

جامعة الجزائر 02
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الأطفونيا

أثر برنامج تدريبي من خلال التدخل المبكر في تنمية مهارات الاتصال
اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين
- دراسة شبه تجريبية -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الأطفونيا و أمراض
اللغة و الاتصال

إشراف الأستاذ :
نواني حسي

إعداد الطالب :
عزاز محمد زهير

السنة الجامعية: 2015 / 2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نطلب منكم صالح الدعاء

قال تعالى :

﴿ وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ
السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴾

سورة النحل الآية (78)

و قال تعالى :

﴿ وَيُوبَىٰ إِذْ نَادَىٰ رَبَّهُ أَنِّي مَسَّنِيَ الضُّرُّ وَأَنْتَ أَرْحَمُ الرَّاحِمِينَ *
فَاسْتَجَبْنَا لَهُ فَكَشَفْنَا مَا بِهِ مِنْ ضُرٍّ وَآتَيْنَاهُ أَهْلَهُ وَمِثْلَهُمْ
مَعَهُمْ رَحْمَةً مِّنْ عِنْدِنَا وَذِكْرَىٰ لِلْعَابِدِينَ ﴾

سورة الأنبياء (84.83)

و قال تعالى :

﴿ وَلَا تَقُولَنَّ لِشَيْءٍ إِنِّي فَاعِلٌ ذَٰلِكَ غَدًا * إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللَّهُ وَادْكُرْ رَبَّكَ إِذَا
نَسِيتَ وَقُلْ عَسَىٰ أَنْ يَهْدِيَنِّي رَبِّي لِأَقْرَبَ مِنْ هَٰذَا رَشَدًا ﴾

ملخص

حاولنا في الدراسة الحالية معرفة أثر برنامج تدريبي من خلال التدخل المبكر في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين و هي محاولة تصميم برنامج تدريبي يقابل الاحتياجات التدريبية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و تحديد مدى الأثر الذي ينعكس على أداء الأطفال في بعض جوانب الاتصال اللغوي و المتمثلة في الانتباه المشترك، التقليد، اللعب. و شملت عينة الدراسة (30) طفلا توحديا من الإناث و الذكور و الذين تم اختيارهم من ديوان باب الخير المختص بالتكفل بهذه الشريحة من الأطفال بالجزائر العاصمة. و CARS و لتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق عدد من الأدوات و التي تمثلت في اختبار مقياس رافن للذكاء، كما قام الباحث بإعداد اختبار لتقييم الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين من خلال 3 محاور و هي: الانتباه المشترك، التقليد، اللعب كما قام الباحث بتصميم برنامج تدريبي قائم على عدد من الاستراتيجيات و هذا لتعديل السلوك الاتصالي لدى الأطفال التوحديين.

و من خلال تطبيق المنهج الشبه التجريبي و بعد المعالجة الإحصائية باستخدام أساليب إحصائية كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي و هذا على جميع أبعاد مقاييس الدراسة، كما أبرزت نتائج الدراسة الحالية أثر البرنامج التدريبي المقترح للتدخل المبكر في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى مجموعة الدراسة.

و شملت توصيات الدراسة على ضرورة تكوين الكوادر العاملة مع شريحة الأطفال التوحديين
كما أشارت إلى حتمية العمل على تكثيف و تطوير البرامج التدريبية المقدمة للأطفال
التوحديين و أسرهم و العاملين معهم.

إهداء

إلى من كان ولا يزال كالبيارق الزاهية التي تعطي هامة الخير والعطاء والدي الحبيب – حفظه

الله-.

وإلى سيدتي الأولى التي زرعت في داخلي براعم المحبة والسلام والوفاء والدي الغالية – رعاها الله

إلى دفي البيت وسعاده إخوتي وأخواتي، من ترعرعت معهم ونما غصني بينهم

إلى زوجتي التي صبرت معي وكانت سندي في إعداد هذا العمل. إلى جميع الأهل والأصدقاء.

إلى أساتذتي الأعزاء الذين ارتشفنا من بحر علمهم كل طيب وظاهر، لهم الإجلال والاحترام... إلى كل فلذات أكبادنا تمشي على الأرض أطفالنا المعاقين... بل إلى كل طفلٍ توحدي جعله الله طفلاً متمتع بكامل الصحة والعافية والسعادة... إلى كل من جمعني معهم المشوار الدراسي من بدايته إلى اليوم وخاصة طلبة اختصاص الأرتوفونيا وأمراض اللغة والإتصال دفعة 2010 وإلى جميع زملائي الأساتذة في جامعة مولود معمري – تيزي وزو- وإلى جميع طلبة العلم و كل من هم على الدرب سائرون.

إلى من أحببناهم بإخلاص وبادلونا نفس الشعور.

إلى الجميع أهدي ثمرة جهدي هذا وأمل أن ينال رضا الله..... ثم رضا من ينتفع.

الباحث

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي أعانني على إتمام هذا العمل المتواضع ،

يقول الرسول -صلى اله عليه و سلم-: ﴿ لا يشكر الله من لا يشكر الناس ﴾

و من هذا المنطلق لا يسعني بعد ذلك سوى التوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور نواني حسين الذي لم يتوان لحظة واحدة في تقديم النصح و الإرشاد طيلة فترة إعداد هذه الرسالة ، كما و أتقدم بجزيل الشكر إلى جميع أعضاء لجنة المناقشة .

كما و أتقدم بعظيم الشكر و الإمتنان لكل من ساهم وساعد في إتمام هذه الرسالة ، كما و أخص بالذكر السيد DAOU TATOU مدير جمعية Le RELAIS ILE DE FRANCE للتكفل بالتوحيدين بباريس وكذا البروفيسور MOISE ASSOULINE و الدكتورة NICOLE TSOURIT .

كما أتقدم كذلك بجزيل الشكر إلى الأستاذ بومعروف جمال والمترجمة الرسمية السيدة بوقطيط ليلي و الذين ساعدوني كثيرا في متطلبات الدراسة .

و إلى كل من مد لي يد العون ولم أذكر اسمه .

جزا الله الجميع عني كل الخير .

إلى الذي سبقه أجله قبل أن يرى هذا العمل أخي و صديقي عبد الحلیم قادري

- رحمه الله -

الباحث

فهرس المحتويات

الآيات الكريمة

ملخص

الإهداء

كلمة الشكر

مقدمة

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. أهمية الدراسة.....24
2. أهداف الدراسة.....25
3. الإشكالية.....27
4. الفرضيات.....33
5. الدراسات السابقة.....35
6. مصطلحات الدراسة.....79

الفصل الثاني: التوحد، مفهومه، التشخيص، النظريات المفسرة

1. تمهيد.....83
2. تعريفات التوحد.....84
3. الصورة العيادية.....86
4. نسبة انتشار التوحد.....87
5. الأعراض.....93
6. النظريات التي تفسر أسباب التوحد.....108
7. أنواع طيف التوحد.....120
8. التشخيص.....123
9. علاج التوحد.....141

الفصل الثالث: اللغة و الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحيدي

أولاً: اللغة

1. مفهومها.....157
2. وظائفها.....160

ثانياً: الاتصال

1. المدخل الاتصالي.....163
2. الاتصال.....168
3. الاتصال اللغوي.....181

ثالثاً: اللغة و التواصل عند ذوي اضطراب التوحد

1. التواصل عند ذوي اضطراب التوحد.....185
2. اللغة عند ذوي اضطراب التوحد.....213

رابعاً: اللعب

1. تعريف اللعب.....223
2. سمات اللعب.....225
3. فوائد التعلم باللعب.....225
4. اللعب و نظرية العقل.....227
5. ثقافة اللعب لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد.....227
6. مراحل تطور اللعب لدى الأطفال التوحيدين.....228
7. أهمية اللعب لذوي اضطراب التوحد.....229
8. خصائص لعب الأطفال ذوو اضطراب التوحد.....230
9. كيفية اللعب مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد.....231
10. العلاج باللعب.....231

خامساً: الانتباه المشترك

1. مفهوم الانتباه.....234
2. مفهوم الانتباه المشترك.....234

3. ظهور مهارة الانتباه المشترك.....235
4. أهمية مهارة الانتباه المشترك.....237
5. تعليم مهارة الانتباه المشترك للطفل التوحدي.....238

سادسا: التقليد

1. مهارة التقليد.....238
2. أهمية التقليد.....239
3. أنواع مهارة التقليد.....241
4. كيف يتعلم الطفل التقليد.....241

الفصل الرابع: التدخل المبكر

أولا: التدخل المبكر

1. نبذة موجزة عن تطور التدخل المبكر.....245
2. ماهية التدخل المبكر.....246
3. مبررات التدخل المبكر.....248
4. أهمية التدخل المبكر.....251
5. حجم انتشار مشكلة الإعاقة في الطفولة المبكرة.....253
6. حالات الإعاقة الأكثر استفادا من التدخل المبكر.....254
7. مراحل عملية التدخل المبكر.....255
8. استراتيجيات التدخل المبكر.....256
9. نماذج التدخل المبكر.....258
10. دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة.....263
11. أساسيات التدخل المبكر.....265
12. البرامج الوقائية التي قد تعمل على التخفيف من نسبة الإعاقة.....275
13. المشكلات التي تعاني منها الدول في مجالي الوقاية و التدخل المبكر.....285
- ثانيا: الكشف و التدخل المبكر لاضطراب التوحد

1. ضرورة الاكتشاف المبكر.....286
2. احتمالات التحسن في أعراض التوحد.....288

3. البرامج المنزلية للطفل التوحيدي.....291

الفصل الخامس: خطوات البحث الإجرائية

1. تمهيد.....296

2. منهج الدراسة.....296

3. الدراسة الاستطلاعية.....297

4. مجموعة الدراسة.....299

5. الحدود الزمانية و المكانية للدراسة.....303

6. أدوات الدراسة.....305

الفصل السادس: عرض النتائج و تحليلها

1. تذكير بالفرضيات.....340

2. عرض النتائج و تحليلها.....341

أ- عرض و تحليل نتائج التناول الإجرائي الأول.....341

ب- عرض و تحليل نتائج التناول الإجرائي الثاني.....358

الفصل السابع: مناقشة النتائج و تفسيرها

1. تفسير و مناقشة نتائج الفرض الأول مع الفروض الجزئية الخاصة به.....384

2. تفسير و مناقشة نتائج الفرض الثاني.....395

3. تفسير و مناقشة نتائج الفرض الثالث.....397

4. خلاصة و استنتاج عام.....401

5. التوصيات.....402

المراجع و المصادر.....405

الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
128	درجات الشدة لاضطراب التوحد حسب DSM5	(1)
134	الفرق بين التوحد و بطئ النمو	(2)
136	الفرق بين التوحد و التخلف العقلي	(3)
137	الفرق بين التوحد و الإعاقة السمعية	(4)
138	الفرق بين التوحد و اضطراب التواصل اللفظي	(5)
153	أهم الأدوية التي توصف لحاملي اضطراب التوحد	(6)
300	توزيع أفراد مجموعة الدراسة في ضوء متغير الجنس	(7)
302	خصائص مجموعة الدراسة و درجات كل طفل على مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج التدريبي	(8)
318	درجات تنقيط اختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث)	(9)
341	يبين معامل ارتباط بيرسون لمعرفة علاقة كل بند مع مجموع البنود التي يشملها مقياس تقدير التوحد (CARS). (صدق الاختبار)	(10)
344	معامل صدق الارتباط ومستوى الدلالة لكل فقرة من فقرات اختبار رافن للذكاء.	(11)
346	معاملات الثبات ومستوى الدلالة لكل فقرة من فقرات اختبار رافن للذكاء.	(12)
351	معاملات الصدق على جميع أبعاد اختبار الاتصال اللغوي الخاص بكل بند من بنود المحاور المكونة للاختبار	(13)
352	معامل الارتباط بين كل محور من محاور اختبار الاتصال اللغوي والدرجة الكلية للاختبار	(14)
354	قيمة الثبات لمحور اللعب في اختبار الاتصال اللغوي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ	(15)
355	قيمة الثبات لمحور التقليد في اختبار الاتصال اللغوي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ	(16)
356	قيمة الثبات لمحور الانتباه المشترك في اختبار الاتصال اللغوي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ	(17)
357	قيمة الثبات لجميع محاور اختبار الاتصال اللغوي في الدرجة الكلية باستخدام معادلة ألفا كرونباخ	(18)
359	دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في البند الخاص بمهارة الانتباه المشترك في	(19)

	القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).	
362	دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في البند الخاص بمهارة التقليد في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).	(20)
368	دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في البند الخاص بمهارة اللعب في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).	(21)
372	دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في الدرجة الكلية في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).	(22)
377	دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار التدخل المبكر في الدرجة الكلية في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).	(23)

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
360	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي و البعدي في مهارة الانتباه المشترك لصالح القياس البعدي	(1)
364	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي القبلي و البعدي في مهارة التقليد لصالح القياس البعدي.	(2)
369	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي القبلي و البعدي في مهارة اللعب لصالح القياس البعدي.	(3)
373	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي القبلي و البعدي في الدرجة الكلية لاختبار الاتصال اللغوي لصالح القياس البعدي.	(4)
378	التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين للتدخل CARS القياسين القبلي القبلي و البعدي في اختبار ال المبكر لصالح القياس البعدي.	(5)

مقدمة

مقدمة:

يمر الطفل خلال سنوات حياته الأولى بمراحل عديدة من التطورات سواءً في الجانب الفيزيولوجي أو في الجانب الفكري. فجسم الطفل ينمو ويزداد في الطول والوزن والقوة وهذا ما يلاحظ من المظهر الخارجي، أما فيما يخص النمو الفكري والدماغي خصوصاً فلا يمكننا ملاحظته بالعين المجردة، فقد يتطور عقل الطفل ببعض الإختلالات أو النقائص التي يولد بها أو يكتسبها خلال هذه المرحلة.

ومن بين أشهر القدرات المعرفية وأهمها خلال حياة الفرد كونها وسيلة تواصل مع العالم الخارجي خاصة لما يكون الطفل صغير، نذكر اللغة التي تتربع على عرش القدرات المعرفية والتي تتدخل في أغلب النشاطات المعرفية الأخرى، إن لم نقل كلها. فنعرف من هنا أن تطورها يجب أن يكون على أحسن وجه.

غير أن هذه القاعدة تطبق في غالب الأحيان لدى الأطفال السالمين وتبقى فئة قليلة من الأطفال لسبب أو لعدة ما مصابين بخلل وظيفي في الدماغ يعيق تطور لغتهم. فتنمو بشكل بطيء جداً مقارنة بالأطفال الآخرين.

يعدّ التوحّد (Autisme) من أكثر الإعاقات النمائية (Troubles

Développementales) غموضاً لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من ناحية وكذلك شدة غرابة أنماط سلوكه غير التكيفي من ناحية أخرى. فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية، وقصور تواصله اللفظي وغير اللفظي، الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به (يحيى 2002).

كما يشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV,1994)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders الصادر عن رابطة الطب

النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association) أن اضطراب التوحد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي: القصور في التواصل الاجتماعي، والقصور في اللغة والمحادثة، ووجود أنماط متكررة وثابتة من السلوك (Keen, 2003).

فالتوحد في ظل تلك الخصائص يشكل إزعاجاً لكل المحيطين بالطفل وتتبعك آثاره بصورة مباشرة على الطفل مما يؤثر بالتالي على تواصله العام واكتسابه للغة والأنماط السلوكية، والقيم والاتجاهات، وأسلوب التعبير عن المشاعر والأحاسيس، إضافة إلى أن الطفل التوحد يظهر أنماطاً سلوكية قليلة جداً بالمقارنة مع الأطفال الذين لديهم تقبل اجتماعي جيد (Gillberg, 1991)، كما أنه يعاني من أنماط سلوكية شاذة غير مقبولة اجتماعياً كعدم النضج الاجتماعي والعدوان، والإثارة الذاتية (الخطيب، 2001).

وتعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحد من الاضطرابات المركزية والأساسية التي تؤثر سلباً على مظاهر نموه الطبيعي والتفاعل الاجتماعي (نصر 2002) وتشمل اضطرابات اللغة والتواصل لدى أطفال التوحد كلا من التواصل اللفظي وغير اللفظي، فقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن (50%) من أطفال التوحد لا يملكون القدرة على الكلام، و لا يطورون مهاراتهم اللغوية، إلا أنهم لا يعوضونها باستخدام أساليب التواصل غير اللفظي كالإيماءات أو المحاكاة (أتوود، 1999) كما أنهم يعجزون حتى عن استخدام التواصل البصري (وينج، 1986).

كما أن اكتسابات الطفل تكون دائماً متأخرة مقارنة بأقرانه الآخرين، وهذا لن ينقص مع مرور الوقت، بل سيجد الطفل نفسه متأخراً وضائعاً أمام كل الإكتسابات الجديدة التي تزيد صعوبة مع زيادة عمر الطفل فتبقى اكتساباته الخاصة قليلة ولن يتمكن من استغلالها على أكمل وجه.

وقد ناقش عدد من الباحثين المشكلات الأساسية في التواصل على أنها تمثل العجز الأساسي في التوحد، في حين تمثل المشكلات السلوكية العناصر الثانوية لهذه الحالة (Tager-flusberg, 1999). فقد قام لورد وهوبكنز (Lord & Hopkins, 1986) بتحليل وظائف التواصل للسلوك غير المقبول لدى أطفال التوحد، وتوصلا إلى أن بعض أنماط السلوك التي يمارسونها كإيذاء الذات والبكاء والصراخ المستمر ما هي إلا سلوكيات ناتجة عن الصعوبات التي يواجهونها في التواصل مع الآخرين. فغالبا ما يبدو الطفل التوحدي أنه غير قادر على فهم قيمة التواصل، وهو لا يستطيع فهم التعبيرات التواصلية. فكثيرا ما يظهر أنه غير متعاون وغير قابل للاستجابة فينتج عنه سلوكيات سلبية (كوهين وبولتون، 2000). وفي هذا الصدد، يشير سيجل (Siegel, 2003) إلى أن اضطرابات التواصل التي يعاني منها الطفل التوحد قد ينتج عنها مجموعة من أنماط السلوك غير المقبولة كموجات الغضب المستمر. وللتغلب على صعوبات التواصل التي يعاني منها أطفال التوحد، فإن عملية التدخل المبكر قد تكون ضرورية جدا للعمل على تطوير قدرة هؤلاء الأطفال على التواصل بشكل تلقائي. فقد أثبتت دراسة هادوين وآخرون (Hadwien, et al, 1999) على أن البدء في تدريب أطفال التوحد الصغار الذين تتراوح أعمارهم ما بين (4-9) سنوات له تأثير واضح على تعلم هؤلاء الأطفال التواصل مع الآخرين وذلك بتدريبهم على كيفية التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم بأكثر من طريقة. ويتم ذلك من خلال توفير البيئة المناسبة ليتعلم فيها الطفل مهارات التواصل البصري والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، والإيماءات الجسدية، أو نبرة الصوت بصورة طبيعية (Siegel, 2003). لذا فإن محاولات التدخل بالبرامج العلاجية بتنفيذ أساليب تدريبية أو تعليمية لمهارات هؤلاء الأطفال تعدّ وسيلة إمداد لهم بحصيلة لغوية جديدة تساعدهم في تعلم أشكال بديلة للتواصل، كما تساعدهم على تعلم بعض أنماط السلوك والمهارات الاجتماعية التي تعمل على خفض الاضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لديهم (نصر، 2002).

في هذا السياق تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الفروق الموجودة في الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي مع تحديد مستويات اضطرابها ، كما هدفت هاته الدراسة أيضا إلى بناء برنامج تدريبي لتنمية الإتصال اللغوي للأطفال المصابين بالتوحد.

لقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين: تطرقنا في الجانب الأول و الذي يمثل الجانب النظري إلى مختلف الدراسات النظرية. تناولنا في فصله الأول التعريف بالدراسة والذي يضم الإشكالية والفرضيات ، أهمية الدراسة و أهدافها و كذا بعض الدراسات التي تناولت التوحد. أما في الفصل الثاني فقد تطرقنا إلى التوحد والذي يضم بعض التعريفات ، نسبة الانتشار، النظريات المفسرة لأسباب التوحد ، وكذا تشخيص التوحد و خصائص الأطفال التوحديين كما تطرقنا في هذا الفصل أيضا إلى بعض البرامج العلاجية المقترحة للتكفل بهذا النوع من الاضطرابات . والفصل الثالث من هذا الجانب فقد تناولنا فيه الأداء اللغوي و الاتصال اللغوي لدى الأطفال و قد تمت الإشارة في هذا الفصل إلى بعض التعريفات الخاصة باللغة، الإتصال اللغوي ومن ثم اللغة عند الطفل التوحدي ثم الأداء و التواصل اللغوي عند هذا الأخير. والفصل الرابع فقد خصصناه إلى التدخل المبكر و الذي يضم كل من بعض التعاريف له ، نماذج التدخل المبكر، تطرقنا في هذا الفصل أيضا إلى استراتيجيات التدخل المبكر و أساليب التدخل المبكر تطرقنا في هذا الفصل أيضا إلى التدخل المبكر عند الأطفال التوحديين.

وفيما يخص الجانب التطبيقي تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول، تناولنا في الفصل الخامس الذي يخص تناول الإجرائي الأول تطرقنا فيه إلى الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم، الحدود الزمنية و المكانية للبحث، أدوات الدراسة و مجموعة الدراسة، والفصل السادس الذي يخص تناول الإجرائي الثاني تطرقنا فيه إلى تذكير بالفرضيات ثم إلى عرض و تحليل النتائج الخاصة بالتناول الإجرائي الأول بالنسبة لفروض الخاصة بالدراسة و اختبار الاتصال اللغوي و البرنامج التدريبي المقترح من طرف الباحث، كذا الشروط السيكمترية

لأدوات البحث وعرض النتائج الخاصة بالتناول الإجرائي الثاني، أما الفصل الأخير من هذه الدراسة والذي يخص مناقشة و تفسير النتائج المتحصل عليها في الفصل السابق و خلاصة و استنتاج عام لهذه الدراسة و ككل بحث لابد من توصيات واقتراحات وخاتمة عامة.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام لإشكالية الدراسة

- أهمية الدراسة.
- أهداف و دوافع اختيار البحث.
- الإشكالية .
- الدراسات السابقة.
- فرضيات الدراسة.
- تحديد المصطلحات

1. أهمية الدراسة :

تتضح أهمية الدراسة فيما يلي:

- الأهمية العلمية: تكمن في أهمية التدخل المبكر بالنسبة لأطفال التوحد حيث أن تدريب هؤلاء الأطفال على المهارات المختلفة لمجالات النمو في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على سهولة اكتسابها في وقت مبكر و بالتالي تقليل الفجوة بين الطفل التوحدي و بين الطفل الطبيعي النمو عن طريق التعرف على احتياجاته و توفيرها له مما ينعكس على قدرة الطفل على الاعتماد على نفسه و التفاعل مع المجتمع المحيط به و بالتالي تكيف الأسرة و المجتمع معه.
- تحاول هذه الدراسة وضع إطار جديد عن الطفل التوحدي و ذلك لندرة الدراسات المحلية عن هذه النوعية من الأطفال و كيفية رعايتها و هذا في حدود علم الباحث.
- تعد هذه الدراسة إثراء للأطر النظرية المتعلقة بأهمية التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة.
- تمثل هذه الدراسة إضافة إلى التراث العلمي المحلي المتعلق بأمراض اللغة و الاتصال على وجه العموم و لدى أطفال التوحد على وجه الخصوص.
- تعد هذه الدراسة إثراء للأطر النظرية المتعلقة بأهمية التواصل و الدور الذي يلعبه في النواحي الاجتماعية.
- أهمية فئة من فئات المجتمع و هي فئة الأطفال التوحديين و التي بلغت نسبة الإصابة في العديد من البلدان ما بين 1- 25 طفلاً.
- مدى ارتباط ميدان الأرتوفونيا بمختلف الميادين العلمية لتقييم و الكشف و بناء الأدوات و كذا كفاءة اضطراب التوحد.
- مدى أهمية الأنشطة المختلفة التي يتضمنها البرنامج العلاجي و تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى هؤلاء الأطفال التوحديين.

- إمكانية الوصول إلى برنامج علاجي أطفونوني قائم على أسس معرفية تربوية خاصة لتطوير الاتصال لدى الأطفال التوحديين.
- محاولة التوصل إلى برامج علاجية تخدم المؤسسات المستقبلية لذوي اضطراب التوحد و هذا لأجل التمييز بين هذا الفئة و غيرها من الاضطرابات الأخرى.
- محاولة المساهمة في مساعدة أسرة الطفل التوحدي من خلال توجيههم و إرشادهم إلى الطرق السليمة للاتصال بأبنائهم.
- الأهمية التطبيقية: تكمن الأهمية التطبيقية في هذه الدراسة في محاولة نشر برنامج التدخل المبكر التدريبي الحالي و خدماته بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد على أساس علمي سليم بعد التأكد من مدى فاعليته في تحسين معدلات ذكاء الأطفال و تنمية مهاراتهم مع العمل على تعديل البرنامج كي يتناسب مع البيئة الجزائرية.

2.أهداف الدراسة :

نسجل الأهداف التالية :

- (1) تكمن أهمية الدراسة في أنها تتناول بالبحث العلمي اضطراب من أشد الاضطرابات التي تعوق النمو الطبيعي لدى الأطفال و هو اضطراب التوحد.
- (2) تتناول فئة عمرية هامة و هي مرحلة الطفولة حيث تشكل فيها الشخصية وتتأثر بكل ما فيها.
- (3) تناولت القدرة المعرفية لدى أطفال التوحد و بخاصة موضوع الاتصال.
- (4) يعد الاتصال بمثابة حجر الزاوية في تعليم و تدريب الإنسان بوجه عام و كذلك فهي الأساس في تعلم الطفل المصاب باضطراب التوحد و في كفالتة و في تعديل سلوكه و التخلص من السلوكيات الغير مرغوبة و الإتيان بسلوكيات مقبولة اجتماعيا ، و بدون

- وجود الاتصال أو في وجود اتصال مضطرب لن يستفيد الطفل المصاب باضطراب التوحد مما يتم تدريبه عليه.
- (5) إثارة الاهتمام لتصميم برامج تعليمية عديدة للأطفال التوحديين و المكونات الرئيسية لهذه البرامج.
- (6) إلقاء الضوء على بعض القدرات المعرفية و هي الانتباه المشترك، التقليد لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد.
- (7) الكشف عن إمكانية أن تكون الوظائف العليا لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد تساعد و تسهم في عملية التشخيص و العلاج.
- (8) الاستفادة من نتائج الدراسة في عملية التشخيص و التكفل و التعليم والتأهيل بشكل أفضل.
- (9) توفير قوائم لتقدير مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين.
- (10) الوقوف على نقاط القوة و الضعف للوظائف العليا لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد من أجل الاستفادة منها في العملية التعليمية.
- (11) محاولة استخلاص بعض الاضطرابات الخاصة بالسلوكيات وتأثيراتها على استعمال اللغة لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد.
- (12) التحقق من وجود أو عدم وجود فروق على مستوى الاتصال اللغوي بين الأطفال المصابين باضطراب التوحد.
- (13) الاستفسار عن إمكانية تنمية الاتصال اللغوي عن طريق اللعب و ذلك بالتركيز على اثنين من مهارات الاتصال اللغوي و هما: الانتباه المشترك و التقليد.
- (14) التعرف على طريقة ممتعة يزيد من خلالها الأطفال التوحديين من اتصالاتهم اللغوي.

15) تقديم بروتوكولات للمختصين في الميدان لتنشيط الوظائف العليا للوصول إلى استعمال جيد للغة و الاتصال لدى الأطفال التوحديين.

3. الإشكالية:

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الهامة في حياة الإنسان، و هي من أهم مراحل العمر وفيها تبنى دعائم شخصية الطفل، و بدون طفولة سعيدة يصعب على الفرد تكوين الثقة و الشعور بالأمان اللازمين للنمو السوي، و يتفق علماء النفس و التربية على ضرورة العناية بالطفل وتربيته خلال هذه المرحلة، لذا اتجه الباحثون إلى دراسة العلاقة بين الجوانب المختلفة لنمو الطفل و ذلك بغرض الارتقاء بمستوى سلوكه و أدائه. (خولة أحمد يحيى، ماجدة السيد عبيد، 2007، 15).

و تعتبر الطفولة المبكرة علامة على مرحلة مهمة في تطور الكلام و الإدراك، إنه يتوافق نوعا ما مع ظهور وظيفة التعليم أي إمكانية استخدام إشارات للحديث عن أشياء، أو أشخاص غائبين أو أحداث. لا يقتصر هذا التطور على الكلام فقط، و إنما يشمل أيضا الصور العقلية، و التقليد المتباين، و الانتباه و اللعب و الحركات الرمزية و كل ما دون ذلك و يدخل تحت هذا الإطار، و يمكن أن تكون النظم الرمزية شخصية، أو مشتركة اجتماعيا، فهي تلبي أيضا حاجات للتعبير و الاتصال، و قد يصاب الطفل في مرحلة الطفولة باضطرابات تعيقه عن النمو السليم و تجعل من سلوكياته إحدى معوقات اتصاله و توافقه مع من يحيطون به.

يواجه معظم الأطفال صعوبات، آنية على الأقل، في مجال أو آخر من مجالات التعلم، و يشكل هذا الأمر جزءا من التطور الطبيعي أي صعوبة اكتساب مفاهيم جديدة أو معارف جديدة تطرح على بساط البحث و معارف أو إجراءات سابقة أو مهارات مطلوبة أعلى مما يستطيع الطفل معالجته معرفيا و سلوكيا في لحظة محددة.

تعيدنا فكرة الاضطراب إلى صعوبات النمو أو الاكتساب الخطيرة و المستمرة بل حتى إلى تدمير لبنية المعارف و إلى مقاومة للكفالة و إعادة التأهيل.

و يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة و تعقيدا، ذلك لأنها تؤثر على الكثير من مظاهر نمو الطفل المختلفة و بالتالي تؤدي به للانسحاب و الانغلاق على الذات، و هذا بالتالي يضعف اتصال الطفل بعالمه المحيط به و يجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه، و يجعله يفضل التعامل مع الأشياء غير الطبيعية أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين به. يتضمن هذا الاضطراب ثلاث خصائص أساسية هي: القصور في التواصل الاجتماعي، القصور في اللغة والتواصل، و وجود أنماط متكررة من السلوك (Keen، 2009) تبدأ هذه الأعراض خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.

إن من أهم نقاط الضعف لدى الأطفال التوحديين نجد الاضطرابات اللغوية إذ تعد من أكثر الخصائص المميزة لاضطراب التوحد بسبب تمايز هذه الخصائص لدى الأطفال التوحديين عن الأطفال العاديين، حيث أكدت العديد من الدراسات على وجود خلل واضح لديهم يتمثل في القصور عن التعبير و قلة الحصيلة اللغوية وقصور في فهم الكلام في السياق (نسرين رشيد مصطفى، 2012، ص.138).

تعتبر مشكلة الاتصال اللغوي لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد من المشكلات الرئيسية، و التي على ضوءها يصنف التوحد و يميز عن غيره من الاضطرابات إذا ظهرت أعراضها في مرحلة الطفولة المبكرة. و لأن التواصل يعتبر سلوكا محوريا في حياة الطفل فقد استهدفه الباحث في دراسته الحالية، فاللغة عنصر أساسي في تشكيل العلاقات الاجتماعية، فالعلاقات الاجتماعية تتطلب الاتصال وتتطلب المحادثات و النقاشات الكلامية.

و يظهر هذا القصور في عديد من الطرق ابتداء من طفل ليس لديه تواصل على الإطلاق إلى آخر لديه ألفاظ كثيرة لكنه غير قادر على استخدامها أو تفسير لغة الجسد أو الإدراك التام للمظاهر الفعالة الأخرى للتواصل بالآخرين.

كما يمتد هذا القصور ليشمل مهارات التواصل غير اللفظي و التي يتضمن الانتباه المشترك و التواصل البصري و الوضع الجسدي و الإيماءات. فالعديد من الأطفال التوحديين ليس لديهم توقع بأنّ شخصا ما سوف يحملهم فالبعض منهم يتصلب أو ينظر بعيدا عن الشخص عندما يقوم هذا الشخص بعمل علاقة اجتماعية معه.

و فيما يتعلق بالتواصل غير اللفظي فهو يعبر عن أية وسيلة تستخدم للتعبير عن الشخص الذي لا يتكلم مثل: الإيماءات و التعبيرات بالوجه و حركات الجسد. فالأطفال التوحديون لديهم صعوبة في الحصول على الاحتفاظ بالتواصل البصري الذي يعتمد عليه الطفل الذي لا يستطيع الاستماع. و اللغة الإشارية يتم تعليمها لبعض الأطفال و لكنها محدودة و غير مقبولة لعمل تواصل لدى الأطفال التوحديين. و أيضا تعبيرات الوجه التي تظهر الانفعالات غالبا فيها قصور لدى الأطفال التوحديين لأنّ لديهم صعوبة في فهم المعنى المجرد للانفعالات. و عندما تظهر الانفعالات مثل الضحك فهم نادرا ما يستخدمونها لغرض التواصل.

و في الدراسة الحالية حاول الباحث دراسة بعض من مهارات الاتصال اللغوي و المتمثلة في: الانتباه المشترك، التقليد و اللعب.

وأوضح هشام الخولي (الخولي، 2004، 210) أن اضطراب التوحد يتميز بإعاقات أو عجز أو قصور أو ضعف في مهارات الانتباه وخاصة الانتباه المشترك والتواصل والتفاعل الاجتماعي وبسلوكيات نمطية أو قالبية يبدأ ظهورها خلال الثلاث شهور الأولى من العمر.

ولقد أشار زغلاوان (Zaghlawan, 2011)، داوسون وجيلبيرت (Dawson, & Galpert, 1990) إلى أن بعض الدراسات أوضحت أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في المهارات الاجتماعية والتواصلية المبكرة مثل (التقليد، الانتباه المترابط، اللعب) ووجد أن هذه الصعوبة تؤثر سلباً على النمو اللغوي والتبادلية الاجتماعية وسلوكيات اللعب وهو يقلل من فرص الأطفال للتعلم من البيئة المحيطة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

كما اتفق كلا من جانز وبورجوى (Ganz, & Bourgeois, 2008)، ديكونزيو وآخرون (DeQuinzio & Others, 2007) أن التقليد يرتبط بمختلف المهارات ونتيجة لذلك فإن الكثير من التوحديين و متأخري النمو أقل من أقرانهم العاديين في الأداء بشكل جيد في مختلف مواقف اللعب والكلام، هذا القصور يظهر في مرحلة مبكرة من الرضاعة لدى أطفال التوحد. وأوضح لويس كامل (1998:272) أن الألعاب الاجتماعية لا توجد في حياة الطفل التوحدي و يندر رؤية صدور التقليد الاجتماعي والإيماءات من قبل الأطفال التوحديين وقد يعبر الطفل عن رغباته عن طريق أخذ يد أحد الراشدين وقيادته إلى ما يريده. و قام روجرز وبيننجتون (Rogers, & Pennington, 1991) بتناول التقليد كمكون أساسي للنمو الاجتماعي واللغوي والمعرفي. ويفترض أن قصور مهارات التقليد عند أطفال الأوتيزم تؤدي إلى قصور في تلك المجالات النمائية. فهو أساس للاضطرابات الاجتماعية والتواصلية والوجدانية وقصور اللعب الرمزي وقصور في مفاهيم نظرية العقل.

فلا بد من الاهتمام بالكشف المبكر عن هذا الاضطراب في مراحله الأولى لأن ذلك يزيد من فرص تحسن وعلاج الأطفال المصابين به في الوقت المناسب (هشام الخولي، 2010، 188). وقد وجد الباحث وبالإطلاع على بعض الدراسات أن نسبة ليست قليلة من أطفال التوحد يعانون من عجز أو قصور في مهارات الاتصال اللغوي وهي عمليات أساسية يتعلم من خلالها الطفل الكثير من المهارات الحياتية والقدرة على التعلم المباشر من البيئة المحيطة من خلال ملاحظة الآخرين. وهذا ما أكدته بعض الدراسات (Stone, Ousley, &

(Nabeer (Cardon & Wilcox, 2010) ،Ingersoll, & Lalond, 2010) ،Littleford, 1997)
(Ganz, & Bourgeois, 2008) ،(Ingersoll, Schreibman & Tran, 2003).

و يكون التدخل المبكر من خلال أدوات الكشف و التشخيص و أيضا من خلال البرامج التي تعد لتلبي احتياجات الأطفال التوحديين و أسرهم ، و تتنوع بتنوع الاضطرابات و لذلك فهي تعتمد على خلفية متخصصة تستند على مشكلات الأطفال بصفة عامة و ذوو الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة.

و تركز هذه البرامج على استراتيجيات تساعد الأطفال التوحديين على تطوير مهارات الاتصال اللغوي المتعددة كالانتباه المشترك، التقليد و اللعب و غيرها من المهارات، بالإضافة لكون هذه البرامج لها من الأهمية ما يساعد على تنمية الدافعية الذاتية للتعلم و التفاعل للنجاح في الحياة في إطار الإمكانيات المتاحة لهؤلاء الأفراد، كما تهدف برامج التدخل إلى تحسين و تطوير النمو و خفض نسبة التعرض للمشكلات الناتجة عن اضطرابات النمو لدى الأطفال التوحديين.

و من خلال الإطلاع على البرامج المقدمة للأطفال التوحديين، نجد أنها تختلف وتتعدد فيما بينها انطلاقا من النظريات المفسرة لاضطراب التوحد . و من المعروف أن اختيار البرنامج العلاجي المناسب للتوحد يؤدي إلى خفض السلوكيات غير التكيفية ويساهم في التخفيف من أعراض التوحدية (Davison&Neale,1994).

و الكفالة المنظمة عملية متكاملة للتدخل العلاجي للأطفال التوحد تركز على جعل البيئة من حول الطفل واضحة و مفهومة و يمكنه التنبؤ بالخطوات التي ستحصل خلال أيامه العادية و تضعه في مواقف غير مشتتة، و هذا ما يقلل المشاكل السلوكية للطفل، ويدفعه نحو المزيد من الاستقلالية، و الاعتماد و الثقة بالنفس، عبر التنظيم المحسوس لتسهيل عملية الاتصال لديه.(نواني و عزاز ، 2012).

بالإضافة إلى ذلك هناك مدخلين لبرامج التدخل المبكر لطفل الأوتيزم المباشرة-
والذي يتم من خلال المعالجين (الطريقة مباشرة) - والثاني الذي يقوم الآباء أو الأقران...
بتنفيذه كمعالجين وبإشراف متخصصين (طريقة غير مباشرة).

و تعرض معظم برامج التدخل المبكر على الأولياء، و يتم تدريبهم عليها بمساعدة
الأخصائيين و بالبحث عن مدى تعلم الأطفال و تزويدهم بأسباب التدخل المباشر، و قد قام
الباحثون بدراسة الأطفال الصغار و وجدوا أن الأطفال المتعلمين أكثر نشاطا منذ سن
مبكرة، وهذا هو الوقت الملائم لبداية التدخل، و تحديد مدى التعليم، الذي يشير إلى ما
سيحدث فيما بعد و الكشف عن التطور المناسب من التعليم وفقا للنتائج الموجودة في
المستقبل و الدراسات التي قام بها الباحثون عن إمكانية التمييز بين الأطفال القادرين على
التواصل و غير القادرين، و اكتشف الباحثون أسباب الاضطراب و قاموا بتقييم برامج
التدخل المبكر، ليتعرفوا على تفاصيل البرنامج التي هي مفيدة حقا، و الآن هناك شك قليل
في أن برامج التدخل تستطيع أن تؤثر على الأطفال.

انطلاقا مما سبق و من أجل التعمق أكثر في موضوع الدراسة الحالية لمعرفة أثر برنامج
تدريبي من خلال التدخل المبكر في تطوير مهارات الاتصال اللغوي لدى التوحديين. ومن ثم
تحديد مشكلة الدراسة الحالية. و في هذا المجال يمكن طرح الإشكالات التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في
مهارات الاتصال اللغوي في الدرجة الكلية قبل/ بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك
لصالح الاختبار البعدي؟.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في التدخل المبكر
قبل / بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي؟.
- هل هناك أثر لبرنامج تدريبي من خلال التدخل المبكر في تنمية الاتصال اللغوي
لدى عينة من الأطفال التوحديين؟.

من خلال هذا يمكننا طرح التساؤلات الجزئية الآتية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في اختبار الاتصال اللغوي قبل/ بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي في مهارة الانتباه المشترك؟.
- o هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في اختبار الاتصال اللغوي قبل / بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي في مهارة التقليد؟.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في اختبار الاتصال اللغوي قبل / بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي في مهارة اللعب؟
- هل هناك أثر لبرنامج تدريبي من خلال التدخل المبكر في تنمية الاتصال اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين؟.

1. الفرضيات:

** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في مهارات الاتصال اللغوي في الدرجة الكلية قبل/ بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي.

** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في التدخل المبكر قبل / بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي

** هناك أثر لبرنامج تدريبي من خلال التدخل المبكر في تنمية الاتصال اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

أما بالنسبة للفرضيات الجزئية فهي كالتالي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في اختبار الاتصال اللغوي قبل/ بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي في مهارة الانتباه المشترك.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في اختبار الاتصال اللغوي قبل / بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي في مهارة التقليد.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في اختبار الاتصال اللغوي قبل / بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي في مهارة اللعب.

2. الدراسات السابقة:

احتلت الدراسات عن الطفل التوحدي في السنوات الأخيرة مساحة واسعة من البحث العلمي خاصة بعد انتشار العديد من فرق البحث في هذا المجال و التي اهتمت بعمل العديد من الدراسات الهادفة من أجل التعرف على التوحد هذا اللغز المحير في كيفية تشخيصه و كيفية التدخل المبكر لاكتشافه و أيضا كيفية معرفة أنسب الطرق و الوسائل العلاجية المقدمة له و ذلك من أجل إعدادة لمستوى نضج أفضل و أنسب لبعض القدرات الخاصة به. ومن هنا سوف يعرض الباحث في هذا الجزء أهم الدراسات التي تناولت التوحد و السلوك الاتصالي للطفل التوحدي و كذا بعض الدراسات الخاصة بمختلف التناولات العلاجية المبكرة و مهارات الاتصال اللغوي عند هذه الشريحة من الأطفال و أيضا البرامج العلاجية المقدمة لهذه الفئة.

و قد قسم الباحث الدراسة حسب مجالاتها البحثية كالآتي:

- التوحد.

- الاتصال اللغوي.

- التدخل المبكر.

البرامج العلاجية.

***اللعب:**

لقد أثبتت الدراسات أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد قابلون للتعلم و التدريب عن

طريق اللعب سواء بشكل فردي أو جماعي.

إذ أكدت دراسة (Sogam&Kawai) و التي تكونت من طفل واحد من ذوي اضطراب التوحد

فعالية العلاج باللعب. (خطاب،2004، 123).

كما وجدت دراسة (Segman & Ungerer) علاقة ارتباطية بين اللعب ونمو اللغة لذوي اضطراب التوحد. (شاش، 2001، 114).

كما وجد خطاب (2004) أن العلاج باللعب يؤثر على الشخصية بشكل عام و أن الألعاب الحركية و الحسية تساهم بشكل فعال في مساعدة ذوي اضطراب التوحد على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجدون فيه و على زيادة قدرتهم على الانتباه والتواصل مع الآخرين و الاندماج في المجتمع مما يساعد على الإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال.

كما أظهرت دراسة الحساني (2005) فعالية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. (نقلا عن الظاهر، 2009، 234).

هدفت دراسة (Sogam & Kawai, 1967) إلى التأكد من فاعلية علاج فردي يقوم على اللعب لطفل مصاب باضطراب التوحد، تكونت العينة من طفل واحد من ذوي اضطراب التوحد، و توصلت النتائج إلى فعالية العلاج باللعب لذوي التوحد. (خطاب، 2004، 123).

هدفت دراسة أتلس (Atlas, 1990) إلى إجراء جلسات علاجية باللعب على (26) طفل من ذوي اضطراب التوحد تمتد أعمارهم بين (4 سنوات و 5 أشهر إلى 14 عاما و خمسة أشهر)، أظهرت النتائج أن أداء الأطفال في اللعب قد ارتبط ببعض الرمزيات اللغوية و ذلك من خلال أدائهم لبعض الرسوم و قد حددت ذلك من خلال قيامه مع هذه المجموعة بالكثير من الجلسات العلاجية باللعب. (سهى نصر، 2002، 133)

هدفت دراسة فاين و آخرون (Fain et Al, 1991) إلى التعرف على أنماط نمو اللعب الرمزي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد و ذوي الاضطرابات اللغوية، تكونت العينة من (290) طفلا تمتد أعمارهم بين (3-7) سنوات تم تقسيمهم إلى خمس مجموعات:

(14) طفلا طبيعي النمو، (22) طفلا معاقا لغويا، (71) طفلا توحديا من فئة التوحد العادي الذكاء، (86) طفلا من ذوي الإعاقة العقلية غير المحددة. و تم تقييم كل طفل باستخدام جلسة لعب بنائي مدتها (25) دقيقة سجلت على شريط فيديو و أدمج أطفال المجموعات الخمس في أنشطة لعب تشمل على: ألعاب حسية حركية سلبية و أنشطة لعب حسي حركي و أنشطة لعب وظيفي و أنشطة لعب رمزي و لعب بدون ألعاب، أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين النمو المعرفي و نمط اللعب إذ أن نمو اللعب الرمزي مرتبط بالمرحلة العيانية و الرمزية، و يعتمد على القدرات المعرفية و على الفهم الاجتماعي لدى الأطفال، كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مجموعات العينة في شكل اللعب الرمزي إذ كان الأطفال ذوو العجز الملحوظ في اللعب الرمزي هم مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و كان الأطفال ذوو العجز و الإعاقة اللغوية أكثر اعتمادية و انخفاضاً و كان الأطفال الذين لديهم ضعف لغوي غير قادرين على السيطرة على اللعب الرمزي بدرجة كافية. (شاش، 2001، 115).

- دراسة (Wolfberg-Pamela, Schuler(1993):

عنوان الدراسة: توضيح حالة لمدى التأثير الذي يلعبه الكبار على النشاط الرمزي في التوحدية.

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

وصف كفي للتغيرات التي تحدث في السلوكيات الاجتماعية و الرمزية لدى فتاة أمريكية توحدية على مدار فترة زمنية تمتد حوالي عشرة سنوات لمعرفة العملية التي تؤدي في النهاية إلى العلاقات الاتصالية التبادلية التي تشتمل على الاتصال اللغوي، الاجتماعي، و التصورات الرمزية، و لفهم المحتوى الذي كان يدعم هذا التغيير.

عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة:

- طفلة توحديّة تقع في مرحلة عمريّة من (5-15).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى:

▪ معرفة التغيرات التي حدثت إلى هذه الفتاة و التي تتضمن مراحل اللعب عندها مرورا باللعب الانعزالي إلى اللعب المتناسق اجتماعيا مع الكبار إلى النشاط ما قبل الرمزي لنشاط اللعب التخيلي، و أيضا التحولات الرمزية المختلفة و المتوازنة في اللغة المنطوقة و اللغة المكتوبة و الرسم.

▪ أن الاتصالات التبادلية و التفاعل الاجتماعي و التصور الرمزي في اللعب الرمزي و النشاط التصوري قد يحدث لهذه الفئة من الأطفال إذا تم توفير الدعم الاجتماعي الكافي لهؤلاء الأطفال.

أن وعي الأطفال التوحيديين بالمجالات العقلية للأشخاص الآخرين يمكن أن يتقدم من خلال خبرات اللعب الموجه الذي يقدمه الكبار لهم.

- دراسة (1994) Cristopher Jarrold, Jill boucher:

عنوان الدراسة: العيوب الوظيفية الرئيسية و اللعب التظاهري لدى الأطفال التوحيديين.

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

▪ دراسة اللعب التظاهري عند الأطفال التوحيديين و علاقته بالمستوى اللفظي لدى هؤلاء الأطفال.

▪ معرفة قدرة هؤلاء الأطفال التوحيديين على استخدام أشياء كبداية لموضوعات أخرى.

▪ تقديم مقياس لقياس أهم مشكلات اللعب التظاهري لدى الأطفال التوحيديين.

▪ معرفة العلاقة بين المشكلات الموجودة لدى الأطفال التوحيديين في مجال اللعب

الظاهري و مستواهم الذهني.

عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة من:

- 24 طفلا ، 3 مجموعات عدد كل منهم 8 أطفال.
- مجموعة أطفال عاديين.
- مجموعة أطفال متخلفين عقليا (الفئة المتوسطة).
- مجموعة أطفال ذوي صعوبات التعلم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى:

- أن هناك علاقة قوية بين مشكلات اللعب التظاهري لدى التوحديين و مستواهم الذهني أي أن التوحديين عاليي المستوى يعطون نتائج أحسن من الآخرين منخفضي المستوى.
 - أن قدرة الأطفال على استبدال شيء بآخر هي قدرة تلقائية مرنة مبتكرة تفرق بين نوعية طفل و آخر.
 - أن بعض الأطفال التوحديين عاليي المستوى يظهرون أشكالا من اللعب التظاهري.
- هدفت دراسة ويلمسان سوانكلز (Willemsen, Swinlels, 1997) إلى المقارنة بين 3مجموعات من الأطفال: الأطفال ذوي الإعاقات الارتقائية، و الأطفال الذين يعانون من صعوبات لغوية، والأطفال ذوو اضطراب التوحد لمعرفة أي من المجموعات الثلاثة تحتاج إلى جلسات اللعب التفاعلي بصورة مكثفة عن المجموعتين الأخرين، تكونت عينة الدراسة من أطفال ذوي اضطراب التوحد، و أطفال ذوي إعاقات ارتقائية، و أطفال يعانون من صعوبات لغوية، و أوضحت الدراسة أنه على الرغم من القصور اللغوي الشديد لذوي التوحد إلا أن بعضهم كانوا يلعبون مع مدرسيهم و والديهم إلا أن لعبهم يفتقد إلى التفاعل الاجتماعي مقارنة بالأطفال ذوي الإعاقات الإرتقائية و ذوي الصعوبات اللغوية. لذا فإن الأطفال ذوي اضطراب التوحد في حاجة إلى أن تكون البرامج العلاجية المخصصة لهم مكثفة و متواصلة. (خطاب، 2004، 129).

