابة على مفاهيم المكان والزمن.

المفهوم	التسمية	التنقيط	التعيين/ التنقيط	الإعادة	التنقيط
فوق		2	2		2
تحت		2	2		2
أمام		2	2		2
وراء		2	2		2
داخل		2	2		2
خارج		2	2		2
أمس		2	2		2
غدا		2	2		2
المجموع 16		16	16		16
النسبة المؤوية		%100	%100		%100

ملحق رقم 12 : جدول يوضح النسب المؤوية لنتائج المفحوصين في الإختبار

الحالات / البنود		ح 1	ح 2	ح 3	ح 4	ح 5	ح 6	ح 7	ح 8	ح 9	النتائج
الأسئلة المباشرة		%80	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%97
الصورة الجسدية	التعيين على الجسم	%73	%96	%60	%100	%100	%73	%100	%100	%100	%89
	التعيين على اللوحة	%86	%86	%60	%100	%100	%86	%100	%100	%100	%90
	التسمية	%66	%80	%60	%100	%100	%60	%100	%100	%100	%85
	الإعادة	%100	%80	%46	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%91
مفردات الحاجات اليومية	التسمية	%91	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%99
	التعيين	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100
	إدخال في جملة	%43	%100	%58	%100	%100	%81	%56	%56	%100	%77
المبادئ الأولية	التسمية	%94	%68	%36	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%88
	التعيين	%94	%75	%72	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%93
	الإعادة	%100	%100	%0	%100	%100	%100	%100	%100	%100	%88
مفاهيم المكان و	التسمية	%37	%75	%75	%100	%100	%75	%75	%100	%100	%81
	التعيين	%100	%100	%100	%100	%100	%75	%100	%100	%100	%97
	الإعادة	%100	%100	%100	%12	%100	%100	%100	%100	%100	%80

ملحق رقم 13 : الأدوات المستعملة : أسئلة الحياة اليومية.

1 - ما اسمك ؟

2 - ما اسم أخوك أو أختك ؟

3 - مع من جئت هذا الصباح ؟

4 - مع من ستذهب هذا المساء ؟

5 - ماذا سنفعل الآن نلعب أو نذهب إلى الساحة ؟

6 - مع من تحب اللعب ؟ (أحد الأصدقاء في القسم).

7 - ماذا يوجد وراء الكرسي ؟

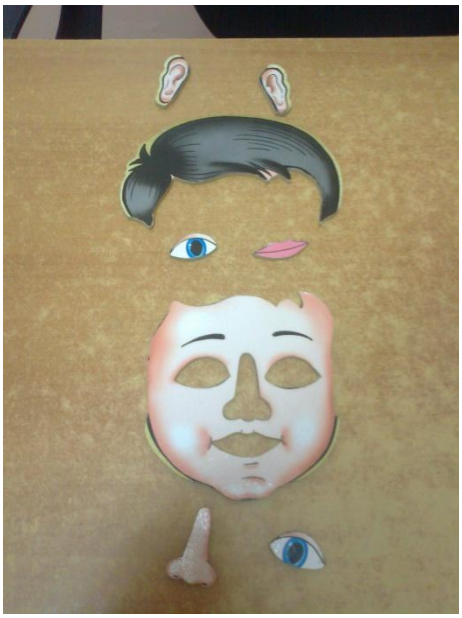
8 - ماذا يوجد فوق الطاولة ؟

9 - ماذا يوجد في يدي ؟

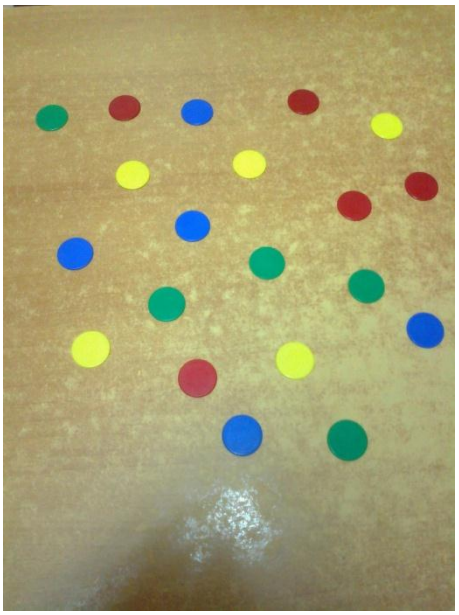
10 - ما إسم السيدة ؟

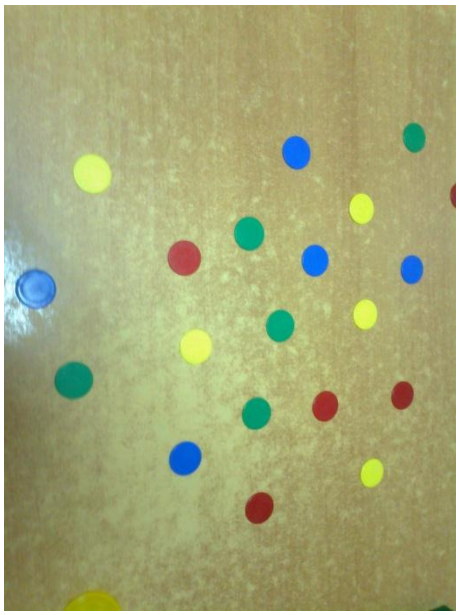
ملحق رقم 14 : الأدوات المستعملة : الصورة الجسدية .

ملحق رقم 15 : الأدوات المستعملة : أجزاء الوجه.

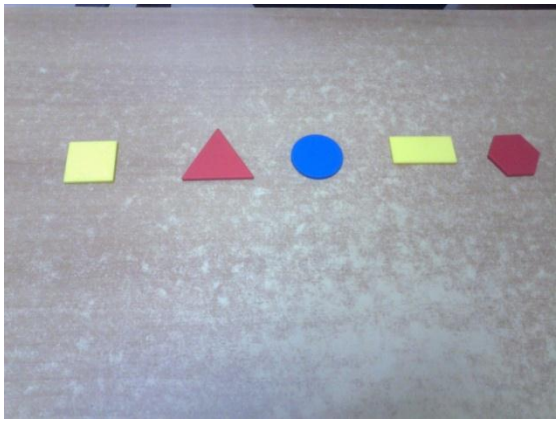


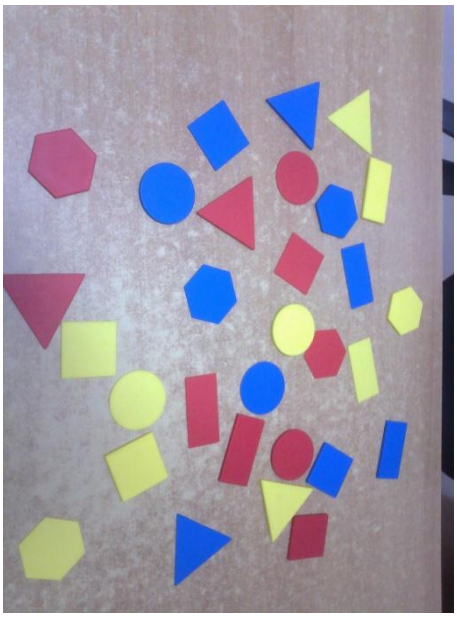
ملحق رقم 16 : أدوات الإختبار : الألوان.





ملحق رقم 17 : أدوات الإحتبار: االأشكال.





ملحق رقم 18 : أدوات الإختبار : الأعداد.

ملحق رقم 19 : الأدوات المستعملة : أدوات الحياة اليومية.

ملحق رقم 20 : الأدوات المستعملة : مفاهيم المكان.