هدفت دراسة مانينج و آخرون (Manning et Al, 2010) إلى مقارنة اللعب و القدرات الاجتماعية بين الأطفال ذوو اضطراب التوحد الذين لديهم العديد من اضطرابات النمو اللغوي، توصلت النتائج إلى أن الأطفال ذوو اضطراب التوحد كانوا أقل اجتماعية من مجموعة الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية في جلسات المسرحية أو اللعب. و مع ذلك هذه الفروق لم تظهر في نهاية الجلسات التمثيلية أو اللعب. و بالإضافة إلى ذلك قد ظهرت علاقة ذات دلالة إحصائية بين التمثيل (أو اللعب) و التوظيف الاجتماعي في المجموعتين. و هذا يوضح أن التمثيل (أو اللعب) يمكن أن يعمل على تطوير المهارات الاجتماعية.

تعقيب:

يتضح أنّ الدراسات أعلاه تمحورت حول قابلية أطفال التوحد للتعلم والتدريب عن طريق اللعب، كما بينت فعالية العلاج باللعب وذلك في كون أنّ البرنامج التعليمي باللعب كان ذو فعالية في تنمية الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما يتبين أنّ العلاج باللعب يؤثر على الشخصية و يساعدهم على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجدون فيه. إضافة إلى هذا و مع القصور الشديد لذوي التوحد العينة التي تناولتها الدراسات أعلاه ومع المقارنة باضطرابات أخرى فقد كان البعض من ذوي التوحد يلعبون مع مدرسيهم و والديهم غير أنّ لعبهم كان يفتقد للتفاعل الاجتماعي و عليه فهم بحاجة أن تكون البرامج العلاجية المخصصة لهم مكثفة ومتواصلة، وعليه فقد وضحت الدراسات أنّ التمثيل (أو اللعب) يمكن أن يعمل على تطوير المهارات الاجتماعية.

***دراسات استخدمت اللعب للتدريب على التواصل اللغوي:**

هدفت دراسة سيجمان، و أنجرر (Segman & Ungerer, 1984) إلى التعرف على مدى الارتباط بين اللعب و السلوك الحسي - الحركي من ناحية و النمو اللغوي من ناحية أخرى لدى المعاقين عقليا و العاديين، و تكونت عينة الدراسة من ثلاث فئات من الأطفال:

- الأولى : مصابين بأعراض التوحد.

- الثانية : من ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة.

- الثالثة : من الأطفال العاديين.

و قد استخدم البرنامج الألعاب الجماعية و اللعب التعاوني، و من نتائج البرنامج أن هناك علاقة ارتباطية بين اللعب و نمو اللغة لدى الفئات الثلاثة، و كانت فئة ذوي اضطراب التوحد أقل الفئات تحسنا في المستوى اللغوي قياسا بالفئتين الأخرتين. (شاش، 2001، 114).

و اهتم كوجل و آخرون (Koegel et Al, 1987) بتغيير السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين من خلال مشاركتهم أنشطة اللعب المتميزة و تم ذلك على عينة قوامها (10) أطفال منهم (04) ذكور و (06) إناث، يتراوح عمرهم الزمني ما بين (4-13) سنة، توفرت فيهم خصائص التوحد التي حددها المجتمع الدولي للطفل و الراشدين التوحديين، و نسبة ذكاء تتراوح ما بين (10-75) درجة، حيث جهز الباحث حجرة للعب بمجموعة مبعثرة من اللعب على الأرض بها مرآب كبي و كاميرا لتصوير نشاط الطفل، و تحدد جلسات التفاعل بين الأطفال و المدرب، و عليه أن يغير اللعب من الطفل كل دقيقة، و تستمر الجلسة لمدة (09) دقائق و قد حدد الباحثون السلوكيات المرفوضة اجتماعيا بأنها السلوكيات التي تحد أو تختزل زمن التفاعل بين الطفل و المدرب.

و توصل الباحثون إلى أنه يمكن التحكم في السلوكيات المرفوضة اجتماعيا التي يصدرها التوحدي من خلال أنشطة اللعب كما أن الممارسة اليدوية للأنشطة تفيد في علاج السلبية الاجتماعية الشديدة، و تنمي مهارة بدء التواصل مع الآخر.

هدفت دراسة انجنمي و هوتين (Anjenmi & Hoten, 1991) إلى تحسين النطق

التلقائي لدى الطفل توم البالغ من العمر 10 سنوات، و ذلك من خلال نشاطين يؤديهما الطفل خلال التجربة و هما اللعب و الرسم، و قد أظهرت النتائج تحقيق الهدف من الدراسة إذ ازداد معدل النطق التلقائي باستخدام طريقة المهلة الوقتية و لكن هذا المعدل اختلف في النشاطين اللذين قام بهما الطفل فقد استمر النطق التلقائي على مستوى عال أثناء اللعب بالسيارة لمدة أربع أشهر بعد التجربة بينما كان المعدل أقل بالنسبة للنطق التلقائي أثناء الرسم، فقد انخفض النطق التلقائي عن مستواه العالي قبل انقضاء أربعة أشهر من نهاية التجربة. (بدر، 2004، 130).

و هدفت دراسة جولدستايم و كايسور (Goldsteim & Cisor, 1992) إلى معرفة مدى

تأثير التدريس من خلال اللعب الدرامي على 3 مجموعات من الأطفال (طبيعيين، ذوي اضطراب التوحد، معاقين)، و أوضحت النتائج زيادة مهارات الاتصال اللغوي و الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال من خلال اللعب الدرامي التمثيلي. (خطاب، 2004، 124).

هدفت دراسة دانييلي - ثارب (Danielle- Tharp, 1995) إلى تقديم مجموعة من

الألعاب الدرامية لتنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تكونت عينة الدراسة من (3) أطفال، أظهرت النتائج أن هناك تغيرات إيجابية في اللعب و اللغة و المهارات الاجتماعية بعد برنامج اللعب الدرامي. (خطاب، 2004، 127).

كما قام دزيري (Desiree, 1996) بدراسة عنوانها الكفاءة الاجتماعية للأطفال

الصغار المصابين بالتوحد، هدف من خلالها دراسة عاملين من عوامل الكفاءة الاجتماعية و هما: مهارات التفاعل الاجتماعي، و مهارات تكوين الصداقات، و ذلك لدى الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة، و تكونت مجموعة الدراسة من ثلاث مجموعات:

- الأطفال التوحديين و كان عددهم (18) طفلا، تراوحت أعمارهم من (46-70) شهرا.

- الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو و كان عددهم (12)، أعمارهم من (46-67) شهرا.

- الأطفال الأسوياء و كان عددهم (12)، تراوحت أعمارهم من (37-63) شهرا. و قد تم استخدام أسلوب الملاحظة كأداة للدراسة، و ذلك لملاحظة سلوك الأطفال أثناء اللعب و من خلال (04) جلسات تدريبية أسبوعية، و تم عمل مقارنة بين المجموعات الثلاثة على كل من اللعب الاجتماعي و موضوع اللعب و العواطف و تفضيل الأقران. و قد أشارت أهم نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال المصابين بالتوحد و الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو، و بين الأطفال العاديين النمو في مهارات التفاعل الاجتماعي، بينما لم توجد فروق دالة بين الأطفال التوحديين و الأطفال المصابين بتأخر في النمو بالنسبة لمهارات التفاعل الاجتماعي، و أن الأطفال التوحديين يفضلون نوعية خاصة من الأقران في لعبهم.

هدفت دراسة بيسرس و و شريمان (Picerce & Schrebman, 1997) إلى التعرف

على مدى فاعلية فنية النمذجة في تحسين الكفاءة الاجتماعية و الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. و تكونت عينة الدراسة من طفلين توحديين تمتد أعمارهم بين (7-8) سنوات. استخدم الباحثان أسلوب اللعب في تنمية الاتصال اللغوي مع استخدام التعزيز في كل مرحلة من مراحل اللعب و توصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى التفاعلات و المبادرات و استخدام اللغة بعد فترة المعالجة التي خضع لها أفراد العينة. (بدوي، 2006، 79).

هدفت دراسة ومبوري داون (Wimpory, Down, 1999) إلى التأكد من فعالية

العلاج بالموسيقى و العلاج باللعب في تنمية اللغة و التواصل مع الآخرين لدى الطفل ذي

اضطراب التوحد، تكونت العينة من طفلة تعاني من اضطراب التوحد، أوضحت النتائج أن العلاج بالموسيقى و العلاج باللعب التفاعلي قد يؤدي إلى تنمية اللغة و التواصل الفعال مع الآخرين. (خطاب، 2004، 131).

كما هدفت دراسة (Kok A, et Al, 2002) إلى مقارنة تأثير اللعب المنظم و اللعب الميسر الحر لتشجيع التلقائية و استجابة التواصل و سلوكيات اللعب لدى الأطفال التوحديين. و يتم اللعب المنظم من خلال استخدام عدد من المحاولات تحت إشراف المدرب في حين يتم اللعب الميسر " الحر " من خلال حدوث دمج هؤلاء الأطفال ضمن مجموعة أخرى عادية. و تكونت كل مجموعة من (08) أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة و كانت النتيجة حدوث تواصل ملائم و كذلك سلوكيات اللعب و كانت استجابة التواصل أكثر حدوثاً لدى مجموعة الأطفال المشاركين في اللعب المنظم.

هدفت دراسة ليويس (Lewis, 2003) إلى بحث العلاقة بين اللغة و اللعب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. استخدمت الدراسة أسلوب المنهج التحليلي و ذلك من خلال جميع الأبحاث و الدراسات السابقة ذات العلاقة بنفس الموضوع، و أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ما بين اللغة و اللعب لدى الأطفال المصابين بالتوحد لكنها ليست واضحة تماماً لكن مما يدل على وجودها هو وجود بعض العوامل المشتركة بين اللغة و اللعب و من أهم هذه العوامل هو أن كليهما يدلان على وجود شيء أو شخص معين. أي أن كليهما يعبران عن شيء ما بطريقة ما، و بالتالي يمكن استخدام اللعب و الذي قد يكون عبر عنه بواسطة الدمى أو بواسطة الإشارات و الرموز في تحفيز الطالب و تعليمه.

الدراسات العربية:

و أجرى خطاب (2004) دراسة عن مدى تأثير البرنامج العلاجي باللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي و تكونت مجموعة الدراسة من (20) طفلاً

مقسمة إلى مجموعتين عشرة تجريبية و أخرى ضابطة، تراوحت أعمارهم ما بين (10- 12) سنة. و توصل الباحث إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية. كما أشار الباحث إلى أن للألعاب الحسية و الحركية قدرة هائلة في مساعدة الأطفال التوحديين على زيادة قدرتهم على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجدون فيه، كما زادت من قدرتهم على الانتباه و التواصل مع الآخرين بشكل فعال و الاندماج معهم في كافة الأنشطة المشتركة، و هذا بدوره ساعد على الإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال و مؤثر.

كما قام الحساني عام (2005) بدراسة هدفت إلى قياس مدى فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تكونت العينة من (20) طفلاً توحدياً قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية و الأخرى ضابطة و توصلت النتائج إلى وجود فروق في مهارة التقليد، و الفهم و المعرفة و توظيف المفاهيم قبل تطبيق البرنامج و بعده لصالح الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية. (الظاهر، 2009، 234).

تعقيب على الدراسات السابقة الخاصة باللعب:

أظهرت نتائج الدراسات التي استخدمت اللعب في التدريب على التواصل اللغوي على وجود علاقة ارتباطية بين اللعب و النمو اللغوي عند فئة التوحد و هذا حتى بالمقارنة وفئات أخرى غير أنّ أطفال التوحد كانت نتائجهم أقل تحسناً بالمقارنة والآخرين، كما توصلت الدراسات إلى أنه من الممكن التحكم في السلوكيات المرفوضة اجتماعياً و التي يصدرها التوحد و هذا من خلال أنشطة اللعب كما أنّ الممارسة اليدوية للأنشطة تنمي مهارة التواصل، كما أوضحت الدراسات أنّ زيادة الاتصال اللغوي والاجتماعي لدى أطفال التوحد تكون من خلال اللعب الدرامي، كما و أسفرت عن ارتفاع مستوى التفاعلات و المبادرات و استخدام اللغة و هذا بعد فترة من المعالجة بأسلوب اللعب، واعتبرت أنّ العلاج بالموسيقى و اللعب التفاعلي قد يؤدي إلى تنمية اللغة و التواصل الفعال مع الآخرين، و عليه فإنّ العلاقة بين اللغة

واللعب حسب الدراسات أسفرت على إمكانية استخدام اللعب حتى في تحفيز الطالب وتعليمه.

*دراسات خاصة بالانتباه الانتقائي و المشترك:

أظهرت دراسة (Kolko et Al,1980) تّويد لوجود الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين في حين يعارض كل من (Anderson & Rincover, 1982) ارتباط هذه الخاصية كسمة عامة بين الأطفال التوحديين.

قدم ميراندا و زملاؤه (Mirenda, 1983) بدراسة استعرضوا فيها نتائج بعض الدراسات التي بحثت بسمات التحديق بالعين و الوجه لدى الأطفال و البالغين العاديين، و مقارنة نتائج تلك الدراسات بنتائج الدراسة التي قاموا بها و التي هدفت إلى حساب تكرار و مدة التحديق بالعين التي يظهرها أطفال التوحد. فقد تكونت عينة الدراسة من (04) أطفال عاديين تراوحت أعمارهم ما بين (6-12) سنة، و (04) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (6-15) سنة، حيث تم وضع أفراد العينة مع شخص بالغ بهدف اشتراكهم معه بحوارات كلامية و محادثات فردية. و أشارت الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال و البالغين العاديون انخرطا بسلوك التحديق بالعين لفترات طويلة و متكررة في أثناء الحوارات الكلامية مقارنة بالأطفال و البالغين التوحديين، في حين أظهر الأطفال و البالغون التوحديون انخرطا في سلوك التحديق بالعين لفترات طويلة و متكررة في أثناء الأحاديث الفردية مقارنة بالأطفال و البالغين العاديين.

أوضحت دراسة (Schribmen & Koegel, 1983) استراتيجية للتعامل مع خاصية

الانتباه الانتقائي تبنى على تعليم الطفل التوحدي الاستجابة للمثيرات المتعددة.

كما قام (Collier Reid, 1987) باختيار نموذج للتعليم أحدهما يبني على نظرية الانتباه الانتقائي للأطفال التوحديين، و يتضح من ذلك أن الأساليب المستخدمة للتعامل مع خاصية الانتباه الانتقائي مازالت موضوع جدل قائم بين الباحثين (Russel & Gersten, 2001).

و بما أن التوحديين لديهم ضعف في تطوير مهارات الانتباه المتعدد (Chorman,2003) و ضعف في تطوير مهارات التواصل بشكل عام. مع عدم تواجد برامج محددة للتعامل مع خاصية الانتقائية المفرطة لدى المصابين باضطراب التوحد.

تناولت دراسة عبد المنان ملا معمور (1997) استخدام برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تخفيف حدة أعراض التوحد المتمثلة في كل من القلق و السلوك العدواني و النشاط الحركي المفرط و ضعف الانتباه و عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين و ذلك لدى عينة من الأطفال ذوي الأوتيزم إضافة إلى تنمية بعض المهارات الحياتية لدى هؤلاء الأطفال (و التي تتمثل في ارتداء و خلع الملابس، زيادة مدة الانتباه، الأنشطة الرياضية). و تكونت عينة الدراسة من (30) طفلا توحديا بالسعودية و تتراوح أعمارهم ما بين (7- 14) سنة و تم استخدام مقياس كورنرز لتقدير المعلم لسلوك الطفل (إعداد السيد السمادوني، 1990) و مقياس تقييم الطفل المنطوي على ذاته (إعداد محمد حسيب الدفراوي، 1990) و أسفرت النتيجة عن انخفاض مستوى القلق لديهم بعد تدريبهم على البرنامج و انخفاض السلوك العدواني لديهم و انخفاض النشاط الحركي المفرط لديهم و ارتفاع مستوى الانتباه لدى هؤلاء الأطفال كما ارتفعت درجاتهم الاجتماعية أي زادت علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين.

- دراسة Rollins-PR, Wambacq-I, D(1998):

عنوان الدراسة: تقنية التدخل لأطفال الاضطراب التوحدي: أنظمة للانتباه المتصل.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى:

▪ أن الانتباه يكون أولاً أي قبل اكتساب الطفل للغة.

أن النمو اللغوي مرتبط ارتباطاً تاماً باللغة.

أشارت دراسة السيد عبد العزيز مصطفى (1999) إلى اضطرابات بعض الوظائف المعرفية و علاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال التوحديين. و تكونت عينة الدراسة من 20 طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (3-12) سنة و تم اختيارهم من مركز تنمية مهارات الطفل المعوق بالأردن و ذلك في مقابل عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً تتراوح أعمارهم ما بين (3.6-12) سنة، و مجموعة من الأسوياء تتراوح أعمارهم ما بين (3.7-12) سنة و عدد كل مجموعة 20 طفلاً. و تم استخدام التقارير السابقة لحالات الأطفال التوحديين، و المقابلات الوالدية و مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (إعداد لويس مليكة، 1999)، و مقياس الطفولة التوحدية (إعداد محمد حسيب الدفراوي، 1991)، و قائمة تقدير التوافق (إعداد عبد الوهاب كامل، 1988). و كانت النتيجة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين اضطرابات بعض الوظائف المعرفية و مستويات التوافق لدى مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً. و أسفرت النتائج أيضاً عن عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين اضطرابات بعض الوظائف المعرفية و مستويات التوافق لدى مجموعة الأسوياء، و أيضاً كان من نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط الدرجة الكلية لاضطرابات بعض الوظائف المعرفية بين مجموعة التوحديين و المتخلفين عقلياً و كذا وجود فروق دالة إحصائياً في متوسط الدرجة الكلية لاضطراب بعض الوظائف المعرفية بين مجموعة الأطفال المتخلفين و الأسوياء. كما كان أيضاً من نتائج هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في متوسط الدرجة الكلية لمستويات التوافق بين مجموعة الأطفال الأسوياء و المتخلفين.

و الهدف من دراسة (Zercher.C, et Al, 2001) معرفة تأثير دمج مجموعة من

الأطفال التوحديين مع الآخرين على الانتباه المشترك و اللعب الرمزي و السلوك الكلامي

للغة، و يتم الدمج في أنشطة اللعب و تكونت عينة الدراسة من طفلين توحديين عمرهم (06)

سنوات و ثلاث بنات يتراوح عمرهم من (9-11) سنة و تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: مجموعة بدون تدريب و مجموعة يتم معها التدريب مع مدرب خاص بهم و المجموعة الثالثة يتم معها التدريب و التدمج بدون مدرب خاص. و استمر التدخل (16) أسبوعا و كانت النتيجة التحسن في المجموعة الثالثة كان واضحا و مفاجئا و ظهر ذلك في زيادة الانتباه المشترك للأشياء و اللعب الرمزي و الكلام اللفظي و ذلك بالمقارنة بالمجموعة الثانية و الأولى.

في حين قدم ليبست و آخرون (Lepist et Al, 2003) دراسة هدفت إلى معرفة طبيعة الكلام و الصوت و ضعف الإصغاء الانتقائي لدى عينة من (09) أطفال توحيدين تراوحت أعمارهم ما بين (5-8) سنوات، و الذين يظهرون بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة و قصور عام في الانتباه و اللغة المنطوقة. و استخدمت الدراسة مجموعة حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية و تقدم الانتباه المبكر لأطفال التوحد للأصوات، و كذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعية بسيطة و نغمات سمعية معقدة، فقد تم عرض مجموعة من الأصوات المتتالية و المتكررة بدءا من بالنغمات البسيطة فالمعقدة على عينة الدراسة. حيث طلب منهم تمييز التغيرات الطارئة في الصوت و محاولة تقليدها لفظيا، و ذلك بفهمهم للأوامر و تنفيذها. إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحد في تمييز التغيرات الطارئة في الصوت و محاولة تقليدها لفظيا، و ذلك بفهمهم للأوامر و تنفيذها. إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحد في تمييز نغمات الصوت و ما حدث لها من تغيير و قد أرجع الباحثون هذا العجز إلى القصور في مهارة الانتباه و الاستماع لديهم و إلى عجزهم عن فهم الأوامر.

و تناولت " جيرالدين " و آخرون (Geraldine et Al, 2004) العجز في الانتباه المبكر عند الأطفال التوحيدين و الذي يتمثل في (التوجيه الاجتماعي، الانتباه المقترن، الانتباه لمحن الآخرين)، و علاقة هذا العجز بقدراتهم اللغوية، و اشتملت العينة على (72) طفلا

توحديا، (34) طفلا عاديا، (34) طفلا ذا تأخر في النمو اللغوي، و تتراوح أعمارهم ما بين (3-4) سنوات في حالة الأطفال التوحيديين و ذوي التأخر اللغوي، أما الأطفال العاديون فتتراوح أعمارهم ما بين (12-46) شهرا و جميعهم متشابهين في العمر العقلي، و قد تمت المقارنة في الأبعاد الثلاثة للعجز الاجتماعي عند هؤلاء الأطفال فأظهرت النتائج الآتي:

1- كان أداء الأطفال التوحيديين أكثر سوءا في الأبعاد الثلاثة للعجز الاجتماعي عن غيرهم من الأطفال الآخرين.

2- كان الانتباه المقترن أفضل مؤشر للتنبؤ بالقدرة اللغوية.

و قد أوصت الدراسة بضرورة التدخل المبكر للرفع من كفاءة هذه الأبعاد لما لها من أهمية في تنمية مهارات الاتصال اللغوي للأطفال التوحيديين.

و تناولت دراسة سوليفيان و آخرون (2007) الاستجابة للانتباه المقترن عند الأطفال التوحيديين في سن ما قبل المدرسة من خلال تفاعلهم مع أشقائهم و قد اشتملت عينة الدراسة على (51) طفلا توحديا و عدد من أشقائهم.

و توصلت نتائج الدراسة إلى أن الانتباه المقترن يعتبر منذرا بإصابة الطفل بالتوحد في سن مبكرة، كما أظهر هؤلاء الأطفال ضعفا شديدا في الانتباه المقترن، وهذا الضعف يؤثر على قدرتهم على التفاعل الاجتماعي و التواصل اللغوي و اللعب مع الآخرين. و قد أوصت هذه الدراسة بإجراء برامج تدريبية لتحسين و تنمية مهارات الانتباه المقترن لدى هؤلاء الأطفال.

دوبره أندرسون وآخرون (2007) :

- دراسة ماجستير منشورة، أمريكا:

تم تقييم المهارات اللفظية لعدد (206) طفلا يعانون من مشكلات لفظية مختلفة، تراوحت أعمارهم بين 2، 3، 5 و 9 سنوات. أوضح التشخيص الإكلينيكي أن (98) طفلا

من هذه المجموعة مصابون باضطراب التوحد، وأن (58) شخصت حالتهم باضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، وأن (50) طفلاً مصابون باضطرابات أخرى ليس من بينها اضطرابات النمو. استخدم منحنى النمو التحليلي (Growth Curve Analyses) لتحليل وقياس مهارات النمو اللفظي لفترة من الزمن. اتضح أن اختبارات الذكاء غير اللفظية، والانتباه المشترك من أهم العوامل تنبؤاً بالمهارات اللفظية لهذه المجموعات مجتمعة. كما اتضح أن الفارق بين مجموعة أطفال التوحد والمجموعتين الأخرين قد زاد بتقدم الزمن، إذ تحسنت المجموعتان بدرجة واضحة مقارنة بأطفال التوحد، فقد اتضح أن هذه المجموعة تعاني بصورة واضحة من تدهور القدرات اللفظية بتقدم العمر، كما أنه يمكن التنبؤ بتدهور المهارات اللفظية في مستقبل حياته بدقة كبيرة بدراسة القدرات اللفظية في مستهل حياته. كما اتضح أنه يمكن تحسن قدرات الطفل التوحدي بدرجات طفيفة إلى حسنه إن تعرض لبرامج تعليمية مكثفة.

تدهور الانتباه الاجتماعي المبكر وسط التوحديين: التوجه الاجتماعي، والانتباه المشترك والانتباه لضغوط الآخرين.

- جيرالدين داوسن وآخرون (2007) :

- دراسة ماجستير منشورة، أمريكا:

هدفت هذه الدراسة لبحث علاقة تدهور الانتباه الاجتماعي المبكر وسط الأطفال التوحديين بالقدرة اللغوية. ولتحقيق هذا الغرض تم اختيار عدة مجموعات من الأطفال الذين لديهم اضطرابات إنمائية تراوحت أعمارهم ما بين (3-4) سنوات على النحو التالي: (72) طفلاً توحدياً، و (34) طفلاً ممن المتأخرين إنمائياً، و (39) طفلاً ممن يعانون من اضطرابات النمو، وقد تم تحديد العمر العقلي، ومن ثم تمت مقارنة قياساتهم في التوجه الاجتماعي والانتباه المشترك والانتباه لضغوط الآخرين. وقد اتضح أن أداء الأطفال التوحديين كان الأسوأ بدلالة إحصائية مقارنة بالمجموعات الأخرى في كل هذه الأبعاد.

كما اتضح أن وجود اضطرابي في الانتباه المشترك والتوجه الاجتماعي من أكثر المتغيرات دلالة لتحديد إصابة الطفل باضطراب التوحد مقارنة بالاضطرابات الأخرى، كما اتضح أن التوجه الاجتماعي من أكثر العوامل تنبؤًا بالقدرة اللغوية. أما التوجه الاجتماعي والانتباه لضغوط الآخرين يرتبطان بصورة غير مباشرة بالقدرة اللغوية. وقد ساعدت هذه النتائج على توضيح طبيعة اضطراب الانتباه الاجتماعي عند التوحديين، وأعطت مؤشرات للعملية الإنمائية للغة الطفل التوحدي، كما عملت على اقتراح بعض الأهداف للتدخل المبكر لمعالجة قدرات الطفل التوحدي اللغوية.

(3) المقارنة العشوائية لطريقتين في التدخل التواصلي وسط الأطفال التوحديين في مرحلة التعليم قبل المدرسي.

- باول يودير & ويندي أستون (2007) :

- دراسة ماجستير منشورة، أمريكا:

هدفت هذه الدراسة لمعرفة فعالية طريقتين (التعلم الاستجابي والتنطيق اللغوي البسيط) للتدخل التواصلي في تجربة لمجموعة من (36) طفلا تم اختيارها عشوائيا من بين الأطفال التوحديين في مرحلة التعليم قبل المدرسي، وقد تم تعرض الأطفال لكل طريقة ثلاث مرات في الأسبوع، استغرقت كل جلسة (20) دقيقة ولمدة (6) أشهر. وقد أظهرت النتائج أن طريقة التنطيق اللغوي البسيط قد ساهم في تسهيل تكرار رغبة الأطفال في أخذ دورهم في الحديث، وكذلك زيادة المبادرة في بدء الحديث وزيادة القدرة على الانتباه بفعالية أكبر مقارنة بطرق التعلم الاستجابي. وبالمقابل فإن طريقة التعلم الاستجابي زادت من تسهيل الرغبة في طلب الشيء بطريقة أفضل من طريقة التنطيق اللغوي البسيط خاصة وسط الأطفال الذين لم تكن لديهم رغبة في المبادرة لبدء الحديث قبل بدء التجربة.

كما أوضحت دراسة نابير (Naber et Al, 2008) و آخرون حول نمو و تطور الانتباه المقترن لدى الأطفال التوحديين، و قد هدفت هذه الدراسة إلى اختبار عدة أنواع من سلوكيات الانتباه المقترن في سن (24-42) شهرا عند (11) طفلا توحديا، (10) أطفال ذوي إصابات نمو و تطور و (08) أطفال طبيعيين.

و أظهرت الدراسة أن الأطفال التوحديين لديهم عجز كبير في الانتباه المقترن في سن 24 شهرا، و أيضا قسمت الدراسة مهارات الانتباه المقترن إلى ثلاثة أنماط هي الانتباه المقترن الأساسي، الانتباه البصري المقترن و الانتباه المقترن المرتبط. و أوضحت الدراسة أيضا أن الأطفال التوحديين عند 42 شهرا يصلون إلى مستوى متوسط من الانتباه المقترن في هذا السن ما عدا الانتباه البصري المقترن، فيحتاج إلى برامج تدخلية مبكرة.

و قد هدفت دراسة موراي و آخرون (Maurey et Al, 2008) إلى معرفة العلاقة بين الانتباه المقترن و اللغة لدى الأطفال التوحديين، و أيضا هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين المبادرة بالانتباه المقترن، و الاستجابة للانتباه المقترن و بين مكونات اللغة سواء استقبالية أو تعبيرية عند (20) طفلا توحديا في سن (3-5) سنوات، و قد تم تقييم مهارات هذه اللغة بمقياس (Mullen) للتعليم المبكر (MSEL).

و توصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة إيجابية بين القدرة على الاستجابة لتلميحات الانتباه المقترن الخاص بالآخرين باللغة الاستقبالية على مقياس (MSEL)، و أيضا هناك علاقة بين الاستجابة للانتباه المقترن و طول الكلمة المنطوقة لدى الأطفال التوحديين.

أجرت نرمن قطب (2004) دراسة بهدف معرفة فاعلية برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي و أثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية و غير اللفظية لعينة من الأطفال التوحديين . و تكونت عينة الدراسة من (08) أطفال من ذوي اضطراب التوحد

امتدت أعمارهم ما بين (3-6) سنوات قسمت إلى مجموعتين متجانستين واحدة ضابطة و أخرى تجريبية، واستغرق تطبيق البرنامج 35 يوماً.

و توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق دالة إحصائية في درجات الأطفال التوحديين على بعد التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي البعد المحدد لاستجابات الانتباه التلقائي و البعد المحدد لتطوير التواصل مع الآخرين في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق دالة إحصائية في درجات الأطفال ذوو اضطراب التوحد على الأبعاد المتمثلة في: التقليد و المحاكاة، الاستجابة الانفعالية، و استخدام الجسم، والتكيف مع التغيير، و الاستجابة البصرية، و الاستجابة السمعية، و استجابة و استخدام التذوق و الشم و اللمس، والخوف و القلق و العصبية، و مستوى النشاط، و مستوى و ثبات الاستجابة العقلية والانطباعات العامة في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.
- و في دراسة رأفت عوض السعيد (2005) تم تنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين باستخدام بعض الفنيات الإرشادية المناسبة من خلال النظرية السلوكية (من خلال فنيات التدعيم و النمذجة و لعب الدور و التغذية المرتدة) و تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين من ذوي التوحد البسيط (حيث يتراوح مستوى التوحد لديهم ما بين 30-36 درجة على مقياس تقييم التوحد الطفولي إعداد شوبلر و آخرون، 1980، الملتحقين بمدرسة التربية الفكرية بالهرم، و مدرسة التربية الفكرية بإمبابية بمصر، و تم تقسيمهم إلى مجموعتين هما: مجموعة تجريبية مكونة من (05) أطفال و أخرى ضابطة (05) أطفال و أعمارهم الزمنية

تتراوح ما بين (9-14) سنة و نسبة نكائهم تتراوح ما بين (50-70) و بلغت عدد جلسات البرنامج 82 جلسة استغرق تطبيقه مدة أربعة أشهر بواقع خمسة أيام في الأسبوع.

و تم استخدام الأدوات التالية:

مقياس اضطراب قصور الانتباه للأطفال التوحديين (إعداد الباحث)، استمارة استطلاع رأي عن أكثر مظاهر اضطراب قصور الانتباه انتشارا بين الأطفال التوحديين (إعداد الباحث)، استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحث)، مقياس جودارد لقياس الذكاء و مقياس رسم الرجل (جودناف هاريس ترجمة و تقنين محمد فرغلي و آخرون، 2004) و مقياس توحد الطفولة إعداد شوبلر و آخرون ترجمة و تقنين سهام عبد الغفار (1999)، مقياس الطفل التوحدي (إعداد عادل عبد الله، 2001) و مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد عبد العزيز الشخص، 1995)، و البرنامج التدريبي (إعداد الباحث) و أسفرت النتيجة أن ضعف الانتباه من أكثر مظاهر اضطراب قصور الانتباه انتشارا بين الأطفال التوحديين. فقد احتل الترتيب الأول بنسبة 68.26%. كما أوضحت الدراسة فاعلية البرنامج المستخدم على أطفال المجموعة التجريبية.

كما هدفت دراسة سيدة أبو السعود حنفي (2005) إلى معرفة إلى أي مدى يؤثر البرنامج الإرشادي في تنمية مهارات الانتباه و المهارات الحركية و الاجتماعية و مهارات رعاية الذات لدى الطفل التوحدي. و تكونت الدراسة من (08) أطفال من الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي البسيط و تتراوح أعمارهم ما بين (4-8) سنوات و نسبة الذكاء من (90-100) درجة و غير مصابين بإعاقات أخرى و كذلك عدد (08) أمهات لهؤلاء الأطفال . و تم استخدام مقياس تقدير مستوى نمو بعض مهارات الطفل التوحدي (المهارات

الاجتماعية و الحركية و مهارات رعاية الذات و مهارة الانتباه) (إعداد الباحثة). و دليل ملاحظة سلوك الطفل و معدل تكراره (إعداد جمال شكري، 1998) و البرنامج الإرشادي المستخدم (إعداد الباحثة). و أسفرت النتيجة عن وجود فروق دالة إحصائية بين تطبيق البرنامج قبلا و بعدا، و ذلك بهدف تحسين مهارات طفل الأوتيزم عينة الدراسة. و كذلك وجود فروق دالة إحصائية في مستوى نمو المهارات الحركية، و مهارة رعاية الذات و مهارة الانتباه قبل و بعد تطبيق البرنامج.

دراسة أمين (2008) بعنوان فاعلية برنامج تدخل مبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحديين و أثره في تحسين التفاعلات الاجتماعية، و ذلك على عينة مؤلفة من (06) أطفال توحديين، تراوحت أعمارهم بين 5-7 سنوات. و قد أظهرت نتائج الدراسة ارتفاعا ملحوظا في مستوى الانتباه المشترك بعد تطبيق البرنامج، و كذلك زيادة في مستوى التفاعلات الاجتماعية لدى أفراد العينة.

جاءت دراسة خطاب (2005) تحت عنوان: " فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين" و استهدفت تنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين من خلال استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي (زيادة التواصل البصري مع الآخرين، محاكاة الآخرين، التعرف على الألوان...)، طبقت الدراسة على (05) أطفال توحديين كمجموعة تجريبية و (05) أطفال توحديين كمجموعة ضابطة بمدرسة التربية الفكرية بالهرم، و بعد تطبيق البرنامج تم التوصل إلى : يعتبر قصور الانتباه انتشارا بين الأطفال التوحديين فقد احتل الترتيب الأول بنسبة 68.26%، توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أبعاد مقياس اضطراب قصور الانتباه (ضعف الانتباه، الاندفاعية، النشاط الزائد) للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج و بعد لصالح القياس البعدي مما يدل على فاعلية البرنامج. كذلك وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أبعاد مقياس اضطراب قصور

الانتباه بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

كما جاءت دراسة وولين و سكريمان (Whalen & Schreibman, 2006) تحت عنوان : "التأثيرات المصاحبة لتدريب الانتباه المشترك على التلقينات الاجتماعية، الوجدان الموجب، التقليد، و التحدث التلقائي لدى الأطفال التوحديين".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دراسة التغيرات المصاحبة للتلقينات الاجتماعية، الوجدان الموجب، التقليد و التحدث التلقائي لدى الأطفال التوحديين بعد المشاركة في برنامج تدريبي على الانتباه المشترك لتحديد ما إذا كان تدریس مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى تغيرات مصاحبة في مهارات التواصل الاجتماعي غير المستهدفة. أجريت الدراسة على عينة قوامها (10) أطفال، متوسط عمرهم 4.3 سنوات. كل الأطفال تبين أنهم من فئة التوحديين و فقا لمقياس جيليام لتقدير التوحد، و تم تطبيق البرنامج لمدة (10) أسابيع لتعليم مهارات الانتباه المشترك، و قد استهدف التدخل مهارتين: الأولى الاستجابة للانتباه المشترك و اشتملت على ست مجموعات تدريبية، و الثانية استهلال الانتباه المشترك، و اشتملت على مجموعتين تدريبيتين . و أشارت النتائج إلى أن التدريب على الانتباه المشترك قد أدى إلى تحسن في التلقينات الاجتماعية، الوجدان الموجب، التقليد، و التحدث التلقائي و مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين.

كما جاءت دراسة توث و رفاقه (Toth et Al, 2006) تحت عنوان: " المنبآت المبكرة بنمو التواصل لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد: الانتباه المشترك، التقليد، اللعب." فقد هدفت الدراسة إلى البحث في الإسهام الذي يقوم به الانتباه المشترك، التقليد، و اللعب في القدرة اللغوية و معدل نمو مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين. و قد اشتملت الدراية على عينة قوامها (60) طفلا توحديا في مرحلة ما قبل المدرسة أي تتراوح أعمارهم ما بين (4-6.5) سنوات. و تم تطبيق أدوات الانتباه المشترك، التقليد، اللعب بالألعاب و القدرة

اللغوية و التواصل اللغوي. و قد أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين ذوي المهارات الأفضل في الانتباه المشترك أظهروا قدرات لغوية أفضل. كما أن اللعب بالألعاب و المحاكاة كانت لها علاقة كبيرة في اكتساب مهارات الاتصال أي يكتسبون مهارات الاتصال بمعدل أسرع من الأطفال ذوي مهارات الانتباه المشترك الأدنى، و قد أوصت الدراسة بضرورة وضع برامج تدخل مبكر لتحسين مهارات الانتباه المشترك و مهارات اللعب.

أما دراسة ايدارولا (IADAROLA, 2008) فقد جاءت تحت عنوان: " تعليم الانتباه

المشترك للأطفال التوحديين من خلال تدخل سلوكي عن طريق الإخوة".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الدور الذي يلعبه الأخ غير التوحدي في تدريب أخيه التوحدي على الانتباه المشترك. تم تدريب 3 أطفال عاديين على تطبيق تدخل الانتباه المشترك على إخوانهم التوحديين. و قد استخدم التدخل مهارتين: الأولى الاستجابة للانتباه المشترك، و اشتملت على ست مجموعات تدريبية و الثانية استهلال الانتباه المشترك، و اشتملت على مجموعتين تدريبيتين. تم قياس الانتباه المشترك، مهارات التوجيه الثنائية، سلوك التحدي، و تقليد الأطفال المستهدفين مرتين: قياس قبلي و قياس بعدي. تمت كل التدريبات في بيوت الأطفال، حيث استمرت الجلسة الواحدة لمدة 15 دقيقة في اليوم، و تم التدريب مرتين في الأسبوع. أشارت النتائج إلى تحسن مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال التوحديين الثلاثة.

أما دراسة منجود (2009) فقد جاءت تحت عنوان: " أثر برنامج لتنمية مهارات

التواصل في تحسين الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين". و هدفت إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل في تحسين الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين، و التحقق من مدى فعالية و كفاءة البرنامج المستخدم في تحقيق الهدف، بالإضافة إلى تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقاة اضطراب التوحد من حيث مفهومه

ونظرياته، و تشخيصه، و علاجه و أيضا تنمية مهارات التواصل و تحسين الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين.

تكونت عينة الدراسة من (13) طفلا من الأطفال التوحديين من إحدى مراكز و مؤسسات رعاية الأطفال التوحديين ذوي الإعاقات الذهنية بالإسكندرية و كفر الشيخ، و تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تكونت من (6) أطفال و الأخرى ضابطة تكونت من (6) أطفال و تم تطبيق البرنامج التدريبي عليهم. و قد استخدم في الدراسة مقياس الطفل التوحدي، اختبار الذكاء ستانفورد - بينيه، مقياس مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال التوحديين، مقياس تقدير مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين، استمارة ملاحظة الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين، مقياس قصور الانتباه للأطفال التوحديين. و قد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج أظهر فعالية في تنمية مهارات التواصل و معرفة أثره على الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين، و كذلك تنمية بعض مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي و مهارات التفاعل الاجتماعي.

و قد جاءت دراسة بايليز (Bailes, 2011) تحت عنوان: " هل يمكن للتقليد، والانتباه المشترك و مستوى اللعب في سنوات ما قبل المدرسة التنبؤ بالنواتج اللغوية اللاحقة لدى الأطفال التوحديين ؟ ".

كان الهدف الأساسي لهذه المراجعة للأدبيات هو تقديم تقييم ناقد للأدبيات الموجودة و المتعلقة بفاعلية مستوى اللعب، و التقليد، و الانتباه المشترك كمدخل للتنبؤ بنواتج اللغة التعبيرية، و الاستقبالية لدى الأطفال التوحديين. أما الهدف الثاني، فهو وضع توصيات تقوم على الأدلة للبحوث المستقبلية و التطبيقات في الممارسات العيادية الإكلينيكية. استخدمت هذه المراجعة البحث على الجوجل عن الأطفال التوحديين والدراسات المتعلقة بفاعلية مستوى اللعب، و التقليد، و الانتباه المشترك كمدخل للتنبؤ بنواتج اللغة التعبيرية والاستقبالية لدى الأطفال التوحديين.

و من خلال نتائج البحث تبين أن هناك تسع دراسات تنطبق عليها الشروط التي وضعت للانضمام إلى قائمة الدراسات المراد مراجعتها، و أشارت في مجملها إلى أن مستوى اللعب، و التقليد، و الانتباه المشترك مدخل للتنبؤ بنواتج اللغة التعبيرية والاستقبالية لدى الأطفال التوحديين.

كما جاءت دراسة بون و رفاقه (Poon et Al, 2013) تحت إشكالية قائمة على التالي: " إلى أي مدى يمكن للانتباه المشترك و التقليد، و سلوكيات اللعب بالأشياء التنبؤ بالتواصل و الأداء العقلي لدى الأطفال التوحديين ؟ ".

تقوم هذه الدراسة على أن افترض الانتباه المشترك و التقليد و سلوكيات اللعب بالأشياء ترتبط بالنمو اللغوي و المعرفي اللاحق لدى الأطفال التوحديين. بمعنى أن الأطفال الذين لا يظهرون هذه السلوكيات من المحتمل أن تكون لديهم صعوبات لغوية و عقلية.

استخدمت الدراسة فيديو هات منزلية للأطفال الذين تم تشخيصهم بعد ذلك على أنهم توحديون، و الهدف هو قياس مستويات الانتباه المشترك و التقليد، و سلوكيات اللعب بالأشياء بالإضافة إلى تغيير هذه المستويات مع الوقت. كما حاول الباحثون تحديد إلى أي مدى يرتبط الأداء اللغوي بالعقلي لدى هؤلاء الأطفال في سن 3-7 سنوات.

أجريت الدراسة على 29 طفلاً توحدياً و أشارت النتائج إلى أنه يمكن للانتباه المشترك والتقليد و سلوكيات اللعب بالأشياء التنبؤ بالتواصل و الأداء العقلي لدى الأطفال التوحديين.

تعقيب على الدراسات الخاصة بمهارة الانتباه المشترك:

يتضح من خلال الدراسات أن وجود اضطراب في الانتباه المشترك و التوجه الاجتماعي من أكثر المتغيرات دلالة لتحديد إصابة الطفل باضطراب التوحد، كما أن ضعف الانتباه من أكثر مظاهر اضطراب قصور الانتباه انتشاراً بين أطفال التوحد، و قد توصلت الدراسات إلى أن الانتباه المقترن يعتبر منذراً بإصابة الطفل بالتوحد في سن مبكرة والضعف في الانتباه

المقترن يؤثر في قدرة التوحدي على التفاعل الاجتماعي و التواصل اللغوي و اللعب مع الآخرين، و أوصت الدراسات بضرورة التدخل المبكر للرفع من هذه الكفاءة لما لها من أهمية في تنمية مهارات الاتصال اللغوي للتوحيدين، كما أوصت بإجراء برامج تدريبية لتحسين و تنمية هذه المهارة، فقد أشارت الدراسات إلى أنّ التدريب على الانتباه المشترك أدى إلى تحسن في التلقينات الاجتماعية ومهارة التواصل لدى التوحدي، كما أسفرت البرامج التدريبية التي تعمل على التخفيف من حدة أعراض التوحد على انخفاض مستوى القلق، السلوك العدوانى و ارتفاع مستوى الانتباه و العلاقات الاجتماعية مع الآخرين و هذا بعد تدريبهم على البرنامج، كما أشارت دراسات تعليم الانتباه المشترك للتوحيدين من خلال تدخل الإخوة إلى تحسن هذه المهارة لديهم، وعليه فقد كشفت الدراسات على فعالية البرامج التدريبية سواء في تنمية الانتباه أو الحد من أعراض التوحد أو تنمية مهارات التواصل على تحسين الانتباه الانتقائي لدى التوحدي.

*دراسات اهتمت بالتقليد:

دراسة سوسن بنت محمد بن محمد نيازك (2008) و التي حاولت من خلالها معرفة أثر استخدام برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال التوحيدين في مرحلة ما قبل المدرسة بمحافظة جدة، هدفت من خلالها الباحثة إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي (الانتباه، التعرف، التسمية، التعبير، التقليد) لدى الأطفال التوحيدين، تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا و طفلة بمركز جدة للتوحد، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (4-7) سنوات، و أخذت مدة تطبيق البرنامج فترة (5) شهور، و قد أسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير مهارات الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة داوسون وجالبيرت (Dawson,& Galpert, 1990) بعنوان: استخدام الأمهات للعب التقليدي (بالتقليد) لتسهيل الاستجابة الاجتماعية واللعب باللعب لدى صغار أطفال التوحد:

هدفت الدراسة إلى دراسة فاعلية تقليد سلوكيات طفل التوحد كوسيلة لتحسين الاستجابة الاجتماعية واللعب الابتكاري باللعب. شارك في الدراسة 15 من أطفال التوحد عمر 2-6 سنوات وأمهم وتم تقييمهم قبل وبعد فترة أسبوعين من المشاركة في اللعب بالتقليد لمدة عشرين دقيقة يومياً. أظهر معظم الأطفال استجابات ايجابية لتلك الإستراتيجية التفاعلية بصرف النظر عن خصائص الأطفال. كما أشارت النتائج إلى زيادة كبيرة في المدة التي يقضيها الطفل في النظر إلى وجه الأم، بالإضافة إلى تحسن في اللعب الابتكاري باللعب لدى 12 طفل.

دراسة انجرسول وجيرجانس (Ingersoll, & Gergans, 2007) بعنوان: تأثير تنفيذ الآباء تدخل بالتقليد وأثره علي مهارات التقليد التلقائي لدى أطفال التوحد:

هدفت الدراسة الحالية إلى قياس إذا ما كان الوالدين يمكنهم تعلم تنفيذ برنامج التدريب علي التقليد التبادلي مع أطفالهم التوحديين وتحديد فاعلية التدخل في زيادة تقليد الإيماءات والأشياء بشكل تلقائي لدى صغار أطفال التوحد. وتمثلت عينة الدراسة في ثلاثة من أطفال التوحد وأمهم.

أشارت تقارير الوالدين في هذه الدراسة إلى أن التدخل أدى إلى تغيرات إيجابية في المشاركة الاجتماعية ومهارات اللعب واللغة والتواصل للطفل، كما أشاروا إلى أن التدخل سهل الاستخدام واستمتع بالعمل مع أطفالهن، كما ارتفع مستوي أداء الأطفال في مهارات التقليد .

دراسة ليفتر (Lifter, 2008) بعنوان: - تعليم مهارات التقليد التبادلي لآباء أطفال التوحد يعزز مشاركة اجتماعية جيدة للآباء مع أطفالهم:

هدفت الدراسة إلي دراسة تأثير تنفيذ الآباء التدريب على التقليد التبادلي مع أطفالهم التوحديين.

وأظهرت النتائج أن الآباء أظهروا زيادة ملموسة في استخدامهم للتدخل ، كما أظهر جميع الأطفال زيادة في تقليد الأشياء التلقائي والتي تم تعميمها واستمرارها ولمدة شهر متابعة. أما الطفل الثالث فأظهر زيادة في معدلات تقليد الإيماءات بعد قيام الأم بتقديم استراتيجيات تقليد الإيماءات .

وأوضح إنجرسول ولويس وكرومان (Ingersoll, Lewis, Kroman, 2007) أن تعلم التقليد في الموقف الطبيعي يعمم التقليد في موقف مقنن مما يبرز أهمية مهارات التعلم في البيئات الطبيعية.

وفي الآونة الأخيرة قام انجرسول وآخرون (Ingersoll et al., 2006, 2007, 2008) بتطوير إستراتيجية لتعليم التقليد هي التدريب علي التقليد التبادلي التي يتم تنفيذها في سياق التفاعل الاجتماعي في المواقف الطبيعية مع أحد البالغين. وأشارت نتائج تلك الدراسات إلي تحسن ملموس في سلوك التقليد بشكل عام عند مقارنته بالطرق الإجرائية الأخرى. كارون وويلكوكس (Cardon, & Wilcox, 2011).

ولقد أشار إنجرسول وسكريبمان (Ingersoll, & Schreibman, 2006) بأن التدريب على التقليد التبادلي هو أحد التدخلات السلوكية الطبيعية وهو إستراتيجية تدخل مبكر فعالة مع صغار أطفال التوحد من خلال تفاعلات اللعب المستمرة. كما أن هذا التدخل فعال في تعليم مهارات تقليد الأشياء وتعميمها في مواقف تقليد مقننة. و يشتمل على العديد من التكنيكات الطبيعية والتي تشمل التقليد المتطابق واللغة الوصفية، فقد أدى هذا النوع من

التدخل إلى إحداث تغييرات في السلوكيات الاجتماعية التواصلية الأخرى والتي تشمل اللغة واللعب التخيلي والانتباه المشترك.

كما أشار إنجرسول ولويس وكرومان (Ingersoll, Lewis, Kroman 2007) أن استخدام الإيماءة في حد ذاته وسيلة تواصل بطبيعتها لدي جميع الأطفال. واستخدام الأطفال للإيماءات التلقائية يرتبط بعمرهم اللغوي حيث أن الأطفال ذوي العمر اللغوي الأقل يستخدمون المزيد من الإيماءات الوصفية التلقائية. إلا أن أطفال التوحد يختلفون عن الأطفال العاديين والأطفال متأخري نمو اللغة حيث أن الأطفال التوحديين لا يميلون إلى الإيماءات. لتعويض صعوبات اللغة. وهكذا فإن التفاعل بين الطفل والبالغين المستخدم أثناء التدريب على التقليد التبادلي ربما يكون وسيلة فعالة في تعليم الإيماءات. وعلاوة على ذلك فإن التدريب على التقليد التبادلي يمكن استخدامه لاستهداف تقليد الإيماءات الوصفية في سياق ذو دلالة هذا المكون ربما يساعد ويدعم الاستخدام التلقائي للإيماءات. وبالفعل فإن هذا النوع من العلاج أصبح له فاعليته في زيادة اللعب التخيلي عند استهداف تقليد الأشياء، وذلك كما ذكر إنجرسول وسكريمان (Ingersoll, & Schreibman, 2006) مما يشير إلى أن هذا النوع من التدخل ربما يكون إستراتيجية فعالة في تعليم الإيماءات التلقائية لأطفال التوحد و بالتالي التحسن في مهارات التواصل الاجتماعي الأخرى.

فمن خلال هذا التدريب يحصل الطفل علي فرص اكتشاف أن التقليد يمكن استثارته ذاتياً. ويتحقق ذلك من خلال تعليم الأطفال التوحديين الحاجة إلى التقليد عندما ينظرون إلى شخص آخر يقوم بأداء السلوك بدلاً من مجرد الاستجابة للأمر اللفظي (Cardon & Wilcox, 2011).

كما أوضح فلانجان (Flanagan, 2008: 62) أن أي إجراء أو نشاط يستخدم لغة يمكن التنبؤ بها ويمكن تنفيذها لمساعدة الأطفال على إجادة المراحل النهائية من عملية التقليد والتي من

خلالها يتعلم الطفل الأصوات المتتابة والكلمات بنفس الطريقة التي يتم استخدامها بها في كل مرة وإنتاج لغة تلقائية ملائمة في مواقف جديدة.

تعليق على الدراسات السابقة الخاصة بمهارة التقليد:

أوضحت الدراسات السابقة أن التدريب الوالدي له العديد من الفوائد للطفل والأسرة فالتدخلات التي يقوم الوالدين بتنفيذها تؤدي إلى إمكانية تعميم النتائج واستمرارها عن التدخلات التي يتم تنفيذها من خلال المعالجين، كما أن تدريب الوالدين يؤدي إلى تحسن في جودة حياة الأسر من خلال تقليل الضغوط الوالدية، ويزيد من التفاؤل لدى الوالدين عن قدرتهم في التأثير على نمو طفلهم الأمر الذي ربما يساعدهم على الاستمرار في جهودهم مع طفل الأوتيزم، وتعديل المشاعر السلبية لدى الآباء تجاه طفلها التوحدي كما أكدت الدراسات والأبحاث التي استهدفت مهارات التقليد أن الأمر لا يقف عند حد إكساب الطفل القدرة على التقليد التلقائي فقط وإنما ينعكس أيضا على جوانب النمو الأخرى مثل اللغة واللعب التخيلي والانتباه المشترك والتواصل.

***دراسات استهدفت التدخل المبكر:**

هدفت دراسة عبير فاروق محمود (2005) إلى التعرف على مدى تأثير التدخل المبكر على عمليات التواصل لدى الطفل التوحدي من خلال برنامج التواصل عن طريق الصور. و تكونت عينة الدراسة من 16 طفلا توحديا دون السادسة و هم مقسمون إلى مجموعتين (تجريبية و ضابطة كل منها 8 أطفال من الجمعية المصرية للأوتيزم) و تم استخدام برنامج PECS و اختبار اللغة العربية (إعداد نهلة عبد العزيز رفاعي). و أسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج مع أطفال المجموعة التجريبية. و ذلك من خلال وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات أطفال المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لاختبار اللغة قبل تطبيق البرنامج و بعده. و لم يستطع البرنامج معالجة مشكلة التحسن في الإطار اللحني

وترجمة التعبيرات الاصطلاحية و كذلك أزمنة الفعل و فهمها (ماض-مضارع-مستقبل). كما لا يستطيع الأطفال تكوين جمل معقدة أو ذات استخدام نحوي صحيح و ذلك لعدم قدرتهم على الترتيب الزمني للأحداث.

دراسة سكوتلاند (Scotland, 2000) بعنوان فاعلية برنامج للتدخل المبكر في تحسين مهارات التواصل لمرحلة قبل اكتساب اللغة لدى الأطفال التوحديين، و أثره في خفض بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة، كالاستثارة الذاتية، و قد تكونت العينة من (87) طفلاً توحدياً من الذين تقل أعمارهم عن (10) سنوات، و قد شملت المجالات المستهدفة مواقف الحياة اليومية و التواصل الجسدي و التعاون و اللعب و الاستماع و الاستيعاب اللغوي. و قد أظهرت نتائج الدراسة أهمية التدخل المبكر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللغة، إضافة إلى تحسين قدرة الطفل على التواصل في أثناء الأنشطة اليومية.

قام جونستون و آخرون (Johnston, Evans, and Joanne, 2004) بعنوان فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة نظام التواصل البصري، و أثره في التفاعل الاجتماعي، و ذلك على (3) أطفال من اضطرابات طيف التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين (4.3-5.3) سنوات. و قد توصلت الدراسة إلى فاعلية نظام التواصل البصري في زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، و في إنجازهم للمهام المطلوبة منهم، و على تطوير اللغة اللفظية.

أما دراسة القواسمة التي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الأساسية لدى الأطفال التوحديين، و تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً و طفلة من المصابين باضطراب التوحد و الذين تتراوح أعمارهم ما بين (4-6) سنوات، و قد تم اختيار العينة بطريقة قصدية من المراكز و المؤسسات التي تعمل على تقديم الخدمات التربوية للأطفال التوحديين، ثم تم تقسيمهم مجموعتين ضابطة و عددها (10) أطفال وتجريبية و مجموعها (10) أطفال.

استخدمت الباحثة لأغراض هذه الدراسة مقياس المهارات الأساسية للأطفال التوحديين والذي تكون من ثلاثة فروع و هي مقياس الانتباه، مقياس مهارات التواصل، مقياس مهارات الحياة اليومية، كما تم تطبيق البرنامج الذي تكون من (30) جلسة خلال (10) أسابيع وبمعدل (3) جلسات أسبوعية لكل طالب حيث تراوحت مدة الجلسة من (30-35) دقيقة لكل طالب بشكل فردي و قد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الرتب لدرجات أطفال التوحد في المجموعتين التجريبية و الضابطة في مهارات الانتباه، و جاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسط الرتب لدرجات أطفال التوحد في المجموعتين التجريبية و الضابطة في مهارات التواصل، و جاءت الفروق لصالح التجريبية و أظهرت نتائج الدراسة أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسط الرتب لدرجات أطفال التوحد في التطبيقين البعدي و المتابعة في مهارات الانتباه، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الرتب لدرجات أطفال التوحد في التطبيقين البعدي و المتابعة في مهارات الحياة اليومية في جميع المتغيرات باستثناء الرسم، و جاءت الفروق لصالح التطبيق البعدي.

تعقيب:

أسفرت الدراسات أعلاه على أهمية و فعالية برامج التدخل المبكر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللغة، إضافة إلى تحسين قدرة الطفل على التواصل في أثناء الأنشطة اليومية، إضافة إلى فعالية إستراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال التوحديين نظام التواصل البصري وزيادته في التفاعل الاجتماعي لدى التوحديين وفي إنجازهم للمهام المطلوبة منهم، و على تطوير اللغة اللفظية. كما وضحت الدراسات أثر التدخل المبكر على عمليات التواصل لدى التوحدي من خلال برنامج التواصل عن طريق الصور من خلال المدخل البصري (كمدخل حسي لدى الطفل التوحدي)

*دراسات مرتبطة باللغة و الاتصال للتوحيدي:

– دراسة (Bondy- AS, Forest .L (1998):

عنوان الدراسة: الصور التبادلية لنظم الاتصال.

الهدف من الدراسة:

- تطوير طرق و وسائل الاتصال التبادلي كوسيلة لتعليم التوحيديين.
- الاهتمام بعنصر التقليد لأنه بداية أي عملية اتصالية.
- الاهتمام بكيفية تكوين الرمز لدى الأطفال التوحيديين.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى:

- إن نظام الاتصال عن طريق الصور المبسطة هو أنسب طرق الاتصال.
- توجد علاقة قوية بين نمو مهارات الاتصال لدى الأطفال التوحيديين و تغيير السلوك الاجتماعي لديهم.

– دراسة (Light-JC, Roberts-B(1998):

عنوان الدراسة: الاتصال المتزايد و البديل لتدعيم الاتصال الاستقبالي و التعبيري للأفراد التوحيديين:

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

فهم طرق استخدام الاتصال المتزايد و البدائي لتدعيم فهم و إدراك و تعبير الأفراد التوحيديين.

عينة الدراسة: اشتملت الدراسة على عينة بحثية من طفل واحد عمره 6 سنوات لديه توحد و مستواه اللغوي الاستقبالي و التعبيري ضعيف جدا.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى:

▪ وضع نموذج لبرنامج يطبق على الأطفال التوحديين.

– دراسة (Stone- WL, Ousley-OY, Littlef (1997):

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

▪ مقارنة الأنواع المختلفة للتقليد الحركي في (18) طفلاً توحدياً، (18) طفلاً ذو

تأخر تنموي ، (18) طفلاً طبيعياً النمو.

▪ توضيح العلاقات التنبؤية المتطابقة بين التقليد و المهارات التطورية الأخرى لدى

(26) طفلاً توحدياً.

عينة الدراسة:

▪ 18 طفلاً توحدياً.

▪ 18 طفلاً ذوو تأخر نمائي.

▪ 18 طفلاً طبيعياً النمو.

▪ يبلغ الأطفال من العمر (عامين).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى:

▪ أن مهارات التقليد ضعيفة للمجموعة التوحدية.

▪ أن باقي المجموعات أوضحت نماذج متشابهة عبر مجالات التقليد المختلفة.

▪ أن تقليد حركات الجسم أكثر صعوبة عن تقليد الحركات مع الأشياء، و أن تقليد

الحركات التي لا معنى لها أكثر صعوبة عن تقليد الحركات ذات المعنى.

▪ أن تقليد حركات الجسم أكثر صعوبة عن تقليد الحركات مع الأشياء، و أن تقليد

الحركات التي لا معنى لها أكثر صعوبة عن تقليد الحركات ذات المعنى.

▪ أن تقليد حركات الجسم يعتبر منبأ بالارتباط مع مهارات اللغة المعبرة.

- أن تقليد الحركات مع الأشياء يعتبر متطابقاً و مرتبطاً مع مهارات اللعب.
- حدثت تحسنات في التقليد بعد التدريب على هذه المهارة بعد واحد.

- دراسة (Stone -WL, Ousley-OY (1997):

عنوان الدراسة: الاتصال الغير لفظي للأطفال التوحديين ذوي العامين و الثلاثة أعوام.

الهدف من الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

فحص أشكال و وظائف و تعقيد الاتصال.

تعقيب:

وضحت الدراسات المرتبطة باللغة و الاتصال للتوحيدي والتي هدفت لتطوير طرق ووسائل الاتصال التبادلي كوسيلة لتعليم التوحديين، و الاهتمام بعنصر التقليد وكيفية تكوين الرمز على أن نظام الاتصال عن طريق الصور المبسطة هو أنسب طرق الاتصال، و كما توجد علاقة قوية بين نمو مهارات الاتصال لدى التوحيدي و تغيير السلوك الاجتماعي.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق نجد أن:

1- أن هذه الدراسات تُعتبر رائدة ، و خاصة أن البحث في التوحد لم يبدأ إلا في سنة (1943) ، و بالرغم من أن هذه الدراسات قد غطت العديد من الجوانب مثل التعليم عن طريق الموسيقى، القصور اللغوي، القصور الاجتماعي ، القصور المعرفي، قصور التفاعل الاجتماعي ، التفاعل الانفعالي و نسب الذكاء إلا أن هذه الدراسات لم تتناول الانتباه و تطوره لدى التوحيديين من خلال التدخل المبكر المكثف لدى المصابين بالتوحد كمتغير أساسي أو رئيسي بل تناولت الانتباه المشترك كمتغير فرعي من متغيرات عديدة في الدراسة بخلاف دراسة عبد الحليم محمد (2004).

2- نتائج هذه الدراسات اختلفت فيما بينها فقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى وجود خلل في التقليد لدى المصابين بالتوحد، أو أن كفاءة التقليد لديهم أقل من رفائهم الأسوياء أو المصابين باضطرابات أو إعاقات أخرى.

3- و مما يميز الدراسة الحالية هو اعتمادها على اختبار قياس تقدير التوحد الطفولي المبكر و علاقتها بالاتصال اللغوي اللفظي و الغير اللفظي لدى المصاب باضطراب التوحد.

أما بالنسبة للدراسات السابقة التي اهتمت بالبرامج العلاجية لدى أطفال التوحد فقد اهتمت معظم الدراسات السابقة بالمنهج التجريبي في دراسة النواحي اللغوية والتواصلية وأثر تطورها في السلوك والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحيدين، والتي احتوت على برامج تدريبية وإرشادية وسلوكية مكثفة لتطوير مهاراتهم التواصلية ضمن الأنشطة المدرسية، وأنشطة الحياة اليومية.

حيث ظهرت العديد من الدراسات التي استهدفت تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد من خلال تصميم برامج تدريبية تستخدم استراتيجيات تعديل السلوك في تدريبهم، كدراسة ميرندا وزملاؤه (1983, Mirenda et Al) والتي استعرضوا فيها نتائج بعض الدراسات التي بحثت بسمات التحديق بالعين وبالوجه لدى الأطفال والبالغين العاديين، ومقارنة نتائج تلك الدراسات بنتائج الدراسة التي قاموا بها والتي هدفت إلى حساب تكرار ومدة التحديق بالعين والوجه التي يظهرها أطفال التوحد. فقد تكونت عينة الدراسة من (4) أطفال عاديين تراوحت أعمارهم ما بين (6-12) سنة، و(4) أطفال توحيدين تراوحت أعمارهم ما بين (6-15) سنة ، حيث تم وضع أفراد عينة الدراسة مع شخص بالغ بهدف اشتراكهم معه بحوارات كلامية ومحادثات فردية. وأشارت الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال والبالغين العاديين والأطفال والبالغين التوحيدين في التحديق بالعين والوجه، فقد أظهر الأطفال والبالغون العاديون انخراطا بسلوك التحديق بالعين لفترات طويلة ومتكررة في

أثناء الحوارات الكلامية مقارنة بالأطفال والبالغين التوحّدين في حين أظهر الأطفال والبالغون التوحّديون انخراطاً في سلوك التحديق بالعين لفترات طويلة ومتكررة في أثناء الأحاديث الفردية مقارنة بالأطفال والبالغين العاديين.

وقام ستون و زملاؤه (1997,Stone et al.) بدراسة هدفت التعرف إلى أشكال التواصل غير اللفظي التي يستخدمها الأطفال التوحّديون الصغار (كالتحديق بالعين، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، والحركات الإيمائية). وتكونت عينة الدراسة من (14) طفلاً مصاباً بالتوحّد و(14) طفلاً مصاباً بإعاقة نمائية تراوحت أعمارهم ما بين (3,5-2) سنوات، وتجانست المجموعتان في العمر الزمني، والجنس، وقصور الجوانب اللغوية، والمفردات التعبيرية. وقد تم قياس أشكال التواصل غير اللفظي عند عينة الدراسة بتصميم قائمة مكونة من (16) عبارة تصف أنماط السلوك غير اللفظي لديهم، والتي تضمنت مستويين الأول يهتم بسلوك قدرة الطفل على الطلب والثاني يهتم بقدرة الطفل على التعليق على مواقف معينة. وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحّديون أحرزوا درجات منخفضة في الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه ، وفي التحديق بالعين والحركات الإيمائية مقارنة بالأطفال المصابين بإعاقات نمائية أخرى، في حين أحرزوا درجات مرتفعة بسلوك مسك يد الشخص لما يريدونه مقارنة بالأطفال المصابين بإعاقات نمائية أخرى.

أما بافنجتون (1998,Buffington) فقد قام بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل التي تعتمد على الإيماءات والإشارات إضافة إلى التواصل الشفهي، باستخدام بعض استراتيجيات تعديل السلوك كالنمذجة والتلقين والتعزيز. وقد تكونت عينة الدراسة من (4) أطفال توحّدين تراوحت أعمارهم ما بين (4-6) سنوات، وقد تم تدريبهم على مهارات التواصل بالترتيب (استخدام الإيماءات فالإشارات، فالتواصل الشفهي)، وذلك بثلاثة أنواع من الاستجابات المتمثلة في: توجيه الانتباه، والسلوك الوجداني،

والسلوك الوصفي. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج حيث اكتسب الأطفال التوحيديون أفراد عينة الدراسة مهارات التواصل المطلوبة.

في حين قدم ليبست وآخرون (2003, Lepist, et al) دراسة هدفت إلى معرفة طبيعة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى عينة من (9) أطفال توحيديين تراوحت أعمارهم ما بين (5-8) سنوات، والذين يظهرون بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة وقصور عام في الانتباه واللغة المنطوقة. واستخدمت الدراسة مجموعة حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية وتقدم الانتباه المبكر لأطفال التوحد للأصوات، وكذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعية بسيطة ونغمات سمعية معقدة فقد تم عرض مجموعة من الأصوات المتتالية والمتكررة بدءاً بالنغمات البسيطة فالمعقدة على عينة الدراسة، حيث طلب منهم تمييز التغيرات الطارئة في الصوت ومحاولة تقليدها لفظياً، وذلك بفهمهم للأوامر وتنفيذها. إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحد في تمييز نغمات الصوت وما حدث لها من تغيير وقد أرجع الباحثون هذا العجز إلى القصور في مهارة الانتباه والاستماع لديهم وإلى عجزهم عن فهم الأوامر.

وقد بحثت مجموعة من الدراسات السابقة أثر البرامج التدريبية التواصلية للأطفال التوحد على سلوكهم الاجتماعي كالدراسة التي قام بها جيني (1989, Janney) على طفلة توحدية بلغ عمرها (5) سنوات تعاني من بعض أنماط السلوك غير المناسبة اجتماعياً كالسلوك العدواني ونوبات الغضب، حيث تم بناء برنامج تدريبي تم تصميمه ليتناسب وحاجات تلك الطفلة بغرض تدريبها على بعض مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية والتي تمثلت في: التحديق بالعين، الانتباه، الاستماع والفهم. وقد تم التركيز في البرنامج على اشتراك الطفلة مع أقرانها في المهمات المختلفة والتفاعلات الاجتماعية في إطار الأنشطة الاجتماعية التي تناسب عمرها. وقد توصلت الباحثة في دراستها إلى فعالية

البرنامج التدريبي في زيادة التفاعلات الاجتماعية بين الطفلة وأقرانها، وحدث تحسن في أنماط سلوكها الاجتماعي المناسب، إضافة إلى حدوث نقص في السلوك العدواني.

كما أجرى كريدون (1993,Creedon) دراسة هدفت إلى تدريب مجموعة من الأطفال ممن يعانون من اضطراب التوحد على برنامج للتواصل وذلك بغرض تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية (التحديق بالعين، والتقليد، والتعاون، والمشاركة)، والتخلص من بعض أنماط السلوك غير المناسب كإيذاء الذات. وتكونت عينة الدراسة من (21) طفلا من أطفال التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (4-9) سنوات. وقد استخدمت الباحثة في برنامجها التدريبي المتضمن أنشطة متنوعة: حركية، وفنية، واجتماعية، على بعض تقنيات العلاج السلوكي المتمثلة في التعزيز المادي واللفظي، والاقتصاد المادي، والتقبل الاجتماعي. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ظهور تحسن في النشاط الاجتماعي لأطفال التوحد، وفي مهاراتهم الاجتماعية كمهارة المساعدة، كما أظهروا انخفاضا واضحا في سلوك إيذاء الذات.

وفي العام نفسه قام كل من كوجل و فريا (1993,Koegel & Frea) باختبار فعالية برنامج علاجي في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي لدى طفلين توحيدين أحدهما "أندري" ويبلغ (3) سنوات من العمر، ويعاني من أشكال السلوك النمطي وحدة الصوت والتعبيرات غير الملائمة في الوجه، والثاني "تشيرز" وعمره (6) سنوات ويظهر أنماط سلوك عدم التواصل بالعين، وأشكال سلوك نمطي. وقد ركز الباحثان في دراستهما على متغيرات التواصل الاجتماعي المتمثلة في تعبيرات الوجه، ونظرات العيون و شدة الصوت، و استمرارية الحديث، و بعض الطرق المصاحبة للسلوك كالتريد وتنفيذ حركات أطراف الجسم بطريقة معينة، و تم تنفيذ البرنامج في مواقف تواصلية طبيعية في المطعم والحديقة. و قد أظهرت الدراسة حدوث تحسن واضح في أنماط السلوك المستهدفة وتغيرات إيجابية في أنماط السلوك التي لم تستهدف، فقد أظهر الطفلان تحسنا ملحوظا في التفاعل مع الأقران والاندماج الاجتماعي.

وقام اسكوتلاند (2000,Scotland) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر برامج التدخل المبكر

في تحسين مهارات التواصل في مرحلة ما قبل اللغة و خفض بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة كالإثارة الذاتية لدى عينة من أطفال التوحد غير الناطقين ، الذين بلغ عددهم (87) طفلا ممن هم أقل من (10) سنوات ، وذلك عن طريق استخدام أسلوب التقييم ، والتركيب ، والتدخل المبكر، والتدخل المكثف. وقد تم بناء أداة لتقييم التحسن الذي يحرزه الأطفال في قدرتهم على التواصل بمتابعة أدائهم على أنشطة البرنامج التي تضمنت مواقف الحياة اليومية للتواصل، كالتواصل الجسدي والتعاون واللعب، والاستماع، والاستيعاب اللفظي. وقد أسفرت النتائج عن أهمية التدخل المبكر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللغة ، إضافة إلى تحسن قدرة الأطفال على التواصل بأنشطة الحياة اليومية.

وقام ايسكالونا وفيلد ونودل ولاندي (Escalona, Field, Nodel & Lundy 2002)

بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة تأثيرات التقليد على السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد. وقد تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا توحديا من بينهم (12) ذكر و (8) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (3-7) سنوات ، تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين متجانستين في العمر والجنس ، وتكونت المجموعة الأولى من (10) أطفال يقومون بدور التقليد، أما المجموعة الثانية فتكونت من (10) أطفال كمجموعة تفاعل. وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي في تطوير مهارة التقليد لدى الأطفال التوحديين، حيث أظهروا أن التقليد يعدّ طريقة فعالة لتسهيل القيام ببعض أنماط السلوك الاجتماعي كالاقتراب من الأشخاص الآخرين ، ومحاولة لمسهم ، والنظر إليهم ، والتحرك اتجاههم.

أما الغامدي (2003) فقد قامت بإجراء دراسة على (10) أطفال توحديين بمدينة

الرياض تراوحت أعمارهم ما بين (3.4- 9 سنوات) ، تم توزيعهم على مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة متكافئتين في العمر والذكاء غير اللفظي ودرجة التوحد ودرجة العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي. وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن

مظاهر العجز في مهارات التواصل اللغوي (الانتباه الاجتماعي، والتقليد، والتحديث بالعين، واستخدام الإيماءات، الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، والاختيار بين عدة مثيرات وغيرها)، وكذلك الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي (التفاعل المتبادل، والتنظيمات الاجتماعية، والمحاكاة الحركية، والوقت)، وذلك عن طريق استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي والتي تمثلت في: التعزيز الإيجابي، النمذجة، أداء الدور التشكيل، التلقين. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي. كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

كما قام جوهانستون وكاثرين وجوني (Johnston, Evans & Joanne, 2004) بدراسة استخدموا فيها إستراتيجية تدخل مبكر لتعليم أطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة على استخدام نظام تواصل بصري (كالرموز، والصور، والرسوم التخطيطية والرسوم البيانية). وقد هدفت الدراسة إلى معرفة مدى أثر استخدام نظام التواصل البصري في قدرة أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (3) أطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين (3.3-4.3 سنوات)، على التفاعل الاجتماعي، ومدى تأثيره على سلوك إنجازهم للمهام المطلوبة منهم، وعلى استخدامهم للغة لفظية مفهومة من الآخرين. وتوصلت الدراسة إلى فعالية استخدام نظام التواصل البصري في تنمية قدرة أطفال التوحد عينة الدراسة على التفاعل الاجتماعي، وعلى إنجازهم للمهام المطلوبة منهم، وتنمية لغة لفظية عن طريق ربط الصورة بدلالاتها اللغوية.

كما بحثت مجموعة أخرى من الدراسات السابقة أيضا أثر برامج العلاج السلوكي (استراتيجيات تعديل السلوك) على أنماط السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد، فقد قامت سهام

عليه (1999) بدراسة هدفت إلى اختبار إمكانية التدخل السلوكي لدى عينة من الأطفال التوحّدين باستخدام إستراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته ويستخدم فيها برنامج تنمية المهارات الاجتماعية ، و إستراتيجية أخرى علاجية تعتمد على الأسرة باستخدام برنامج إرشادي لهم للتخلص من انعزالياتهم ومساعدة أطفالهم التوحّدين في زيادة تفاعلهم مع الآخرين بهدف تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحّد. وتكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً من بينهم (11) ذكراً و (5) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (3.4-14 سنة) ، وقد تم إعداد برنامج لتدريب الأطفال التوحّدين، أفراد عينة الدراسة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، والسلوك الاستقلالي والمشكلات السلوكية، كما قامت ببناء برنامج إرشادي آخر لتدريب أسر هؤلاء الأطفال على كيفية التعامل معهم لتطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، ورعاية الذات، والتحكم بالمشكلات السلوكية. وقد استغرق تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية عاماً دراسياً كاملاً، استخدمت الباحثة خلالها فنيات التعزيز والنمذجة، والتعلم الطارئ، وأداء الدور، والتغذية الراجعة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير جوهري دال إحصائياً لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحّد لدى أفراد عينة الدراسة. فقد زادت علاقة الأطفال بالآخرين وأصبحوا قادرين إلى حد ما على إيجاد شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي، كما زادت قدرتهم على التقليد، وعلى استخدام الألعاب.

كما قامت هالة محمد (2001) بإجراء دراسة تجريبية هدفت إلى تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي لـ (16) طفلاً توحدياً تراوحت أعمارهم ما بين (7-3 سنوات) وذلك من خلال المساهمة في تطوير صورة عربية لبعض مقاييس السلوك الاجتماعي للأطفال التوحّدين ، وتوظيف قدرات الطفل التوحّدي لتعليمه وتدريبه على اكتساب السلوك الاجتماعي المناسب، وإضعاف السلوك السلبي بأنشطة ومواقف البرنامج، إضافة إلى تدريبهم على اكتساب مهارات التواصل بالعين، والتقليد، والمبادأة، و إتباع الأوامر

والتعليمات، والاتصال. واتبعت الباحثة في تنفيذ البرنامج بعض الاستراتيجيات: كأسلوب التعلم الفردي، وأسلوب تحليل المهارة، وأسلوب التعلم المبني على تعديل السلوك بالتعزيز الإيجابي والسلبي، وذلك ضمن مهارات الحياة اليومية. وأسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي في مجالات الدراسة الثلاثة: السلوك التوحيدي، السلوك اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وذلك في القياس القبلي والبعدي.

أما دراسة أميرة بخش (2002) فقد هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج سلوكي تدريبي على عينة من الأطفال التوحيدين لتنمية مهارات تفاعلهم الاجتماعي وخفض سلوكهم العدوانية. وقد تكونت عينة الدراسة من (24) طفلاً من الملتحقين بمركز أمل للإيماء الفكري بجدة، وتراوح أعمارهم ما بين (7-14 سنة)، وتراوح نسب ذكائهم ما بين (55-68) درجة على مقياس جوادر للذكاء، وقد قامت الباحثة بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين في العمر الزمني، ودرجة السلوك العدوانية، إحداهما تجريبية والثانية ضابطة تتضمن كل منهما (12) طفلاً. وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج في خفض السلوك العدواني لدى عينة الدراسة، حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك العدواني ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدواني وأبعاده.

3. مصطلحات الدراسة:

أثر: يقصد به التمكن في الكفايات اللازمة لتخطيط و تنظيم و إدارة المواقف التعليمية المختلفة و التي تساعد في النهاية في تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج و مدى تناسب الوقت و المساحة الزمنية المخصصة لعرض البرنامج و تقديمه، و كذلك مقدرته على تحريك دوافع الاتصال.

البرنامج: يقصد به تقسيم موضوع الدراسة إلى مجموعة أفكار أو خطوات مرتبة ترتيباً منطقياً متسلسلاً، تهدف في مجملها إلى تحقيق أهداف تعليمية محددة، كذلك هو طريقة لترتيب التمارينات التعليمية في خطوات صغيرة مرتبة ترتيباً منطقياً و كل خطوة أو إطار في البرنامج يزود المتعلم بمعلومات تتطلب أن يستجيب لها.

التوحد:

اضطراب متعلق بالنمو عادة ما يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر لطفل ينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من 55 شخص، وتزداد نسبة الإصابة بين الذكور عن الإناث بنسبة 4/1 .

ولا يرتبط هذا الاضطراب بأي عوامل عرقية أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أي علاقة للإصابة بالتوحد.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل (اللفظي وغير اللفظي) و التفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية.

تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي، حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير

طبيعية، كان يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهر ردودا غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، و أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير عادية دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلا ، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير وفي بعض الحالات قد يظهر الطفل سلوكا عدوانيا اتجاه الغير أو اتجاه الذات.

التدخل المبكر:

الاهتمام الذي توليه دول العالم حالياً بالتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة أو بما يعرف على نطاق واسع بالتدخل المبكر. وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة حتمية للأدلة القوية التي قدمتها البحوث العلمية في العلوم النفسية والتربوية حول الدور الحاسم للعوامل البيئية في السنوات الأولى من العمر في تغيير مسارات النمو.

الأطفال ذوي التوحد:

هم الأطفال عينة الدراسة، و يعرفهم الباحث إجرائياً بأنهم الأطفال الذين تنطبق عليهم شروط مقياس تشخيص التوحد المستخدم، ويعانون من قصور في مهارات التواصل . وهم مجموعة الأطفال الذين شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب التوحد، على أحد المقاييس المستخدمة في تشخيص التوحد في مراكز التوحد بالجزائر التي تم تكييف إجراءات الدراسة فيها سواء لعينة الصدق والثبات أو لأفراد الدراسة الحالية.

مهارات الاتصال اللغوي:

هي مجموعة المهارات التي يستخدمها الطفل في التعبير عن احتياجاته ورغباته باستخدام أو دون استخدام اللغة، والمتمثلة في: استعمال لغة لفظية أو لغة غير لفظية وهذا لتحقيق الاتصال مع العالم المحيط به.

مهارة الانتباه المشترك: قدرة الطفل على توجيه حواسه و متابعة المهام و المهارات التي

يتدرب عليها.

مهارة التقليد: قدرة الطفل على تنفيذ الحركات التي يقوم بها القائم على رعايته (النموذج)
سواء في طريقة تنفيذ المهام و الأنشطة أو في حركات الوجه و الجسد.

مهارة اللعب: نشاط قد يكون موجه أو غير موجه أي قد يكون حراً أو غير حراً، فإذا لم يتدخل فيه الكبار كان نشاطاً حراً و لا يكون اللاعب مجبراً على عمل شيء محدد، و لكن إذا تدخل الكبار و أجبروا اللاعب على عمل شيء محدد باللعب فإنه يكون نشاطاً موجهاً أي ليس حراً و بذلك قد يفقد اللاعب صفة الاستمتاع أو الرغبة في اللعب.

الفصل الثاني:

التوحد مفهومه ، التشخيص ، الأنواع و النظريات المفسرة

تمهيد.

- تعريف التوحد.
- نسبة الإنتشار .
- النظريات المفسرة لأسباب التوحد.
- تشخيص التوحد و خصائص الأطفال التوحديين.

التوحد مفهومه ، التشخيص ، الأنواع و النظريات المفسرة :

1. تمهيد :

إنّ التصوّر الحقيقي لأطفال التوحد هو أمر مدهش، ترى ما هو هذا الشذوذ ؟ وكيف يمكن أن نشرح الكثير من المفارقات، هذه أسئلة سنحاول الإجابة عليها في سياق هذا الفصل. سنبدأ بإزالة سوء الفهم فالفكرة هي أنّ التوحد هو اضطراب الطفولة حيث نسمع الكثير عن أطفال التوحد وأقلّ بكثير عن البالغين، في الحقيقة نبدأ بملاحظة التوحد منذ الطفولة ولكنه لا يعد اضطرابا خلال الطفولة، وبدلا من ذلك فهو اضطراب يجب أن لا يرى التوحد كأى شيء عابر فهو اضطراب يؤثر على النمو أو التطور سواء العقلي أو اللغوي أو..... الخ تبدو أعراضه مختلفة باختلاف الأعمار وبعضها لا تظهر إلا متأخرة وأخرى تختفي مع الزمن كل هذا سنعمل على شرحه في هذا الفصل.(إبراهيم فرج الله الزريقات، 2004، 20).

تلك الحالة المتمثلة في التوحد تمثل خلافا في تفاعل الطفل مع بيئته الاجتماعية ، و هذا ما يجعله أكثر الاضطرابات صعوبة للطفل ولأسرته و ذلك لما يخلف من آثار على السلوك ، فيتأثر بذلك تفكيره و تفاعله الاجتماعي مع الآخرين، و تضطرب مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي وأنشطة اللعب حيث يؤدي كل ذلك إلى صعوبة تواصلهم و اندماجهم في الحياة الاجتماعية.

كما يعتبر تشخيص التوحد من المشكلات الصعبة التي تواجه الباحثين و المهتمين به في ميدان علم النفس. و قد يعود ذلك إلى أمرين:
الأول: أن التوحد ليس اضطرابا واحدا وإنما يبدو في عدة أشكال ، مما حدا بالبعض

إلى تسميته طيف التوحد ".
الثاني: أن مفهوم " التوحد" قد يتداخل مع مفاهيم أخرى ؛ كفصام الطفولة، والتخلف العقلي،

واضطرابات التواصل ، وتمركز الطفل حول ذاته، واضطرابات الحواس وغير ذلك من مفاهيم.

2. تعريفات التوحد:

نظرا لحدثة البحوث التي تجري على إعاقة التوحد من ناحية، و قلتها من ناحية أخرى و انحصار العديد منها عما جيء بها من قبل في الأبحاث و تكرار تعريفها يرى الباحث أنه من الصعوبة تحديد تعريف مفهوم دقيق و نهائي لمصطلح التوحد الذي يحدث في مرحلة مهمة في حياة الفرد ألا و هي مرحلة الطفولة. إلا أنه و بالرغم من ذلك فسيحاول الباحث عرض بعض التعريفات التي تناولت اضطراب التوحد و التي تخدم طبيعة موضوع البحث أي أنه سيقصر على بعض التعريف الخاصة بموضوع الدراسة و هذا حتى يتمكن من إعطاء خاص به تعريف لهذا الاضطراب:

مصطلح (Autisme) "التوحد" مشتق من الكلمة الإغريقية " أوتوس " Autos وتعني الذات، وتعبر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال، حيث استعمل هذا المصطلح لأول مرة من طرف الطبيب العقلي Bleuler سنة 1911 في عمله على مجموعة من الفصامين الراشدين ليشير عندهم إلى فقدان الإتصال بالواقع الذي يبرز في الانسحاب و اللامبالاة العاطفية مع الهيمنة النسبية أو المطلقة للحياة الداخلية. (عزاز محمد زهير، 2012، ص 34).

و يعرف الشخص و عبد الحكيم (1992) التوحد بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل و السلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (30-41 شهرا) من العمر و يؤثر في سلوكهم، و يجعلهم يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصرفون بالانغلاق على أنفسهم و عدم الاهتمام بالآخرين و تبدل المشاعر، و قد ينصرف اهتمامهم أحيانا إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية و يلتصقون بها.

كما يعرف التوحد على أنه نوع من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال وهو من أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل و أسرته ، و يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، و يعوق عمليات الاتصال و التعلم و التفاعل الاجتماعي، و يتميز بقصور و تأخر في النمو الاجتماعي و الإدراكي و الكلامي عند الطفل. (أحمد سليم النجار ، 2006 ، ص 6).

و يرى القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعوقين (IDEA) التوحد على أنه إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي و الغير لفظي و التفاعل الاجتماعي، و تظهر الأعراض الدالة عليه قبل سن الثالثة من العمر، و تؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي ، و تؤدي كذلك لانشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو التغيير في الروتين اليومي و كذلك الاستجابة الغير اعتيادية للاستجابات الحسية. (الزريقات :2004، ص 33).

كما أنه اضطراب اتصالي يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل و يؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعي للفرد بما في ذلك التواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي و ينتشر بين الذكور بنسبة أكثر من الإناث و يتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي و الاجتماعي مصحوبا بأنماط سلوكية نمطية و رغبة في المداومة على الأعمال الروتينية و الإصرار على طقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف تجاه أي تغيير و يستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة (أي لا يحدث الشفاء منه) و لكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر و وضع البرامج العلاجية و الإرشادية و التدريبية المقدمة للطفل التوحدي. (عبد المنعم، 2005، ص 17).

و ترى نادية أبو السعود (2002، ص7) أن اضطراب التوحد يتميز بالقصور في نمو قدرات الطفل، مع وجود اختلال كفي في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة ومخزون محدود أو

نمطي و متكرر في أنماط تواصله ، حيث يتميزون بسلوك الانسحاب من الواقع و القصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية و عاطفية مع الآخرين ، أو التردد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون و معارضة أي تغيير في الحياة الروتينية.

أما تعريف عليوات (2007) فإنه يعرفه بأنه: " عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية و التواصل اللفظي و غير اللفظي و اللعب التخيلي و الإبداعي و هو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات معالجتها و معالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط و خلق علاقات مع الأفراد و عدم القدرة على اللعب و استخدام وقت الفراغ".

تعقيب: يرى الباحث تعريف اضطراب التوحد على أنه:

نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته ، تؤثر على جميع جوانب نموه، و تبعده عن النمو الطبيعي و يؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على الاتصال (التواصل) ، سواء كان تواصل لفظي أو غير لفظي و أيضا على العلاقات الاجتماعية، و على أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد، و يظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده الاتصال و الاستفادة مما حوله سواء أشخاص ، أو خبرات أو تجارب يمر بها و هذا النوع من الاضطرابات لا شفاء له و لكن يمكن أن يتحسن من خلال الكشف و التدخل العلاجي المبكر لكل أعضاء فريق التكفل المتعدد التخصصات.

3. الصورة العيادية:

يُعد الاهتمام بدراسة التوحد و انتشاره حديثا جدا و ذلك بعد اكتشافه أول مرة سنة 1943 من طرف الطبيب العقلي الأمريكي " ليو كانر " ، لهذا كان التوحد يُعتبر اضطرابا قليل الانتشار

و ذلك راجع إلى صعوبة التشخيص الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى تجاهل هذا الاضطراب ، لكن مع مرور الزمن ارتفع معدل انتشاره و ذلك راجع للأسباب التالية:

✚ المعرفة الجيدة للاضطراب و ذلك راجع إلى تطور وسائل التشخيص.

✚ تعدد المقاييس العالمية لتشخيص التوحد مثل: DSM4,ICD10,CHAT
CARS...الخ.

✚ اتساع التناذر من التوحد الطفولي ل Type Kanner إلى مظاهر أخرى تتمثل في الاضطرابات الاجتياحية للنمو و بالتالي اكتشاف أصناف أخرى أكثر تطوراً مثل :
تتاذر أسبرجر Syndrome d'ASPERGER.

✚ و ما يميز هذا الاضطراب أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4/1) و لكن الاضطراب يكون عند الإناث أكثر شدة وتعقيداً منه عند الذكور.

✚ و لا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أي علاقة للإصابة بالتوحد. (محمد علي كامل ، 2003 ، ص5).

4. نسبة انتشار التوحد:

لو أننا أمعنا النظر وحاولنا استقراء الأرقام المعلنة عن نسبة انتشار اضطراب التوحد خلال العقدين الماضيين لكان من السهل علينا ملاحظة الفرق الشاسع بين هذه الإحصاءات ، و تشير الدراسات العلمية أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية و الاقتصادية، و الاجتماعية ، أو الأصول المعرفية (جمال الخطيب، منى الحديدي، 1997 ، 159).

تذكر وفاء الشامي (2004) أن التوحد يظهر في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية بالتساوي.

بناء على الدراسات التي أجريت في أوروبا وأمريكا تراوحت نسبة انتشار التوحد بجميع درجاته بين 5-15 من كل 10000 مولود ، بينما تقدر بـ 5 من كل 10.000 مولود لاضطراب التوحد الشديد ، هناك دلائل كثيرة على أن مدى انتشار التوحد آخذ في التزايد . تظهر حالات الإصابة بالتوحد بنسبة 1/4 بين الذكور والإناث بشكل عام ولكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوباً بتأخر ذهني شديد ، وفي فئة التوحد الشديد يوجد ذكراً مقابل كل أنثى . وهكذا لو أننا لم نأخذ في اعتبارنا إلا من أصيب بالتوحد المقترن بالتأخر الذهني الشديد من الذكور والإناث فإن نسبة الانتشار تنخفض إلى 2/1 . (وفاء الشامي 2004 ، 19).

وفي دراسة في المجلة الطبية الأشهر The Lancet . وعنوانه:

Autism Susanne Et Levy, David' s Mendel and Robert T Schultz October 12) (2009) تتضمن 120 مرجعاً ، وهي نتيجة الطريقة التي اتبعتها الباحثون في أدوات البحث للفترة الزمنية من جانفي 1998 و حتى ديسمبر 2008.

و بالتالي فهذا المقال يتضمن الواقع العلمي للتوحد كما نشر في المجلات العلمية.

أهم ما جاء في البحث المنشور في مجلة لانست هو أن تقديرات نسبة انتشار التوحد في تزايد منذ 1966. و ربما يعود ذلك (لتغير في صيغ التشخيص- وكذلك السياسة التعليمية - تشابه الأعراض مع اضطرابات أخرى - الإفراط في التشخيص)

<http://www.lancet.com>

Characteristics and Concordance of Autism Spectrum Disorders among 277 Twin Pairs

نشر هذا البحث في عدد أكتوبر 2009 من مجلة أرشيف طب المراهقين والأطفال ،

وفيه :

✓ أن التوائم من بويضة واحدة يصابون في نفس الوقت بنسبة 88%.

✓ والتوائم من بويضتين بنسبة 31%.

✓ وإذا كان التوأمان المتماثلان إناث فالنسبة 100%.

✓ وإذا كانا ذكور تكون النسبة 86% . (عزاز ، 2012).

وفي دراسة جديدة تناولت إحصاء لمن بلغوا 3-17 سنة ، يقدر انتشار التوحد ب 1 من كل 91 شخص. ونتيجة لزيادة الاهتمام بدراسة التوحد فقد أعلن الرئيس الأمريكي "باراك أوباما" أنه سيزيد ميزانية أبحاث التوحد بنسبة 16% . وباعتبار أن نسبة انتشار التوحد ما بين الذكور والإناث هي 4-1 فإنه وفقا لهذه الإحصائية فإن 1 لكل 58 طفل من الذكور. <http://www.usatoday.com> (قادري،ع،2011).

ويذكر كل من رونالد كولاروسو ، كولين أورورك (2003) أن نسبة انتشار إعاقة التوحدية بين الأطفال من سن 3-12 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي 0.06% وهذا يعنى أن هناك (60 : 10000) طفلا لديهم إعاقة التوحدية .(لمياء عبد الحميد 2008).

يمكن القول أنه لا توجد نسب دقيقة للأطفال المصابين بالتوحد في العالم، لأن العالم يعتمد بشكل أساسي على ما هو ملحوظ و معروض، و قد لا تعرض بعض الأسر أطفالها أو تكشف عنهم لأسباب عديدة تتعلق مثلا بطبيعة المجتمع أو الجنس و غيرها، وقد لا تكون الأعداد ممثلة للواقع . كما قد يكون هناك اختلاف بين دولة و أخرى حيث يرتبط بالوعي الحقيقي لهذه المشكلة و آثارها. ويمكن القول أن النسب التي تذكر في البلدان الراقية بالرغم من أنها غير دقيقة إلا أنها أكثر تمثيلا من النسب التي تذكر في البلدان غير الراقية

وتجدر الإشارة إلى أن البحوث و الدراسات التي أجريت في البلدان المتقدمة أكثر منها في البلدان النامية.(قحطان الظاهر، 2008 ، 31).

أشارت نتائج الدراسات الحديثة حسب (Centre Disease Control, 2007) أن معدلات انتشار التوحد و اضطرابات طيف التوحد المرتبطة به أصبحت الآن أكثر مما هو معروف في القرن المنصرم، و بلغت معدلات الانتشار بواقع طفل لكل 150 طفلا (أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشرييني، 2011، ص. 30).

وفقا لنتائج دراسة تشن (Chen et Al) عام 2007 نسبة الانتشار بلغت (1) لكل 150 طفلا (Chen et Al, 2007, P. 435_443)

أثبتت دراسة سويدية نشرت في شهر مايو من سنة 2014 في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association) على أن دور العوامل الوراثية للإصابة بالتوحد تؤثر فقط على نسبة قدرها 50% عكس ما نصت عليه الدراسات السابقة الأخرى التي صرحت بوجود نسبة 80% إلى 90%. و تعتبر هذه الدراسة السويدية من أكبر الدراسات التي ركزت على الأصول الوراثية للتوحد التي تصيب طفلا واحدا من 100 طفل في العالم، كما أكدت على وجود العوامل البيئية و دورها في الإصابة بالتوحد، أجريت هذه الدراسة تحليل بيانات على أكثر من مليوني شخص في السويد بين عامي 1982_2006 <http://autisme-poitoucharentes.fr/nos-actualites/etude-suedoise-sur-les-causes-de-lautisme-211>

و قد قدرت الإحصائيات الحديثة بالولايات المتحدة الأمريكية إصابة حالة واحدة من كل 68 طفل http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2014/03/27/un-enfant-americain-sur-68-est-autiste-soit-30-de-plus-qu-en-2012_4391165_3222.html

و بحسب هذه الإحصائيات المرتفعة يعتقد الباحث أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في ارتفاع رهيب و هي أعلى بكثير من نسبة انتشار عدد من الأمراض المزمنة في العالم

كالكسري و ضغط الدم، و هذا ما يدفع إلى تصور جديد لبناء أدوات تشخيصية و علاجية على مستوى جميع الأخصائيين العاملين مع الطفل من خلال الفرقة العلاجية المتعددة التخصصات.

أما في فرنسا فقد بلغت نسبة ميلاد التوحديين في العام الواحد إلى 8000 أي طفل واحد من 150 طفل http://www.autisme.fr/?page_id=139 و في نهاية عام 2001 تم تسجيل حوالي 4500 من الأطفال و المراهقين المصابين بالتوحد أو متلازمات أخرى ذات الصلة و ذلك في المؤسسات الطبية الاجتماعية أو حتى في المؤسسات الخاصة بالأطفال المعاقين (Jean Yves Barreyre et Al, 2005, P.2).

و في أحد الملتقيات المهمة بدراسة ملف التوحد بفرنسا في شهر فيفري من عام 2015 فقد أعلن أن نسبة انتشار هذا الاضطراب بفرنسا وصلت إلى 69/1 طفل مما دفع بالقائمين على هذه الفئة بإطلاق صفاة الإنذار و كان من التوصيات العمل على إعداد برنامج وطني استعجالي للتكفل بهذه الشريحة، و العمل على إعداد الكوادر بما يتماشى مع التطور الحاصل في العالم و كذا إدماج الباحثين الجامعيين و مخابر البحث بشكل حقيقي لإيجاد حل لهذه المعضلة الحقيقية.

لا توجد دراسات كثيرة تدل على مدى انتشار التوحد في العالم العربي وهذا ما أشار إليه أيضا عادل عبد الله (2002، 12) على عدم وجود دراسة واحدة تحدد نسبة انتشار التوحديين في العالم العربي.

من خلال استقراء هذه الدراسات و الأبحاث ومواقع الإنترنت المشهورة نجد أن نسبة انتشار التوحد آخذة في الزيادة بشكل قد دفع البعض إلى القول بأن اضطراب التوحد هو مرض وبائي. فنجد البعض مثل عادل عبد الله (2004، 42) يميل إلى الأخذ بما جاء به عثمان فراج (2002) من أن البحوث الحديثة قد أثبتت وجود علاقة بين الإصابة بالتوحد والتلوث البيئي وبخاصة التلوث الكيميائي وأثره على الجوانب الوراثية للجنين ، فقد ثبت أن النفايات السائلة والغازية المحتوية على كيماويات أهمها الرصاص و الزئبق ، من العوامل المسببة

للإعاقات الذهنية على وجه العموم ومن ثم فإن الوقاية من التلوث البيئي بأشكاله المتعددة إلى جانب الرعاية الصحية الشاملة للأم الحامل والجنين ربما تكون ذات تأثير إيجابي في الحد من انتشار الاضطراب.(عادل عبد الله، 2004).

أما في الجزائر فقد قُدمت إحصائيات من خلال الملتقى الأول حول التوحد وكانت كالتالي:

✓ في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار يتراوح ما بين 4-5 حالات من بين 10000 طفل.

✓ في سنوات التسعينات ارتفع كان معدل الانتشار إلى سبع حالات من بين 10000 طفل.

✓ و قد أفادت الإحصائيات الأخيرة أن الجزائر سجلت (18) ألف مصاب في سنة 2011 <http://www.al-fadjr.com/ar/realite/302396.html>

✓ و حسب ما نص عليه المقال الجديد الذي نشر في تاريخ بالصحافة الوطنية:

« Mois de l'Autisme : Pour Mieux Connaitre La : 2015/04/11 تحت عنوان:

« Maladie فإن معدلات انتشار التوحد في الجزائر حوالي 80000 طفلا توحديا تتراوح أعمارهم ما بين 15 شهرا و 17 عاما، و وفقا لأحدث التقديرات من قبل وزارة الصحة فان معدل الانتشار المقدر هو (4) حالات لكل 1000 ولادة.

<http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/75803> .

أما حاليا فلا يوجد إحصائيات دقيقة لهذا الاضطراب في الجزائر ، لكن فالمؤكد أن نسب الانتشار في تزايد مستمر، و يعتقد الباحث أن السبب في ذلك أن الاضطراب غير معروف جيدا بين شرائح المجتمع و غياب ثقافة السؤال حيث يفضل بعضا من أولياء الأطفال ألا يتكلموا عما يعاني منه طفلهم و كذا عدم تقربهم من الجهات المختصة للكشف عن طفلهم و أيضا نقص وسائل الكشف و كذا عدم التكوين الجيد لبعض الأخصائيين للتحكم في أدوات

الكشف و التشخيص و هذا ما لا يمكننا من إعطاء إحصائيات دقيقة عن العدد الحقيقي للتوحيدين بالجزائر، كما يعتقد الباحث أنه من الواجب تنظيم حملات تحسيسية دورية للكشف عن هذا الاضطراب مثل ما هو معمول به في البعض من البلدان المتقدمة.

5. الأعراض:

يُعتبر التوحد الطفولي اضطراب كامل و مبكر في التطور ، يظهر قبل 36 شهرا من عمر الطفل ، و يُعرقل التطور العادي للقدرات المعرفية ، العاطفية ، الحسية والحركية المتعلقة بنموه ، كما أنه يتمثل في عدم قدرة الطفل على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين. (P39,2004, Roge. B).

إكينيكييا تعاني هذه الفئة من اضطرابات على مستوى الاتصال ، الصلة بالآخرين الاجتماعية و في فهم المشاعر و التعبير عنها. (1987, Gremy.FP33) و كذلك فيما يتعلق بالمجالات الآتية:

❖ التفاعل الاجتماعي:

و يتمثل في عدم القدرة على تطوير علاقات مع الأشخاص و غياب التفاعل مع الآخرين أو الاهتمام بهم ، فحسب Frith العزلة التوحدية يمكن أن تأخذ العديد من الأشكال و تظهر بطرق مختلفة من النمو ، فالطفل يمكن أن يشعر بالضيق و القلق عند الإصرار على التواصل معه (P22,1996,Frith.U) ، فالطفل يظهر كأنه يتجنب أو يرفض التواصل و ذلك من خلال:

- يبدو و كأنه يعيش وحده في عالم خاص به.
- غياب الاتصال البصري (النظر المنحرف Regard périphérique).
- عدم الاهتمام بالأشخاص و تجنب الاحتكاك معهم.

- غياب الاستجابة بالابتسامة و الإيماءات.
 - غياب الارتباط النوعي بالأشخاص (لا يُميز الأشخاص المهمين في حياته مثل والديه وإخوته و المعلمين).
 - لا يبحث عن العطف و الحنان عند والديه و لا يحب أن يتقرب إليه أحد.
 - ظهور عجز عاطفي مع من حوله فهو لا يبدي عواطفه.
 - تجنب المواقف الاجتماعية أو التفاعل بطريقة غير معتادة.
 - لا يُشارك الآخرين في نشاطاته و اهتماماته و عدم القدرة على تطوير صداقات مع الأقران.
 - صعوبات في فهم القواعد و الأعراف الاجتماعية (Perry.A& Condillac.R, 2003, 18).
 - يعاني أكثر من 80% من الأطفال التوحديين من عدم القدرة على التنبؤ بمعتقدات الآخرين و وجدت بعض الأبحاث أنهم يمكنهم التنبؤ برغبات الآخرين في حالة كون هذه الرغبات مرتبطة بحاجاتهم و عواطفهم.
 - لا يرد لابتسامة للآخرين، و إذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء دون الأشخاص.
 - يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين و غالباً تكون ألعابه غير هادفة (Klin et al, 1992, 861, Dianne, 1992, 8-9).
 - رفض التلامس الجسدي و عدن الرغبة في الاتصال العاطفي البدني.
- حاول كلين و آخرون التعرف على أسباب الإصابة بالعجز الاجتماعي في التوحد، فقد ظهرت فروض متعددة لتفسيره، فقد اعتبره كانر ناتجا عن اضطراب في التواصل الفعال، بينما اعتبره روتر ناتجا عن الإصابة بالعجز اللغوي، أما أورينتيس فقد أشار إلى أنه يرجع إلى شذوذ في الإدراك الحسي، و البعض أشار إلى العوامل العضوية كعوامل مسببة للإصابة، فتحدث بريور عن الخلل الوظيفي في النصف الأيسر أو الأيمن من

المخ. و نتيجة لتعدد الآراء المفسرة للإصابة بالعجز الاجتماعي في حالات التوحد، فمازال السبب في تفسيره غير محدد (Klin et Als, 1992, 863).

و يعتقد الباحث في الدراسة الحالية أنه للعوامل الجينية أثر في إصابة الطفل باضطراب التوحد على مستوى التفاعلات الاجتماعية ، كما أن للعوامل البيولوجية أثرا أيضا في اضطراب هذا المستوى من التفاعلات الإنسانية.

فعلى مستوى التفاعل الاجتماعي يصعب على الطفل التوحدي النظر إلى غيره وتبادل المشاعر معهم ، كما أنه يعاني مشاكل على مستوى الاتصال اللفظي إذ أن 50% من الحالات لا تتمكن من الكلام وكذلك على مستوى الاتصال الغير لفظي (P4,2004, Cuny.f& Gasser.F) و الذي يتضح في الأعراض التالية:

❖ الإتصال اللفظي و غير اللفظي:

الطفل التوحدي لا يعاني من تأخر في اكتساب اللغة فقط ، لكن عندما تتطور لديه تتميز بالشذوذ ، و لا يستعملها للإتصال مع الآخرين وتظهر من خلال:

- إعادة الكلمات و الجمل على شكل نمطي (رجع الصدى *écholalie*).
- لديه خلط في استعمال الضمائر (أنا ، أنت) حيث يستعمل كلا منهما مكان الآخر.
- عدم القدرة على إنتاج اللغة أو الاستجابة لها.
- لا ينطق الألفاظ بشكل مفهوم.
- لغة نمطية متكررة و غير اتصالية.
- تأخر في استعمال الكلمات أو الجمل.
- عدم القدرة على استعمال المفاهيم المجردة، أما فهم اللغة فيكون محدود يخص الكلمات الملموسة فقط.

- لا يتواصل بالإيماءات و الحركات ليُعبّر عن الفرح أو الخوف ، التعبيرات الوجهية فقيرة و الابتسامة نادرة.
- ضعف القدرة على بدء أو مواصلة الحديث مع الآخرين.
- صعوبات في فهم الجمل الطويلة و المعقدة و لهذا يرى الباحث أنه من الضروري لمن يتعامل مع التوحديين أن يبسط لأكبر قدر ممكن لغته و أن يختار الكلمات و يبتعد عن الكناية و الاستعارة في لغته مع التوحدي لأن هذا الأخير يجد صعوبة في فهم ذلك.
- ضعف في الإجابة عن الأسئلة. (Emanuel Eglin, 2014, 13).
- عدم فهم معاني الكلمات و عدم القدرة على استخدام قواعد اللغة.
- العجز المعرفي يظهر في الأداء الإجرائي الذي حدده أوزنوف بالقدرة على التوصل إلى حل مناسب لمشكلة ما و الذي يساهم في تحقيق الهدف المرغوب و هذا يتطلب مهارات التخطيط، الاستمرارية، البحث المنظم، مرونة الفكر و العقل. و يرى أوزنوف أن سمات الأطفال التوحديين تتفق مع أوجه القصور في الأداء الإجرائي المتمثلة في: عدم المرونة، العنف، الثورة على أي تغيير طفيف في البيئة، التصميم على اتباع الروتين اليومي، قلة الاهتمامات، عدم التفكير في المستقبل و عدم توقع العواقب على المدى البعيد. (Ozonoff et Al, 1991, 1083).
- الاستخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار، فكثيرا ما نلاحظ أنهم يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي البعيد، و يمكن وصف أسلوبهم في الحديث بأنه كوميدي لأو غير طبيعي و غير ملائم.
- عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الآخرين، سواء كان في الأسلوب أو المحتوى، فلا يدركون متى يتحدثون و متى يتوقفون للاستماع. (Szatmari et Al, 1989, 224).

- قد يستخدم جملة كاملة ليعبر بها عن أحد الأشياء بسبب الموقف الذي سمع فيه هذه الجملة لأول مرة. (Sahakian et Al, 1986, 283-284).

❖ السلوكيات و النشاطات و الاهتمامات:

و يشمل السلوكيات النمطية المتكررة و النشاطات و الاهتمامات المحدودة والمحددة و التي تشمل:

- أي تغيير في المحيط الذي تعود عليه الطفل مثل : نقل أثاث في غرفته أو تغيير عادة متكررة لديه.
- ألعاب متكررة و خالية من أي خيال أو إبداع (faire semblant).
- لديه تعلق شديد و غريب ببعض الأشياء (ورقة، خيط، علبة...) حيث يحتفظ بها في كل وقت ويحتج بشدة إذا حاولنا نزعها منه.
- حركات غريبة و متكررة (Stéréotypies) مثل تدوير اليدين أو ضربهما مع بعضهما وكأنها أشياء لا تُنسب إلى جسمه.
- يُشير الباحثون إلى نوعين من التصرفات فبعضهم جامد لا يتحرك ، يبقى في مكان منعزل يقوم بنمطيته و إذا أوقفنا هذه النمطيات ثار قلق ضخم متفجر و الصنف الثاني في حركة دائمة يلمسون كل شيء ، هذا لا يعني أنهم يهتمون أكثر من الصنف الأول بالمحيط الخارجي و هنا أيضا إن أوقفنا حركتهم ثاروا و انفجر انفعالهم وعدوانهم. (بدرة معتصم ميموني، 2005، 69).

❖ قصور الإدراك الحسي:

- قصور حواس الطفل التي أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فيبدو كأنه لم ير أو لم يسمع أو يحس أو يتذوق أي شيء، و يرى الباحثون كأوجرمان أن الأطفال التوحديون يظهرون صمما فعلا في بعض الأحيان أو صمما متعمدا يستخدمونه

كسلاح ذو قيمة لأنه يغيظ الآباء و العاملين مع الطفل و تريح التوحدي من المسؤولية الخاصة بالتعلم و الإثارة.

- نظرا لعدم قدرة الطفل على التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يتعرض له، فقد أشار بيرس دورف إلى أن عددا من الأفراد التوحديين أصبحوا مرضى سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو التهابات الأذن أو حتى التهاب الزائدة الدودية.
- الميل إلى الاستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعي، فيبدو كأنه مصاب بالصمم أحيانا فلا يستجيب لنداء الآخرين عليه، بينما يستجيب لبعض الأصوات الخافتة جدا مثل كيس الشيبس أو الشيكولاتة عند فتحا أو أصوات الموسيقى المحببة إليه.
- عدم التقدير للمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها عند الاقتراب من الأماكن ذات الأدخنة الكثيفة أو الحرائق ، أو الاصطدام بشدة بالحيطان و السقوط على الأرض أو المسك بالأجسام و الأسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا و عدم ظهور أي ردود فعل اتجاه هذه المخاطر.
- يأكل أو يمص المواد المنفرة دون أن يظهر اختلافا في ردود الفعل. (Kanner, 1873, Webster et Als, 1980, 227).
- يبدو كأنه لم يسمع أو ير إذا مر أمامه شخص و ضحك أو سعل أو نادى فلا يعط الانتباه لهذه الأصوات. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 54).
- يميل إلى تجاهل الأصوات الشديدة في حين ينجذب إلى صوت تحريك لعبة أو جرس باب و هنا يرى الباحث أن هذا متعلق برغبة الطفل مثلا في سلك سلوك معين كأن يريد أن يلعب فيستجيب لصوت اللعبة أو يريد الخروج فيستثير بصوت جرس الباب. كما أن بعض الأصوات تزعجه بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت دراجة هوائية في حين أنه لا يبدي أي حساسية نحو صوت صراخه.
- يستطيع الانسحاب و الانفصال عن الأصوات و المناظر و الروائح و الآلام و كذلك الانسحاب عن الناس. (O Gorman, 1970, 111).

❖ السلوك النمطي المتكرر:

- ينغم معظم الأطفال التوحيديون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار و الرتابة و الميل إلى النمطية، سواء في الحركة أو الأداء و لاسيما في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة..
- الانشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم أو لي خصلات الشعر.
- حركات لا إرادية باليد لإثارة الذات و منها رفرفة اليدين أو لف اليدين بانتظام بالقرب من العينين.
- السير على أطراف الأصابع أو المشي بطريقة ما كأن يسير إلى الأمام خطوتين و إلى الخلف خطوتين، أرجحة الأرجل في أثناء المشي، الضرب بالقدمين على الأرض، الدوران حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوران.
- إدارة الرأس إلى الأمام و إلى الخلف أو هز الجسم للأمام و الخلف (السعد، 1992، فراج، 1994).
- المداومة على قرص أو عض يديه أو حك و خبط رأسه في الحائط أو شيء صلب.
- الجلوس و النظر إلى الأرض لفترات طويلة من الوقت.
- التمسك بلعبة وحيدة من لعبه و هي غالبا ذات الإيقاع الرتيب أو التي تصدر حركة أو صوتا. (Webster et Als, 1980, Sahakian et Als, 1986).
- إظهار تعبيرات و حركات غريبة في الوجه كالغمز بالعين أو الابتسامة العريضة أو التكبيرة.
- إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر.
- النظرات لفترات طويلة في اتجاه معين نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد .
- تدوير الأشياء على الأرض أو رصها في صفوف مستقيمة تعيق حركة الآخرين.

❖ السلوكيات القصرية الطقوسية:

- الإصرار على جلوس الأفراد في أماكن معينة عند تناول الطعام، و رفض تغيير هذه الأماكن مهما كان السبب.
- الإصرار على أن يسلك طرقاً معينة عند الخروج لشراء شيء ما و رفض تغييرها.
- غلق الأبواب و النوافذ بإحداث أصوات معينة و مزعجة و الإصرار على إعادة غلقها إذا اختلف الصوت في إحدى المرات.
- الإصرار على ارتداء الزي نفسه أو اللون نفسه كلما يريد الخروج.
- الإصرار على تناول أطعمة بعينها و رفض تغييرها بأطعمة غير معروفة لديه.
- الإصرار على عدم تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل إلى مكان آخر، فإذا نقل كرسي من مكان إلى مكان آخر، يدخل في ثورة غضب لا تنتهي إلا بعودة كل شيء إلى مكانه.
- الإصرار على إتباع أسلوب ما في مقابلة أو تحية الآخرين لا يغيره مهما كان السبب.
- الإصرار على ممارسة طقوس معينة تعود عليها قبل أن ينام مثل عدم دخول السرير قبل أن يسمع دقة الساعة أو المنبه، غلق باب الحجرة، اللعب ببعض الأشياء على السرير، الإمساك بلعبة معينة في يده و هو نائم، ضرورة النوم على رجل الأب و الأم مع الهزهزة، شرب كوب عصير أو كوب لبن قبل النوم.
- التعلق إلى حد الهوس بأشياء معينة مثل التعلق بكوب أو فنجان يشري فيه دائماً، قطعة أثاث، زجاجة شامبو فارغة، أنبوبة معجون فارغة أو أشياء من هذا القبيل، فإذا أخذت منه يصبح تعيساً و حزينا. (Young Douglas, 1980, 1936-B, Mc Dougle et Als, 772).

❖ العدوان و إيذاء الذات:

- تشير الدراسات وبستر و آخرين إلى أن أكثر من 65% من الأطفال التوحديين يظهرون سلوكاً تدميراً و عدوانياً اتجاه الذات و الآخرين، فيعضون أو يضربون أنفسهم، و في بعض الحالات يكون هذا السلوك حاداً كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة تسيل الدماء من جبهته

و رأسه، و لا تجدي محاولات العقاب من الوالدين تجاه هذا السلوك. (Webster et als, 1980, 227).

و بالرغم من أن الطفل التوحدي قد يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركات نمطية أو منطويا على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله، فإنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته و تأهيله أو نحو ذلك. و يصف فراج هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض و الخدش و الخريشة (فراج، 1994، 5-6).

يمكن استخلاص أهم السلوكيات العدوانية التي يمارسها الطفل التوحدي من خلال دراسات وبستر و آخرين، داين، عثمان فراج على النحو التالي:

- يعض نفسه حتى يدمي أو يطرق رأسه في الحائط أو يعض الأثاث مما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام.
- يكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.
- يتلف بعض الأشياء التي يسكبها على الأرض مثل : الطعام، السكر، الملح، اللبن، الماء أو بتمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس، و إلقاء بعض الأدوات من النوافذ، و تكسير لعبه أو أثاث المنزل. (Webster et Al, 1980, 227).
- يسبب إزعاجا مستمرا للمحيطين به بكثرة صراخه و عمل ضجة مستمرة، و عدم النوم ليلا لفترات طويلة.
- يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات.
- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة و الحادة، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما يسبب تقرحها و صعوبة التئامها. (Dianne, 1992).
- يقترب و يمسك بالمصادر الكهربائية ذات التردد العالي.
- يجلس فوق الأسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا. (فراج، 1994، 5-6).

❖ السلبية - عدم الطاعة:

يشير فراغ إلى أن الطفل التوحدي يتسم بالسلبية و عدم الطاعة، فلا يستجيب لأي رجاء أو أمر أو تكليف، كما يرفض الإجابة على أي سؤال حتى إذا كانت حصيلته اللغوية تسمح له بالإجابة. يضاف إلى ذلك أنه لا يتجاوب مع أحاسيس و مشاعر الآخرين و غالبا لا تصدر منه أصوات تعبيراً عن الاستجابة لأمر ما إلا بشكل محدود في مداه و تكراره. و يتفق الكثيرون على فشل محاولات تعليم الطفل التوحدي الإيجابية و الطاعة إذا كانت إعاقته شديدة و يصاحبها تخلف عقلي. (فراغ، 1995).

و يرى ني و ميلفل أن الطفل التوحدي يتجاهل الأصوات و مخاطبة الآخرين، فيبدي عدم الاهتمام بهم و كأن الأمر لا يمثل أهمية بالنسبة له، فلا تعدو مجرد كونها أصواتا كأصوات السيارات على الطريق أو رذاذ المطر على النوافذ. (Ney, Mulvihill, 1985, 241).

و قد اعتبر كل من ويكس و آخرون (1987) و هوبسون (1988) أن النقص في الشعور العاطفي تجاه الآخرين من جوانب السلبية لدى الأفراد التوحديين، و يظهر ذلك القصور في التعبير عن العمليات العاطفية أو الانفعالية. و بصفة عامة يعاني التوحديون من اضطرابات انفعالية، و لكن تقارير هذه الدراسات بأن العجز في الشعور العاطفي لا يمكن أن تكون السبب في حدوث الإصابة بالتوحد، بل يمكن أن يكون انعكاسا للأداء الوظيفي للعمر العقلي اللفظي. (Ozonoff et Als, 1991, 1082).

و من أهم عناصر سلبية الطفل التوحدي مايلي:

- يلعب بين الأطفال و ليس معهم.
- يقاوم تعلم أي مهارة جديدة.
- يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين و كلامهم و لكنه لا يرغب في الاستجابة.
- يرفض الدخول في علاقة مع الأم أو بديلتها. (Ney, Mulvihill, 1985, 242).

❖ التفكير الذاتي:

يتسم تفكير الأطفال التوحيديين بالذاتية أو الاجترارية أو الانكباب على الذات، و كلها مترادفات لطبيعة تفكير هذه الفئة من الأفراد. و قد وردت في التراث العربي على النحو التالي:

يرى الحنفي أنه تفكير يتسم بالانشغال بالذات، حيث تسيطر رغبات الفرد وحاجاته على نشاطه العقلي، بينما تسير طبيعة الأشياء و الأحداث في التفكير المنطقي. (الحنفي، 1987، 81).

و يصفه عبد الحميد كفاقي بأنه تفكير اجتراري يعبر عن عمليات تفكير نرجسية متمركزة حول الذات كأحلام اليقظة و الاستغراق في الخيال على نحو لا علاقة له بالواقع أو علاقته به ضئيلة، و قد تكون هذه العمليات محاولة لإشباع الرغبات التي لا يسمح بها الواقع. (عبد الحميد و كفاقي، 1988، 317).

و يتفق عثمان فراج مع هذه الآراء، في وصفه لتفكير الطفل التوحيدي بالاجترار المنكب على الذات الذي تحكمه حاجات و رغبات النفس، و تبعده عن الواقعية التي تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة، فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات و الحاجات الشخصية. (فراج، 1994، 7).

و بالإضافة إلى ذاتية أو اجترارية تفكير الطفل التوحيدي، فقد أشار وبستر و آخرون إلى أن تفكير هؤلاء الأطفال يتسم بالجمود و التصلب بمعنى أنه يتعامل مع البيئة بأساليب جامدة إما أبيض أو أسود فليس لديه حل وسط. (Webster et Als, 1980, Sharyn Neuwirth et) (Als, 1993, 3).

و يستخلص الشربيني (2011) تفكير الأفراد التوحيديين من خلال دراسات أوجرمان (1970)، بريزنت (1979)، مقالات فراج (1994) على النحو التالي:

- الانشغال المفرط بالأفكار و التخيلات دون أي إحساس أو مبالاة بالآخرين.
- عدم الانتباه لما حوله، فيعيش في عالمه الخاص في انغلاق على الذات و عجز عن الاتصال بالآخرين أو إقامة علاقة معهم.
- لا يدرك الفرق بين الاتجاهات (شمال، يمين، أعلى، تحت، أسفل، فوق)، و الأحجام (كبير، صغير). (O Gorman, 1970).
- لا يدرك المترتبة على تتابع الليل و النهار كأن يطلب الذهاب إلى الحضانة ليلا.
- يخلع ملابسه إذا شعر بحرارة الجو و لو كان في الشارع. (Prizant, 1979).
- لا يدرك الاختلاف بين الأم أو من يحل محلها.
- يتعامل مع أجزاء جسمه كأنها أشياء لدرجة إيقاع الأذى به. (فراج، 1994، 7).

❖ اختلال التناسق العضوي:

يجد الملاحظ للطفل التوحيدي أنه يظهر قصورا في أنماط سلوكية يستطيع أداءها الطفل العادي في نفس سنه و مستواه الاقتصادي و الاجتماعي، فيرى عثمان فراج أن الطفل الأوتستيك في عمر (5-10) سنوات قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل طبيعي النمو عمره الزمني سنتان أو أقل.

فالطفل التوحيدي يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه و يحتاج لمن يطعمه أو يساعده في خلع و ارتداء ملابسه، كما أنه يعجز عن تجنب الأخطار. و يرجع هذا القصور في الأداء الاستقلالي إلى عدم التناسق أو التآزر العضوي (فراج، 1994).

و قد أشارت مارشيوت إلى أن صفة عدم التأزر العضوي تميز ذوي الضعف العقلي الشديد،
و من أهم خصائصها:

- يصعد و يتسلق الأماكن المرتفعة بأكبر قدر ممكن من الجهد المبذول.
- يغلب على طريقته في الجري و القفز فقدان التأزر و النمطية.
- يمشي و يتحرك بطريقة بدائية تعوزها الرشاقة كطفل لم يتجاوز عامه الأول (Marchionne, 1982, 35).
- لا يستطيع التحكم في أطرافه، كما أنه يخطئ في استخدام اليد المناسبة لمصافحة الآخرين.
- يواجه صعوبة كبيرة في استخدام أدوات الأكل و الشرب.
- يواجه صعوبة كبيرة في ارتداء و خلع ملابسه و حذائه.
- يواجه صعوبة كبيرة في التدريب على عملية البول. (Marchionne, 1982, 35).

❖ نوبات الغضب و حدة المزاج:

يشير عثمان فراج إلى أن الطفل التوحدي يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركاته النمطية أو منطويا على ذاته لا يكاد يشعر بمن حوله، و إذا حاول أحد إيقافه عن الاستمرار في هذه الحركات أو اقتحام عزلته لإرغامه على الخروج منها فإنه يثور و يغضب و يصدر سلوكا عدوانيا موجها نحو الشخص الذي حاول تغيير وضعه سواء كان أحد أفراد أسرته أو أحد أصدقاء الأسرة أو الأخصائي القائم بتدريبه، و يستمر هذا السلوك لفترة حتى يتمكن المسؤول من إيقاف هذه الثورة (فراج، 1994، 5-6).

و قد يدخل الطفل التوحدي في ثورة غضب دون سبب واضح حتى في لحظات سكونه أو في أثناء وجوده بمفرده في إحدى غرف المنزل. (Schopler et al, 1980).

و يصف كل من كانر (1973)، شوبلر و آخرون (1980) نوبات حدة المزاج لدى
الطفل التوحدي بالسّمات التالية:

- يستمر في حالة من الهيجان الشديد يدمر خلالها أغلب ما حوله من أشياء.
- لا يظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور. (Kanner, 1973).
- يبكي و يصرخ دون سبب واضح.
- تظهر هذه النوبات غالبا عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية الشاذة. (Schopler et al, 1980).

❖ الخوف من الأشياء:

يشير شوبلر و آخرون (1980) إلى أن الطفل التوحدي يخاف من أشياء غير مؤذية و لا
تسبب الخوف للآخرين، فمثلا الطائرة أو مرور حافلة كبيرة أو نباح كلب أو مشاهدة أي
حيوان يتحرك يسبب ذعرا و ارتباكا لا يمكن تجنب عواقبه إلا بالابتعاد عن رؤية هذه
الأشياء، و مما يزيد صعوبة الموقف إذا كان من المستحيل تجنب هذا الشيء الذي يخاف
منه الطفل.

و مما يثير العجب أن هذا الطفل لا يخاف من الأشياء التي توجب الخوف و تحتاج الحذر
كأن يسقط من الأماكن المرتفعة، يلمس الأجسام الساخنة جدا أو الباردة جدا، يقترب من
مصدر الكهرباء، يمشي في طريق السيارات دون المبالاة بأي خطر...

و كل هذه النماذج تدل على أنه لا يدرك النتائج المحتملة لهذه السلوكيات (أديب، 1993،
14).

❖ النشاط المتصل:

أشارت دراسات كامبل و آخرون إلى أن كثيرا من الأطفال التوحديين يظهرون نشاطا حركيا زائدا، يمكن ملاحظته في السلوكيات التالية:

- يدير التلفاز و الراديو و المسجل و ألعابه في وقت واحد.
- ينزل إلى الشارع لإرجاع ما سبق أن اشتراه منذ قليل.
- يفتح الصنبور لينساب الماء في كل المصادر المائية معا. (Campbell et als, 1991, 334-334).

و البعض الآخر من الأطفال التوحديين يميل إلى الكسل و الخمول الزائد لدرجة أنه لا يمارس أي سلوك سوى الشرود و الاستغراق في عالم الخيالات (فراج، 1996، 5).

❖ قدرات خاصة:

بالرغم من جوانب القصور المتعددة التي يظهرها الأطفال التوحديون فإن هؤلاء الأطفال لديهم بعض المهارات و القدرات الخاصة التي تدهش من حولهم.

و تذكر سميرة السعد أنها رأت طفلا توحديا عمره 12 سنة ياباني الجنسية يستطيع عزف أي مقطوعة موسيقية حتى و لو كانت عالمية في ثوان بدون نوتة موسيقية بعد سماعها لمرة واحدة، و يستغرق في العزف كأني محترف آخر، و طفلا آخر ماهرا في المسائل الحسابية المعقدة فيستطيع التعرف على حاصل ضرب أو قسمة بدون استعمال آلة حاسبة مما يذهل من حوله، و في نفس الوقت يستطيع كتابة اسمه (السعد، 1993، 39).

و منهم من يكون ماهرا في تشغيل الآلات الكهربائية في عمر مبكر، و من يكون ماهرا في الرسم سواء نقلا أو تخيلا، كما أنهم يتمتعون بذاكرة غير عادية لا سيما الذاكرة البصرية المكانية، فيستطيع هؤلاء الأطفال أن يعرفوا طريقهم مرة أخرى للأماكن التي

زاروها مرة واحدة فقط، كما يعرفون طريق الأشياء التي تهمهم في بيوت لم يزوروها منذ عدة أعوام. (أديب، 1993، 16).

و من الملاحظ أن هذه القدرات أو المهارات (الموسيقى، الإعداد، الذاكرة البصرية و المكانية) لا تعتمد على اللغة.

و قد أشارت شاه، فريث Shah, Frith إلى أن الأطفال التوحديين يحققون أداء متميزا على اختبار رسوم المكعبات في حالة عدم تجزئة مواد الاختبار، كما أن لديهم قدرة هائلة على تعلم و تذكر كلمات عشوائية غير مرتبطة من تعلم أو حفظ قطعة نثرية ذات معنى، بالإضافة إلى أدائهم على اختبارات الذكاء العملية المرتبطة بالمهارات الأكاديمية أفضل من أداء أقرانهم العاديين أو ذوي صعوبات التعلم (Shah, Frith, 1993, 1364).

6. النظريات التي تفسر أسباب التوحد:

أ- الوراثة و التوحد:

أوضحت الدراسات وجود توحد في التوائم بنسبة أكبر من غير التوائم و بالذات التوائم من خلية واحدة وهذا يُثبت أن للوراثة دور كبير و أيضا هناك العديد من الدراسات التي تقوم بعمل مقارنة بنسبة حدوث التوحد بين التوائم المتطابقة في الجنس (توأم من خلية واحدة) ، و التوائم الغير متطابقة ، و من أوائل الدراسات في هذا المجال كانت للباحث الشهير " روتر" في بريطانيا عام (1977) و تلاها العديد والعديد من الدراسات لعدد من الباحثين الآخرين مثل " ستفنبرغ" في سكندنيا فيا و وجدوا النسبة تتراوح بين 36 إلى 91% في التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الغير متطابقة والتي كانت تمثل صفر ، فهل التوحد وراثي؟.

لا يُمكن الإجابة على هذا السؤال بشكل قطعي إلا باستثناء الأشخاص الذين لديهم أمراض وراثية كالتى سنذكرها لاحقا ، و لكن بدأت الأبحاث الآن التركيز على نوع معين من الكروموزوم يمكن أن يحتوي على جين التوحد و النظرة الحالية لهؤلاء الباحثين في جينات

التوحد هي فكرة الوراثة المركبة بمعنى أن هناك عددا من العوامل الجينية التي لها دخل في وجود التوحد (رابية حكيم، 2004).

و بالرغم من وجود تشوهات في الكروموزومات لدى 4-5% من إجمالي المصابين بالتوحد لا يُعد دليلا كافيا لاعتبار التوحد اضطرابا جينيا.

فمتلازمة ريت حدد العلماء الجينات المسبب لها وهو MECP2 ، و للتعرف على الكروموزومات المسؤولة عن التوحد.

قامت مؤسسة الدراسات الوراثية العالمية للتوحد بتقديم بحث نُشر في المجلة الرسمية للجمعية الأمريكية للجينات البشرية ، حيث قاموا بدراسة عدد كبير من جينات الأطفال المصابين بالتوحد و تأكدوا من مسؤولية الكروموزوم 7 و 16 و 2 و 17 بل قام البحث بتحديد الأهم في الإصابة فكروموزوم 2 ثم 7 ثم 16 ثم 17 (وفاء الشامي، 2004، 127).

ب- نسبة ظهور طفل توحيدي آخر في العائلة:

أشار SZATMARI et AL أن 5,3% من إخوان الطفل التوحيدي من الممكن أن يُصابوا بطيف التوحد أما بولتن فقد قام بدراسة 195 من آباء و أمهات أطفال توحيدين و 137 إخوان و أخوات لأطفال توحيدين ووجد أن 6% من إخوان هؤلاء الأطفال التوحيدين شخصوا بمرض التوحد .(رابية حكيم، 2004، 36).

و هذه النسبة الضئيلة لاحتمال تكرار الإصابة بالتوحد ضمن الإخوة ، تم التوصل إليها نتيجة لفحص جميع الإخوة و الأخوات في الأسرة ممن ولدوا قبل أو بعد الطفل التوحيدي ، و تشير الدراسات أنه إذا كان الطفل ذكرا فاحتمال الإصابة يصل إلى 7% بينما إذا كانت أنثى فقد ترتفع إلى 14,5% فيُصبح متوسط الحالتين 8,6% بالإضافة إلى أنهم وجدوا أن الأسرة التي لديها طفلان توحيديان ترتفع فرصة تكرار التوحد فيها للمرة الثالثة إلى 35% ، و على الرغم من ذلك تظل نسبة الأسر التي لا تتعرض لإنجاب طفل توحيدي آخر

نحو 91% ، وقد يتبادر إلى الذهن أنه يُمكن القول على هذا الأساس أنه لا يوجد سند قوي لوجود عوامل جينية ، و لكن الحقيقة ليست كذلك حيث أن نسبة انتشار التوحد هي تقريبا 5-15 طفل من كل 10000 مولود بين الناس عامة بينما تصل ثاني 6-8 في كل 100 مولود لديه أخ توحيدي وبالتالي تتضاعف فرصة إصابة إخوة الأشخاص التوحيديين 100 مرة أو أكثر عن عامة الناس إذا هذه الزيادة الكبيرة تدل على أنه لاشك في وجود عوامل جينية مسببة للإصابة بالتوحد وحتى تكرار ظهور التوحد لأقارب من الدرجة الثانية أو الثالثة بما في ذلك الأجداد أو العمات و الخالات و أولاد العم أو الخالة تتراوح بين 0 إلى 0,4% (وفاء الشامي، 2004، 130).

ومن أدلتهم على أن التوحد وراثي أن هناك عددا من الأمراض الوراثية تكون مُصاحبة له مثل:

- عادة ما يكون الطفل له صفات معينة مثل بروز الأذن و كبر مقاس محيط الرأس و مرونة شديدة في المفاصل ، و أيضا تخلف عقلي.
- التصلب الدرني هو أيضا مرض وراثي سائد يوصف بوجود مشاكل في الجلد و الكلية و الجهاز العصبي و تُصاحبه بنسبة 50% صرع و تخلف عقلي.
- مرض فينيل كيتونوريا و هو أيضا وراثي متنحي وسببه أن الحمض الأميني المُسمى **فينيل النين** الموجود في الطعام لا يتم له أيض أو هضم في الجسم وذلك بسبب نقص أو عدم نشاط إنزيم معين خاص بهذه العملية في الكبد فيؤدي ذلك إلى تراكم هذا الحمض في الدم و المخ مما يؤدي إلى مشاكل وأضرار و قد أصبح هذا الفحص روتيني لكل طفل يولد في الخارج ، حيث أن التشخيص المبكر يحمي الطفل من التخلف العقلي و ذلك بإرشاد الأهل إلى الابتعاد عن الأطعمة التي تحتوي على حمض فينيل النين (رابية حكيم، 2004 ، 37).

و لا زال العلماء يُركزون على الجينات التي تجعل الأطفال عرضة للإصابة بالتوحد ففي أحدث دراسة لهم بجامعة أوكسفورد في عام 2001، اكتشفوا اثنين من كروموزومات مرتبطة بالإعاقة العقلية ذات علاقة بالتوحد ، وقاموا بدراسات على الحامض النووي لأكثر من 150 زوجا من الإخوان و الأقرباء الحميمين للمصابين بالتوحد ووجدوا بأن منطقتين في الكروموزوم 2 و 17 ربما تحتضن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد. (الفهد، 2002، 18).

ت- العوامل البيئية:

🚦 اللقاح:

إحدى النظريات التي وجدت قبولا كبيرا في بداية الأمر هي نظرية علاقة اضطراب التوحد باللقاحات التي تُعطى للأطفال ، و بخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي و السبب الرئيسي في هذا الربط مع هذا اللقاح بالذات هو توقيت إعطائه و الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر، و هو ما يُوافق بداية التقدم في القدرات اللغوية الطبيعية وأيضا يسبق بقليل العمر الذي يفقد فيه بعض الأطفال التوحديين تلك القدرات (يفقد بعض أطفال التوحد قدراتهم الكلامية بين 18-20 شهرا).

و على الرغم من تعدد و في بعض الأحيان تضارب الآراء و الدراسات حول هذا الربط المُفترض فإن تجربة اليابان في التسعينات تُعد أقوى و أوضح دليل على عدم وجود أي علاقة بين اللقاح و اضطراب التوحد ، حيث قام اليابانيون بالتوقف عن إعطاء هذا اللقاح تماما في بداية التسعينات في جميع اليابان ، إلا أن تشخيص اضطراب التوحد لم ينخفض كما يُفترض بل المفاجأة أن تشخيص هذا الاضطراب في الأطفال اليابانيين شهد زيادة كبيرة مماثلة لبقية أنحاء العالم (وفاء الشامي، 2004).

✚ الفيروسات و الأمراض المعدية:

وجدت دراسات قديمة نسبيا علاقة بين الإصابات المرضية التي تسبب تلفا في الجهاز العصبي المركزي أثناء فترة الحمل و مرحلة الطفولة و بين التوحد ، و قد تضمنت فيروسات مثل الهربس و الحصبة الألمانية و الإيدز عندما انتشر وباء الحصبة الألمانية عام 1964.

أشارت إحدى الدراسات إلى أنه أصيب بالتوحد نحو 8% من الأطفال الذين أصيبت أمهاتهم بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل و حيث أن الحصبة الألمانية أصبحت مرضا نادرا فهي بالتالي تُعد من الأسباب النادرة للتوحد و تُشير الدراسات الحديثة إلى أن الفيروسات و الأمراض المعدية لا يُمكن اعتبارها سببا رئيسيا للتوحد بل يُمكن إرجاع أقل من 4% من حالات التوحد إلى إصابة مرضية معدية. (وفاء الشامي، 2004، 150-155).

و تذكر رابية (2004) :

أن المناعة نعمة من نعم الله سبحانه و تعالى على الإنسان ووظيفتها حماية الجسم والتصدي لأي هجوم من جراثيم أو فيروسات خارجية دخلت الجسم و نستطيع قياس هذه الأجسام المضادة في الدم، و عندما تكون المعدلات عالية نعرف أن الجسم تعرض لهجوم فيروسي، و المتخصصون في مناعة الجهاز العصبي يرون أن التوحد بسبب تفاعل ذاتي مناعي أصبح يعمل بشكل غير طبيعي، حيث أصبح يُهاجم أعضاء الجسم نفسه و يعدها أجساما غريبة، و يُهاجم بالتحديد المخ و الغشاء المغطي للأعصاب، و من هنا أتت التسمية (ذاتي) و هذا التفاعل يُؤدي إلى ضرر بالغشاء المغطي للأعصاب وهو في طور النمو، كما يُؤدي إلى تغيرات في الغشاء تبقى مدى العمر و تؤثر على وظائف المخ مثل السمع و الذاكرة و التواصل والعلاقات الاجتماعية .

و من العوامل التي تؤدي إلى التفاعل الذاتي هو تعرض الإنسان إلى فيروسات أو التهابات أو تطعيمات أو تكون بسبب جين يتحكم في الجهاز المناعي ، فتؤدي هذه العوامل إلى تغيرات غير طبيعية في كرات الدم البيضاء من نوع ليمفوسايت و أيضا نسبة الأجسام المضادة الذاتية ، و قد ذكر سنك في نظريته أن الأطفال التوحديين تزيد لديهم العوامل الجينية الخاصة في التفاعل المناعي و يتواجد في العائلات أمراض متعلقة بالمناعة مثل الروماتويد.

✚ المواد الكيماوية السامة:

و قد يؤدي تعرض الآباء و الأمهات لمواد كيميائية سامة إلى زيادة مخاطر إنجاب أطفال مُصابين بالتوحد ، و قد درس أحد الباحثين العلاقة بين الأمهات اللاتي يتعرضن في عملهن لمواد كيماوية سامة فوجد أن هناك احتمالا أكبر لإنجابهن أطفالا توحديين ، إما الآلية التي تؤدي إلى الإصابة بالتوحد من خلال التعرض لهذه المواد الكيماوية السامة الغير معروفة.

و لمحاولة المعرفة تناولت دراسة 14 طفلا مصابا بالتوحد تقطن أمهاتهم بالقرب من مصانع البلاستيك ، و لم يتضح للباحثين أي تركيبات غير طبيعية داخل المخ وهكذا فالتعرض للمواد الكيماوية السامة قد يزيد من مخاطر الإصابة بالتوحد فإن كيفية حصول ذلك وسببه لا يزالان مجهولين. (وفاء الشامي، 2004، 156).

✚ اضطراب التمثيل الأيضي:

قد تؤدي الاضطرابات الجينية إلى حدوث اضطرابات أيضية مما يؤدي إلى تركيزات غير طبيعية في الجسم مثل الإصابة بمرض الفينيلكيتونوريا (PKU) إلا أن دور التمثيل الأيضي في الأشخاص التوحديين ليس واضحا كما هو الحال في الفينيلكيتونوريا و لكن يبدو أن له دورا مازال مجهولا.

و قد أوضحت بعض الدراسات التي تناولت تحليل بول أطفال توحيدين أنهم يُنتجون مقادير كبيرة جدا من الأحماض الأمينية تسمى البيبتيد أحماض هاضمة أو يكون لديهم تركيزات غير طبيعية من المستقبلات كحامض ليوريك و غيره ، و ما تم الاتفاق عليه أن حوالي 5% فقط من الأشخاص التوحيدين يعانون اضطرابات أفضية هذا بالإضافة إلى أن بعض الباحثين ذكروا أن الأطفال التوحيدين لديهم صعوبة في التمثيل الأيضي للبروتين الموجود في الحليب ، و منتجات الحبوب و الكازيين ، و قد أوضحوا أن جزيئات البروتينات تكون سلسلة طويلة من البيبتيدات قد تُحدث انتفاخا في جدار أمعاء الأطفال التوحيدين لتصبح الأمعاء منفذة، و هكذا يمكن أن تتسرب كمية غير طبيعية من هذه الأحماض الهاضمة من الأمعاء و تسير في مجرى الدم وهو ما يُعرف بمتلازمة الأمعاء المسيلة و هذا هو السبب وراء ارتفاع نسبتها في بول بعض الأشخاص التوحيدين و من خلال مجرى الدم تصل إلى المخ و تلتصق بخلايا المخ فيكون لها أثر المخدر الأفيوني عليه، و أن انعكاسات هذه العملية قد تغير التركيبة الكيميائية للمخ فتنج سلوكيات التوحد و قد طرحت طريقة للعلاج من خلال حمية غذائية تمنع الطفل من تناول أطعمة مكونة من الجلوتين أو الكازيين و قد أوصى بعض العلماء أمثال " ريميلاند و بول شاتوك" باتباع مثل هذه الحمية الغذائية وهناك من رفضها لأنها لا تستند على أدلة علمية كافية و لأن الحالات التي تحسنت من بعض أعراض التوحد لم يتم اختيارها بشكل عشوائي ، بل اختيرت مجموعة لديها مشكلات معينة ، وهناك من الأسر من يقول : " بل ساعدت الحمية الغذائية ابني " فأيهما أصح ؟ فنقول بأن : اتباع الحمية الغذائية قد تساعد فئة من الأطفال التوحيدين و لكنها لا تشفي تماما كما أنها لا تُناسب و لا تُساعد الكثير منهم ، و أشارت نظرية أخرى إلى أن الأطفال التوحيدين لديهم نسبة مرتفعة من الخمائر و هذه الخمائر قد تسبب التوحد ، ووفقا لما ورد عند شو: كثيرا ما يتعرض الأطفال المصابون بالتوحد لالتهابات الأذن

و بسببها يتناولون الكثير من المضادات الحيوية التي تؤدي لزيادة نمو الخمائر في الأمعاء و تنخفض بالتالي المناعة لديهم.

و هكذا فقد وُجدت علاقة تربط بين الخمائر و المضادات الحيوية و التوحد و يُعد هذا الدليل من أضعف الأدلة فليس هناك أدلة قوية و كافية تُثبت العلاقة المباشرة بين ارتفاع نسبة الخمائر و المضادات الحيوية و أنهما من مسببات التوحد. (وفاء الشامي، 157، 2004).

* خلاصة العوامل البيئية:

هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بالتوحد لاحتمال كونها سببا من أسباب الإصابة بالتوحد و تشمل العديد من الاحتمالات و منها:

- 1- المشكلات التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل و الولادة.
- 2- هناك اضطرابات جينية قد تؤدي إلى نمو غير طبيعي أثناء الحمل مما يسبب مشكلات في الحمل و الولادة.
- 3- حظي لقاح MMR باهتمام بالغ لكونه أحد الأسباب المحتملة للإصابة بالتوحد إلا أن الدليل العلمي يشير إلى غير ذلك.
- 4- قد تسبب الفيروسات و بعض الأمراض المعدية في إصابة قلة التوحد و لكنها لا تتعدى نسبة 4% من حالات التوحد.
- 5- إن التعرض للمواد الكيماوية السامة قد يتسبب في حدوث إصابات بالتوحد ولكنه أيضا بحاجة للتقصي.
- 6- هناك على وجه التقريب 5% من المصابين بالتوحد ممن يعانون من اضطرابات في العملية الأيضية و هي تظهر في تحاليل البول و الدم و لكن كيفية ارتباطها و علاقتها بالتوحد تظل غير واضحة، و هناك من يرى أن العديد من المصابين بالتوحد

لديهم حساسية من تناول الألبان و القمح و أنه نتيجة لهذه الحساسية تظهر سمات التوحد و قد بذلت محاولات عديدة لإخضاع الأطفال لحمية غذائية تبتعد عن تناول أي من الألبان و القمح ومنتجاتها، و ذكر العديد من الأسر أن أبنائهم ظهر عليهم بعض التحسن إلا أن هذا لا ينطبق على معظم الأطفال.

7- جاء ربط المضادات الحيوية التي يتناولها الأطفال لالتهابات الأذن بالتوحد ولكن الدليل العلمي لهذا يعد ضعيفا جدا.

و في النتيجة و بناءا على ما سلف ذكره تختلف أسباب الإصابة بالتوحد من حالة إلى أخرى ، فالفيروسات تسبب التوحد لبعض الأشخاص و يسببه التعرض لكيمائيات سامة لدى نسبة قليلة منهم ، و هناك بعض الحالات التي توارثت الاضطراب بينما أصيب بعض الأشخاص بالتوحد نتيجة لتغير مفاجئ في الجينات ، إلا أن جميع هذه الأسباب تُنتج نموا غير طبيعي لوظائف المخ. (وفاء الشامي، 2004 ، 159-160).

و عموما فإن البحوث العلمية التي أُجريت حول التوحد لم تتوصل إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد ، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب ، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقتين (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم غير المتطابقتين (من بويضتين مختلفتين) ، ومن المعروف أن التوأمين المتطابقتين يشتركان في نفس التركيبة الجينية.

كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل رنين التردد المغناطيسي (IRM) و (PET SCAN) وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ ، بما في ذلك حجم المخ و في عدد نوع معين من الخلايا المسمى خلايا "بيركنجي". و نظرا لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد ، فإنه تجري في الولايات المتحدة بحوثا عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

و يُعتقد أن بعض العوامل التي تسبب تلفا بالمخ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها تهيئ لحدوث هذا المرض مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية و الحالات التي لم تعالج من مرض **فينيل كيتونوريا** و **التصلب الحدبي** و اضطراب "ريت" ونقص الأكسجين أثناء الولادة و التهاب الدماغ و تشنجات الرضع. فقد أكدت الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد من غيرهم من الأسوياء.

و يخص **أبو السعد** (2003) أسباب التوحد في التالي:

- 1- التعرض لحوادث اصطدامات بالرأس ، و الولادة العسرة و تعرض الأم الحامل لنزيف ، و حقنها بتطعيم الحصبة الألمانية.
- 2- الإصابة بالفصام.
- 3- خلل في النظام البيولوجي للطفل.
- 4- انخفاض القدرات الإدراكية.
- 5- تأثر الأطفال و هم أجنة من خلال بعض العوامل المناعية غير الملائمة بينهم و بين الأمهات.
- 6- توجد نسبة توارث في المرض.
- 7- زيادة الحجم الكلي للمخ ، و نقص خلايا " **بيركنجي** " في المخيخ و الذي يؤدي لحالات عدم الانتباه.
- 8- ارتفاع في بلازما " **السيروتونين** " ، و زيادة في " **الهيبرسيروتونيميا** " و سائل النخاع الشوكي و حامض " **الهوموفانيك** ".

📌 النظرية المعرفية:

تشير هذه النظرية إلى وجود عجز أو قصور معرفي والذي يفسر بعض أو كل المظاهر الإكلينيكية والأعراض التي تتميز بها هذه الحالة (التوحد) وهذه النظرية تتضمن

القصور في النواحي المعرفية والاجتماعية. وقد وجد (Hermelin & 1970,O,Connor) إن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عملية استخدام الرموز والقدرة على التفكير ويرجع ذلك إلى التأخر في النمو اللغوي. أما **سيجماند** Sigmand (1995) أورد إن هناك دليلاً يبين وجود نقص أو خلل في الفهم الاجتماعي، مما يبين أن هنالك معاناة يعاني منها الأطفال التوحديين في استجاباتهم السلوكية الشخصية مثلاً نجدهم لا يشاركون في الأنشطة أو الأفعال التي تتطلب انتباه مشترك. وأوضح **هوبسن** Hobson (1993) إن تعبيرات الوجه المصاحبة للانفعالات لدى الأطفال التوحديين تختلف من الأطفال العاديين، ولذلك فإنهم ليس لديهم استجابات ملائمة في الانفعالات (297,1999,Car) .

ذكر **السرطاوي** و **سي سالم** (1992) أن هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في الوظائف والعمليات العقلية الضرورية للعمل الأكاديمي خاصة العمليات العقلية العليا كالذاكرة، الانتباه، التفكير، الإدراك، التجريد، التعميم. ويصنف **عبد الرحيم** (1990) أنهم عادة ما يعانون من تأخر في نمو اللغة والكلام. إلا أن بعضهم يكون قادراً على فهم كلام الآخرين والتعبير عن أنفسهم بطريقة مقبولة نسبياً .

ويؤكد **الريحاني** (1981) أنهم يتسمون بضعف قدراتهم على التكيف الاجتماعي ونقص الميل و الاهتمامات، ويعجزون عن التكيف في المواقف الجديدة، ويتسم سلوكهم بالجمود، ولا يهتمون بتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وخاصة مع الأطفال الذين هم في نفس عمرهم الزمني ، وإن كانوا يميلون أحياناً إلى المشاركة مع الأصغر منهم سناً في ممارسات اجتماعية معينة . (محمد ،2003، 31).

ونأتي أخيراً إلى أحدث التوجهات النظرية لمعرفة ما هو التوحد في النظرية المعرفية ؟ وهو نظرية العقل (Theory of Mind) يذهب هذا التوجه إلى أن القصور الجوهري الذي ينتج في التوحد هو عدم اكتمال نمو نظرية العقل لدى الطفل الصغير بحيث لا يستطيع أن

تشكل أو تضبط مختلف النظم الإدراكية والمعرفية التي تتطور طبيعياً جنباً إلى جنب مع نظرية الفعل .

بالتالي و كما يرى (الفوزان، 2003، 9-10) فإن غياب تطور هذه النظرية لا يسمح للطفل بحل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية وفي نفس الوقت لا يستطيع هذا الطفل أن يفهم أن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات والإيماءات وأوضاع الجسم . قد يوجد بعد انتهاء الفترة الحرجة لنموها. وبذلك فهي لن تكون مفيدة بالأسلوب السوي ولكن مستوى ونوعية المهارات المعرفية و الاجتماعية سيكون أفضل من الأطفال الذين لم تتطور لديهم نظرية العقل وهذا هو التفسير في تعداد نظريات طيف التوحد(زينب الفضل، 2006).

تعقيب على النظريات المفسرة :

تجلى انطباع الباحث من خلال النظريات السالفة الذكر أن هاته النظريات وعلى تعددها واختلاف وجهات النظر فيما بينها إلا أنه لا يستطيع أحد الإدعاء بوجود نظرية صحيحة واحدة لتفسير اضطراب التوحد، وأن التساؤل عن ماهية التوحد له ثلاث إجابات على الأقل فلدينا التوجه العضوي الذي يؤمن بأن اضطراب التوحد هو اضطراب عصبي كيميائي حيوي وهناك العديد من الدراسات التي تكشف عن عوامل وراثية أو تلف في أجزاء المخ ، و لذلك يتطلب الأمر مزيداً من البحوث التي تلقي الضوء على أسباب التوحد هل هي حيوية أم كيميائية أم عصبية أم أي أسباب أخرى حتى يتم الوقاية منها وعلاجها.

يرى الباحث أنه و من خلال تطور وسائل الكشف و التشخيص كلما كان تفسير أسباب الإصابة بهذا الاضطراب أكثر موضوعية انطلاقاً من التطور العلمي الذي يخدم بالضرورة البحوث الخاصة في مجال التوحد ، و كذا وضع مخطط علاجي يتناسب ويتمشى مع

الحالة ، دون إهمال دور كل أخصائي في إسهاماته في تشخيص ووضع خطة علاجية للتكفل الشامل للطفل و لعائلته.

7. أنواع طيف التوحد:

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) أن هناك ارتباطات عديدة ترتبط بالتوحدية

و تندرج تحت العنوان الرئيسي:

- الاضطراب الإجتماعي للنمو. (Trouble Envahissant du Développement)
- الاضطراب النمائي العام أو الشامل: الذي يضم أربعة أنواع من الاضطرابات ألا وهي: اضطراب التوحد، اضطراب أسبرجر، اضطراب ريت ، اضطراب الطفولة التفككي و اضطراب اجتماعي للنمو غير محدد.

و يُعد دليل التصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض النفسية في طبعته الرابعة DSM4 عددا من المحكات التي يجب توفرها حتى يتم تشخيص هذه الفئة و عندما يتوفر عدد من السمات التي تم تحديدها في هذا الدليل ، فإن ذلك يعني انطباق الاضطراب على الفرد. ويعتمد التقييم التشخيصي على الملاحظة من قبل المختصين و الآباء لوجود سلوكيات معينة تتمثل في ضعف التواصل و ضعف في الجانب الاجتماعي و الإختلاف يكون في مدى حدة الاضطراب.

أ- اضطراب التوحد:

يتمثل هذا الاضطراب في ثلاثة أعراض أساسية المتمثلة في:

✓ ضعف في العلاقات الاجتماعية.

✓ ضعف من ناحية التواصل اللفظي و غير اللفظي.

✓ الاهتمامات و النشاطات المتكررة مع غياب اللعب التخيلي.

كما قد تظهر لديه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد أو قلة التركيز أو نوبات غضب شديدة و سلوك عدواني اتجاه نفسه أو غيره ، كما قد يصاحبه في بعض الحالات انخفاض في نسبة الذكاء و يُشترط أن تظهر الأعراض الأساسية للاضطراب قبل سن الثالثة.

ب- متلازمة الأسبرجر: يتميز هذا الاضطراب ب:

✓ نقص المهارات الاجتماعية.

✓ ضعف التركيز و التحكم.

✓ محدودية الاهتمامات و النشاطات.

لكن ليس له تأخر في اللغة و في كثير من الأحيان نجد لديهم ذكاء طبيعي متوسط وأحيانا فوق المتوسط و عادة يكون اكتشاف هذا الاضطراب متأخرا مقارنة بالتوحد والاضطرابات النمائية الأخرى. (عزاز محمد زهير، 2012، 110).

ت- متلازمة ريت:

و هو اضطراب يصيب النبات فقط ، حيث يكون تطور الحالة طبيعي ما بين (6-18 شهرا) ثم يلاحظ الوالدين تغيرا في سلوكيات ابنتهم مع تراجع التطور و فقدان بعض القدرات المكتسبة كالمشي ، و يتبع ذلك نقص ملحوظ في القدرات مثل الكلام التفكير و الاستخدام الغرضي لليدين ، و يحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين (هز، ررفة) إضافة إلى أعراض أخرى نذكر منها:

✓ تباطؤ نمو الرأس ما بين (24-5) شهرا.

- ✓ فقد الترابط الاجتماعي المكتسب.
- ✓ ظهور مشية غير متزنة ، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.
- ✓ نقص شديد في تطور اللغة و الاستقلالية التعبيرية.
- ✓ إعاقة عقلية عميقة.
- ✓ طحن الأسنان ببعضها وصعوبة المضغ.
- ✓ إضافة إلى وجود صعوبات في التنفس و حالات إغماء و صرع.

ث- اضطراب الطفولة التفككي:

يعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث ، ويتم تشخيصه إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولتين من العمر و بعدها يفقد المهارات التي اكتسبها من بينها:

- ✓ ضعف نوعي و كفي في التفاعل الاجتماعي.
- ✓ ضعف في التواصل الاجتماعي.
- ✓ ضعف في المهارات الحركية.
- ✓ سلوكات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات.
- ✓ عدم التحكم في البول. (عزاز محمد زهير ، 2012 ، 111)

و تظهر هذه الأعراض بعد نمو سليم و طبيعي خلال العامين الأولين أو قبل سن العاشرة.

ج- الاضطراب الإجتماعي للنمو غير المحدد:

يتم تشخيص الطفل من هذه المجموعة عندما لا تنطبق عليه المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة ، فحسب تشخيص الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة عندما يكون هناك اضطراب شديد في التفاعل

الاجتماعي أو مهارات التواصل اللغوي أو سلوكيات و اهتمامات و نشاطات نمطية متكررة.)
عزاز محمد زهير، 2012، (112)

8.التشخيص:

التشخيص هو العملية الأساسية لمعرفة ما إذا كان الطفل مصابا بالتوحد أم لا ولعل هذا الأمر يُعد من أصعب الأمور و أكثرها تعقيدا نظرا لقلّة عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يُؤدي إلى وجود خطأ في عملية التشخيص أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل و بالتالي صعوبة في التدخل في المراحل اللاحقة ، و مما يزيد الأمر صعوبة عدم وجود دلالات طبية تظهر على جميع المصابين بالتوحد و لا توجد تحاليل مخبرية أو أشعة تدلنا إلى التشخيص ، بل إن معايير التشخيص تعتمد على الجانب السلوكي حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوكه و لمهارات التواصل لديه مقارنة بمستويات من النمو المعتادة. (محمد علي كامل، 2003، 8).

أ- فريق التشخيص:

يتم التقييم التشخيصي لحالة الطفل من قبل فريق كامل يمكن أن يضم تخصصات مختلفة:

- طبيب أطفال.
- طبيب عقلي للأطفال.
- طبيب أعصاب.
- أخصائي في علم النفس.
- معالج نفسي.

- أخصائي أرطوفوني.
- أخصائي تربية خاصة.

ب- أدوات التشخيص:

تستخدم مقاييس تقدير التوحد لتقييم السلوكيات المستهدفة الممكنة للعلاج و التعبير
تشتمل أهداف الإختبار على التصنيف و تحديد السلوك المستهدف و تقييم فعالية العلاج.

إن اختيار أداة التقييم المناسبة عملية معقدة و تعتمد على مستوى القدرات الوظيفية للطفل
و القدرة على الاستجابة للتعليمات المعقدة و التوقعات الاجتماعية و القدرة على العمل
بسرعة و القدرة على التعامل مع الانتقال في نشاطات الاختبار. و يظهر الأطفال التوحديون
أداء أفضل على الاختبارات التي لا تتطلب المشاركة الاجتماعية أو تتطلب مستوى أقل
منها و لا تعتمد كلياً على القدرات اللفظية ، و فيما يلي عرض لبعض مقاييس التوحد
الشائعة الاستخدام. (إبراهيم الزريقات، 141، 2004-142).

🚦 دليل التصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض و الاضطرابات النفسية

:DSM4

الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (Association Americaine de Psychologie)
سنة 1994 حيث يُعتبر من المقاييس العالمية المتفق عليها في تشخيص
التوحد.

و قد وضع هذا الدليل اضطراب التوحد على أنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية العامة حيث وضع ستة عشر معيارا لتشخيص التوحد و تقع هذه المعايير ضمن ثلاث فئات وهي:

الفئة الأولى: و يشترط فيها توفر على الأقل ستة معايير و تضم:

(1) خلل أو قصور كفي في التفاعل الاجتماعي.

(2) خلل أو قصور كفي في التفاعل.

(3) حدوث أنماط سلوكية و اهتمامات و أنشطة متكررة.

و يشترط على الأقل توفر معيارين من (1) و معيار من (2) و معيار من (3).

الفئة الثانية: و يشترط فيها ظهور الاضطراب قبل سن الثالثة في إحدى المجالات التالية:

(1) التفاعل الاجتماعي.

(2) اللغة و استخدامها في التواصل الاجتماعي.

(3) اللعب الرمزي أو التخيلي.

الفئة الثالثة:

غياب أعراض متلازمة ريت (DSM4, 1994, 60-61).

تشخيص التوحد حسب DSM5:

✓ عجز ثابت في التواصل و التفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ و ذلك من خلال ما يلي (الأمثلة توضيحية و ليست شاملة):

- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ و الرد في المحادثة، إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات و العواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي إلى الشذوذ في التواصل البصري و لغة الجسد أو العجز في فهم و استخدام الإيماءات إلى انعدام تام للتعبير الوجهية و التواصل غير اللفظي.

- العجز في تطوير العلاقات و المحافظة عليها و فهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

- تحديد الشدة الحالية: تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي و أنماط السلوك المحددة المتكررة.

✓ أنماط متكررة محددة من السلوك و الاهتمامات أو الأنشطة و ذلك بحصول اثنين على الأقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):

- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام (مثلا: أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، الصدى اللفظي و خصوصية العبارات).

- الإصرار على التشابه و الالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلا: الضيق الشديد عند التغييرات الصغيرة، و الصعوبات عند التغيير و أنماط التفكير الجامدة و طقوس التحية، و الحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

- اهتمامات محددة بشدة و شاذة في الشدة أو التركيز (مثلا: التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).

- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلا: عدم الاكتراث الواضح للألم، درجة الحرارة، و الاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم و لمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

- تحديد الشدة الحالية: تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي و أنماط السلوك المحددة المتكررة.

✓ تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (و لكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

✓ تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي و المهني الحالي، أو في غيرها من النواحي المهمة.

✓ لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل، إن الإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، و لوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام. (أنور الحمادي، 2014، ص. 75_77).

و الجدول التالي يبين درجات الشدة لاضطراب التوحد حسب DSM5:

السلوكيات النمطية المتكررة	التواصل الاجتماعي	مستوى الشدة
انعدام المرونة في السلوك و صعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير أو أن السلوكيات النمطية المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع النواحي، إحباط / صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي مسببا تدنيا شديدا في الأداء مع بدء محدود جدا للتفاعل الاجتماعي، مع أقل الاستجابات لاستهلاجات الغير مثلا: شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح و الذي نادرا ما يبدأ التفاعلات و إذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط و للاستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط	المستوى (3) يحتاج لدعم كبير جدا
انعدام المرونة في السلوك و صعوبة التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية المتكررة تظهر	عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان. مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة	المستوى (2)

<p>بتكرار كاف ليبدو ظاهرا للمراقب الخارجي و تتداخل بالأداء في العديد من السياقات، إحباط / صعوبة التركيز أو الفعل</p>	<p>لاستهلالات الغير مثلا: شخص يتكلم جملا بسيطة و تفاعلاته محددة باهتمامات ضيقة، و لديه تواصل غير لفظي غريب</p>	<p>يحتاج لدعم كبير</p>
<p>انعدام المرونة يسبب تداخلا واضحا مع الأداء في واحد أو أكثر من السياقات، صعوبة التغيير بين الأنشطة، مشاكل التنظيم و التخطيط تعرقل الاستقلالية</p>	<p>دون دعم في المكان فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنيا ملحوظا، صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة للاستجابات غير الناجحة أو غير المعتادة لاستهلالات الغير، و قد يبدو انخفاض الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلا: شخص لديه القدرة على الكلام قد ينخرط باتصال و لكن محادثة من و إلى الآخرين ستعشل، و محاولاته لتكوين أصدقاء تكون غريبة و غير ناجحة عادة</p>	<p>المستوى (1) يحتاج للدعم</p>

الجدول رقم (1): درجات الشدة لاضطراب التوحد حسب DSM5 (أنور الحمادي،

2014، ص. 78).

قائمة شطب سلوك التوحديين: (Checklist for Autism in Toddlers):

و هو عبارة عن سلم تنقيطي للكشف المبكر للأعراض ابتداء من 18 شهرا، وضع من طرف " Baron Cohen " في لندن و يتكون السلم من:

● 9 بنود موجهة للأولياء (الإجابات تكون بنعم أو لا) و بنود أخرى موجهة للمختصين
تخص:

- اللعب التخيلي.
- لفت الانتباه عن طريق الإشارة باليد.
- الاتصال البصري.
- الانجذاب و الاهتمام بالضوء.

مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال: Childhood Autism Rating Scale:

حيث يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة وضعه "Eric Schopler" و زملائه عام 1988 و يعتمد هذا المقياس على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر له 15 درجة و يقيم المختصون سلوك الطفل من خلال:

(التقليد ، الإدراك ، حركة العضلات الدقيقة ، حركة العضلات الكبيرة ، تآزر اليد والعين ، الأداء المعرفي العملي ، الأداء المعرفي اللفظي) ، كما يضم سلم للسلوك يضم 43 بندا و يقيس أربع مجالات سلوكية و هي (الارتباط الوجداني ، اللعب الاستجابات الحسية ، اللغة).(Shopler.E,et Al, TraTrehin.C, 1994, 25-28).

و كل مؤشر ينقط بدرجات حسب شدته (1/5,2/5,3/5,4/3) و بعده يتم حساب كل النقاط التي تتراوح بين (15-60) ليتم تحديد تشخيص الطفل هل هو توحدي أم لا و إن كان مصابا بالتوحد فيعطينا شدة الإصابة.

🚦 قائمة الأوتيزم للأطفال دون سنتين : Checklist for autism in : :Toddlers(CHAT)

وهذه القائمة صممت لملاحظة السلوكيات الانذارية المبكرة للإصابة وتساعد في مسح(وليس تشخيص) حالات الأوتيزم قبل أشهر أو أسابيع من ظهور معظم الأعراض الأخرى كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. إلا أن واضعي هذا الاختبار يؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص الأوتيزم ولكنه يكفي لإنذار المختصين مبكرا بالحاجة إلى تحويل الطفل إلى اختصاصي متمرس. (خليفة ووهدان، 2014، 33).

و يمكن استعمال أدوات أخرى تساعد في الكشف عن اضطراب التوحد نذكر منها:

☒ اختبار قدرات معرفية مثل (مقياس وكسلر أو ستانفورد بينيه).

☒ اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي.

☒ مقياس موليت للتعلم المبكر.

☒ مقياس ليتر الدولي للأداء.

كل هذه الاختبارات تساهم في تشخيص التوحد من كل الجوانب النفسية والاجتماعية و المعرفية و التربوية ،لكن عادة يلجأ الأخصائيون الإكلينيكيون إلى العديد من الطرق لتجميع البيانات المختلفة عن الطفل و ذلك من أجل وضع تشخيص محدد لحالة الطفل الذي يعاني

من مثل هذا الاضطراب ، فهم دائما يلجؤون إلى مجموعة الطرق و هي كالآتي:

ت- التاريخ التطوري للحالة:

إن أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور الطفل ، نموه و التغيرات التي طرأت عليه في تلك الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة في الوقت الحالي ، وهل حدثت له أي حوادث أو تناول أدوية أو عقاقير معينة ، أو أصيب بأي مرض و في أي سن و الحصول أيضا على التاريخ الوراثي للعائلة و عن تاريخ الحمل و مجرياته ، كل هذه المعلومات يحتاج إليها الأخصائي الاكلينيكي في دراسة حالة الطفل.

ث- التقييم السلوكي:

إن التقييم السلوكي جزء هام من تقييم الطفل التوحدي لكن هذا النوع من التقييم يحتاج إلى خبرة كبيرة من قبل الأخصائي الإكلينيكي ، و يوجد أسلوبان أساسيان لتجميع المعلومات السلوكية :

• الأسلوب الأول هو الملاحظة غير المقننة.

• الأسلوب الثاني هو الملاحظة المقننة.

و يجب أن يستند على النوعين في آن واحد للتقييم السليم.

ج- التشخيص المبكر:

الشروط التي تستدعي التشخيص تختلف حسب الشكل العيادي و بداية الأعراض فعندما يكون اضطراب التوحد مصحوب بمظاهر أخرى مثل : تأخر نفسي حركي الصرع ، علامات نورولوجية ... تكون الإصابة معروفة قبل تشخيص التوحد.

أما عندما يكون عرض التوحد لوحده ، البداية تكون مبكرة و تدريجية ما بين سنة وسنتين، و لكن الاختبار الدقيق يظهر أن هناك علامات مبكرة تظهر قبل هذا العمر (سنة-سنتين) ، العلامات المبكرة متنوعة ، فتجمعها و انتشارها و سيطرتها هي التي تستدعي التشخيص ، و سنذكر العلامات الأكثر انتشارا و أهمية و التي تظهر في السنتين الأولتين:

▪ بين 0-6 أشهر:

- عدم الاهتمام بالأصوات الخارجية (يبدو أصم).
- نظر غير عادي (حول Strabisme).
- شذوذ في السلوك (رضيع هادئ جدا أو متهيج جدا).
- اضطرابات في النوم و التغذية.
- غياب وضعية الإقبال (Attitude anticipatrice)، و شذوذ في المقوية و الحركية

▪ بين 6 - 12 شهرا:

- تطور عادات غريبة.
- نشاطات الانعزال (اللعب بالأيدي أو الأصابع أمام العين و التآرجح) .
- استعمال غير عادي للأشياء (الخدش أو الاحتكاك).
- غياب الاهتمام بالأشخاص.
- غياب أو ندرة الإصدارات (اللفظ).

▪ بين سنة و سنتين:

عدم تطور اللغة يصبح الهاجس الأكبر ، الألعاب فقيرة ، حيث تظهر الألعاب النمطية و عدم الإهتمام بالأشياء يقترن مع العكس بانبهار ببعض الأشياء (الضوء الموسيقى ، الحركات...).

ح- التشخيص الفارقي للتوحد:

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات الخاصة بالتطور و الأمراض العقلية ، التي قد يصعب التمييز بينها في بعض الحالات (Barthelemy.C,et Al, 1995,29-30).

و لهذا فالقيام بالتشخيصي الفارقي مهم جدا رغم صعوبته وذلك راجع إلى التداخل الموجود بين الأعراض و التشابه في بعض السلوكات ، و في كثير من الأحيان نجد اضطرابات أو إعاقات قد تصاحب التوحد و تختلط بأعراضه فتُعقد التشخيص ، ومن بينها بطؤ النمو ، الإعاقة العقلية ،الإعاقة السمعية ، اضطراب التواصل اللفظي.

كل هذه الاضطرابات تعتبر عادة التشخيص الأولي للطفل قبل التشخيص النهائي للتوحد و لهذا سوف يتم عرضها على شكل جداول مقارنة بين أعراضها و أعراض التوحد.

1) التوحد و بطئ النمو:

اضطراب التوحد	طفل لديه بطئ في النمو
<ul style="list-style-type: none"> ● المناغاة غير عادية و غير اتصالية وغياب الاستجابة للاسم. 	<ul style="list-style-type: none"> ● هناك مناغاة اتصالية نحو الشهر التاسع ويستجيب لاسمه و لأوامر بسيطة حوالي 12 شهرا.
<ul style="list-style-type: none"> ● لا يتعرف على أسماء عائلته و أسماء الأشياء المحيطة به. 	<ul style="list-style-type: none"> ● يتعرف على اسم الأشياء المستعملة بين 12-18 شهرا.

<ul style="list-style-type: none"> • يستعمل كلمات مفردة نحو 18 شهرا و جملا من كلمتين نحو سن 24 شهرا. 	<ul style="list-style-type: none"> • تأخر هام في استعمال الكلمات و الجمل.
<ul style="list-style-type: none"> • يستعمل كلمات مفردة للتعبير عن عدة أفكار. 	<ul style="list-style-type: none"> • لغة نمطية متكررة و غير اتصالية.
<ul style="list-style-type: none"> • يفهم و يستعمل الرموز غير اللفظية. 	<ul style="list-style-type: none"> • لا يستعمل الرموز غير اللفظية مع عدم فهمها.
<ul style="list-style-type: none"> • اهتمام مبكر بالمحيط. 	<ul style="list-style-type: none"> • لا يهتم بالمحيط و يرفض التغيير.
<ul style="list-style-type: none"> • العلاقة مع الأم تظهر نحو الشهر التاسع. 	<ul style="list-style-type: none"> • قليل الاستجابة للأم مع تأخر في خلق العلاقة.
<ul style="list-style-type: none"> • يستجيب مع الألعاب نحو 4 إلى 6 أشهر. 	<ul style="list-style-type: none"> • غياب الاهتمام و الخيال في اللعب.
<ul style="list-style-type: none"> • نمو حركي عادي لكن متأخر قليلا. 	<ul style="list-style-type: none"> • مرحلة النمو الحركي متأخرة

جدول رقم (2): يبين الفرق بين التوحد و بطئ النمو (عزاز محمد زهير،

2012).

(2) التوحد و التخلف العقلي:

كثيرا ما يصاب التوحد بتخلف عقلي إما ناتج عن وراثته ، خلل كروموزومي ، أو أحد أمراض التمثيل الغذائي ، و إما إلى اختلاف في دم الأم من خلال الزمرة (RH) سالب أو موجب أو بسبب أمراض الغدد أو بسبب عوامل بيئية ، و المعروف أن حوالي 40% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي أقل من (50 أو 55) أي تخلف عقلي متوسط أو شديد بينما 30 % منها تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط بين (55-75) (محمد أمين خطاب، 2005، 67).

اضطراب التوحد	التخلف العقلي
<ul style="list-style-type: none"> يرفض التواصل مع غيره و حتى مع والديه ويفضل البقاء وحده (منعزل). 	<ul style="list-style-type: none"> يحب التقرب و التواصل مع والديه و مع الآخرين صغارا و كبارا.
<ul style="list-style-type: none"> النمو اللغوي متوقف أو محدود و إن وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستعملها في التواصل مع الآخرين. 	<ul style="list-style-type: none"> لديه تأخر في اكتساب اللغة راجع إلى انخفاض في معدل ذكائه ، لكن يمكنه بناء حصيلة لغوية يستخدمها مبكرا للتواصل مع أفراد أسرته.
<ul style="list-style-type: none"> لديه مشكلة رجع الصدى حيث يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه. 	<ul style="list-style-type: none"> ليس لديه هذه المشكلة.
<ul style="list-style-type: none"> لديه خطأ في استعمال الضمائر (أنا، أنت) فيستعمل كلا منهما مكان الأخرى. 	<ul style="list-style-type: none"> لا يعاني من قصور في استخدام الضمائر.
<ul style="list-style-type: none"> يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون عندما ينظر إليه شخص أو يحدثه. 	<ul style="list-style-type: none"> نادرا ما نجد عنده تجنب التواصل البصري.
<ul style="list-style-type: none"> صعوبات سلوكية هامة تصاحبها طقوس حتى عند ذوي الذكاء المرتفع. 	<ul style="list-style-type: none"> صعوبات سلوكية هامة لكن الطقوس والسلوك النمطي لا يخص إلا الحالات القصوى.
<ul style="list-style-type: none"> التوحد إعاقة يولد بها الطفل و تظهر أعراضها مبكرا في حدود زمنية أقصاها 30 شهرا. 	<ul style="list-style-type: none"> التخلف العقلي قد يولد به الطفل أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو الإصابة بمرض معد.
<ul style="list-style-type: none"> العيوب الجسمية نادرة. 	<ul style="list-style-type: none"> كثيرا ما تصاحب هذه الإعاقة عيوب جسمية.

• تتبؤ سيء و الاستقلالية عند البلوغ نادرة الحدوث.	• التطور خلال مدة التربية مرتبط بدرجة التأخر.
---	---

جدول (3): يبين الفرق بين التوحد و التخلف العقلي. (عزاز محمد زهير، نفس المرجع السابق).

(3) التوحد و الإعاقة السمعية:

اضطراب التوحد	الإعاقة السمعية
• أغلب الحالات تكون مصحوبة بتأخر عقلي.	• نسبة الذكاء أعلى في أغلب الحالات والتأخر العقلي نادر الحدوث.
• لديه ضعف في تكوين علاقات اجتماعية.	• لديه علاقات اجتماعية جيدة
• يمكنه تحقيق تواصل لفظي.	• لا يستطيع استعمال التواصل اللفظي.
• لديه ضعف في الاستجابة للتواصل غير اللفظي (الإيماءات- الإشارات).	• لديه استجابة عادية للحركات و الإشارات والإيماءات.
• استجابة غير عادية للأصوات.	• فقدان كلي للمنبهات الصوتية.
• ليس لديه عيوب عضوية في الجهاز السمعي.	• لديه خلل على مستوى الجهاز السمعي.
• لا نجد عنده لعب تخيلي.	• عنده لعب تخيلي جيد.
• يميل إلى الانسحاب الاجتماعي.	• لا نجد لديه انسحاب أو عزلة من المجتمع.
• لديه اضطرابات سلوكية و صعوبة في التعامل.	• الاضطرابات السلوكية نادرة و إن وجدت فهي أقل حدة.

<ul style="list-style-type: none"> ● إعاقته حسية (حاسة السمع) سببها خلل في الجهاز السمعي. 	<ul style="list-style-type: none"> ● إعاقة نفسية عقلية لم يحدد سببها بعد.
<ul style="list-style-type: none"> ● استجابة جيدة للعلاج و لديه استقلالية ذاتية (عادي). 	<ul style="list-style-type: none"> ● استجابة قليلة للعلاج و تخفيف نسبي للاستقلالية الذاتية.

جدول رقم (4): يبين الفرق بين التوحد و الإعاقة السمعية. (عزاز محمد زهير،

2012).

4) التوحد و اضطراب التواصل:

اضطراب التواصل اللفظي	اضطراب التوحد
<ul style="list-style-type: none"> ● لا يوجد اشتراك مع التأخر العقلي. 	<ul style="list-style-type: none"> ● تأخر اللغة قد يكون بالاشتراك مع التأخر العقلي.
<ul style="list-style-type: none"> ● يتعلم معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين. 	<ul style="list-style-type: none"> ● العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل مع الآخرين.
<ul style="list-style-type: none"> ● استعمال و تواصل عادي للتواصل غير اللفظي. 	<ul style="list-style-type: none"> ● العجز في استعمال و فهم الإتصال غير اللفظي كالإيماءات و الإشارات.
<ul style="list-style-type: none"> ● صعوبات اجتماعية بسيطة و علاقات جيدة مع الأقران. 	<ul style="list-style-type: none"> ● قصور و عجز في تكوين علاقات اجتماعية خاصة مع الأقران.
<ul style="list-style-type: none"> ● لديه خيال جيد في اللعب و لا تجد عنده نشاطات واهتمامات محدودة. 	<ul style="list-style-type: none"> ● انعدام الخيال في اللعب و نشاطات واهتمامات محدودة.
<ul style="list-style-type: none"> ● لا يعاني من هذه المشكلة. 	<ul style="list-style-type: none"> ● سلوكيات نمطية متكررة ولا يحب التغيير.

• صعوبات بالغة على مستوى السلوك (إفراط في النشاط و عدوانية).	• بعض الصعوبات في السلوك ليست خطيرة.
• الصعوبات الاجتماعية و الاتصالية على مدى الحياة و استقلالية نادرة في سن الرشد.	• بتربية خاصة يمكن جعل الطفل يلتحق بالمدرسة العادية.

جدول رقم (5): يبين الفرق بين التوحد و اضطراب التواصل اللفظي (عزاز محمد

زهير، 2012).

(5) التوحد و الاضطرابات الذهانية:

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

(1) تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.

(2) نقص التواصل اللفظي و غير اللفظي لدى التوحد بالمقارنة بالذهاني.

(3) نشاط حركي مفرط لدى التوحدي.

(4) نسبة الإعاقة عند الذكور أكثر من الإناث ب (4/1) بينما تتساوى لدى الجنسين في الذهان.

(5) وجود هلاوس و هذيانات لدى الذهان و عدم وجودها لدى التوحد.

(6) ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الطفل التوحدي ، فهو يعاني من اضطراب نمائي و سلوكي و انفعالي بينما لدى الذهان ما هو إلا اضطراب عقلي (محمد أحمد خطاب، 2005، 74-75).

(6) التوحد و الحرمان النفسي الاجتماعي:

الاضطرابات الشديدة في البيئة الطبيعية و الانفعالية (مثل الحرمان الأمومي الانحطاط النفسي الاجتماعي ، دخول المستشفى و الفشل في النمو) ، كل ذلك يمكن أن يدفع الأطفال إلى أن يظهروا لا مبالاة و انسحابا و اغترابا مع تأخر اللغة والمهارات الحركية و الأطفال الذين لديهم هذه العلامات غالبا ما يتحسنون بسرعة عندما يوضعون في بيئة ملائمة غنية بالمناخ الاجتماعي النفسي و لكن مثل هذا التحسن ليس هو الحال مع الأطفال المصابين بالتوحد. (محمد أحمد خطاب، 2005، ص74-75).

خ- صعوبات تشخيص الأوتيزم:

- عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد.
- مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للتوحد في بعض الأعراض مثل التأخر في الكلام وإعاقات التخاطب والتخلف العقلي وغيرها من الإعاقات.
- التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب.
- تتعدد وتتوحد أعراض التوحد وتختلف من فرد لآخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماما في نفس الأعراض.

- كذلك تتعدد وتتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات.

- ندرة انتشار حالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها.

- يوجد صعوبة في تطبيق الاختبارات الحالية لقياس الذكاء والقدرات والعمليات العقلية على الطفل الأوتيزم. (خليفة ووهدان، 2014، 33).

9. علاج التوحد:

لا يزال اضطراب التوحد يعد من أشد و أعقد الاضطرابات التي تصيب الأطفال فيتعثر نموهم في جميع جوانبه ، و تبقى آثار الإعاقة معهم حتى مرحلة الرشد و هذا ما زاد من اندفاع العلماء و الباحثين المختصين في هذا المجال لمحاولة إيجاد علاج شافي للتوحد.

فقد تعددت البحوث و الدراسات و الآراء حول طرق علاج الطفل التوحدي و أثمرت بظهور عدة برامج علاجية مختلفة في اتجاهاتها و لكن هدفها واحد هو مساعدة الطفل التوحدي و التخفيف من معاناته و من بين تلك البرامج العلاجية لدينا:

أ- برنامج التدخل العلاجي و التأهيلي:

و هي تلك البرامج العلاجية التي قام بابتكارها علماء مختصون في العلوم المتعلقة بالتوحد (علم النفس ، الطب العقلي للأطفال ، أمراض اللغة و التعلم). حيث تم تأسيس جمعيات و مراكز للبحث في كثير من دول العالم ، فقد بين العديد من الباحثين في إطار (National Research Council) الأمريكي في 2001 أن التربية من أحسن طرق العلاج ، حيث تهدف إلى تطوير و تحسين نوعية حياة الطفل التوحدي و كذلك إدماجه في المجتمع ، و لهذا فالبرامج التربوية الفردية التي أنشأت في كندا و الولايات المتحدة الأمريكية و في

العديد من الدول الأوروبية تعتبر ذو فعالية كبيرة (Roge,B, 2004, 39-41) و من أشهر تلك البرامج نذكر منها.

ب- برنامج تيتش TEACCH:

Treatment and Education of Autistic and Related Communication :Handicapped Children

و هو برنامج معالجة و تعليم الأطفال التوحديين و ذوي إعاقات التواصل من إعداد "إيريك شوبلر" (Schopler) و زملائه سنة 1972 بجامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية و قد جاء هذا البرنامج لعلاج الأطفال و الكبار المصابين بالتوحد و بإعاقات التواصل و تقديم المساعدة لأسرهم و تدريب العاملين و الباحثين في ثلاث مجالات:

- ✓ التربية و التعليم للآباء و الأمهات مع الطفل في البيت.
 - ✓ مساعدة مؤسسات المجتمع لتوفير الجو الصحي و النفسي المساند للأسر و أطفال التوحد.
 - ✓ كما يوفر أدوات التشخيص و إعداد برامج التعليم الفردي للطفل التوحد و برامج تنمية القدرات الاجتماعية (مدحت أبو النصر، 2005، 185).
- و يعطي برنامج Teacch اهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية و الاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثبرات البصرية التي يمتاز بها الطفل التوحد.

و من أهم الوحدات البنائية التي يقوم عليها برنامج Teacch هي:

- تنظيم الأنشطة التعليمية .

- تنظيم العمل.
- جدول العمل.
- استغلال وظيفي متكامل للرسائل التعليمية.

و يمتاز برنامج **Teacch** بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلا كاملا للطفل ، كما تمتاز بأنها طريقة صممت بشكل فردي حسب احتياجات كل طفل. (عزاز محمد زهير ، 2012 ، 120).

الخدمات المقدمة عن طريق برنامج Teacch:

- **التشخيص و التقييم:** و يتم من خلال عدة تقييمات المتمثلة في (تاريخ الحالة الملف الطبي و المدرسي ، ملاحظة السلوكات و المقابلة مع الأولياء) ، و هناك تقييمات أخرى عن طريق السلاالم التشخيصية.
- **الإدماج المدرسي:** و ذلك يتم في أقسام **Teacch** المتواجدة في المؤسسات العادية حيث يضم كل قسم 5-8 أطفال يشرف عليهم معلم خاص بالتربية و مساعد ويجب توفر بناء منظم لإطار عملية التدريس و التربية و ذلك عن طريق تنظيم المكان الذي يتم فيه العمل أي القسم ، فهذا يسمح للطفل بالتعرف على واجباته وذلك في الربط بين المكان المتواجد فيه و ما ينتظره من عمل ، و تنظيم الوقت حسب النشاطات و تحفيز الطفل على المشاركة في القسم (اختيار النشاطات اللعب بتلقائية ، مشاركة الأطفال الآخرين في النشاطات (Lelord.G 24-25,1991,Perrot.A,B et)

و في نفس الوقت يمكن استدعاء أطفال عاديين إلى الأقسام الخاصة لمساعدة أقرانهم المعاقين ، وذلك بمشاركتهم في الألعاب الجماعية المنظمة من طرف المعلم وتعد هذه الطريقة الأفضل لدمج الأفراد المعاقين مع الأطفال العاديين.

الميادين العلاجية التربوية في برنامج تيتش:

تتحدد الميادين العلاجية التربوية حسب اختبار PEP لوضع الخطة العلاجية الفردية الخاصة بكل طفل ، حيث يضم (التقليد ، الإدراك ، الحركية العامة الكبيرة الحركية الدقيقة الصغيرة ، التنسيق العيني اليدوي ، المعارف ، الكفاءات اللفظية الاستقلالية الذاتية ، التعايش الاجتماعي و السلوك). (Schopler.E) et Al, tra Dominique et . 141-142,2001

(Al

ت- علاجات التبادل و النمو: Thérapie d'échange et de Développement:

علاج التبادل و النمو هو نوع من الكفالة الفردية الموجهة إلى أطفال يعانون من اضطرابات حادة في الشخصية (Lelord.G et Al, 23,1995) ، تمارس حاليا في الجناح الخاص بالعلاج النفسي للأطفال في المستشفى الجامعي "Tours" في فرنسا وتطبق على أطفال مصابين بالتوحد و أطفال يعانون من اضطرابات أخرى في النمو و تركز مبادئ هذا العلاج على أسس فيزيولوجية ، انطلاقا من أن التوحد كاضطراب وظيفي للنظام العصبي المركزي. (عزاز محمد زهير ، 2012).

فالبرنامج العلاجي ThED يتم خلال عدة حصص في الأسبوع ، كل حصة مدتها حوالي 20 إلى 30 دقيقة على الأقل لمدة عامين ، تطبق هذه الحصص بانتظام في قاعات للعلاج خاصة و في توقيت مناسب و كل حصة تضم نشاطات مختارة بالنظر إلى مستوى نمو الطفل ، فالمعالج يستشير الطفل و يحاول شد انتباهه.

و من أهم المقترحات في علاجات ThED:

- **الانتباه:** و ذلك باختيار الأشياء التي تجلب اهتمام الطفل و العمل بها في تمارين تهتم بإثارة الانتباه.
- **الإدراك:** و تهدف التمارين إلى تطوير التوجه نحو الأصوات و الأشكال و ذلك من خلال إعادة تربية الحواس حتى يتمكن من تمييز مختلف المثيرات.
- **الإقتران: (L'association):** و يضم الإقتران البصري اليدوي حيث يتم تقديم صور و أشكال للتركيب ، و الإقتران السمعي اليدوي من خلال مجموعة من الألعاب الصوتية.
- **الشعور الداخلي (الإرادة): (L'intention):** يتعلق بتوجيه الطفل إلى المحيط الخارجي وإلى المعالج فمن خلال النشاطات المقترحة يتم تنمية وظيفة الإرادة ففي عدد معين من الحصص يصبح الطفل هو الذي يبادر باللعب.
- **التقليد: (L'imitation):** في البداية المعالج يأخذ بيد الطفل و يساعده على إنجاز النشاط وبعد مدة يتمكن الطفل من تقليد ما يفعله المعالج.
- **المقوية: (Le tonus):** تُنمى المقوية بوضع الأشياء في متناول الطفل و بالتالي يتوصل إلى الإمساك بها بعد بذل جهد و تنسيق هذا الأخير مع حجم و ثقل الشيء المراد أخذه.
- **الحركية : (La motilité):** و تتمثل في تصميم وضعيات يستعمل فيها الطفل يديه معا في نفس الوقت و هنا يلاحظ أن الوضعيات الغريبة مثل السلوك النمطي تتراجع.
- **العاطفة: (L'émotion):** بإمكان المعالج التوصل إلى تعديل الاضطرابات العاطفية دون استعمال الأشياء وذلك بواسطة الإيقاع ، الإيماءات ، الملامسة التقرب من الطفل.
- **الغريزة: (L'instinct):** و المتمثلة في التغذية ، النوم ... حيث يتم تنمية وتعديل هذه الوظائف من خلال برنامج منجز من طرف المربين و الممرضين والعائلة.

● **الاتصال: (Le contact):** و يتمثل في إيجاد وسيلة لجلب اهتمام الطفل والاستفادة من أوقات عطائه ، و هذا للوصول بالطفل إلى أن ينظر للمعالج ، يبحث عنه ثم بعد مدة يتفاعل معه.

● **التواصل: (La communication):** تدريب الطفل على أن يعرض على المعالج الأشياء الموجودة في المحيط أو الصور.

الإنجاز: (La réalisation): تدريب الطفل على مراقبة تفاعلاته و تحسين وظائفه.

ث - برنامج Applied Behaviour Analysis: ABA:

و تعني تحليل السلوك المطبقة من إعداد الخبير التربوي لوفاس Lovaas سنة 1987 بجامعة لوس أنجلوس وهو برنامج قائم على نظرية التحليل السلوكي والاستجابة الشرطية وهو برنامج تعليمي لتعديل سلوكيات الطفل التوحدي في مرحلة ما قبل المدرسة (إبراهيم محمد بدر، 2004، 97).

و هذا العلاج يجب ألا تقل مدة العلاج فيه عن 40 ساعة أسبوعياً و لمدة عامين على الأقل ، و يركز هذا البرنامج على مهارات التقليد عند الطفل ، وكذلك التدريب على مهارات المطابقة و استخدام المهارات الاجتماعية و التواصل.

فمن خلال العام الأول من العلاج يكون الهدف:

- زيادة أو مضاعفة سلوك الطاعة أو الملائمة.
- التقليل من الإثارة الذاتية و العدوانية إلا في محيط محمي و مغلق حيث التدريب المستمر ، و تحاول العائلة تغيير المحيط و تكييفه و تطبيق تقنيات التدخل حتى يتم تغيير سلوكيات الطفل من حيث تطوير سلوكيات جديدة (تجديد ، تشجيع بناء) و الاستثارة و التعزيز وتعميم السلوك و الاستجابة.

- تطوير قدرات اللغة و الكلام.
- تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي.

و الهدف ككل من هاتين السنتين هو الإدماج الاجتماعي و المدرسي ، و هذه الطريقة يعتبرها "فاين Fein" ناجحة لأنها أتت بثمارها لأكثر عدد ممكن من الأطفال بما أن 73% من الذين استفادوا من هذا النوع من الكفالة قبل أربع سنوات ، أصبح معدل ذكائهم عادي و استطاعوا إكمال سنتهم الأولى ابتدائي ، و اكتسبوا لغة وظيفية قبل خمس سنوات. (عزاز محمد زهير ، 2012).

- البرامج المساندة للتدخل المبكر في علاج التوحد:

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي:

- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكوينية.
- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.
- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة.
- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.
- مراعاة تنويع أساليب التعليم.
- مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل. (عادل شبيب ، 2008 ، 37).

هنالك العديد من أساليب التدخل التي تعمل على التخفيف من إعاقة التوحد في بعض الحالات الخاصة ، وهذه الأساليب ليست علاجاً للتوحد و إنما دورها مساندة البرامج التربوية والسلوكية ومن هذه الأساليب: (أحمد سليم النجار ، 2006:ص 123)

❖ برنامج استخدام الصور في التواصل: PECS: (نظام التبادل بالصور):

:Picture Exchange Communication System

حيث يقدم هذا البرنامج مساعدة للأطفال التوحديين تعينهم على التواصل على الرغم مما يعانونه من قصور في التواصل اللفظي و غير اللفظي ، وذلك باستخدام صور ورسومات و رموزا لتمية القدرة على التواصل ، و قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق دوندي فروست Dondy Frost عام 1994 في مركز " ديلاوار للتوحد ."

و يستخدم البرنامج ستة عناصر تقدم خطوة خطوة للتدريب على التواصل للأطفال ما قبل المدرسة أو الأكبر سنا ، و يقوم البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية مثل: التشكيل ، التعزيز ، التلقين ، التسلسل العكسي و الانطفاء ، وهو مناسب للطفل التوحدي الذي يعاني من عجز لغوي حيث يسمح له ببدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه الطفل مع المدرس أو الأب الذي عليه أن يتجاوب مع الطفل و يساعده على تنفيذ رغباته، ولا تقتصر فائدة البرنامج على تسهيل و التدريب على التواصل بل أنه يكون عنصرا من عناصر الأنشطة التعليمية في الفصل الدراسي حيث يمكن استخدام هذه الصور في الفصل لدعم موضوع الإدراك الحسي البصري والسمعي و تدعيم الوعي بعناصر البيئة و تفاعل الطفل معها. (إبراهيم محمد بدر 2004 ، 100-101).

❖ التواصل الميسر أو المسهل : Communication Facilitée

هذه الطريقة اقترحت في أستراليا من طرف Rose Mary Grossley سنة 1987 وهي تهدف إلى مساعدة الأطفال المصابين بالتوحد المبكر و تناذر الريت و عرض الداون و ذوي الإصابات الدماغية و تشجيع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم بمساعدتهم جسديا و تدريبيا و ذلك عن طريق المسهل حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام الصبورة أو الآلة الكاتبة أو

الكمبيوتر أو أي طريقة لطرح الكلمات والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، اللمس على الكتف للتشجيع فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة و المساعدون يقدمون السند و المساعدة الجسمية له.(رائد خليل العبادي ، 2006 ، 81-82).

فدور المسهل هو تعليم الطفل كيف يضبط الحركات و يفهم الارتباط بين ما يريد وطريقة الحصول عليه ، ثم تدريجيا يترك الطفل يُنجز الحركات لوحده. و الهدف من هذه التقنية هو تمكين الطفل من التعبير عن أفكاره بطريقة أوتوماتيكية ثم التخلي عن هذه الطريقة المسهلة بالتدريج (Joran.R et Al, 1997, 79).

❖ العلاج بالحياة اليومي : Daily Life Therapy:DLT

ابتكر هذا العلاج عن طريق الدكتورة "Kiyo Kitahara" من اليابان و لها مدرسة في ولاية بوسطن الأمريكية تحمل هذا الأسلوب اسم " مدرسة هيجاس (هيجاشي)" و هي كلمة باليابانية و تعني " الحياة اليومية" ، و هذا النوع من العلاج يتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض وهو أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل عال من القلق و لهذا يتركز البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تُطلق فيه الاندروفينا Endorphins) التي تحكم القلق و الإحباط بالإضافة إلى الكثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة واهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية.

❖ العلاج بالتكامل (الدمج) الحسي : Sensory Integration Therapy :SIT

و تسمى أيضا التدريب على الدمج الحسي و هي عملية عصبية يتمكن بها الدماغ من دمج و تفسير التنبيه الحسي الوارد من البيئة (محمد زياد أحمد، 2001 ، 121).

و أول من بحث في هذا الموضوع من العلاج هي الدكتورة " Jane Ayres " و هذا العلاج المهني يقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط أو تكامل جميع الأحاسيس الصادر من الجسم فإن خلا في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل الحواس قد يؤدي إلى أعراض توحدية مثل : النشاط الزائد ، ضرب الرأس على الحائط ، الدوران حول نفسه ، الحركات الطقوسية ، الهيئة الجسمية الغريبة في بعض الأحيان ، صعوبة التحكم في الأشكال الصغيرة ، الأكل بطريقة مشوشة ...

و هذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس و من ثم العمل على توازنها.

❖ العلاج على التكامل (الدمج) السمعي: Auditory Integration Training

كان أول ابتكار لطريقة التدريب على الدمج السمعي الدكتورة "بيرارد Berard" خلال السبعينات و الثمانينات من القرن الماضي ثم انتقلت الطريقة بواسطة معهد بحوث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية عند اختبار فعاليتها الميدانية في علاج مشاكل السمع لدى الأطفال و أهم خطوات التدريب على الدمج السمعي هي كالاتي:

- فحص الأذنين من طرف طبيب مختص للتحقق من عدم وجود صمم أو سائل إزالة المواد المتسحبة قبل التدريب.
- تعرض الطفل إلى (20-18) جلسة للتدريب السمعي مدة كل منها نصف ساعة بصيغة جلستين يوميا على مدار عشرة أيام.
- استماع الطفل إلى مواد موسيقية معالجة لحذف الترددات العالية و المنخفضة عشوائيا بواسطة جهاز مكبر سمعي من المادة المسجلة.
- درجة الصوت يجب أن لا تتعدى 85 ديسيبل و يمكن تخفيضها أكثر، حسب الحاجة وارتياح الطفل للعملية السمعية.

- تنفيذ تخطيط فردي في بداية التدريب ثم مع انجازه لنصف الجلسات بمرور خمسة أيام ، وأخيرا في نهاية التدريب السمعي يستعمل المخطط الأول و الثاني لتحديد المصافي الصوتية على آلات التدريب المستخدمة من طرف الطفل.
- استعمال تصفية الترددات الصوتية العليا غير ضروري مع الأفراد الذين يعانون من إعاقات النمو السمعي أو من مشاكل في الكلام أو اللغة لأن المهم أولا علاج صعوبات السمع أو الكلام و اللغة لديهم قبل التحقيق أو الحد من الترددات السمعية العالية. (عزاز، 2012).
- الحصول على نتائج فعالة بالتدريب على الدمج السمعي يتطلب مشاركة عدد من المختصين يعملون معا كفريق لتحسين عملية السمع لدى الطفل التوحدي. (محمد زياد حمدان، 2001 ، 127-128).

❖ العلاج بالحمية الغذائية:

أشار "بول شاتوك Paul Shattok" بجامعة ساندرلاند ببريطانيا إلى أن أساس اضطراب التوحد هو اضطراب أيضي (trouble métabolique) حيث تبيّن أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة (البيتاد) و هي مادة تتشأ من البروتينات نتيجة الهضم ، وتحدث نتيجة التحليل غير المتكامل أثناء العملية الأيضية لبعض أصناف الطعام و خاصة الجلوتين (بروتين من القمح و مشتقاته) ، الكازيين (بروتين من الحليب و مشتقاته) ، حيث يحدث تأثير تخديري على التوصيل العصبي و يكون تأثيره بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي ، فيسبب اضطرابا في أنظمتها وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية و الانفعالية و نظام المناعة و القناة الهضمية.

و يقترح أصحاب هذا الاتجاه برنامجا غذائيا خاص بأطفال التوحد يكون خاليا من "الجلوتين" و "الكازيين" بعد فحوصات مخبرية للبول لمعرفة مستوى "البيتاد" ، حيث أن

الحمية الغذائية المناسبة تساعد الكثير من أطفال التوحد على تحسين بعض المظاهر السلوكية مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم و التدريب (أحمد النجار، 2006، 123-124).

❖ العلاج بالفيتامينات:

في معهد أبحاث التوحد في كاليفورنيا يعد " ريملاند Rimland " أكثر الباحثين الذين استخدموا العلاج بالفيتامينات و المغنيزيوم لتعديل سلوك و أعراض التوحد وفي تجارب ريملاند (1987) تبين أن أجسام المصابين بالتوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوافر في الأغذية العادية ، و هذه الجرعات الإضافية من فيتامين "B6" (جرعات تتراوح ما بين 30-300 ميليغرام) و جرعات إضافية من المغنيزيوم (جرعات ما بين 350-500 ميليغرام) ، فعندما تضاف إلى الوجبات الغذائية للأطفال التوحديين حيث تبين أن 30% -50% من هؤلاء الأطفال تحسن سلوكهم في جوانب التواصل البصري و تحسن في عادات النوم و الانتباه ، الحديث و استخدام الكلمات ، تنظيم عادة البول انخفاض الهيجان و الثورات السلوكية ، انخفاض السلوك الروتيني وانخفاض العدوانية اتجاه نفسه. (محمد زياد حمدان، 2006، 146).

❖ العلاج الدوائي:

يعتبر العلاج بالأدوية النفسية من أكثر الأساليب انتشارا في علاج حالات التوحد وهذا لما تحدثه من تغيرات فيزيولوجية تساعد على التخفيف من شدة الاضطرابات السلوكية ، و يتم استخدام العلاج الدوائي إلا بموافقة الطبيب المختص و الإلتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقار المناسب للحالة و حجم الجرعة و توقيتها والمدة التي يستمر في تعاطيها الطفل ، علما أنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو شفاء كامل لحالات التوحد و لكن هنا فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يسهل عملية التعلم أو يحد من النشاط الزائد أو

السلوك العدوانى أو يهدأ من ثورات الغضب أو من السلوكيات النمطية ، ومن أهم الأدوية النفسية التي يشيع استخدامها هي كالآتي:

السلوكيات المستهدفة	الصف	الاسم التجاري للدواء	الاسم العالمي للدواء
التقليل من الكآبة العدوانية	مضاد للاكتئاب	Prozac	Fluxitime
التقليل من الطقوس		Anafranine	Clomipramine
		Risperdal	Risperidone
يسهل عملية التعلم يحد من السلوك العدواني.	المهدئات العظمى	Haldol	Haloperidol
		Melleril	Thioridazine
التقليل من الحصر	مضاد للقلق	Buspar	Buspirone
تخفيض النشاط الزائد.	/	Ritaline	Methylphenidate
تخفيض تقلبات المزاج.	معدلات المزاج	Thelith	Lithium
		Depakine	Valproate
		Tegretol	Carbamazepine

جدول رقم (6) يمثل: أهم الأدوية التي توصف لحاملي اضطراب التوحد (عزاز، 2012).

فيما يخص العلاج الطبي يتم اللجوء إلى استخدام العقاقير بهدف التقليل من الأعراض السلوكية، التغلب على نوبات الغضب و العدوانية... و من بين هذه الأدوية نجد: Fluxitime, Buspirom, Haloperidol ... و في دراسة جديدة لعام 2014 تم الكشف عن دواء جديد يدعى Bumétanide فقد تم اختباره على 80 طفلا توحديا تتراوح أعمارهم ما بين 2 إلى 18 سنوات في كل من المدن التالية: Brest, Marseille, Nice, Lyon, Limoges و مازالت البحوث متواصلة فيما يخص هذا الدواء، و من المتوقع توفره في 2017. و حسب المعلومات المتوفرة فان الدواء Bumétanide يساعد في خفض من حدة الاضطراب بنسبة 75% و بالأخص السلوكيات النمطية لدى الحالات بغض النظر عن درجة التوحد،

❖ العلاج بالدمج:

من حق الطفل التوحيدي الذي تجلس معه الأسرة في التدريب الأكاديمي والرعاية الذاتية أن يختلط بالآخرين خارج نطاق الأسرة وهذا ما يتيح لسياسة الدمج توفير أكبر فرصة للتفاعل الاجتماعي وزيادة الطيبة في نفوس الأطفال التوحيدين وهذا ما نادى به إسلامنا الحنيف.(خليفة ووهدان، 2014، 34-36).

❖ العلاج بالإبصار:

هو عملية إعادة تدريب جهاز المستقبلات البصرية حتى تعمل بأقصى كفاءة، ويقوم بهذا النوع من العلاج أخصائيو قياس بصري سلوكي حصلوا على تدريب في هذا المجال بالتحديد، ويجب البدء بعمل تقييم شامل يستغرق من (45-60) دقيقة، والعلاج المقدم بواسطة أخصائي القياس البصري السلوكي يجب أن يتضمن استعمال عدسات تطويرية عند نقطة ما للمساعدة في الحصول على تناسق واستقبال بصري أفضل أو استعمال منقيات للضوء، وقد قرر الكثير من الآباء حدوث ايجابية للعلاج البصري.

❖ العلاجات الإكلينيكية:

تعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة، حيث يمكن عن طريقها تنمية المهارات والاستعدادات للتعلم، كتعليم الطفل أن يجلس على الكرسي، وأن يحضر الأدوات اللازمة لأداء مهمة ما، أو يستخدم التواليت، وتعتمد غالبية البرامج المقدمة لهؤلاء الأطفال على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين.

و أخيرا يمكن القول أن الطرق العلاجية المقترحة من طرف الباحثين لعلاج التوحد محاولات ناجحة ساهمت في التخفيف من حدة الاضطراب ، و خصوصا تلك التي تعتمد على أسس علمية و تربوية حيث الهدف الأساسي من العلاج هو العمل على تنظيم التصورات الداخلية للطفل انطلاقا من تفسير معاشه ، قلقه و أعراضه و ذلك بتشجيعه على التعبير عنها (Ferrari,1999,160).

كما أن تعامل المختصين مع الأولياء يعتبر أمرا مهما ، و ذلك سعيا إلى تفتح الطفل التوحيدي و تحسين علاقاته مع نفسه ومع غيره. (Aussiloux.C,et Al, 2004:P64).

تعقيب:

و كخلاصة لهذا الفصل يمكن القول أنّ رغم تطوّر الأبحاث والدراسات لمعرفة التوحد بشكل أوضح، إلاّ أنّه لحدّ اللّحظة لازال هناك ذلك الجانب المظلم من التوحد الذي لم ينزل عليه الستار لتُعرف أسبابه المباشرة أو استثناءؤه بخاصية أو بسلوك محدّد ومنفرد يعمّم على هذا الاضطراب للوصول للعلاج الأمثل، وعلى هذا يمكن القول أن التوحد لازال يُعدّ اضطراب غامض لم يُكشف بعد.

الفصل الثالث:

الأداء اللغوي و التواصل عند الأطفال التوحديين

1. تعريف التواصل .
2. اللغة عند الطفل التوحدي .
3. التواصل اللغوي عند الطفل التوحدي .
4. الأداء اللغوي عند الأطفال التوحديين .

أولاً: اللغة :

1. مفهومها:

يختلف تأليف كتاب تعليم اللغات باختلاف نظرة مؤلفيها للغة، و تصورهم لوظائفها و عند الحديث عن الأسس اللغوية في تصميم المناهج، أو إعداد المواد التعليمية، أو تأليف الكتب يقف تعريف اللغة في مكانة خاصة إذ أنّ هذا التعريف موجه للمشتغلين بالمناهج، و المواد التعليمية، سواء في إختيار المادة المرغوب تدريسها، أو المهارات المطلوب تنميتها، أو الطريقة التي يقدم بها هذا كله.

و إذا كان هذا يصدق على مداخل تعليم اللغات بشكل عام، فهو أصدق عند تعليم اللغة كأداة يتم بها الاتصال، و بعد هذا الطرح من الممكن أن نتساءل: ما موقع عملية الاتصال من المفاهيم و التعريفات الخاصة باللغة؟ إلى أيّ مدى يدرك أصحاب هذه التعريفات الجانب الاتصالي؟ ثم ما موقع الوظيفة الاتصالي من الوظائف المختلفة للغة؟. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، ص 150).

نستعرض أولاً بعض التعريفات الشائعة للغة سواء في الثقافة العربية أو الغربية موضحين موقع عملية الاتصال منها:

(1) تعريف ابن جني:

باب القول على اللغة و ماهي: أما حدها فإنها أصوات يعبر بها كل قوم عن أغراضهم". ويعلق الدكتور محمود فهمي حجازي على هذا قائلاً: هذا تعريف دقيق، يذكر كثيراً من الجوانب المميزة للغة. أكد ابن جني أولاً الطبيعة الصوتية للغة، كما ذكر وظيفتها الاجتماعية في التعبير و نقل الفكر، و ذكر أيضاً أنها تستخدم في مجتمع، فلكل قوم لغتهم. و يقول الباحثون المحدثون بتعريفات مختلفة للغة ، و تؤكد كل هذه التعريفات الحديثة الطبيعة

الصوتية للغة، و الوظيفة الاجتماعية للغة، و تنوع البيئة اللغوية من مجتمع إنساني لآخر (محمود فهمي حجازي، 1985، ص 9-10).

(2) تعريف سابير:

يقول إدوارد سابير: 1921 E. Sapir:

"Language is purely human and non-instinctive method of communicating ideas, emotions and desires by means of voluntarily produced symbols" (Crystal, 32, P:396)

و في هذا التعريف نص صريح على وصف الاتصال كهدف يتوخاه المرء عند استخدامه للغة ، فاللغة عند سابير وظيفة إنسانية خالصة، و ليست غريزية، تستهدف توصيل الأفكار والمشاعر و الرغبات من خلال نظام من الرموز يتوافق عليه المجتمع .

(3) تعريف تراجر:

يقول تراجر : G.Trager :1949:

"Language is a system of arbitrary vocal symbols by means of which the members of a society interact in terms of their culture" (Crystal, 32, P:369)

اللغة هنا عبارة عن نظام من الرموز المتعارف عليها، و هذه الرموز صوتية، بواسطتها يتفاعل أفراد مجتمع ما في ضوء الأشكال الثقافية الكلية عندهم.

في ضوء هذا التعريف نجد أنّ التفاعل هنا هو الهدف، فالتفاعل كما نعلم يكون في درجة أعلى من الإتصال. فإذا تمثّل الإتصال في مجرد نقل فكرة من طرف إلى آخر، فإنّ التفاعل يعني المشاركة الوجدانية، بمعنى أنه في درجة أكبر من الاتصال و يتعدى حدوده.

4) تعريف تشومسكي:

يقول تشومسكي: 1957 N. Chomsky:

" Language is a set (finite or infinite) of sentences, each finite in length and constructed out of a finite set of element" (Crystal, 32, aPP: 396)

و تشومسكي كما هو معروف صاحب النظرية التوليدية التحويلية في النحو، و اللغة في رأيه هنا فئة، أو مجموعة من الجمل المحدودة، أو غير المحدودة، و يمكن بناؤها من مجموعة محددة من العناصر.

هذه العناصر المحدودة، يذكر تشومسكي أنها تساعد على الإبداع غير المحدود، فإذا كانت الأنماط اللغوية يمكن حصرها مثل : (فعل- فاعل- مفعول به) فالجمل التي يمكن أن توضع في هذه الأنماط لا يمكن حصرها، إنها لا محدودة.

و لئن كان مصطلح الإتصال قد غاب عن هذا التعريف، إلا أنّ نظرية تشومسكي الكاملة كانت الأساس الكبير للمدخل الاتصالي. و كما تذكر الأدبيات فإنّ مصطلح الكفاية الاتصالية صاغه هيمز Hymes ليقابل به مفهوم الكفاية عند تشومسكي.

5) تعريف هول: 1974 A. Hall:

" Language is the institution where by humans communicate and interact with each other by means of habitually used oral-arbitrary symbols"(Crystal, 32, P:396)

و في هذا التعريف تأكيد ليس فقط لمفهوم الإتصال ، بل للتفاعل أيضا بين الأفراد. اللغة هنا مؤسسة يقوم الأفراد من خلالها بتحقيق الاتصال و التفاعل بينهم، و لها مع ذلك طبيعة صوتية، كما أنها نظام متفق عليه.

6) تعريف وبستر:

يعرف قاموس Webster اللغة بأنها:

"Language is a systematic means of communicating ideas, or feelings by the use of conventionalized signs, sounds, gestures, or marks having understood meanings"

و في هذا التعريف نص على عملية الاتصال، و نقل الأفكار و المشاعر عن طريق إشارات وأصوات و علامات و ملامح يُفهم معناها.

7) تعريف فينوكيرو:

يعرف ماري فينوكيرو 1974 Finocchiaro:

"Language is a system of arbitrary vocal symbols which permits all people in a given culture, or other people who have learned the system of that culture, to communicate or to interact" (Finocchiaro, M, 35, P:3)

و في هذا التعريف تتضح أيضا اللغة وظيفتان، هما الاتصال و التفاعل، ليس فقط بين متحدثي هذه اللغة في إطار ثقافتهم، بل أيضا بين هؤلاء المتحدثين باللغة، و بين الآخرين ممن يتعلمون هذه اللغة.

الإجماع إذن يكاد يتفق على أنّ الاتصال، إن لم يكن الاتصال و التفاعل، هو الهدف الرئيسي من استخدام اللغة.

2. وظائف اللغة:

و بالحديث عن موقع الاتصال في تعريف اللغة يدفعنا إلى الحديث عن وظائف اللغة و بيان موقع الاتصال أيضا منها.

اللغة وسيلة الفرد لقضاء حاجاته، و تنفيذ مطالبه في المجتمع، و بها أيضا يناقش شؤونه و يستفسر، و يستوضح، و تنمو ثقافته، و تزداد خبرته نتيجة لتفاعله مع البيئة التي ينضوي

تحتها. بواسطة اللغة يؤثر الفرد في الآخرين، و يستثير عواطفهم، كما يؤثر في عقولهم. أما فيما يتعلق بالمجتمع، فاللغة هي المستودع لتراثه، و الرباط الذي يربط به أبنائه فيوحد كلمتهم، و يجمع بينهم فكريا، و هي الجسر الذي تعبر عليه الأجيال من الماضي إلى الحاضر و المستقبل. و أيا ما كانت تعريفات اللغة، فإنّ الوظيفة الاتصالية تقف في مقدمة وظائف اللغة. فعند فيقوتسكي ثمة وظيفة اتصالية اجتماعية للغة حتى في الكلام المتمركز حول الذات، و أنّ الراشد يفكر في المجتمع و الآخرين حتى و لو كان وحيدا. و اللغة عند جون ديوي ليست تعبيرا عن المشاعر و الأفكار، و إنما هي بالدرجة الأولى وسيلة إتصال بين أفراد تؤلف بينهم على صعيد واحد. (محمود أحمد السيد، ص 110).

و المواقف التي يحتاج الفرد إلى استعمال اللغة للاتصال فيها مواقف كثيرة، يجعلها هاليداي Halliday في سبع وظائف أساسية هي:

أ- الوظيفة النفعية:

و يقصد بها إستخدام اللغة للحصول على الأشياء المادية مثل : الطعام، الشراب. و يلخصها هاليداي في عبارة "أنا أريد".

ب- الوظيفة التنظيمية:

و يقصد بها إستخدام اللغة من أجل إصدار أوامر للآخرين، و توجيه سلوكهم. و يلخصها هاليداي في عبارة " إفعل كما أطلب منك".

ت- الوظيفة التفاعلية:

و يقصد بها إستخدام اللغة من أجل تبادل المشاعر، و الأفكار بين الفرد و الآخرين. و يلخصها هاليداي في عبارة " أنا و أنت".

ث- الوظيفة الشخصية:

و يقصد بها استخدام اللغة من أجل أن يُعبر بها الفرد عن مشاعره و أفكاره. و يلخصها هاليداي في عبارة " إنني قادم".

ج- الوظيفة الاستكشافية:

و يقصد بها استخدام اللغة من أجل الاستفسار عن أسباب الظواهر، و الرغبة في التعلم منها. و يلخصها هاليداي في عبارة " أخبرني عن السبب".

ح- الوظيفة التخيلية:

و يقصد بها استخدام اللغة من أجل التعبير عن تخیلات، و تصورات من إبداع الفرد، و إن لم تتطابق مع الواقع. و يلخصها هاليداي في عبارة " دعنا نتظاهر أو ندعي".

خ- الوظيفة البيانية:

و يقصد بها استخدام اللغة من أجل تمثل الأفكار و المعلومات، و توصيلها للآخرين. و يلخصها هاليداي في عبارة " لدي شيء أريد إبلاغك به" (رشدي أحمد طعيمة، 1982، ص 119-120).

د- وظيفة التلاعب باللغة:

و يقصد بها اللعب باللغة، و بناء كلمات منها حتى ولو كانت بلا معنى، و محاولة استغلال كل إمكانات النظام اللغوي.

ذ- الوظيفة الشعائرية:

و يقصد بها استخدام اللغة لتحديد شخصية الجماعة، و التعبير عن السلوكيات فيها. و يلخصها هاليداي في عبارة "كيف حالك"؟ (Rivers, W, 50, P: 107-109).

ثانياً: الإتصال:

1. المدخل الاتصالي:

(1) الإتصال بين المدخل و الطريقة:

منذ أن ظهرت الدعوة إلى تعليم اللغة بشكل اتصالي، و شيوع مصطلحات مثل: الاتصال، والوظيفة، و غيرهما. طُرح سؤال: هل هذا الأسلوب لتعليم اللغات يسمى مدخلا أو طريقة أو شيئاً ثالثاً؟

ينبغي قبل عرض وجهات النظر المختلفة تحديد المقصود بمصطلحات ثلاثة أساسية في ميدان تعليم اللغات: الأول هو المدخل- و الثاني هو الطريقة- و الثالث هو الإجراءات.

و من الممكن التمييز بين هذه المصطلحات كالتالي:

- **المدخل:** و يقصد به المنطلقات التي تستند إليها طريقة التدريس مثل تصورها لمفهوم اللغة و فلسفة تعليمها، و النظرة إلى الطبيعة الإنسانية، و شخصية المتعلمين.
- **الطريقة:** و يقصد بها مجموع الأساليب التي يتم بواسطتها تنظيم المجال الخارجي للمتعلم من أجل تحقيق أهداف تربوية معينة.
- **الإجراءات:** هي الأساليب التي تترجم الطريقة إلى أداءات، و تنفيذ مبادئها سواء من حيث ما يقوم به المدرس في الفصل بالفعل، أو من حيث إعداد المواد التعليمية، أو إعداد الوسائل التعليمية، أو أدوات التقويم.
- الطريقة إذن مثل خيط المسبحة الذي ينظم عددا من المكونات الأساسية. (رشدي أحمد طعيمة، 10، ص 214).

و الآن نستعرض بعض الآراء حول أسلوب تعليم اللغة اتصالياً، هل هو مدخل أو مداخل أو طريقة أو طرق...

ينص ريتشاردز و رودجرز على أن تعليم اللغة اتصاليا هو مدخل، وليس طريقة
(Richards, J.C.T. Rodgers, 48, P: 65).

ترى ديان فريمان أنه أيضا مدخل مبررة ذلك بأنّ الإتصال في أساسه عملية، و ليس ناتجا.
(رشدي أحمد طعيمة، 2004، 169).

يناقش كريستال في دائرة معارف اللغة مفهوم المدخل الاتصالي، و يشرح جوانبه، وذلك عند
الحديث عن الكفاية الاتصالية. و إن كان في قسم آخر من دائرة المعارف يذكر أنها طرق
اتصالية، و ليست مجرد مدخل، و يفضل كريستال إطلاق مصطلح الطرق الاتصالية ليشمل
عددا من الطرق أهمها :

✓ الطريقة الإيحائية.

✓ الطريقة الصامتة.

✓ تعليم اللغة من خلال المجتمع.

✓ الممارسة الشفوية المرجأة.

✓ الاستجابة الحركية الكلية.

هو إذن ينفي عنه أنه مدخل، و ينفي عنه أنه طريقة، بل هو طرق كثيرة، و قد تختلف
إجراءاتها (Crystal, D., 32, P:375).

و يؤيد كريستال في رأيه هذا هووات Howatt إذ ينص على أنه طرق، و ليست طريقة
واحدة، كما أنها ليست مدخلا (Howatt, A.P., 38, P:192).

أما شتيرون فيرى أنه ليس مدخلا واحدا، و إنما هو مداخل اتصالية
(Stern, H.H, 56, P:113).

و ترى مليكة بوداليه فريفو أنه ليس طريقة، و ليس مدخلا و إنما هو نظرية، و تقارن في كتابها " المدرسة الجزائرية من ابن باديس إلى بافلوف" بين مصطلحات البنيوية و مصطلحات نظرية التواصل (مليكة بوداليه فريفو، ص 42).

و على خلاف هذا كله نجد من الخبراء من لا يعتبره مدخلا متكاملًا ذا خصائص محددة أو معالم بارزة، و إنما هو خليط يطلق عليه Hodge-Podge من إستراتيجيات تدريسية تلتقي جميعها عند هدف معين هو تدريب الطالب على الاستخدام التفائي و المبدع للغة، و ليس مجرد إجادة قواعدها. (رشدي أحمد طعيمة، نفس المرجع السابق، ص 118-119).

رأينا إذن أنّ من المفكرين من يعتبر تعليم اللغة اتصاليا هو مدخل اتصالي، و هناك من يعتبره مداخل اتصالية، و هناك من يعتبره طريقة اتصالية، بل هناك من يعتبره طرقا اتصالية، و أخيرا هناك من يعتبره نظرية تواصلية.

(2) تاريخ المدخل الاتصالي:

يُرجع هووات A.P. Howatt الدعوة إلى تعليم اللغات من منظور اتصالي إلى القرن السابع عشر حين كتب جون لوك عن تعلم اللغة قائلا: " يتعلم الناس اللغة من أجل التعامل مع المجتمع، و تحقيق الإتصال (و هنا ذكر جون لوك كلمة الإتصال نفسها) بين الأفكار في الحياة العادية بدون تخطيط، أو تنظيم مسبق مقصود في استخدامهم للغة. و من أجل هذا السبب فإنّ الأسلوب الحقيقي أو الأصلي (و يستخدم هنا كلمة أصلي) لتعلم اللغة، فإنما يتم بالمحادثة. وهذا وحده دعى لتحقيق تعلم سريع معجل مناسب و طبيعي (Howatt, A.P.R, P: 193).

ترددت إذن منذ القدم مصطلحات مثل: الاتصال، و الأسلوب الأصلي، أو الحقيقي، و المحادثة و التعلم الطبيعي... وهذه المصطلحات الأكثر شيوعا في المدخل الاتصالي في

وقتنا الراهن. كان هناك إحساس بأنّ اللغة وظيفتها الاتصال، و تحقيق التعامل مع أفراد المجتمع، وتمر سنوات حتى تصل إلى القرن التاسع عشر، و على وجه التحديد 1864. و في هذه الأثناء تجذب طرق تعليم اللغات بأسلوب اتصالي انتباه المعلمين المهاجرين إلى أمريكا، قد اتخذت هذه الطرق، كما يقرر هووات عدة أسماء مثل: الطرق الطبيعية، و طريقة المحادثة، و الطريقة المباشرة، و المدخل الاتصالي، إلا أنه مع تعدد أسماء هذه الطرق، و مع اختلاف أساليبها، وإجراءات التدريس فيها، إلا أن الفلسفة الكامنة وراءها تكاد تكون واحدة، وهي تعليم اللغة بشكل اتصالي.

هذه الفلسفة التي تمثل اتجاهها لأسلوب تعليم اللغة، كانت السبب الرئيسي في نقد بلومفيلد 1942 لأسلوب تعليم اللغات الأجنبية في أمريكا، إذ لم يكن مساعدا للدارس على أن يتصل باللغة، يقول بلومفيلد: " لم تكن الكتب جيدة، و لم يكن المعلمون متمكين مهارات اللغات الأجنبية ذاتها، و كان الطالب بعد سنتين أو ثلاث أو أربع سنوات من دراسته للغة الأجنبية غير قادر على استخدامها، أو توظيف ما تعلمه." (Stern,H, H, 56, P:99).

و الملاحظ أنه على الرغم من تردد مصطلحات مثل الاتصال، التعلم الوظيفي، الطريقة الطبيعية، الأسلوب الأصلي أو الحقيقي، الطريقة المباشرة، المحادثة، نقول أنه على الرغم من تردد هذه المفاهيم التي تمثل صلب المدخل الاتصالي.

إلا أنّ التفكير المنهجي حول المدخل الاتصالي و تناوله بأسلوب علمي يعتمد على منطلقات معينة، و يتخذ له إجراءات محددة في الفصل، لم يبدأ إلا منذ الستينات من القرن العشرين حين بدأ علماء اللغة البريطانيون في نقد أسلوب تعليم اللغة الأجنبية عندهم. ووجه هذا النقد أساسا لأسلوب تعليم اللغات في ضوء المواقف و صادف هذا نقدا مماثلا في أمريكا إلا أنه كان موجها للطريقة السمعية الشفوية. من هنا طرح علماء اللغة البريطانيون فكرة الإمكانيات الوظيفية و الاتصالية للغة و أبرزوا الحاجة إلى الإجابة الاتصالية.

بررت بعد ذلك، كما يذكر ريتشارد زوروجرز الحاجة إلى تعليم لغات الشعوب المنظمة إلى السوق الأوروبية المشتركة، وكذلك المجلس الأوروبي، و في 1971 اجتمع فريق من الخبراء للنظر في إمكانية تنظيم مقررات لتعليم اللغات في ضوء نظام الساعات المعتمدة، و في هذا النظام تراعى حاجات الدارسين، كما اعتمد على دراسة مبدئية قدمها ولكنز Wilkins، و في الدراسة التي نشرها عام 1972، قدم تعريفا وظيفيا و اتصاليا للغة، و هذا التعريف كان الأساس لإعداد المناهج الاتصالية لتعليم اللغات. و بدلا من أن يقدم ولكنز وصفا لمحاور اللغة بأسلوب تقليدي سواء من حيث المفردات أو النحو، قدم ولكنز تصورا جديدا لنمطين من المعاني:

الأول: و يسمى فئات الأفكار (مثل الزمن، و التوالي، و الكمية، و المكان، و التكرار).

الثاني: و يسمى فئات الوظائف الاتصالية (مثل الطلب، و الإنكار، و تقديم الأشياء، والشكوى). و لتوضيح الفرق بين الفكرة العامة، و بين الوظائف اللغوية نقدم مثلا لموقف اتصالي يميز بين الأمرين، و هو زيارة مريض بإحدى المستشفيات. الفكرة العامة هنا هي " زيارة المريض" أما الوظائف اللغوية فيمكن تحديدها فيما يلي:

التعبير عن التعجب و الأسى لمرض هذا الصديق.

السؤال عن سبب المرض.

التعبير عن موطن الألم و الشكوى.

تحديد الأوقات التي يحس فيها بالألم.

السؤال عن المدة التي يستغرقها العلاج.

التعبير عن ضرورة مراجعة الطبيب. الاستفسار عن الدواء المناسب.

التعبير عن تمنيات الشفاء. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 167).

و لقد أجمل ولكنز هذه الأفكار، ثم نشرها بعد ذلك في كتاب باسم Notional Syllabuses و كان لهذا الكتاب تأثير كبير في المدخل الاتصالي لتعليم اللغات (Richards, J, C.T.) (Rodrges, 48, P: 64) إلى أن صاغ هيمز Hymes مصطلح الكفاية الاتصالية 1972 في مقابل مصطلح Linguistic Competence الذي صاغه تشومسكي.

و يشير مصطلح الكفاية الاتصالية عند هيمز قدرة الفرد على أن ينقل رسالة، أو يوصل معنى معيناً، و أن يجمع بكفاءة بين معرفة القواعد اللغوية، و القيم و التقاليد الاجتماعية في الاتصال.

2. الاتصال :

(1) مفهومه:

يلخص ويدوسون Widdowson نقلا عن ريلي، عملية الاتصال في قوله: " يطلق مصطلح الاتصال حين يحدد مستعمل اللغة موقفا يتطلب منه نقل معلومات معينة لتحقيق التقارب المعرفي بين الأفراد، و من ثمّ يمكن أن يتغير هذا الموقف بشكل أو بآخر. و هذا الإجراء أو هذه العملية تتطلب التفاوض أو تبادل وجهات النظر حول المعاني خلال التفاعل بين الأفراد. و أطلق على هذا الشكل من التفاوض لفظ الخطاب. هذا المصطلح يشير إلى التفاعل الذي يجب أن يأخذ مكانة لتأكيد قيمة المعنى لما ينطق به المتحدث، و للتحقق من فعاليته كمؤشر لنية المتحدث أو قصده" (Riley, 49, P:7).

و يتفق الدكتور حسين حمدي الطوبجي مع هذا التعريف إذ يقول: "إنّ الاتصال هو العملية التي يتم عن طريقها انتقال المعرفة من شخص لآخر حتى تصبح مشاعا بينهما، و تؤدي إلى التقاهم بين هذين الشخصين أو أكثر، و بذلك يصبح لهذه العملية عناصر و مكونات و لها اتجاه تسير فيه، و هدف تسعى إلى تحقيقه، و مجال تعمل فيه، و يؤثر فيها مما يخضعها للملاحظة، و البحث، و التجريب و الدراسة العملية بوجه عام (حسين حمدي الطوبجي، 4 ص 25).

و تعتبر دائرة المعارف البريطانية أنّ الاتصال يعني تبادل المعاني بين الأفراد من خلال نظام عام للرموز (The Encyclopedia Britannica,60, P:496).

و يستمر التعريف لمصطلح الاتصال في المجلد الثالث من دائرة المعارف البريطانية المصغرة Micropedia، فيستعرض تعريف ريتشاردز الناقد البريطاني المشهور، ووجهة نظره لمفهوم الاتصال، و تعتبر دائرة المعارف أنّ تعريف ريتشاردز، والذي قدمه من أوائل التعريفات للاتصال، و من أفضلها في بعض الوجوه.

يقول ريتشاردز J.A. Richards : " إنّ الاتصال يتم عندما يؤثر عقل ما (مرسل) من خلال بيئة معينة على عقل آخر (مستقبل)، و في هذا العقل الآخر تحدث خبرة معينة تشبه الخبرة التي كانت في العقل الأول".

و تتساءل دائرة المعارف حول مدى كفاية تعريف واحد للاتصال، و إمكانية الاستغناء به عن غيره، و تورد تقريراً عن جورجين ريوثش Jurgen Ruesh يذكر فيه أربعين تعريفاً لمفهوم الاتصال. و مداخل كثيرة لتناوله منها ما هو معماري architectural و منها ما هو نفسي psychologique و منها ما هو أنثروبولوجي anthropologique و أخيراً منها ما هو سياسي politique.(The new Encyclopedia Britannica Macropedia, 104, P:685).

و يتسع هذا التعريف في دائرة معارف كولير الأمريكية، إذ تعتبر الاتصال هو نقل المعارف من شخص لشخص، أو مخلوق لمخلوق، أو وجهة نظر لأخرى. وقد يكون الاتصال في شكل نقل أصوات، مثل التحدث بين الناس، و قد يكون الاتصال في شكل ضربات إيقاعية للطبول، و قد يكون أصواتاً من طيور، بل قد تكون في شكل ضربات يقوم بها حيوان السمور في الماء بذيله حين يحس بخطر قادم، أما من حيث صورة الاتصال فقد تكون مرئية مشاهدة مثل الكتابة، والصور، والإشارات و الأعلام، و الملصقات. بل قد تكون

في رقصة نحل العسل، يشير بها للنحل الآخر أن هناك مصدرا للغذاء، و قد يكون الاتصال، وأخيرا فإنه يتطلب لإتمامه استخدام حواس أخرى.

ينقلنا هذا من الحديث عن الاتصال من وجهة نظر الإعلاميين، إلى الحديث عن الاتصال من وجهة نظر التربويين خاصة المشتغلين بتعليم اللغات.

و نقصر هنا على مناقشة تعريفين لاثنين من كبار خبراء تعليم اللغات الأجنبية، و من رواد المدخل الاتصالي، هما سافجنون و ولكنز.

تري ساندراسافجنون أن الاتصال: "عملية مستمرة للتعبير و التفسير و تبادل وجهات النظر (التفاوض)، و أن فرص الاتصال غير محدودة. و تشتمل على نظم مختلفة للإشارات، و العلامات، و الرموز التي لا نستطيع البدء في تصنيفها أو حتى تعريفها بدقة، و التي تتكون منها أي لغة". (Savignon,S, 53P:8).

و هي هنا تتفق مع التعريفين اللذين وردا في دائرتي المعارف، و خاصة ما ورد في دائرة معارف كولير، إذ تفصل القول في أنظمة العلامات في عملية الاتصال.

أما ولكنز فيرى " أن ما يتم نقله في أي عملية اتصال إنما هو ناتج للعلاقة بين المعنى كما ينتقل عبر الأشكال اللغوية للتعبير (نطقا أو كتابة)، و بين الملامح العملية التداولية التي يمكن قبولها من كافة المشتركين في عملية الاتصال" (Wilkins,D, 109,) (P:30).

و في ضوء هذا التعريف لعملية الاتصال، يحدد ولكنز هدف تعليم اللغة اتصاليا في أنه: "تنمية القدرة عند الفرد لأن يبدع، و يكون أشكال التعبير (كلاما أم كتابة) التي لها القبول الاجتماعي أو تحقق الهدف المطلوب". (Wilkins,D, 63, P:34).

يشير (Jack Scott, et , Al, 2000,11) إلى الاتصال بأنه عملية المشاركة في المعلومات و الأفكار من شخص إلى آخر، كما أن الكلام و اللغة ما هما إلا أجزاء من هذه

العملية، فالكلام يشير إلى الأساليب اللفظية و يتكون من تراكيب صوتية و طبيعية الصوت وتشير اللغة إلى الشفرة الاجتماعية لبعض المفاهيم بالإضافة إلى سلسلة كاملة من رموز التواصل غير اللفظي تشمل لغة الجسد و الإيماءات و الحملقة بالعين و اللمس و كل هذه الرموز بمثابة أجزاء من عملية التواصل. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 159).

و يشير (Ruth Huubner,2001, 276) إلى أنه علاقة ديناميكية متبادلة. و لكي تحدث هذه العلاقة بين أكثر من شخص يجب أن تشتمل على قدرة الأشخاص على الفهم و استخدام اللغة اللفظية و الإيماءات و اللغة المصاحبة أو ما يسبق اللغة و كذلك القدرة على تحديد الموضوع في المحيط الاجتماعي أو السياق الاجتماعي. و لكي تستمر المحادثة بفاعلية يجب أن يكون لدى الشخص قدرة معرفية للاحتفاظ بذاكرة قصيرة المدى و ربط الكلام بالموقف الاجتماعي و التواصل الغرضي. فالمعرفة تسهل للطفل أيضا القدرة على فهم اللغة المجردة مثل الدعابة و المعنى غير الحرفي. (رضا عبد الستار رجب، 2007، 68).

و تذكر نادية إبراهيم (2000، 62) أن الاتصال هو الأسلوب أو الطريقة التي يتم بها تبادل المعلومات بين الأفراد سواء بالكلمة المنطوقة أو المكتوبة أو بالابتسامة أو الإشارات أو الإيماءات أو حركات الجسم أو حركات اليدين أو تعبيرات الوجه و هو عملية تبدأ قبل أن يكتسب الطفل القدرة على استخدام الرموز اللغوية و تزداد قدرة الفرد على التواصل باكتساب اللغة.

و الاتصال هو تلك العملية الغنية الشاملة التي تتضمن تبادل الأفكار و الآراء و المشاعر بين الأفراد بشتى الوسائل و الأساليب مثل الإشارات و الإيماءات و تعبيرات الوجه و حركات اليدين و التعبيرات الانفعالية و اللغة ... و تعد اللغة المنطوقة (الكلام) أحد أشكال التواصل التي تتيح للفرد نقل المعلومات بصورة دقيقة و مفصلة (عبد العزيز الشخص، 1996، 18).

كما أنه عملية يتم بمقتضاها نقل فكرة أو معلومة إلى فرد أو مجموعة من الأفراد إلى فرد أو من فرد إلى فرد، و يشترط فيها توافر عناصر الاتصال، المرسل و المستقبل و الرسالة و الوسيلة التي تستخدم في عملية التواصل. و قد تكون الكلمات اللفظية أو المنطوقة أو الإثنتين معا أو من خلال الكتابة أو المراسلات أو المخططات أو الرسوم أو غير ذلك من الوسائل الأخرى. (أحمد حسين اللقائي و علي أحمد الجمل، 1999، 19)

و يذكر (Siga Foos , et, Al, 2000) بأنّ الاتصال يوصف لأي سلوك يفسر من خلال الآخرين على أنه شكل من أشكال التواصل، كما يوصف لأي سلوك يؤدي إلى وظيفة. (Deb Keen, et , Al, 2001, 385) .

وحتى يتلخص و يتوضح مفهوم الاتصال أكثر يمكن القول أنه:

- بمعناه العام هو: " نشاط يتضمن إرسال و إستقبال ما تريده الكائنات الحية من بعضها البعض." و بالمعنى المحدد: " هو إستخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن التعبير عن الأفكار و المشاعر و الحاجات بين الأفراد." (البطائنة، 2007، ص 507).

- كما أنه: " عملية تبادل المعارف و الأفكار و الآراء و المشاعر من خلال اللغة اللفظية أو غير اللفظية." (الزريقات، 2005-18).

- و هو أيضا: " عملية تبادل المعلومات و الآراء و المشاعر بين الأفراد، و هي عملية عادة تتطلب مرسلا يكون رسالة و متلقيا يفك رموز أو يفهم الرسالة، و الاتصال بالضرورة هو عملية اجتماعية تحتاج إلى لغة سواء منطوقة أو مكتوبة أو غير لفظية ليتم الاتصال بين الأفراد المختلف بعضهم عن بعض." (نصر، 2000-67).

من التعريفات السابقة يظهر لنا أنّ الاتصال:

■ عام بين الكائنات الحية و لا يقتصر على بني البشر و حدهم.

- يتكون من مرسل (لينقل المعلومات) و مستقبل (يستقبل المعلومات) و رسالة هي غاية أو هدف للتواصل.
- له وظيفة اجتماعية.
- يفصح عن حالة الشخص العاطفية و الفيسيولوجية.
- يحتاج إلى فهم و إدراك (قدرة عقلية) ليتم بنجاح.
- لا يقتصر على اللغة اللفظية بل يتعداها إلى اللغة الغير لفظية. (رفاه لمفون، 2012، 49).

(2) نموذج الاتصال:

من المفاهيم التي تمثل محور المدخل الاتصالي، مفهوم الاتصال ذاته، و يتوقف الفهم الدقيق للمدخل الاتصالي على تحديد مفهوم الاتصال، و توضيح المقومات التي يستند إليها، بل و مناقشة عملية الاتصال نفسها. ذلك أن مفهوم الاتصال قدمت له تعريفات كثيرة، تكاد تتباعد في أشياء، إلا أنها تدور في فلك واحد هو تفسير عملية الاتصال.

إنّ الاتصال بين البشر يتكون من عدة عمليات منها ما هو ذهني و منها ما هو عضلي. يبدأ الأمر بمجموعة من الأفكار التي يريد فرد ما أن ينقلها إلى غيره، تتكون الفكرة في ذهنه و يضمها إلى غيرها ليؤلف منها محتوى يريد التعبير عنه إما لإعلام الآخرين به أو تغيير اتجاهاتهم أو تنمية قيمتهم، أو غير ذلك من أهداف يقصد المرء من خلالها الاتصال بغيره. ضمّ الأفكار إلى بعضها يتبعه البحث عن الجمل و التراكيب التي يراد صب المحتوى فيها. ينتقي الفرد بعد ذلك من رصيده اللغوي مجموعة من المفردات التي تناسب المحتوى ثم يبحث في النظام اللغوي للغة عما يلزم هذه المفردات من أصوات أو من أشكال الأداء الصوتي مثل النبر و التنغيم ما يعبر عما يقصده. كل هذا يدخل في نطاق بناء الرموز سواء من حيث مضمونها (الأفكار) أو من حيث شكلها (طريقة الأداء اللغوي) و هي المرحلة التي تسمى تركيب الرموز. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 156).

بعد هذا تأخذ عملية الاتصال أحد طريقتين: إما أن تنتقل الرسالة شفاهة أي من خلال الاتصال المباشر بين فرد و آخر، و هنا يكون المرسل متكلمًا. و إما أن تنتقل كتابة أي من خلال الصفحة المطبوعة، و هنا يكون المرسل كاتبًا. مازلنا في نطاق الطرف الأول من أطراف عملية الاتصال و هو الإرسال. فإذا انتقلنا إلى الطرف الآخر وهو الاستقبال وجدنا الاتصال يمر بعمليات أخرى تبدأ برموز تنتقل من مرسل (منطوقة أو مكتوبة) عبر أداة من أدوات الاتصال أو قناة من قنواتها و هي في انتقالها يلحق بها ما يلحق من تشويه أو تحريف يجعل كمال عملية الاتصال أمرًا متعذرًا. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 156).

و الاتصال كما نرى عملية ثنائية يتبادل فيها المرسل و المستقبل الأدوار. فالمرسل قد يكون في أثناء الحديث مستقبلًا، و المستقبل قد يكون مرسلًا، وهذا بالطبع في مواقف الاتصال الشفهي المتبادل فقط. فقد يكون الاتصال كتابة فلا يتبادل الفردان في لحظة الاتصال أدوارهما و قد يكون الاتصال شفهيًا غير متبادل أي أحادي الإتجاه كأن يستمع المرء إلى المذيع أو يشاهد التلفاز.

يتلقى المستقبل الرسالة في صورة تيار من الأصوات التي يرتبها في وحدات يعطيها معنى محددًا ووظيفة كل منها بالنسبة لغيرها في ضوء ألفته بنظام اللغة و معرفته بسياق الكلام ثم يربط هذا كله بما لديه من خبرة سابقة بالمجال.

هذه العملية هي ما يسمى بفك الرموز و المستقبل هنا ليس فردًا سلبيًا كما يتوهم الكثيرون، و إنما هو إيجابي بكل ما تحمله الكلمة من معنى. إنَّ المستقبل يصنع المعنى و لا ينتقل إليه ، إنه يحدد دلالات الكلمات في ضوء الموقف العام الذي تحدث فيه عملية الاتصال في ضوء مستواه اللغوي في ضوء قدرته على فهم الآخرين.

و المستقبل قد يلغي الرسالة فيكون مستمعًا، و قد يتلقاها مطبوعة فيكون قارئًا.

3) مكونات الاتصال:

الاتصال كما سبق القول عملية مركبة تشتمل على مجموعة عمليات متداخلة تدور بين مكونات أربعة هي: رسالة و مرسل و وسيلة و مستقبل.

أ- **الرسالة:** و يقصد بها المحتوى الذي يود المرسل نقله إلى الآخرين مستهدفا من ورائه التأثير عليهم، و لكل رسالة مضمون، هو عبارة عن الأفكار التي يراد التعبير عنها، و هو عبارة عن الرموز اللغوية التي يتم التعبير عنها.

ب- **المرسل:** وهو مصدر الرسالة. إنه الطرف الأول في عملية الاتصال و الذي يريد التأثير في الآخرين من خلال الأفكار لديه. و المرسل قد يكون فردا أو مجموعة أفراد، بل قد يكون إنسانا و قد يكون آلة مع اختلاف بينهما. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 159).

ت- **الوسيلة:** ويقصد بها الأداة التي تنتقل من خلالها الرسالة. و تتنوع الوسائل ما بين الصوت العادي عند الاتصال المباشر إلى الكتاب إلى الخرائط و الرسوم و السجلات و أجهزة الإعلام، من مذياع إلى تلفاز إلى حاسب آلي (كمبيوتر) إلى غير ذلك من أدوات. و الوسيلة ليست ذات شأن بسيط في إتمام عملية الاتصال، إنها قد تساعد عليها و قد تعوقها. بل لجأ بعض الخبراء إلى درجة المزج بين الرسالة و الوسيلة فيقولون أن أداة الاتصال هي الرسالة (The medium is the message) (حسين حمدي الطوبجي، ص 31).

ث- **المستقبل:** و يقصد به الجهة التي تنتهي إليها الرسالة و قد تكون فردا أو مجموعة أفراد و هي التي تتولى فك رموز الرسالة و تفسيرها متخذة بعد ذلك الموقف المناسب إزاءها، و يتوقف تفسير هذه الرموز على عدة رموز أخرى نعرضها بعد ذلك.

4) أنواع الاتصال:

ينقسم إلى نوعين:

• اتصال غير لفظي:

يطلق عليه اللغة الغير المقطعية، و يتكون من أصوات غير مقطعية، أو من حركات و إيماءات (نيرمين قطب، 2005 ص 107).

- وسائله:

تعبيرات الوجه، تحديقة العينين، التنغيم الصوتي. (وفاء الشامي، 2004، م (ب) 185).

الإشارة و لغة الجسم، المسافة، المس، الشم (الضبع، 2001، م30).

• اتصال لفظي:

هو ترجمة الأفكار إلى كلمات محددة و ترتيبها بطريقة يستطيع الفرد من خلالها أن ينقل رسالته إما عن طريق النطق أو الكتابة (الببلاوي، 2006، م 24).

و الاتصال اللفظي خاص ببني البشر ميز الله به الإنسان عن سائر المخلوقات و يشتمل على:

أ- أصوات الكلام:

و هي النظام الصوتي في اللغة و القواعد اللغوية التي تحكم المجموعات الصوتية و يتضمن النظام الصوتي القدرة على التمييز بين الأصوات اللغوية و طريقة النطق.

ب- الصرف اللغوي:

يشمل نظام القواعد اللغوية التي تحكم بناء الكلمات و بناء الأشكال المختلفة للكلمة المشتقة من الأصول الأساسية لمعناها. مثل التثنية و الجمع و المذكر و المؤنث.

ج- بناء الجملة (ترتيب الكلمات):

يشير إلى القواعد اللغوية التي تحكم ترتيب الكلمات لتكوين جمل و علاقة بين عناصر الجملة.

ح- دلالات الألفاظ:

يشير إلى الكلمات الفعلية المستخدمة في الكلام و معناها، فكل كلمة دلالة خاصة بها مثل قلم يدل على اسم لشيء معين، و كبير يدل على صفة معينة، و غدا يدل على زمان معين، وأنا ضمير يدل على المتكلم، ذهب يدل على مصدر للفعل ذهب (وفاء الشامي، 2004، 183).

وقسم القريوتي مكونات اللغة إلى:

- الأصوات: و يقصد بها نظام الأصوات الكلامية.

- التراكيب: و هو نظام خاص ببناء شكل الكلمات في اللغة.

- النحو: يمثل قواعد اللغة و طريقة بناء الجملة من كلمات بناء على قواعد ثابتة.

- المعاني: حيث تكمن قيمة اللغة في توصيل المعنى إلى الآخرين، فكلما كانت المعاني مفهومة كانت اللغة ذات قيمة.

- الجوانب الاجتماعية للغة: أي توظيف اللغة في المواقف الاجتماعية (خليفة 2006، م:35).

5) مقومات عملية الاتصال:

في ضوء العرض السابق لمكونات عملية الاتصال نستطيع أن نقف على المقومات التي تساعد على إكمال هذه العملية. و المقصود بالمقومات هنا مجموعة الشروط التي يعتبر توافرها أساسا لنجاح عملية الاتصال.

أ- من حيث الرسالة:

تتم عملية الاتصال لو توفرت في الرسالة عدة خصائص منها:

- الترتيب المنطقي للأفكار.
- دقة المفردات و العبارات في التعبير عن الأفكار.
- بساطة التراكيب اللغوية.
- قلة الرموز و التجريدات.
- مناسبة حجمها، فلا هي بالطويلة المملة و لا بالقصيرة المخلة.
- صحة اللغة التي نقلت من خلالها الأفكار.
- وضوح المفاهيم و المصطلحات و قلة عددها.

ب- من حيث المرسل:

تتم عملية الاتصال لو توافر في المرسل عدة خصائص منها:

- وضوح الفكرة في ذهنه.
- عمق خبرته بالموضوع الذي يعالجه.
- تنوع طريقته في عرض الأفكار.
- قدرته في اختيار الألفاظ المناسبة.
- وضوح صوته عند الحديث.
- إعادة عرض الأفكار بتفصيل أكثر.
- ضرب أمثلة تجعل الرسالة محسوسة و ليست مجردة.

ت- من حيث الوسيلة:

تتم عملية الاتصال لو توافرت في الوسيلة عدة خصائص منها:

- دقتها في نقل الأصوات (بالنسبة للحديث).
- عدم وجود مؤثرات جانبية تشوش على الحديث.

- وضوح الطباعة.
- دقة الطباعة و قلة الأخطاء المطبعية.
- جاذبية الإخراج و حسن تنسيق الصفحة. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 160).

ث- من حيث المستقبل:

تتم عملية الاتصال لو توافرت في المستقبل عدة خصائص، منها:

- سلامة حواسه في استقبال الرسالة.
- قدرته على فك الرموز التي وصلت إليه.
- درايته باللغة التي يستقبل بها الرسالة.
- خبرته بموضوع الرسالة.
- ألفته بالمرسل و معرفته لعاداته في الحديث أو الكتابة.
- اتجاهه نحو الموضوع و تحمسه لأفكاره.
- مفهومه نحو نفسه و مفهومه نحو الآخرين.

(6) معوقات عملية الاتصال:

ترى متى يحدث الاتصال التام بين فردين؟ يحدث لو اتحد معنى الرموز عند المرسل و المستقبل و استطاع كل منهما تبادل نفس الأفكار بنفس درجة الوضوح و بنفس الخلفية السابقة عن الموضوع. و هذا أمر نادر الحدوث بين البشر، و لنتصور معلما يلقي درسا. المعلم هنا متغير واحد و لكنه أمام عدد من الطلاب، و لنتصور أنّ عددهم عشرة طلاب. ما الذي يحدث في هذا الموقف؟ إنه موقف اتصالي بلا شك. المعلم هو المرسل هنا، و الرسالة هي موضوع الدرس و الوسيلة هي الحديث الشفوي أو السبورة أو الكتاب أو هي هذا كله، و المستقبل أخيرا هو الطلاب. نحن إذن أمام مرسل واحد و مستقبل متعدد. هل تعتقد أن المعلم عندما يلقي درسه أمام هذا العدد يكون قد بلغ رسالة واحدة؟ الإجابة بلا شك هي لا... لقد بلغ عشر رسائل إذ اختلف استقبال كل طالب للرسالة

باختلاف المتغيرات التي سبق الحديث عنها. حتى لو دار الأمر بين فردين. فلا بد من وجود تفاوت بين المرسل و المستقبل في تصور الرسالة موضوع الاتصال. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 161).

هناك إذن معوقات للاتصال الكامل بين البشر، هذه المعوقات يمكن تصورها لو رجعنا إلى المقومات السابقة و تخيلنا عدم توفرها أو بعضها في عملية الاتصال، كأن تكون الرسالة مليئة بالتجريدات، غامضة الأسلوب. أو أن تكون الفكرة غامضة في ذهن المرسل أو ليس ذا خبرة بالموضوع أو عاجز عن التعبير الدقيق أو غير ذلك، و كأن تكون الوسيلة غير دقيقة في نقل الرسالة أو تكون عوامل التشويش المحيطة بالرسالة كثيرة، و كأن يكون المستقبل ضعيف السمع أو البصر، أو قليل الخبرة بالموضوع أو عاجزاً عن فك رموز الرسالة لأنه ليس ذا رصيد لغوي يسمح له بذلك أو ذا اتجاه سلبي نحو المرسل أو نحو موضوع الرسالة. كل هذه عوامل تعوق بلا شك إتمام عملية الاتصال. من هنا نقول أنه لا يوجد اتصال تام بين البشر و الأمر هنا نسبي.

هذا بالطبع في حالة الاتصال بين الناطقين بلغة واحدة، و لنتصور حجم المشكلة في حالة الاتصال بين الناطقين بلغة ما و الناطقين بلغات أخرى.

مرسل تنشأ لديه رغبة في توصيل رسالة معينة بلغة أجنبية بالنسبة للمستقبل، إما رداً على مثير و استجابة له، و إما رغبة في البدء بطرح مثير (الاتصال).

المرسل يتخيل هذه الرسالة، يفترض أنه يعرف على وجه الدقة ما يريد توصيله، و كيف يريد توصيله. إلا أنه أحياناً، قد لا يعرف على وجه التحديد ذلك، ففي مجال الاتصال الشفوي مثلاً يخضع المرسل لسياق الحديث. فقد يضيف لما كان يود قوله شيئاً معيناً، و قد يعيد طرحه بشكل آخر، و قد يحذف منه شيئاً، فالمتكلم لا يستطيع في أحيان كثيرة التنبؤ بكفاءة و دقة شديدة بما سوف يصدر عنه. إذ أن السياق الذي يبث

رسالته من خلاله يلعب دورا لا يستهان به في محتوى و شكل الرسالة التي يود المرسل تبليغها. إلا أننا مع ذلك نتوقع أنّ المرسل قادر على بناء رسالته و تكوينها من العناصر الأساسية للغة أصواتا، و مفردات، و جملا، و تراكيب، فضلا عن الدلالات الثقافية لكل ما يقال، يقول هذا بلغته الأجنبية. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 162).

و قد تحدث في أثناء عملية الاتصال أشياء تتسبب في إحداث خلل في عملية الاتصال نفسها، فتشوه على المرسل رسالته، فقد يتلثم بسببها، و قد لا يكمل الجملة، و قد يخطئ في تركيبها، كل هذه أشياء لا نضمن استبعادها من عملية الاتصال نفسها.

المستقبل من طرف آخر يحاول أن يفهم أشكال النطق التي صدرت من المرسل محاولا التنبؤ بمعاني ما غمض منها. هو يستقبل الرموز التي استمع إليها، و يرجعها إلى رصيده منها مفسرا إياها في ضوء خبرته السابقة بهذه الرموز.

هذه العملية هي التي تسمى بفك الرموز و قد سبق الحديث عنها و هي مهارات يتفاوت فيها الناس، و الخلاف كما يرى البعض هو على درجة التمكن من المهارة، و ليس على وجودها أو عدمه. فتبادل وجهات النظر أو التفاوض، كما يطلق في المدخل الاتصالي أمر يعتمد على نوع العلاقة بين المرسل و المستقبل.

3. الاتصال اللغوي:

1) مهارات الاتصال اللغوي:

للاتصال اللغوي أربعة مهارات أساسية هي: الاستماع و الكلام و القراءة و الكتابة و بين هذه المهارات علاقات متبادلة فالاستماع و الكلام يجمعهما الصوت، إذ يمثل كلاهما المهارات الصوتية التي يحتاج إليها الفرد عند الاتصال المباشر مع الآخرين. بينما تجمع الصفحة المطبوعة بين القراءة و الكتابة، و يستعان بهما لتخطي حدود الزمان و أبعاد المكان عند الاتصال بالآخرين. و بين الاستماع و القراءة صلات من

أهمها أنها مصدر للخبرات، إذ هما مهارتا استقبال لا خيار للفرد أمامهما في بناء المادة اللغوية أو حتى في الاتصال بها أحيانا. و من هنا يبرر بعض الخبراء وصفهم لهاتين المهارتين بأنهما مهارتان سلبيتان، و الحق غير ذلك. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 163).

و الفرد في كلتا المهارتين يفك الرموز بينما هو في المهارتين الأخريين: الكلام و الكتابة يركب الرموز كما أنه فيهما " الكلام و الكتابة" يبعث رسالة و من هنا فتسميان مهارتي إنتاج و إبداع و المرء في المهارتين الأخريين مؤثر على غيره (مستمع أو قارئ) و الرصيد اللغوي للفرد فيهما أقل من رصيده في المهارتين الأولتين، الاستماع و القراءة. إن منطقة الفهم عند الفرد أوسع من منطقة الإستخدام.

(2) مجالات الاتصال اللغوي:

يقصد بمجالات الاتصال اللغوي مجموعة من الأنشطة التي يحتاج الفرد فيها لاستخدام اللغة، و تختلف هذه المجالات باختلاف البيئة المحيطة بالفرد، و مواقف الحياة التي يمر بها، و خصائصه هو نفسه، و مدى إتقانه للغة التي هي أداة تواصل، و الفترة الزمنية التي يجري فيها الاتصال... إلى غير ذلك من عوامل التباين في مجالات الاتصال اللغوي.

و مع التسليم بهذه الحقائق إلا أنّ هناك عددا من المجالات العامة للاتصال اللغوي تلخصها لنا وليجار يفرز و صاحبها ماري تيمبرلي فيما يلي: (Rivers,W&M :Temperly, 52m P47):

- تكوين العلاقات الاجتماعية و الاحتفاظ بها.
- تعبير الفرد عن استجاباته للأشياء.
- إخفاء الفرد نواياه.
- تخلص الفرد من متاعبه.

- طلب المعلومات و إعطاؤها.
 - تعلم طريقة عمل الأشياء و تعليمها للآخرين.
 - المحادثة عبر الهاتف.
 - حل المشكلات.
 - مناقشة الأفكار.
 - اللعب باللغة.
 - لعب الأدوار الاجتماعية.
 - الترويح عن الآخرين.
 - تحقيق الفرد لإنجازاته.
 - المشاركة في التسلية و إزجاء الفراغ.
- و لكل مجال من هذه المجالات بالطبع أنماط اللغة المناسبة لها من أصوات و مفردات و تراكيب، فضلا عن السياق الثقافي المحيط بها.

(3) الاتصال اللغوي في الفصل (القسم):

المجالات السابقة نفسها هي التي ينبغي أن يدور حولها النشاط اللغوي في الفصل.

إذ على المعلم أن يهيئ من الفرص ما يجعل تعلم العربية في برامج تعليمها للناطقين بلغات أخرى عملية حية و ليس مجرد استظهار قواعد أو حفظ كلمات.

و مواقف الاتصال اللغوي في حجرة الدراسة إنما هي مرحلة تدريبية، شأنها شأن التدريب في مسبح صغير تهيئة لخوض البحار.

و الذي نقر به هنا هو أن الاتصال الفعلي في مواقف حية أمر يتعذر حدوثه في برامج تعليم العربية للناطقين بلغات أخرى و ذلك لاعتبارين: أولهما أن كثيرا من معلمي العربية في البلاد غير العربية ليسوا من الناطقين بالعربية. أي أنهم بلغة اصطلاحية "معلمون وطنيون"

و قدرتهم على الاتصال اللغوي الفعال بالعربية تقل بلا شك عن قدرة المعلمين الناطقين بالعربية، و هذا أمر متوقع. فالناطق باللغة لديه من الحس اللغوي و الفهم الدقيق لاستخدامات اللغة ما يفقده كثير من غير الناطقين بهذه اللغة. و ثانيهما أنّ الاتصال اللغوي بين جدران الفصل لا يستهدف نقل معان حقيقية بين الطلاب أو رغبة في تبادل خبراتهم و معلوماتهم بالعربية قدر ما هو تدريب لهم، أو بروفة يستعد بها الطالب للاتصال في مواقف حية بعد ذلك، فالطالب يحفظ مجموعة من الكلمات و عددا من التراكيب التي يتصور المعلم أنها ضرورية له. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 165).

و لعل هذه هي الفرصة التي تؤكد فيها ثلاث حقائق عندما نتحدث عن موقع اللغة في نظرية الاتصال و عن خطة تعليمها في الفصل.

✚ إنّ كفاءة الاتصال بالعربية تشمل كل أشكال العلاقة بين اللغة و الثقافة، بين اللغة و المجتمع... فالاتصال لا يحدث في فراغ و إنما يحدث من أفراد و في سياق اجتماعي معين. ولعلّ أحد أسباب عدم كفاءة الاتصال وجود تفاوت ثقافي بين طرفي الاتصال، و لكل منهما خلفية تختلف عن أخيه، و على المعلم أن يوضح هذه العلاقة عند تعليمه العربية للناطقين بلغات أخرى.

✚ إنّ اكتساب القدرة على الاتصال الكفاء بين ناطق بالعربية و ناطق بأخرى عملية تمر بمراحل متدرجة و في كل مرحلة يكتسب الفرد شيئا... و لا يتم هذا الاكتساب من خلال سيطرة كاملة على اللغة، فليس هنا كمن يملكها و إنما هي مراحل تتداخل فيها عمليات الصواب و الخطأ... من هنا لا نعتبر الخطأ اللغوي دليلا على العجز قدر ما هو خطوة متداخلة و لازمة على الطريق.

✚ إنّ اكتساب القدرة على الاتصال الكفاء أيضا لا يتم من خلال عملية المحاكاة و التذكرة قدر ما يتم من خلال عمليات عقلية يدرك فيها الفرد، الناطق بلغات أخرى،

خصائص التراكيب التي يستعملها موظفا لها في سياق اجتماعي ... معنى هذا أنّ فهم اللغة شرط لإنتاجها. (رشدي أحمد طعيمة، 2004، 166).

ثالثا: اللغة و التواصل عند ذوي اضطراب التوحد:

1. التواصل عند ذوي التوحد:

1) مراحل نمو مهارات الاتصال لدى التوحديين:

▪ تطوير التواصل غير اللفظي:

بالرغم من أنّ بعض أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد قد سجل لديهنّ أنهنّ أخبرن بأنّ هناك شيئا ما خاطئا تقريبا منذ الولادة. و التشخيص الدقيق للتوحد نادرا ما يكون قبل نهاية العام الثاني من العمر. لذلك ليس هناك أي تقارير للملاحظات المنتظمة على الأطفال الذين ظهر لديهم اضطراب التوحد بعد ذلك. و هناك فقط دلائل قصصية و تكرارية على سلوك الطفل في العام الأول. فهناك الكثير من التفاصيل القيمة عن تطور ما قبل اللغة لهؤلاء الأطفال.

ففي دراسة تناولت 27 طفلا ذوي اضطراب التوحد تراوحت أعمارهم ما بين (6-15) سنة قام الآباء باستعادة الخبرات السابقة من خلال استبيان حول اهتمامات أطفالهم في أول عام لهم، 14 طفلا منهم اعتقد آباؤهم أنّ أبنائهم غير طبيعيين منذ الولادة و من هؤلاء 10 أطفال لم يرفعوا أذرعهم ليطمئنهم، 7 أطفال أظهروا القليل من الاستجابة لصوت الأم و 11 طفلا لم يشيروا إلى الأشياء لينظر إليهم آباءهم. وهذه النتائج مختلفة عن سلوك الأطفال الطبيعيين. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 83).

▪ التعبير عن العاطفة بالأصوات:

حيث تناولت دراسة Ricks ثمانية أطفال لديهم اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (3-5) سنوات. و أيضا ثلاثة أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (5-8) سنوات لديهم تخلف

عقلي و ليسوا توحديين. و هؤلاء الأطفال لا يوجد أي طفل منهم بدأ في إستخدام أي علامات لفظية. و تم تسجيل الضوضاء التي تصدر عن الأطفال للتعبير عن مشاعر المطالبة و الإحباط و التحية و المفاجآت السارة و ذلك لطفلين لديهم اضطراب التوحد و طفل واحد لديه تخلف عقلي. و تم عرض التسجيل على الآباء لسماع التسجيلات الخاصة بأبنائهم و للتعرف على أي من هذه الوسائل الأربعة خاصة بطفل كل منهم.

و استطاع الآباء أن يميزوا أصوات أطفالهم بسهولة و لم يكن لديهم مشكلة لتمييزهم لصوت الطفل المتخلف غير التوحدي مثلما قالوا " الصوت الطبيعي " .

و من هذا يتضح أنّ الأطفال التوحديين يمكنهم التعبير على الأقل لأربعة انفعالات (عواطف) كما ظهرت في التجربة. و لكن لديهم طرق ideosyncratique خاصة لفعل هذا كما لا يستخدمون الضوضاء المعبرة التي اقترحها Ricks عند الأطفال الطبيعيين.

لذلك من المستحيل أن نقول من خلال هذه النتائج ما إذا كان الأطفال التوحديون أصبح لديهم أصوات طبيعية و ترانيم معبرة مثل الأطفال العاديين و لكن يتطور لديهم طرق نطق خاصة للتعبير بها في مرحلة متقدمة (Lorna Wing, 1979, 102-103).

■ تعبيرات الوجه:

يبدو غالبا على الأطفال التوحديين عدم الفهم أو حتى ملاحظة الإيماءات الأساسية التي يستخدمها الآباء لتنظيم سلوك أطفالهم و هذه تتضمن أشياء تشبه تحذير الأم، فتعبيرات الوجه بعد مناداة اسم الطفل بحدة يقصد منه تصرّيح بأنه يجب أن يبعد يده لأنّ هذا الشيء حاد أو ساخن أو شيء آخر خطر. فالإيماء يستخدم خاصة مع الأطفال و يسبق الكلام لتدعيم يعرفوا فيما يفكر فيه الكبار. فالإيماء حينئذ إذن طبقا لنظرية العقل يظهر للطفل فعليا قول انظر إلي لتقرأ عقلي من خلال وجهي أنا أعرف أنك تعمل شيئا ما خطرا! لا

تفعله! و يظهر ذلك عندما يصل عمر الطفل من ثماني على عشرة أشهر فالآباء يفترضوا أنّ الطفل لديه نظرية إعمال العقل. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 84).

و الإيماء الوجهي من الأشكال التلقائية للتواصل يستخدم مع الأطفال ليتواصلوا مع مستوى انفعالي مرتفع سواء كان بالإيجاب أو بالسلب فالآباء سوف يستخدمون تعبيرات الوجه الغاضب أو الفزع و يتواصلون به إذا كان تصرف الطفل خاطئاً و يجب إخفاء هذا السلوك. و يستخدمون الإيماء بالابتسامة أو تلاً بالعين ليصرح بالسرور أو التشجيع. و الأمر مختلف مع الأطفال التوحديين و أيضاً المراهقين حيث يظهرون متبلدين و أقل تعبيراً معظم الأوقات. و على العكس نجد آخرين يظهرون زيادة كبيرة في العاطفة بطريقة غير لائقة بالنسبة لسنهم و كذلك الموقف الاجتماعي.

و نجد الآباء و بعض المحيطين بالطفل التوحدي عادة ما يتعلمون أو تكون لديهم معرفة بكيفية التعبير لدى الطفل التوحدي. فبعض الأطفال يعبرون عن أنفسهم بواسطة غناء مختلف النغمات و الآباء يعرفون الأغنية الحزينة و الأغنية السعيدة على الرغم من أن الغرياء لا يستطيعون التمييز بين هذه النغمات. و كذلك يعبر الطفل التوحدي عن مشاعر السرور و ذلك بتغطية الوجه بالأيدي و المحيطين بالطفل هم الذين يستطيعون التفرقة بينها و بين مشاعر الحزن التي عادة ما تكون بنفس الطريقة. (Bryna Siegel, 2003, 151).

و الكثير من الأطفال التوحديين يظهرون حاجاتهم عن طريق البكاء و الصراخ و على الآباء أن يخمنوا ماذا يريد الطفل؟ و المرشد الوحيد هو حجم الضوضاء (الصراخ) و بمجرد أن يصبح الطفل قادراً على المشي فإنه عادة ما يلجأ إلى شد يد الكبار بواسطة اليد ووضعا على الشيء المطلوب. و يفعل ذلك بدون النظر إلى الشخص الذي يشده.

و أحيانا يدفع يد الشخص أثناء الحركة على سبيل المثال تشغيل شريط تسجيل عندما يريد أن يشرب بعد ذلك فإن الطفل يمكن أن يصل إلى المرحلة التي فيها يشير إلى ما

يريد بواسطة أخذ وعاء و دفعه إلى يد الشخص الكبير (المحيط به) فهو يمكن أن يطلب الشراب بواسطة إحضار كوب و زجاجة العصير و إعطائهم لأمه. كما أن عقدة أو هز الرأس التي تعني الإجابة بنعم أم لا نادرا ما ترى حتى إن كانت بصحبة كلام (Rita Jordan, 1997, 35). (رضا عبد الستار كشك، 2007، 85).

■ الفهم غير اللفظي (فهم ما قبل اللغة):

إنّ فهم التعبيرات الوجهية تظهر بطيئة جدا لدى الأطفال التوحديين بينما الأطفال الطبيعيون يظهرون القدرة على التقاط العلامات الصغيرة جدا التي تظهر على الوجهة مثل التكشير البسيط أو رفع حاجب العين، كما يستطيع الأطفال المتخلفون عقليا غير التوحديين فعل ذلك على الرغم من أنهم أبطأ في تطور هذه المهارات. (Lorna Wing, 1979, 114).

مما سبق يتضح أنه ليس مدهشا أنّ أول مشكلة يلاحظها أو يدركها الآباء هي أن الطفل لا يعمل تواسلا بصريا. فهذا معناه أنّ الطفل لا يستقبل أي إشارات. ففي الواقع ربما يظهر الطفل كما لو كان جهاز الإرسال لديه مغلق لذا فعندما تتكلم الأم عن طفلها نجدها تقول في تأسي و حزن " أن طفلي لا ينظر في عيني ". (Bryna Singel, 2003, 153).

■ نمو الكلام:

يوجد لدى القليل من الأطفال التوحديين طريقة الثرثرة في العام الأول من الحياة. ففي دراسة قام بهار وتر Rutter تضمنت 14 طفلا توحديا و 11 طفلا لديهم مشاكل في تطور و استقبال الكلام. و سجّل الآباء من خلال تقرير لهم وجود قليل في كمية أو انحراف في نوع الثرثرة لدى حوالي نصف المجموعة الأولى و معظم المجموعة الأخيرة كما قرر أولياء أمور الأطفال التوحديين أنّ أطفالهم لا ينمو لديهم الثرثرة بهدف المحادثة الطبيعية في العام الأول و تشبه الثرثرة " المملة " صوت طفل طبيعي مستغرق في النوم فهم لم يسمعوا لأطفالهم أي صوت ثرثرة حية التي يصدرها الطفل الطبيعي في الصباح الباكر.

و بعض الأطفال التوحديين يظلون بدون كلام طوال حياتهم. كما تظهر الإيكولاليا و هي تكرار الكلمات التي يسمعها الطفل من الآخرين و قد أشار Rutter & Wing إلى أنّ 4/3 الأطفال التوحديين توجد لديهم الإيكولاليا وهم الأطفال الذين يتكلمون. و معظم الأطفال يكون كل كلامهم تكراري (ترديد) و من المعروف أنّ التكرار أيضا يوجد لدى الأطفال الطبيعيين في أول مراحل اكتساب الكلام و لكنها مؤقتة لا تستمر بعد عامين و نصف. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 86).

و التكرار يمكن أن يكون في الحال أو يكون متأخرا لعدة أيام و أسابيع أو حتى سنوات. بالإضافة إلى عكس الضمائر فهو يستخدم أنا بدلا من أنت و العكس. بالإضافة إلى الميل إلى تقليص الجمل أو حتى الكلمات لأقل شيء ممكن مثل قوله عندما يسأل عن ماذا فعل اليوم قال " كوخ- عصا - مشى" يعني أنه ذهب ليشي ليصل إلى الكوخ فوجد عصا في الطريق. وفيما يتعلق بفهم الكلام يوجد لدى معظم الأطفال التوحديين نقص ملحوظ في الاهتمام بالكلام.

كما أظهرت الملاحظة الدقيقة أنّ فهم الأطفال التوحديين عامة محدود و أنهم يتعلمون المعاني لبعض الكلمات الدقيقة عن طريق المواقف التلقائية (غير المقصودة) لأنّ هذه الكلمات تكون قريبة الاتصال مع الجوائز خاصة الطعام و بعض الأطفال لا يطورون على الإطلاق الإدراك لمعاني الكلمات. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 86)

■ تطور اللغة الداخلية عند الأطفال التوحديين:

يمثل القصور في تطور اللغة الداخلية صفة مهمة عند الأطفال التوحديين. و يظهر ذلك في السنوات الأولى من عمر الطفل من خلال لعبهم.

فمعظم الأطفال التوحديين يمسكون لعبهم و الأشياء الأخرى كمن يبحثون عن مثيرات حسية. إنهم لا يستخدمونها من أجل أغراضهم المناسبة أو من أجل اللعب التخيلي.

و القليل من الأطفال التوحديين يمكن أن يصلوا إلى مرحلة اللعب التخيلي. و القليل من الأطفال التوحديين يمكن أن يصلوا إلى مرحلة اللعب التخيلي فهم ممكن أن يضعوا العرائس بجوار بعض و يتكلموا معها كمن يلعب في المدرسة. و لكن هذا يتجه إلى تكرار ما لديهم من خبرات و لا يحتوي على أي خيال قصصي.

يتضح من خلال ما سبق أنّ المشكلة المركزية تتمثل لدى معظم الأفراد التوحديين

تتمثل لدى معظم الأطفال التوحديين في صعوبة التعامل مع الرموز التي تؤثر على اللغة والتواصل الغير لفظي و عديد من المظاهر الأخرى مثل المعرفية و الأنشطة الاجتماعية. (Lorna Wing, 1979, 118, 120).

(2) التواصل عبر المراحل العمرية لذوي اضطراب التوحد:

أولاً: في فترة الرضاعة:

من المفترض أن يكون الصراخ و البكاء هو وسيلة الاتصال التي يستخدمها الطفل الطبيعي في هذه المرحلة تعبيراً عن الجوع أو الألم و بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد فإنهم ينقسمون في هذه المرحلة إلى نوعين:

نوع يصرخ كثيراً أثناء الليل و النهار خصوصاً عند الاستيقاظ من النوم، و النوع الآخر: يبقى هادئاً ساكناً لا يبكي طالبا الطعام و ربما يموت جوعاً إذا لم يتم إطعامه في مواعيد روتينية. (سميرة السعد، 1997، م: 32، المغلوث، 2004، م: 31، إمام و إسماعيل، 2006، م: 17).

إضافة إلى أنّ الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يطورون لغة البكاء و الصراخ حتى المناغاة التي يشترك فيها كل الأطفال العاديين و الصم و المعاقين بل و نجد أنّ بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا ينادون بل يصدرن صوتاً على نغمة واحدة و لا يكون الغرض منها التواصل مع الآخرين (سميرة السعد، 1997، م: 23).

ثانيا: في مرحلة الطفولة:

ربما يستطيع الأطفال ذوو اضطراب التوحد خلال السنة الثانية أن ينطقوا خمس عشرة كلمة و ربما يكون لها معاني يستخدمها الطفل لفترة بسيطة لكن سرعان ما يتوقف عن استخدامها و يبقى صامتا، و قد أجريت دراسة على الحالات التي شخصت كاضطراب توحد و وجد أنهم على نوعين: نوع لا يستطيع تطوير أي لغة مفهومة و مفيدة طوال الحياة لذا فإن هذا النوع يبقى صامتا، و نوع آخر يتأخر في تطوير اللغة و يستمر في ترديد الكلام الذي سمعه من الآخرين سنوات و سنوات. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 57).

و أقصى ما يستطيع فعله هذا النوع هو المصاداة لعدم معرفته أنّ اللغة هي وسيلة للتواصل وتبادل الأفكار و المشاعر. (جيلبرج و بيترز، 25).

ثالثا: في المرحلة المراهقة و الرشد:

يتطور القليل من المصابين بالتوحد في مرحلة البلوغ و أكثر التطور يكون في اللغة حيث أنهم يطورون اللغة إلى حد أنه لا يمكن معرفة أنّ هؤلاء الأشخاص كانوا مصابين باضطراب التوحد، بالمقابل يوجد 1-6 منهم يصاب بتلف في مرحلة البلوغ و يظهر هذا التلف عن طريق فقد مهارات اللغة التي كانت لديهم أو يكون على شكل قلة اهتمام باستخدام اللغة التي لا زالوا يحتفظون بها داخل ذاكرتهم، و البعض منهم يبدأ باستخدام المصاداة والتكرار اعتقادا منهم أنهم يتفاعلون مع الآخرين، و يختلف الذكور عن الإناث في استخدام اللغة فنجد أنّ الذكور الذين انسحبوا من المجتمع يتصفون بالصمت بينما الإناث النشاطات بمجالات غريبة يكون لديهن مستوى لا بأس به من اللغة المنطوقة المفهومة (جيلبرج و بيترز، دت:27). (رضا عبد الستار كشك، 2007، 58).

و أشارت الدراسات التتبعية للمراهقين و الراشدين ذوي اضطراب التوحد أنّ أكثر المشكلات اللغوية ظهورا صعوبات التواصل كالترديد الببغاوي، و إبدال الكلمات و تكرارها،

وقرر (روتر) أن أكثر أشكال العجز الأساسية الخاصة بالتواصل لديهم هي المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي فهم يعانون من خلل و اضطراب في فهم القواعد و المعايير الخاصة بالحوار ولديهم ضعف في التمييز بين أدوار المستمع و المتحدث أثناء المحادثة (سليمان و عبد الله، 2003، ص40).

و قد أجرى Szatmari & Etals (سزتماري، 1989) دراسة على مجموعة من الشباب ذوي اضطراب التوحد إلى أنّ الصعوبات في اكتساب اللغة تظهر لدى كل من ذوي القدرات العقلية المحدودة أو المرتفعة على حد سواء فقد وجد في دراسته أنّ ثلثي أفراد العينة استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة غير العادية، بالإضافة أنّ ثلث أفراد العينة كانت اللغة لديهم في انحدار مستمر و كان لديهم صعوبات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين (كامل، 2003، ص24، كامل، 2005، ص 155).

و قد ركّز المهتمين بتدريب ذوي التوحد في هذه المرحلة على تدريبهم استعمال اللغة بهدف الاتصال أكثر من استعمالها بهدف تعليم اللفظ و النطق و النحو و تصحيح الجمل، كما ركّز البعض على التدريب في البيئات الواقعية الطبيعية (سليمان و عبد الله، 2003، ص 40).

3) أساسيات التواصل لدى الطفل الطبيعي و الطفل التوحدي:

يحتاج الأفراد إلى القدرة على التواصل مع الآخرين في البيئة المحيطة بهم للتعبير عن حاجاتهم و رغباتهم ليلاحظوا البيئة و يشاركوا في التفاعل الاجتماعي. و بالطبع الحديث اللفظي مرغوب بدرجة كبيرة لكن الأكثر أهمية القدرة على التواصل بشكل فعال و مناسب.

و من الاعتبارات المفيدة لحاجات الأطفال و مهاراتهم التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار لتجنب أشياء غير ملائمة تؤدي إلى استخدام نظام غير ضروري أو استخدام نظام تواصل غير فعال. فالهدف من أي نظام تواصل يجب أن يمد بحدود مشتركة بين الطفل

و المحيطين به من البيئة للتفاعل المتبادل. فالتواصل سواء كان إيمائياً، أو لفظياً أو بالصور ضروري للأداء الاستقلالي في المجتمع. فالقصور في التواصل يجعل العديد من الأطفال التوحديين يعتمدون على غيرهم في مساعدتهم لقضاء حاجاتهم اليومية مدى الحياة (Jack Scott, et, Al, 2000, 212). و لكي يتم التواصل بفاعلية توجد أساسيات و تتمثل في: مهارات معرفية، انفعالية، اجتماعية و عمليات عصبية و ذلك ليكون التواصل مناسباً. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 94).

و أحد العمليات العصبية لتسهيل نمو التواصل و التعليم الأكاديمي هي التكامل الحسي.

و التكامل الحسي هو القدرة على التنظيم و التكامل و استخدام المعلومات الحسية من الآخرين في البيئة مثل: اكتساب الكلام و اللغة و هما يعتمدان على العديد من العمليات الحسية. والتكامل الحسي يشمل مظاهر (شمّية، ذوقية، لمسية، بصرية/ سمعية و التقبل الذاتي) تجعل المخ يقارن و يربط و يفسر الإشارات الداخلة إليه ليتعلمها عن العالم المحيط به.

و غالباً ما يوجد لدى الأطفال التوحديين صعوبات في عملية التكامل الحسي التي تتعارض مع نمو التواصل و التعلم. فإذا كانت المعلومات الحسية لا تنقل بفاعلية أو تستقبل لدى الطفل ، حينئذ يكون الطفل توحدياً.

مثال ذلك لا يشعر الطفل ببيل الحفاظ (أو الملابس) و لذلك لا يبكي لتعمل له حاجاته المعروفة و هذا القصور في الاستجابة للمدخلات الحسية ربما تؤثر في المستقبل في ظهور الانفعالات، فالتعبيرات للانفعالات في الأطفال أول انعكاس للألفاظ و تعزز بواسطة الآخرين وتتحول إلى محاولات للتواصل. فالطفل يتعلم الاستجابة من الآخرين ليستطيع التحكم في البيئة و لذلك ينبثق التواصل الغرضي و يتطور هذا التواصل عندما يصل عمر الطفل حوالي 8 أو 9 أشهر و كذلك الدافعية للتفاعل الاجتماعي. (Ruth Hubner, 2001, 278).

و يظهر الأطفال في البداية التواصل غير اللفظي مثل رفع الطفل ذراعه تجاه الآخرين كإشارة لهم ليحملوه. و التواصل الغرضي أحد الأسباب للتواصل مع الآخرين.

و المهارات المعرفية التي تساعد على اكتساب الكلام و اللغة هي: دوام الأشياء والتقليد و اللعب.

● **دوام الأشياء :** و يقصد بدوام الشيء قدرة الطفل على معرفة أن الشيء موجود حتى بعد اختفائه عن مجال نظره. و هذه المهارة تظهر لدى الطفل في العام الأول من العمر، وهذه المهارة مهمة لأن الطفل الصغير سوف يحتاج لتعلم الكلمة كإشارة لشيء خاص، أو حدث خاص.

● **التقليد:** هو إستراتيجية التعلم التي تزيد من إستخدام الذاكرة لدى الطفل و تمده بالفرص لممارسة اللغة، و عادة بعد العام الثاني من العمر يقل الاستخدام المفرط لتقليد الكلام بينما الطفل التوحدي تستمر عملية التقليد بشكل مفرط و هذا ما يعرف بعملية المصاداة.

● **اللعب :** اللعب ضروري لممارسة و تعلم القواعد الاجتماعية و المهارات الضرورية. والتواصل يتطور أثناء اللعب و يبدأ عند الطفل في حوالي الشهر الثامن عشر من العمر و يعرف باللعب الرمزي. و هو نشاط خيالي يستخدم الشيء إستخداما آخر مثل صندوق الأحذية يستخدم في عمل سرير للعروسة ، و هذا النمط من اللعب يتطلب تفكير مجرد و القدرة على ربط الأشياء و الكلمات و الأفكار.

و الأطفال التوحديون لديهم صعوبة في الإرتباط بالأقران أثناء اللعب و الإنشغال في اللعب الرمزي. و اللعب يتطلب التخيل و المرونة و التلقائية، و هذه المهارات لدى الطفل التوحدي فيها قصور بالإضافة إلى قصور في إدراك و فهم التلميحات الاجتماعية الضرورية للعب التلقائي.

و فيما يتعلق بالتواصل غير اللفظي فهو يعبر عن أية وسيلة تستخدم للتعبير عن الشخص الذي لا يتكلم مثل: الإيماءات و التعبيرات بالوجه و حركات الجسد. فالأطفال التوحديون لديهم صعوبة في الحصول على الاحتفاظ بالتواصل البصري الذي يعتمد عليه الطفل الذي لا يستطيع الاستماع. و اللغة الإشارية يتم تعليمها لبعض الأطفال و لكنها محدودة و غير مقبولة لعمل تواصل لدى الأطفال التوحديين. و أيضا تعبيرات الوجه التي تظهر الانفعالات غالبا فيها قصور لدى الأطفال التوحديين لأنّ لديهم صعوبة في فهم المعنى المجرد للانفعالات. و عندما تظهر الانفعالات مثل الضحك فهم نادرا ما يستخدمونها لغرض التواصل. و لغة الجسد و الحركات غير المناسبة فهم لذلك يلجئون إلى ضرب الرأس عندما يريدون التواصل أو اللجوء إلى رفرفة الذراعين عندما يحضر و يأتي الطعام المرغوب فيه.

و لذلك و بناء على ما سبق نجد أنّ من الخصائص المعروفة لدى الطفل التوحدي التأخر الواضح في بداية التواصل اللفظي و كذلك التواصل غير اللفظي (Koegel.L, 1995, 277).

4) طبيعة التواصل عند الطفل التوحدي:

يظهر الأطفال التوحديون صعوبات في كل من التواصل الاستقبالي و التعبيري. و يمثل هذا القصور الكيفي في كل من التواصل اللفظي و غير اللفظي جوهر القصور في اضطراب التوحد (APA, 1994).

و يظهر هذا القصور في عديد من الطرق ابتداء من طفل ليس لديه تواصل على الإطلاق إلى آخر لديه ألفاظ كثيرة لكنه غير قادر على استخدامها أو تفسير لغة الجسد أو الإدراك التام للمظاهر الفعالة الأخرى للتواصل بالآخرين.

كما يمتد هذا القصور ليشمل مهارات التواصل غير اللفظي و التي يتضمن الانتباه المشترك و التواصل البصري و الوضع الجسدي و الإيماءات. فالعديد من الأطفال

التوحيدين ليس لديهم توقع بأن شخصا ما سوف يحملهم فالبعض منهم يتصلب أو ينظر بعيدا عن الشخص عندما يقوم هذا الشخص بعمل علاقة اجتماعية معه.

و على العكس منهم الأشخاص الذين يوجد لديهم قصور في السمع فهؤلاء الأشخاص لديهم سلوكيات تعويضية مثل الإيماء أو استخدام الانتباه المشترك ليتواصلوا بها. و بعض الأطفال التوحيدين الذين لديهم اللغة لديهم قصور في إنتاج حجم و درجة الصوت و الإيقاع أو نغمة الصوت (Kileen A& Ilensis, 2001,132- Jack Scott, et , Al, 2000, 212).

كما لا يستطيع الطفل المصاب باضطراب التوحد أن يتعرف على الحالات العقلية (الصور الذهنية) الخاصة به لذا لا يمكنه التكيف اجتماعيا مع الأنظمة الموجودة، مما يعني عدم قدرته على المشاركة الاجتماعية أثناء موقف الاتصال، و هذا يؤدي إلى عدم وضوح الطريقة الصحيحة للتواصل مع الآخرين، لذا يحتاج إلى تعلم اللغة أولا ثم تعلم كيفية استخدامها في عملية الاتصال (جوردن و ستيوارت، 2007، م: 73).

و بما أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يستطيعون فهم الرموز اللغوية و ما تنقله من معاني، فهم لا يستطيعون أن يتواصلوا اجتماعيا بأبسط طريقة للتواصل لذا نراهم لا يجيبون عندما يناديهم أحد أو يرددون السؤال عندما يسألهم أحد (ما اسمك؟) بنفس شدة الصوت وبنفس النغمة التي سئلوا بها. (سليمان، 2001، م: 70).

و حتى نستطيع أن نفهم مدى مشكلات التواصل و كيف يمكن التعامل معها، عمليا فمن الضروري أن ندرك الاختلاف بين اللغة و التواصل. فاللغة يتم تعريفها غالبا على أنها نسق للتواصل غير أنّ اضطراب التوحد يظهر كيف يمكن للغة أن تنمو منفصلة عن دورها في التواصل، فالأطفال غير التوحيدين الذين لديهم قصور في اللغة المنطوقة يبذلون أقصى جهدهم ليستعيضوا عن ذلك بالتواصل من خلال بدائل مثل الإيماء و المحاكاة بينما الأطفال الذين لديهم اضطراب طيف التوحد هم الفئة الوحيدة التي ربما تتطور لديها مهارات اللغة

المنطوقة مثلا و غالبا في غياب القدرة على التواصل بينما الآخرون الذين يفقدون الكلام لا يقومون باستخدام أساليب تعويضية كالإيماء و المحاكاة كما يعانون من صعوبة بالغة في استيعاب هذه المحاولات للتواصل.

و لكي يتم التواصل لابد من معرفة :

- الغرض من التواصل.

- شيء ما يتم التواصل حوله.

- وسائل للتواصل.

- حافظ أو سبب للتواصل.

كما أنّ الأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد يفتقرون نمطيا أو لديهم قصور في معرفة الغرض من التواصل، رغم أنهم يتعلمون أساليب للقيام بمطالبهم أو للاحتجاج عنها حتى يتم تحقيق حاجاتهم. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 78).

و الأطفال التوحيديون ربما لا يكون لديهم وعي شعوري بعملياتهم العقلية الخاصة وبالتالي فهم ربما يعرفون أشياء غير أنهم لا يدركون أنهم يعرفونها حتى تنطلق هذه المعرفة بطريقة ما، فهم ربما يشعرون بالخوف غير أنهم ليس بوسعهم أن يوصلوا هذا الانفعال لأنهم غير قادرين على إظهاره بالإضافة إلى افتقارهم إلى الوعي بانفصال عملياتهم العقلية الخاصة عن عمليات الآخرين.

ومن السهل معرفة الوقت الذي يعاني فيه الطفل التوحيدي من مشكلات في وسائل التواصل. و على المحيطين أن يعرفوا أنّ صعوبة لغة الإشارة ربما تقارب صعوبة الحديث غير أنّ الصور و الرسومات و الرموز أو الكلمات المكتوبة ربما تكون أفضل وسيلة للقيام بتنمية التواصل و إذا لم يتم التعرف على المحاولات التي يقوم بها الطفل بهدف التواصل،

عندئذ يكون الحافز للتواصل ضعيفا و ربما يؤدي بالطفل إلى اللجوء لمشكلات سلوكية للحصول على ما يريده. (Rita Jordan & Glenys Jones, 2001, 10-11).

كما تشير (Rita Jordan, 1997, 33-34) إلى وجود قدرات لغوية متنوعة لدى الأطفال التوحديين فالبعض منهم يبقى بدون لغة خلال مراحل حياته بينما البعض الآخر لديه مهارات و تراكيب لغوية جيدة تتمثل في الكلام بجمل كاملة و القراءة و الكتابة بشكل جيد. و بعيدا عن مستوى القدرة اللغوية نجد أن كل الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب في التواصل.

و من الطبيعي أن تكون اللغة و التواصل مرتبطين بشكل إجمالي معا في النمو لكن هذا من الصعب أن نتخيله في اضطراب التوحد. حيث يأخذان طرق نمو مختلفة.

فمن الطبيعي أن التواصل يسبق نمو اللغة و في التوحد ربما تنمو اللغة بدون أن يكون للطفل أي فكرة حول كيف تستخدم للتواصل أو أي فهم لكيفية استخدام الكلام بفاعلية و استخدامه بمعاني متنوعة.

كما أن معظم الأطفال الطبيعيين لديهم انتباه لأفكار المتكلم و مقاصده عن المعنى الحرفي للكلام المستخدم، بينما الأطفال التوحديين لديهم عمى لهذه المقاصد (حالة عقلية) ويركزون على المعنى الحرفي للكلام، بالإضافة وجود صعوبات لدى الأطفال التوحديين في كل مظاهر التواصل ليس فقط استخدام و فهم اللغة بل يوجد لديهم صعوبات في تفسير تعبيرات الوجه و الإشارات و الإيماءات و الوضع الجسدي و الإشارة لشيء هام من خلال استخدام الإصبع أو الإشارة بالرأس أو بالعين.

و يشير لغديل إلى نتيجة شاملة هي أن الأطفال المصابين باضطراب التوحد يعانون كمجموعة من تبنى وجهة نظر الآخر كما يصفهم لافلاند (Loveland,1994) بأنهم أساسا

لا ثقافيون كما أنهم يعانون من صعوبة التوحد مع الآخرين و ذلك لمحاكاة تصرفاتهم التي تصدر عنهم (ميشيل توماسيللو، 2006، 96).

5) نظريات القصور في التواصل لدى الطفل التوحدي:

يشير Crighton Newsoms إلى اقتراح (Peter 1983) بأن استراتيجيات الأطفال الطبيعيين في اكتساب اللغة تعتمد على سلسلة متصلة تبدأ من الكل إلى التحليل From Gestalt to Analytic و تشمل الإستراتيجية السابقة على إدراك الصيغة اللغوية (من خلال التقليدات و الروتينات) التي تنتج كوحدة مفردة. بدون تحليل للبنية اللغوية و عدم فهمهم لكلامهم أنفسهم. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 70).

و الإستراتيجية الأخيرة تشتمل على استخدام الأشكال التي تنبثق من قواعد لغوية أساسية مع كثير من الفهم للبنية و المعنى اللغوي (Prizant, et , Al, 1987) و لقد امتد تفسير نظرية بيترز لاضطراب التوحد و اقترحت أن سيطرة التردد الصوتي لدى الأطفال التوحديين دليل على اتجاههم لنهاية الكل في السلسلة المتصلة من اللغة. فهم يتذكرون و يكررون مقداراً وافياً من الكلام (إيكولاليا في الحال أو إيكولاليا مؤجلة) و تنفصل إلى قطع صغيرة و يتم تحليل هذه الأشكال لتنمو أو ليتطور وفق نظام من القواعد. و هذا المدخل الكلي أو الجشتالتي لتعليم اللغة مشتق من الشكل المعرفي العام.

فعملية الجشتالت ينظر إليها نسبياً بالقدرة على إنتاج الكلام اللحني و تراكيب بصرية خاصة بتنظيم الأشياء و حل البازل و المتاهات من اللوحات و مهام تصميم المكعبات و هكذا تمثل إستراتيجية غير فعالة عندما تستخدم لاكتساب اللغة التي تفسر لتأخير و بطئ اكتساب اللغة للأطفال التوحديين.

و قد لاحظ (Tager & Flusberg, 1989) أن المراحل الأولى في نمو التواصل لدى الأطفال التوحديين فيه قصور صعب فهمه خاصة في تكوين الانتباه المشترك و المبادأة،

و عند تطوير اللغة يوجد عدم تزامن بين الشكل و الوظيفة و التي توجد بشكل شاذ لدى الأطفال التوحديين حتى لدى الأطفال الذين لديهم مستوى لغوي مرتفع.

كما ناقش كلا منهما العنصر المعروف في كل وظائف التواصل الذي فيه صعوبة لدى الأطفال التوحديين و هو الإخفاق أو الفشل في فهم أن هذه اللغة تستخدم للتأثير و التأثير بالآخرين وهذا الإخفاق ربما يعكس قصور الفهم الذي حدد بواسطة (Baron Cohen,1995) و ذلك نتيجة القصور في نظرية العقل (Eric J.,Russ ell.A, 1998, 421-422) كما اعتبر (Baron Cohen, 1995) أن أكثر المناطق صعوبة في اضطراب التوحد يتمثل في الانتباه المشترك الذي يؤدي إلى علاقة مشتركة.

و هذه العلاقة المشتركة لها القدرة على متابعة ملاحظة نظرات الآخرين أو الإتجاه الذي يُشار إليه من خلال الإصبع و التعرف على الشيء المشار إليه من خلال الانتباه المشترك ومن خلال النظر لهذا الشيء أو الإشارة إليه، يكون انتباه الشخص الآخر موجه له. وهذه الطرق الثلاثة تمثل أشكال أساسية لعملية التواصل. والتي سيتم التطرق إليها بشكل مفصل في العنصر الخاص بمهارة الانتباه .

6) العلاقة بين قصور التواصل و المشكلات السلوكية:

إنّ العلاقة بين المشكلات السلوكية و قصور التواصل علاقة تبادلية معروفة إلى حد بعيد ودليل واضح حيث يظهر العديد من الأطفال التوحديين الذين لا يستطيعون أداء ما يريدونه من مطالب و رغبات بالطرق المعتادة، لذلك فإنّ تطور نظام التواصل يقلل من اللجوء لمثل هذه المشكلات السلوكية (مثل نوبات الغضب- الارتطام بالأرض، إيذاء الذات و العدوان (Jack Scott, et, Al, 2000, 209).

و تذكر (Eric Schopler, 1995, 48- Bryna Siegel, 2003, 58) أن نوبات الغضب تظهر نتيجة إحباط الطفل الذي يعرف ما يريده لكن الآخرين لا يعرفون ذلك و لا يفهمون مقاصده أو قراءة عقله، فنوبات الغضب تأتي من إخفاق الطفل في التعبير عن نفسه بالإيماء أو بالكلام ليفهمه الآخرين.

و هذه السلوكيات التواصلية غير المألوفة تصبح نشوء لسلسلة من المشكلات السلوكية مثال ذلك: لجوء الطفل للبكاء ربما يزداد هذا السلوك حدة و يتحول إلى نوبات من الغضب الشديد بعد ذلك عندما يستجيب الآخرون له في البيئة مما يجعل الطفل يلجأ إلى مثل هذه السلوكيات فيلجأ إلى الارتطام في الأرض عندما يريد تحقيق شيء مرغوباً فيه من الوالدين. ولذلك تزداد حدة البكاء و الارتطام في الأرض إلى مشكلة سلوكية يلجأ لها للتواصل الوظيفي. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 70).

لذلك ذكر (Jack Scott, et, Al, 2000, 213) أن الأطفال التوحديين يحتاجون إلى القدرة على التواصل مع الآخرين ليعبروا عن حاجاتهم و رغباتهم و الاشتراك في التفاعلات الاجتماعية و بالطبع فالكلام اللفظي مرغوب بدرجة كبيرة و لكن الأكثر أهمية هي القدرة على أن يتم التواصل بشكل مناسب.

كما يمثل إخفاق الطفل في استخدام اللغة أول عرض للتوحد. و بعض الأطفال التوحديين تكون لديهم ثرثرة أو كلام غير مفهوم خلال الثماني شهور الأولى من العمر، و يتكلم كلمة واحدة أو كلمتين خلال اثني عشر شهراً و ربما فجأة يتوقف عن الكلام.

و في عمر السنتين أو الثلاث سنوات من العمر تصبح هذه المشكلة أكثر وضوحاً و في نفس الوقت الذي يستجيب فيه الأطفال، بنعم أو لا عندما تذكر أسماؤهم، كما يفهمون بعض المفاهيم المجردة الخاصة بالولد أو البنت و يتبعون بعض أساليب الاتصال، نجد الطفل التوحدي ربما يتكلم كالبيغاء أو لديه قصور تام في الحديث، و في عمر المدرسة يظل

التواصل اللفظي المشكلة الرئيسية بالإضافة إلى التواصل غير اللفظي (Marlene Targ, 2001, 29).

و يمثل الكلام مشكلة ثانوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد فالتواصل يلعب دورا مهما في حياتنا. فإذا كان لدى الطفل مهارات التواصل استطاع أن يعزز أي طريقة ليتواصل بها بدلا من الإحباط الذي سوف يسيطر عليه كما يستطيع الإقلال من مشاعر القلق الذي قد يواجهه نتيجة إخفاقه في التواصل (Hanley Road, 1993, 141).

و لهذا يجب أن لا يقتصر الاهتمام على تدريب الأطفال التوحديين على الكلمات و العبارات بل الأهم من ذلك هو حثهم و تشجيعهم على إستخدام أساليب بديلة للتواصل لذلك فاستراتيجيات التواصل البديل تكيف الأطفال التوحديين و تمكنهم بأساليب قابلة للتطبيق من استخدام و طلب الأنشطة المرغوبة و الاعتراض و عمل اختيارات مناسبة و هذه الإستراتيجيات تشمل لغة الإشارة و التواصل بالصور ووسائل الاتصال الإلكتروني. (Jack Scott, et , Al, 2000, 213).

7) طرق التواصل عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

يستخدم الأطفال العاديون أشكالا و سلوكيات تواصلية مختلفة ابتداء من إكمالهم للعام الأول من العمر و يُطلق عليها سلوكيات الانتباه المشترك و منها على سبيل المثال أن يؤشر بأصبعه تجاه الشيء أو أن يلوح بما يتيسر له من كلمات لشخص آخر للتعبير عن رغبته في الحصول على ذلك الشيء، أو أن يمسك بما يريد و يلوح به لمن حوله كإشارة تعبر عن رغبته أو اهتمامه بذلك الشيء. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 86).

أما عند التوحديين فإنه يندر عندهم أن يتواصلوا بهذه الطريقة و غالبا ما يقومون بالتقاط الأشياء التي يريدونها حتى و إن كانت في أيدي غيرهم بطريقة تظهر قدرا من عدم المبالاة، وبالنسبة للتواصل غير اللفظي يستخدم الأطفال العاديون الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعالاتهم، و عادة ما يصاحب هذه الإيماءات تواصل بصري، و تلميحات

بقسمات الوجه، و قد أثبتت الدراسات أنّ التوحديين غير قادرين على التواصل بهذه الطريقة حيث لوحظ أن تلميحات الوجه و قسماته عادة لا تكون متوافقة (سايمون كوهين، باتريك بولتون، 2000، 96-97).

لذلك يذكر أوليفر (1995) أنه إذا استطاع التوحديون تعلم أساليب بديلة لتوصيل نفس الرسالة سواء بالألفاظ أو بالإيماءات أو بالرموز و الإشارات أو باللمس أو حتى الضغط على مفتاح كهربائي صغير، يكون التواصل مناسباً و قابلاً للزيادة في حين تتخفف المشكلات السلوكية.

كما يشير كار و آخرون (Carr, et, Al, 1991) إلى أنّ تعليم التوحديين التعبير عن حاجاتهم عن طريق كلمات أو عبارات أو إشارات أو صور بسيطة تعبر عن طلب المساعدة أو إعطائهم الفرصة للحصول على الاهتمام بالأشياء المرغوبة أو حتى الهروب من المواقف الغير مرغوبة بأساليب شبيهة بذلك له آثار سريعة و فعالة في تعديل سلوك التوحديين في التواصل مع المحيطين بمن حولهم. و أيضا يمكن الاستعانة ببعض الوسائل التي تمكن الأفراد التوحديين من التفاعل مع الآخرين بصورة أفضل كما تسمح لهم بالتواصل بشكل مباشر مع البيئة المحيطة بهم (باتريشيا هولين، 1998، 53-54)

يمكن توضيح طرق تواصل ذوي التوحد في العناصر التالية:

▪ **الصراخ و الضرب و العدوان و رمي الأشياء:** عندما لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه فإنه يستخدم نوبات الغضب كوسيلة اتصال للحصول على شيء أو التخلص من شيء، أو رغبة في جذب انتباه الآخرين، أو التعبير عن فكرة معينة لا يستطيع إيصالها أو تعبيراً عن إحباطات معينة (محمد، 2000، ص 36، عبد الحميد، 2003، ص 12، وفاء الشامي، 2004، ص 190).

▪ **التحديق السلبي:** وهو الاتصال بالعين بدون محاولة توجيه نظر الآخر و تركيز انتباهه.

▪ **التحديق الفعال:** التواصل بالعين مع محاولة توجيه نظر الآخرين و انتباههم.

▪ **التحديق بالأشياء:** عند الرغبة في الحصول على الشيء فإنه يحقق به أو يتحدث عنه.

▪ **التلفظ و الكلام:** إصدار درجات متنوعة من الأصوات و المقاطع.

▪ **انتقال الذات و تحويلها:** الابتعاد و عدم الظهور قد يكون تعبيراً عن الرفض والاحتجاج.

▪ **إعطاء الأشياء و إظهارها:** عن طريق تقديم اللعبة مثلاً لشخص ما كطريقة لمشاركة الآخرين في اللعب و لفت انتباههم.

▪ **الإيماءات:** مثل الابتعاد ، و الحركات الجسدية.

▪ **الترديد الببغاوي:** ترديد و تكرار آني أو متأخر لكلمات الآخرين (عبد الله، 2001، ص 163).

▪ **الإشارة:** فهو لا يفعل الشيء الذي يريده بمفرده بل يشير للآخرين ليفعلوه له كأن يشير لمن حوله أن يرفعه رغم قدرته على الوقوف بمفرده، أو عن طريق الإشارة إلى الشيء الذي يريد الحصول عليه و لكن هذا يحتاج إلى تدريب. كما نجده يستعمل اليد وسيلة للحصول على الشيء الذي يرغب به (نصر، 2002، ص 80).

8) أساليب الاتصال مع الآخرين:

ينقسم ذوو اضطراب التوحد من حيث كيفية الاتصال مع الآخرين إلى أربعة أقسام:

أ- **الطفل الذي يعيش في عالمه الخاص:** و هو طفل منطوي يعيش في عالم خاص به التواصل بينه و بين المحيطين به ضعيف جداً يكاد يكون منعدماً، يتفاعل قليلاً مع والديه والمقربين منه و لا يتفاعل مع الغرباء، ينجز أعماله بمفرده، يلعب بطريقة غير مألوفة،

طريقته في التعبير عن نفسه هي الصراخ، يضحك بدون سبب مباشر، يفهم عددا قليلا من الكلمات. (رفاه لمفون، 2012، ص 62).

ب-الطفل الذي يستدعي الآخرين: تفاعله مع المحيطين به محدود بفترة قصيرة، يتواصل مع الآخرين و يطلب منهم المساعدة عن طريق سحب اليد عند الرغبة بالحصول على شيء محدد، أو بالنظر و الابتسام لمشاركة اللعب، هذا الطفل يفهم الأعمال الروتينية المألوفة لديه.

ج-الطفل الذي يتواصل بشكل أولي: يتفاعل في المواقف الممتعة و يتواصل عند الرغبة في الحصول على شيء معين، يفهم الكلام الموجه إليه بطريقة مبسطة، يتكلم حيث أنه يجيب بنعم أو لا، و يرحب بالناس و يودعهم، يتواصل مع الآخرين و يلفت انتباههم عن طريق الإشارة و الأصوات و الكلمات.

د-الطفل الذي يشارك بالتواصل: يستطيع أن يتواصل مع الآخرين و يستطيع أن يتكلم عن الماضي و المستقبل و أن يعبر عن شعوره و يفهم عدة كلمات و لكنه لا يستطيع أن يفهم أصول التواصل و التخاطب خصوصا في المواقف الغير مألوفة، يجد صعوبة في المشاركة بالحديث، يعتمد على المصاداة عندما لا يستطيع التعبير بأسلوبه الخاص (ناصيف و حيدر، 2007: ص4).

9) وسائل الاتصال مع ذوي اضطراب التوحد:

يعاني ذوو اضطراب التوحد مشكلات عديدة في الاتصال بالآخرين سواء الاتصال اللغوي أو غير اللغوي و قد ذكرت الإحصائيات أن 50% من ذوي اضطراب التوحد لا يجيدون استخدام اللغة المنطوقة إلى 60-65% (سميرة السعد، 1997، 35، كوجل، 2003، ص23، عامر، 2008، ص64).

من هنا كان على المختصين أن يطوروا وسائل مختلفة بديلة عن اللغة للتواصل مع ذوي اضطراب التوحد، و نظرا لأن طريقة تفكيرهم بصرية و هم يفكرون بالصور و ليس بالكلمات كان من الأفضل الاستعانة بوسائل بصرية تعينهم في عملية التواصل مع الآخرين (كامل 2003، ص 106، البطاينة، 2007، م: 580، الظاهر : 2009، م 53).

و الوسائل البصرية هي أفضل الوسائل للتواصل معهم و ذلك لعدة أسباب منها:

- ما أثبتته الإحصائيات أنّ 90% منهم قدراتهم بصرية و 10% منهم قدراتهم سمعية.
- ما يعانونه من بطئ في معالجة المعلومات اللفظية.
- تعتبر اللغة لديهم نظاما بالغ التجريد فكلمة قلم مثلا (ق ل م) لا علاقة لها بالمظهر الحقيقي للقلم. (وفاء الشامي، م (ب): 207).
- ما يعانونه من صعوبة عند تحويل الانتباه و إعادة التركيز بسبب الاضطراب الموجود في الدماغ الذي يؤثر على قدرتهم في استيعاب المعلومات، إضافة إلى عدم الثبات السمعي. (رفاه لمفون، 2011، ص 63).
- عجزهم عن السماع الاختياري فهم يسمعون كل الأصوات بدرجة واحدة من القوة (هودجون، 2000، ص 17).
- و أثبتت التجارب و الأبحاث أن استخدام وسائل التواصل البصري مع ذوي اضطراب التوحد يطور القدرة على الكلام، و يعزز ذلك حتى مع الأطفال الناطقين (الفوزان، 2003، م: 139).

(أ) وسائل وطرق الاتصال البديلة مع ذوي اضطراب التوحد:

• الوسائل البصرية:

مصطلح بصري يشتمل على أي شيء يمكن رؤيته مثل لغة الجسد، و الأشياء، و المواد المطبوعة. (هودجون، 2000، م: 15).

- فوائد التواصل البصري:
- يساعد على تركيز الاهتمام و تحسين الانتباه.
- يقدم المعلومة بأسلوب يساعد على فهمها بسرعة و سهولة.
- يوضح المعلومات الشفهية.
- يقدم أسلوب محسوس لتعليم المفاهيم التي لا يستطيع ذوو اضطراب التوحد فهمها مثل: الوقت.
- يساعد في عملية الانتقال من مكان لآخر.
- يساعد على فهم التغيير و تقبله (هودجن، 2000، ص 32).
- الوسائل البصرية المستخدمة مع ذوي اضطراب التوحد مرتبة من الأسهل إلى الأصعب وهي:
- مجسمات: سواء مجسمات حقيقية مثل: كوب الماء، أو مصغرات لأشياء كبيرة مثل: السيارة كدلالة على الرغبة في الخروج.
- صور فوتوغرافية: صور يتم التقاطها بالكاميرا تمثل الشيء كما هو حقيقة.
- صور رمزية: و هي صورة أقل تمثيلا من الصور الفوتوغرافية تستخدم مع الأطفال الأكثر تقدما.
- كلمات مكتوبة: في البداية لا تستخدم الكلمات المكتوبة بل تستخدم الكلمة مع الصورة وبعد التدريب تلغى الصورة و تبقى الكلمة وحدها (وفاء الشامي، 2004، ص 208).
- لوحات الاتصال: تعتبر أهم وسيلة في بداية تعلم مهارات الاتصال، تحتوي على صور للأشياء الموجودة في حياة الطفل اليومية، الغرض منها جعل الطفل يشير إلى ما يريد عن طريق لمس صورته، بهذه الطريقة يفهم الطفل معنى الرمز (نصر، 2002، ص 108).

- لغة الإشارة: و هي لغة بصرية ثانية تدعم عملية الاتصال، و يخصص لكل اسم أو فعل أو مفهوم أو انفعال إشارة معينة يتم تنفيذها باليدين. (وفاء الشامي، 2004، ص 170).

و للغة الإشارة أهمية بالنسبة للطفل المصاب باضطراب التوحد حيث أن:

- كثير من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يضلون بكما إلى الأبد.
 - لغة الإشارة تقدم لغة تدعم الكلام تساعدهم على إدراك الاتصال.
 - لغة الإشارة تساعدهم في إقامة حوار مع الآخرين (نصر، 2002، ص 108، خليفة وعيسى، 2007، ص 171).
- و لكن ترى وفاء الشامي(2004) أن سيئات لغة الإشارة أكثر من حسناتها لأن لغة الإشارة لها متطلبات كثيرة تشكل عبئا صعبا على الأشخاص الذين يستخدمونها، من هذه الصعوبات:
- تعتبر لغة الإشارة لغة ذات دلالة رمزية منخفضة، أي أنها لا تشبه إلى حد بعيد ما تمثله.
 - الإشارات تنطلق بسرعة و تختفي في مجال الرؤية فور صدورها، بالتالي فهي لا تتيح لذوي اضطراب التوحد الوقت الذي يحتاجونه لمعالجة المعلومة.
 - لغة الإشارة تتطلب مهارة حركية و مهارات تقليد، و ذوو اضطراب التوحد لديهم صعوبة في هاتين المهارتين.
 - قليلون هم الذين يفهمون لغة الإشارة. (رفاه لمفون، 2012، ص 65).

• جداول النشاط:

تمثل جداول النشاط الأنشطة التي سوف يقوم بها كل طفل، تراعي هذه الجداول حاجات الطفل و تساعد على الانتقال من نشاط لآخر، و هناك نوعان من الجداول:

- الجدول العام: يشتمل على أوقات العمل، و أوقات الراحة و أوقات الطعام.

- الجدول الفردي: و هو خاص بكل طفل جدول خاص به يراعي صفاته المختلفة، ويشتمل على الأنشطة التي يفترض القيام بها على شكل بطاقات.(الظاهر،168،2009).

• التواصل الميسر:

تقوم هذه الطريقة على أساس استخدام لوحة مفاتيح، يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه و شعوره بمساعدة شخص آخر، أثبتت التجارب أن هذه المشاعر ليست مشاعر الطفل بل مشاعر الشخص الآخر، و لا يزال هناك جدل حول هذه الطريقة فالبعض يؤيدها بينما يرفضها البعض الآخر.(مجيد، 2007، ص133، رياض، 2008، ص 94).

• تبادل الصور:

قام فروست Frost عام 1994 بوضع برنامج للتواصل عن طريق تبادل الصور اسمه (PECS)، يستخدم البرنامج مع الأطفال الذين يعانون من عجز أو قصور لغوي حيث يتم التواصل عن طريق تبادل الصور في بداية البرنامج يجمع المعلم صور الأشياء التي يحبها الطفل و يبدأ تدريجيا بتكوين جملة مثل : أنا أريد أن أكل (محمد،2004، ص 222).

و يتكون برنامج (PECS) من ست مراحل لكل مرحلة هدف يراد تحقيقه:

- المرحلة الأولى: الهدف منها " وضع الطفل لصورة الشيء المحبب له في يد المدرب ووضعا في يد المدرب بعد رؤيته لهذا الشيء".

- المرحلة الثانية: الهدف منها أن " يذهب الطفل إلى ملف التواصل، و ينتزع الصورة، ويتجه نحو المدرب، و يضع الصورة في يده".
- المرحلة الثالثة: الهدف منها أن يطلب الطفل ما يحبه من خلال التوجه إلى ملف التواصل، و إختيار صورة الشيء الذي يريده من بين عدة صور، و يتجه للمعلم ويعطيه الصورة".
- المرحلة الرابعة: الهدف منها أن " يقوم الطفل بطلب الأشياء الموجودة و غير الموجودة أمامه من خلال إستخدام جمل مكونة من عدة كلمات".
- المرحلة الخامسة: الهدف منها أن " يقوم الطفل بطلب أشياء متعددة تلقائيا و أن يتمكن من الإجابة على سؤال: " ماذا تريد؟".
- المرحلة السادسة: الهدف منها: " أن يجيب الطفل على أسئلة ماذا تريد؟ ماذا ترى؟ ما عندك؟ و أسئلة أخرى عندما توجه إليه". (وفاء الشامي، 2004، ص 145).

10) خلق الحاجة إلى التواصل:

من المعروف أنّ الأطفال التوحديين لديهم مهارات تواصل محدودة أو لا توجد لديهم، لذلك يجب أن يبحثوا على التواصل. و أحد الطرق المناسبة لذلك خلق المكان الذي يجب أن يبادر فيه الطفل بالتواصل للحصول على بعض الأشياء التي يحتاجها. مثال ذلك: وضع لعبة مفضلة في مكان بعيد عن الطفل، و الطفل هنا يجب أن يتعلم المبادرة بطلب الشيء المفضل له وبالتكرار يتم تعريف الطفل على ما يطلبه من أنشطة و مأكولات و لعب و ذلك مع استخدام فنية الحث (Rita Jordan, 2001, 36).

و يذكر اتشارلوب و تراسويتش (Charlop & Trasoweech) أنه في كثير من الأحيان تلعب الأمهات لعبة التخمين حول ما يريده الطفل، حيث يسارعن لمساعدته ظنا منهن أن هذه هي الطريقة المفضلة للقيام بذلك، و هذا يضر بالطفل بدلا من أن يساعده لأنّ الطفل يتعلم السلبية و الاعتماد التام على الغير بالإضافة إلى عدم اهتمامه بحاجاته الخاصة.

أيا كان عدم اهتمام هذا الطفل بالمتفاعل الاجتماعي، فإنه بكل تأكيد مهتم بالحصول على حاجاته. و لكن إذا كان الطفل يستطيع أن يحصل على أي شيء يريده بسهولة و بدون أن يطلبه أو بدون أن يفعل شيئاً لدلالة على رغبته في ممارسة التواصل ستتعلم تقريبا. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 100).

و لزيادة رغبته في ممارسة التواصل توضع الأشياء التي يحبها الطفل بعيدا عن متناول يده أو توضع على أحد الرفوف حيث يستطيع أن يراها. كما توضع الصور المماثلة لهذه الأشياء في مكان قريب من الطفل و يستطيع الوصول إليه.

و عندما يقوم الطفل بسحب يد الشخص الكبير فعليه أن يشير للطفل إلى الصورة لهذا الشيء وذلك من خلال توجيه الطفل و حثه على ذلك و بالتدريج يتم خفض مقدار المساعدة التي تقدم للطفل.

كما أنّ إعطاء الطفل التوحدي وقتا لكي يستجيب قبل مساعدته يمثل إستراتيجية تعليمية بالغة الأهمية تعرف بتأخير الوقت حيث يوضع الشيء الذي يريده الطفل أمامه (مثل لعبة) و ينتظر المدرب قليلا من (3-5) ثواني قبل أن يوجه إليه إشارة أو مساعدة لكي يستجيب الطفل و بالتدريج تزيد المسافة لتصل إلى (10-20) ثانية إلى أن يتمكن الطفل من الطلب دون مساعدة الغير (وفاء علي الشامي، 2004، ص 204).

كما يجب أن يكون للطفل التوحدي دافعية للتواصل، و إحدى الطرق البسيطة لإنشاء دافعية للتواصل يكون من خلال إنشاء موقف يجعل الطفل التوحدي يبادر للتواصل في بعض الحالات للحصول على شيء ما يريده.

كما يوضح هذا المثال (تدريب الطفل على المبادرة بالطلب) أهمية معرفة الشيء المفضل للطفل و خلق الدافع للتواصل لطفلة لديها الاضطراب و لا تستطيع إستخدام الحديث وهي تستطيع عمل قليل من الضوضاء و أخبرت أمها بأنها تحب مشاهدة شخص

(ممثل) في التيليفزيون في المنزل فقام المدرس بعمل بازل لهذا الممثل و قام بتقديمه لها في وقت الفراغ وأصبحت تفضل هذه اللعبة (البازل).

لذلك قرر المدرس تشجيعها على التواصل من خلال وضع البازل في مكان يكون واضحا لديها، لكنها لا تستطيع الوصول إليه ، في البداية قام المدرس بحث الطفلة على الإشارة للعبة، و بعد ذلك وضعت اللعبة و لكن لم يستخدم المدرس الحث للطفلة و انتظر المدرس ليرى ماذا تفعل الطفلة. لكنها مشت إلى المدرس و عملت بعض الأصوات لتلفت انتباه المدرس ثم أشارت إلى البازل. فاستجاب لها المدرس على الفور (Diane Klein, et Al, 2001, 14).

كما يتفق مع ما سبق (Rita Jordan & Glenys Jones, 2001, 13) حيث يشير إلى أن الطفل التوحدي يحتاج إلى تنمية فهمه للاتصال. و لتنمية الدافع للاتصال يكون من خلال وظيفة الاتصال المتعلقة بالطلب، فيجب أن تصمم المواقف بحيث لا يستطيع الطفل أن يحصل ببساطة على الشيء الذي يرغب فيه، و لكن يكون في حاجة أن يقوم بطلبها بطريقة ما.

فإذا كان الشيء متاحا و يجب على الطفل أن يقوم بطلبه فهو لن يعرف عن الاتصال سوى أن هذا مجرد طقس ما، و ذلك الذي يمر به حتى يتسنى له أن يحصل على ما يريده. إن هذا يعني أنه في الأماكن التي يوجد بها الطفل التوحدي لا يجب أن تكون كل اللعب و المواد متاحة لدى اجتياز الطفل المطلق. فبدلا من ذلك يمكن أن توضع على أرفف عالية أو خزانات (دواليب) يصعب الوصول إليها و لكن مع علامات متاحة حتى يتسنى للطفل استخدام هذه العلامات للقيام بطلباته.

2. اللغة عند ذوي اضطراب التوحد:

1) صفات اللغة اللفظية لذوي اضطراب التوحد:

نذكر كل من (كوهين، 2000، ص 98، البطاينة، 2007، ص 586) أنّ كلام ذوي اضطراب التوحد يتصف بالآتي:

✚ **المصاداة:** و هي ترديد الكلام المسموع بعد سماعه مباشرة، أو بعد فترة من سماعه، إلى أكثر من ثلاثة سنوات.

✚ **اللغة المجازية:** يكون الطفل لغة مجازية خاصة به لا يعرفها إلا من يحيط به مثل قوله: (أريد أن أركب الأخضر) و هو يقصد بذلك أريد أن أركب الأرجوحة الخضراء، لأنه عندما ركب الأرجوحة لأول مرة كانت خضراء اللون.

✚ **الكلمات الجديدة:** تسمية الأشياء بمسميات خاصة يخترعها الطفل لا يعرفها إلا المحيطين بالطفل.

✚ **الاستخدام العكسي للضمائر:** يستخدم كلمة (أنت) بدلا من (أنا).

✚ **الصوتيات:** يتميز ذوو اضطراب التوحد بنبرة صوت شاذة غريبة، ميكانيكية تتصف بالرتابة.

✚ **المفردات:** قليلة فهناك تأخر شديد في الحصيللة اللغوية نتيجة للتأخر في الكلام قد يصل إلى سن خمس سنوات.

✚ **بناء الجملة الكلامية:** يلاحظ على ذوي اضطراب التوحد تأخر في القدرة على بناء الجملة، و صعوبة في إستخدام الضمائر و خلط بين المفردات مثل (هنا و هناك، الآن و لاحقا، أنت و أنا). (رفاه لمفون، 2012، ص 59).

✚ **دلالات الألفاظ:** يعاني ذوو اضطراب التوحد من صعوبة في إدراك مدلول الكلمة المجردة أو الجملة المجازية فهم يفهمون الكلام بشكل حرفي فلا يفهمون معنى (تقطع قلبي) إلا بالمعنى الحقيقي لها، و لا يقبلون دلالة اللفظة لأكثر من

معنى مثل (ورقة كتاب و ورقة شجر) و لا يتقبلون دلالة كلمتين على شيء واحد مثل: (قفل الباب و مزلاج الباب).

2) مشكلات اللغة اللفظية لذوي اضطراب التوحد:

قسم كامل (2005) مشكلات اللغة و التواصل لذوي اضطراب التوحد إلى ثلاثة أقسام:

أولاً: مشكلات التعبير اللغوي:

- التعارض بين استخدام اللغة و فهم اللغة، فقد يمتلك مفردات لغوية لكنه لا يعرف في أي موقف يعبر بها.

- الفهم و التفسير الحرفي للغة.

ثانياً: مشكلات في اللغة المنطوقة:

- اضطراب في دلالات الألفاظ و الكلمات : فليس لديهم قدرة على تعميم الألفاظ والكلمات و المفاهيم.

- طريقة استخدامهم المضطربة للكلمات.

- ترديد الكلام (الحديث): ترديد حديث الآخرين سواء في الحال أو بعد فترة من الوقت.

- تكرار أو ترديد الكلام كأن يقوم بتكرار السؤال الذي وجه له.

- الفظاظة و التبدل الذهني: عدم قدرتهم على استخدام الكلمات المناسبة في المواقف الاجتماعية و عدم تقديرهم لتأثير حديثهم على الآخرين.

ثالثاً: التعامل مع المفاهيم المعنوية:

- التحدث عن المستقبل: حيث يصعب عليهم فهم المفاهيم المتعلقة بالمستقبل، و ليس لديهم القدرة على فهم و استيعاب كلمات مثل: (قريباً، من الممكن، سأفكر).

- عدم القدرة على التعبير عن المشاعر و الأحاسيس.

- يغلب على أسلوبهم و لغتهم و تفكيرهم روح الدعابة. (رفاه لمفون، 2012، ص 60).
- النقص في القدرة على تبادلية الحديث: يفشلون في الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عنهم و سماع آراء الآخرين، لرغبتهم في الشعور بأنهم في حالة تواصل مع الآخرين.

3) صعوبات تطور اللغة لدى الطفل التوحيدي:

يشير (National Research Council, 2001) إلى أنّ الصعوبة الأساسية لتطور اللغة لدى الأطفال التوحيديين تكمن في أربعة نقاط أساسية تحول دون تطور اللغة لديهم.

أولها هي عدم مقدرتهم على الانتباه المشترك، أي أنهم لا يوجهون انتباههم إلى نفس الأشياء التي ينتبه لها من حولهم، كما أنهم يجدون صعوبة في توجيه انتباه الآخرين لما يحبونه.

فالطفل الطبيعي غالبا ما يلفت انتباه من حوله من خلال إحضار لعبته المفضلة إلى بعض أفراد أسرته لكي يلعبوا معه، حيث يكون انتباه الطفل و انتباه من حوله موجها نحو شيء مشترك بينهما، و هو اللعبة. و من خلال تبادلات اجتماعية كهذه يتعلم الطفل الطبيعي أسماء أشياء كثيرة و يتعلم استخدامها كي يتعلم مهارات تمكنه من الاختلاط بالآخرين من حوله.

و بدون هذه المقدرة على الانتباه المشترك، يصعب على الطفل التوحيدي تعلم الأسماء واستخدامات اللغة و المهارات الاجتماعية أما النقطة الثانية فهي فهم القصد من التواصل مع الآخرين أو بمعنى آخر معرفة أنّ استخدام الكلمات يؤدي إلى نتيجة إيجابية و هي الحصول على ما يريدون.

أما النقطة الثالثة فهي أنّ الأطفال التوحيديين لا يتعلمون المهارات بشكل طبيعي، أي من خلال مراقبة الآخرين و تقليدهم كما يفعل الطفل الطبيعي. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 89).

أما النقطة الرابعة فتكمن في عدم فهمهم للرموز حيث يعكس صعوبة في تعلم المعاني المشكلة للرموز و يلاحظ من خلال العيوب الظاهرة في استعمال الإيماءات التقليدية و تعلم معانيها و كذلك عيوب في الاستعمال الوظيفي للأشياء في اللعب الرمزي.

و هذا ما أشارت إليه (Lorna Wing, 1979, 120) عندما ذكرت أنّ المشكلة المركزية لدى معظم الأطفال التوحديين تتمثل في صعوبة التعامل مع الرموز و التي تؤثر على اللغة و التواصل اللفظي و عديد من المظاهر الأخرى مثل الأنشطة المعرفية و الاجتماعية. في الأخير يمكن الإشارة إلى الصعوبات التي تحول دون تطور اللغة لدى الطفل التوحدي (Lorna Wing, 1979, 12)

أولاً: مشكلات التعبير اللغوي:

أ- التناقض بين استخدام و فهم اللغة:

نجد بعض الأطفال التوحديين يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد إلا أنهم لديهم غالباً مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الاجتماعي و التعبير عنه، و تظهر تلك المشكلات بوضوح في أثناء اختبارات اللغة. و بسبب هذا الأسلوب غير الثنائي للتوظيف اللغوي يصبح من الصعب على الأفراد الآخرين التعامل مع التوحديين بسبب فهمهم الضيق المحدود لمعنى الكلمات و الألفاظ المستخدمة في اللغة، كما يصبح أيضاً من الصعب التقييم الحقيقي لاضطرابات و صعوبات اللغة الموجودة لدى هؤلاء الأفراد.

ب-التفسير المجرد أو الحرفي للكلام:

و هذا يشير إلى أنّ الأطفال التوحديين يفسرون الكلمات بحرفية شديدة مثلاً عندما يطلب من طفل توحدي أن يضع يديه تحت أثناء جلسات العلاج فإنه يستجيب بوضع واحدة ليسحب الأخرى تحت.

ت- حس الدعابة:

من المثير للدهشة أنه يغلب على أسلوب الأفراد التوحديين و لغتهم و تفكيرهم روح الدعابة التي يستمتعون بها هم أنفسهم كثيرا جدا.

ث- القصور في القدرة على تبادلية الحديث:

من المشكلات الأكثر ظهورا لدى الأفراد التوحديين هي النقص في القدرة على تبادلية الحديث بمعنى الفشل في الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عنهم و سماع آراء الآخرين و هؤلاء الأفراد أيضا غير قادرين على الدخول في الحديث المرتب، و رغم أنّ هذا هام جدا بالنسبة للاختلاط و التفاعل الاجتماعي الجيد. فهؤلاء الأفراد ليس لديهم القدرة على الاستدلال متى يبدوون في الحديث و متى يتوقفون عن التحدث من أجل الاستماع للطرف الآخر.

ثانيا: المشكلات في اللغة المنطوقة:

على الرغم من أنّ العديد من مظاهر اللغة المنطوقة ربما تتحسن لدى الأفراد مع الزيادة في نمو (العمر) خاصة لدى الأفراد الذين يمتلكون قدرات عقلية مرتفعة، و من الاضطرابات التي تظهر في اللغة المنطوقة لدى الأفراد التوحديين الذين توجد لديهم لغة.

أ- الاضطرابات في دلالات الألفاظ و الكلمات:

حيث نجد أنّ معاني مفردات الكلمات لدى الأفراد التوحديين تستمر لتكون في نطاق محدود جدا. إذ يتصف الأطفال التوحديون بالقصور في فهم الكثير من المفاهيم أو المعاني للكلمات التي يتلقونها من الآخرين، و من ثمّ فإنه يظهر بوضوح لدى هؤلاء الأفراد انخفاض واضح في قدراتهم التعبيرية، فهم يعانون من مشكلات في إيجاد الشكل الصحيح من الكلمات من أجل التعبير عن أفكارهم لدرجة تصل إلى أنه يمكن وصف حديثهم بأنّ ما يقال منهم قد يبدو غريبا. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 91).

ب- طريقة استخدام الكلمات:

حيث يغلب على الأطفال التوحديين الاستخدام المضطرب للكلام أو الطريقة غير المناسبة في التحدث، حيث يشير أسبرجر في كتاباته إلى أنّ الأطفال التوحديين يتحدثون بأسلوب يمكن وصفه على أنه كوميدي و آخرين يمكن وصف أسلوبهم في التحدث بالديكتاتورية أو الصوت المرتفع.

ت- ترديد الكلام و الحديث:

ترديد الكلام سواء في الحال أو فيما بعد ذلك هو صفة مشتركة للغة عند الأفراد التوحديين و هي صفة غالبا ما تكون معوقة لتواصل التوحديين مع الأفراد الآخرين.

و أوضحت دراسات كل من ريدل و آخرين (Rydoll, et, Al, 1995) أن تكرار و ترديد الكلام للأطفال التوحديين يشير إلى رغبة هؤلاء الأفراد في توضيح متطلباتهم أو التعبير عن أنفسهم في وقت معين، إلا أنهما يشيران في نفس الوقت إلى انخفاض القدرات التعبيرية أو الإنشائية لدى هؤلاء الأفراد. و غالبا ما تظهر تلك الاضطرابات (ترديد الكلام) عندما يكون الأفراد التوحديون تحت ضغط معين أو في مواقف عالية التناقض (باتريشيا هولين، 1998، 32-36).

ث- تكرار الأسئلة:

حيث يلجأ الطفل إلى تكرار السؤال أكثر من مرة قد تصل إلى مائة مرة و على المدرب أن يعرف المغزى من السؤال و علام يدل السؤال المتكرر. و قد يظهر الاستخدام المتكرر للغة أو الكلام بسبب مجموعة من الأسباب منها: فقد يكون هذا الأسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد التوحدي للاتصال بالآخرين باعتباره طالبا معتمدا لاستحواذ انتباه الآخرين، و يمكن أن يحدث هذا الأسلوب لتعرض الطفل التوحدي للاستثارة الزائدة أو عدم إحساسه بالأمان في موقف معين و يمكن أيضا أن يكون هذا الأسلوب مرتبط بالانظام اليومي

الروتيني الذي يوجد فيه الفرد التوحدي، أو قد يظهر هذا الأسلوب بسبب تعرض الفرد التوحدي لتلك العوامل مجتمعة مع بعضها أو بعضها منها.

ج-الفاظظة أو التبلد الذهني:

نتيجة انخفاض المحصول المناسب اجتماعيا الموجود لدى الأفراد التوحديين بمعنى نقص الملائمة للقواعد الاجتماعية المناسبة في أسلوب الحديث مع الآخرين. فغالبا ما يخفقون في تقدير تأثير حديثهم سواء في الأسلوب أو في المحتوى على الآخرين، و بالتالي فإنّ هذا الأسلوب غالبا ما يقلل من فرص النضج الاجتماعي لدى الأفراد التوحديين لأنه يولد عدم التقبل الاجتماعي لهذا الفرد. (رضا عبد الستار كشك، 2007، 92).

ح-عكس الضمائر:

فالطفل التوحدي لديه مشكلة في الاستخدام الصحيح للضمائر فهو يستخدم أنا بدلا من أنت و العكس. و يشير بتلهاميم (1987) إلى أن عكس الضمير يعكس رفض الأطفال لوجودهم. بينما توضح بارتاك و روتر بأن عكس الضمير هو نتيجة للمصاداة أو الترديد.

و تذكر أنه يمكن التغلب على هذه المشكلة من خلال إستخدام مرآة أمام الطفل أثناء التكلم. و من خلال تلقين من المدرب ليقول الطفل أنا أعب و هم يلعبون مثلا، أنا أجلس و هم يجلسون. و من الأفضل استخدام الأسماء بدلا من الضمائر. (Rita Jordan, 1997, 40).

ثالثا: التعامل مع المفاهيم المعنوية:

أ-التحدث عن المستقبل:

غالبا ما تمثل المفاهيم المعنوية أو الافتراضية مصدر صعوبة كبرى بالنسبة للتوحديين خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم المرتبطة بالزمن المستقبل، حيث إنّ هؤلاء الأفراد ليست لديهم

القدرة على استيعاب مفهوم مثل هذه الاستجابات أو الكلمات. كما أنّ الأفراد التوحديين ليس لديهم القدرة على وضع خطط مستقبلية لتنظيم موضع ما.

ب-التعبير عن المشاعر و الأحاسيس:

يعد الفشل في التعامل مع المفاهيم المعنوية متعددة الآثار على السلوك لدى الطفل التوحدي، إذ يؤثر هذا الاضطراب أيضا على القدرة على التحدث عن المشاعر أو الأحاسيس التي يمر بها الطفل التوحدي أو حتى التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يشعر به أو يتعرض له. و يشير بيرس دورف (Biers Dorff, 1994) إلى أن عددا من الأطفال التوحديين أصبحوا مرضى بشدة سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى التهاب الزائدة الدودية و لم يكن لديهم القدرة على توضيح أنهم يشعرون بالألم معينة، و بالطبع فإن هذه الحساسية الضعيفة للألم يمكن ان يكون لها مضاعفات خطيرة.

ت-حس الدعابة: (الفكاهة):

من المثير للدهشة فيما يتعلق بلغة و تفكير الأفراد التوحديين أن يغلب عليهم روح الدعابة التي يستمتع بها العديد من الأفراد التوحديين.

و قد قام فان بوجوندين و ميسيوف (Van Bourgondien & Messibov, 1987) بدراسة الاستجابات للدعابة عند الأفراد التوحديين البالغين. و توصلت الدراسة إلى أنّ المعدل الحالي من الألغاز أو الألعاب الفكاهية البسيطة يؤدي إلى متعة حقيقية بالنسبة لكل الأفراد التوحديين.

و بناء عليه فقد استنتجت تلك الدراسة أنه يمكن إستخدام هذه الأساليب كمدخل له تأثير فعال في تشجيع التدخلات العلاجية الإيجابية ذات المغزى الاجتماعي.

ث-نقص في القدرة على تبادلية الحديث:

من المشكلات الطاغية و الأكثر ظهورا تقريبا لدى كل الأفراد التوحديين هي النقص في القدرة على تبادلية الحديث بمعنى الفشل في الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عنهم و سماع آراء الآخرين. و عدم قدرة هؤلاء الأفراد على الدخول في الحديث المرتب مع الآخرين فليس لديهم القدرة على الاستدلال متى يبدؤون في الحديث و متى يتوقفون عن التحدث من أجل الاستماع للطرف الآخر. (باتريشيا هولين، 1998، 41-42).

4) الاتجاهات التي تفسر الخلل اللغوي لذوي اضطراب التوحد:

- يعتقد العديد من المتخصصين أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة عوامل متعددة تحدث إما قبل أو أثناء أو بعد الولادة تؤثر على نمو الدماغ السليم (سليم، www.gulfkids.com).
- كشفت الدراسات الحديثة عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لذوي اضطراب التوحد، و بما أن النصف الكروي الأيسر من المخ هو المسؤول عن عملية التواصل و تتوزع فيه مراكز اللغة في الدماغ، فهذا يفسر حدوث اضطراب في اللغة و التواصل لذوي اضطراب التوحد (محمد، 2002، المغلوث، 2006).
- يعالج ذوو اضطراب التوحد المعلومات اللغوية في النصف الأيمن من الدماغ، مما يؤدي إلى عدم ترجمة المعلومات بطريقة فعالة (وفاء الشامي، 2004، 171).
- يتعلم ذوو اضطراب التوحد اللغة بأشكالها الكلية بطريقة الجشتالت، و هذا يعني أنهم يتعلمون الكلمات دون فهم معناها فهما حقيقيا، لذا يبدؤون تعلم الكلام عن طريق المصاداة و تكرار كلام الآخرين بنفس تنغيم المتكلم و نبرته في اللفظ (وفاء الشامي، 2004، 263).

■ يعتبر الانتباه عنصر أساسي في عملية الاتصال، و بما أن ذوي اضطراب التوحد يفشلون في الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون، و يحتاجون إلى توجيه من قبل الآخرين حتى يوجهوا انتباههم إلى شيء معين، إذن هم غير قادرين على الاتصال بمن حولهم (نصر، 2002، 83).

■ نظرية العقل التي ترجع العجز اللغوي لذوي اضطراب التوحد إلى طريقة تفكيرهم التي تتسم بقصور في الجانب المعرفي الاجتماعي التي تجعلهم غير قادرين على قراءة أفكار الآخرين و فهم مشاعرهم (خطاب، 2004، 98، الظاهر، 2009، 91).

■ عدم قدرتهم على استخلاص المفاهيم من اللغة لأن لديهم تمييز سمعي ضعيف إضافة إلى المشاكل في الإدراك السمعي (نصر، 2002، 83).

(5) طرق تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد مهارات الاتصال اللغوي:

- التحدث مع الطفل وفق عمره اللغوي و ليس الزمني.
- استخدام الإيماءات الطبيعية لتحسين إشارات الاتصال.
- استخدام لوحات الاتصال.
- تشجيع الإنتاج الصوتي المبكر.
- زيادة الوعي الشفهي - الحركي.
- تحسين المهارات اللغوية الأكثر تطوراً. (نصر، 2002، ص 107).
- مهارات التواصل:

تشير مختلف الطرق المستخدمة في تبادل الأفكار و الآراء و المعتقدات بين الأفراد من خلال الأساليب الشائعة مثل الكلام الشفهي و اللغة المكتوبة و الإشارات و الإيماءات (عبد العزيز الشخص و عبد الغفار الدماطي، 1992، 98).

و هي طريقة أو نظام يسمح للأفراد التوحديين بتحقيق رغباتهم و الحصول على حاجاتهم المناسبة لهم دون اللجوء إلى المشكلات السلوكية و لجعل التواصل وظيفياً

(الطلب، الاختيار، الاعتراض، التعليق و الملاحظة) لابد من توافر مهارات الانتباه المشترك و التقليد (Ruth Hubner, 2001, 277- Jack Scott , et , Al, 2000, 213).

رابعاً: اللعب

1. تعريف اللعب:

تعددت تعاريف اللعب و منها على سبيل المثال:

- عرفه بياجيه Piaget اللعب بأنه: " عملية تمثل تعمل على تحويل المعلومات الواردة لتلائم حاجات الفرد". (محمد، 2007، ص 20).
- و عرفه جود Good بأنه: " نشاط قد يكون موجه أو غير موجه أي قد يكون حر أو غير حر، فإذا لم يتدخل فيه الكبار كان نشاطاً حراً و لا يكون اللاعب مجبراً على عمل شيء محدد، و لكن إذا تدخل الكبار و أجبروا اللاعب على عمل شيء محدد باللعب فإنه يكون نشاطاً موجهاً أي ليس حراً و بذلك قد يفقد اللاعب صفة الاستمتاع أو الرغبة في اللعب". (التكريت، 2003، ص 23).
- و يعرفه إيريكسون Erikson بأنه: " تعبير عن المظهر العقلي للقدرة البشرية، وذلك لهضم خبرات الحياة، إذ يمر الطفل في نموه بخبرات صعبة عليه هضمها، فيخلق في لعبه مواقف نموذجية يسيطر بواسطتها على الواقع بالتجريب والتخطيط". (مردان ، 2004، ص 23).
- و عرفه تايلور Taylor بأنه: " أنفاس الحياة بالنسبة للطفل، إنه حياته و ليس مجرد طريقة لتمضية الوقت و إشغال الذات، فاللعب هو كما التربية، و الاستكشاف، و التعبير الذاتي، و الترويح و العمل للكبار". (بلقيس و مرعي، 1987، ص 13).
- و عرفه ميللر Miller بأنه : " سلوك يتضمن اكتشاف ما يحيط بالفرد و ممارسة لما يجيد و عدوان دون انتقام و قلق على لا شيء و سلوك اجتماعي لا تحكمه قواعد

و لا يتأثر بأية مستويات، و تمثيل دون الرغبة في الخداع". (يونس و عبد المجيد، 2000، ص 5).

- وعرفته سوزان إسحاق بأنه: " وسيلة الطفل لإدراك العالم، و التعرف على نفسه، و تقبل إمكاناته المحدودة، و الضغوط المفروضة عليه من الآخرين". (سناري، 2000، ص 16).

- و عرفه عدس بأنه : " استغلال طاقة الجسم الحركية في جلب المتعة النفسية للفرد و لا يتم اللعب دون طاقة ذهنية أو حركة جسمية." (العناني، 2003، ص 15).

- و عرفته هدى قناوي بأنه : " مجموعة من الأنشطة الذاتية التلقائية الداخلية المتنوعة التي تشبع حاجات الطفل النمائية الجسمية و العقلية و اللغوية و الاجتماعية والانفعالية". (شاش، 2001، ص 82).

- كما عرفه صوالحة بأنه : "نشاط حر موجه، يكون على شكل حركة أو سلسلة من الحركات، يمارس فردياً أو جماعياً، و يتم فيه استغلال لطاقة الجسم الذهنية والطاقة الجسمية أيضاً، و يمتاز بالخفة و السرعة في التعامل مع الأشياء، و لا يتعب صاحبه، و به يتمثل الفرد المعلومات التي تصبح جزءاً لا يتجزأ من البنية المعرفية للفرد، و لا يهدف إلا للاستمتاع، و قد يؤدي وظيفة التعلم." (صوالحة، 2007، ص 15).

- و عرفته رفاة بنت جمال يحي المفلول (2012، ص 75) على أنه: " نشاط ذهني و حركي يقوم به الطفل لاستغلال وقت الفراغ في تنمية تواصله اللغوي ، عن طريق زيادة محصوله اللغوي بكلمات لم تكن معروفة من قبل و تنفيذه لأوامر اللعبة.

2. سمات اللعب:

نكر كل من بلقيس و مرعي (1987، ص 10) ، اللبابيدي و الخلايلة (1990، ص 9)،
العناني (2002، ص 16) ، الهنداوي (2003، ص 20)، التكريت (2003، ص37) ، مردان
(2004، ص 45) ، محمد (2007، ص 23) سمات اللعب منها:

- اللعب نشاط حر و إذا كان إجباريا تفقد اللعبة جاذبيتها.
- يجلب اللعب السرور و المتعة و التسلية.
- يستغل الطاقة الحركية الذهنية.
- يتميز بالسرعة و الخفة.
- وسيلة للتعلم.
- لا يمكن التنبؤ بنتائجه.
- ممكن أن يكون فردي أو جماعي.
- يجري في زمان و مكان محددين.
- من يمارس اللعب لا يتعب.

3. فوائد التعلم باللعب:

نكر كل من بلقيس و مرعي (1987، ص 18)، اللبابيدي و الخلايلة (1990، ص 15) ،
عثمان (1995، ص 41) ، السيد (2002، ص30)، العناني (2002، ص 143) ، محمد
(2007، ص 31). أنّ للعب عدة فوائد منها:

- أداة تربوية تساعد في إحداث تفاعل الفرد مع عناصر البيئة بهدف التعلم و إنماء الشخصية و السلوك.
- وسيلة تعليمية تقرب المفاهيم إلى الأطفال و تساعدهم في إدراك معاني الأشياء والتكيف مع واقع الحياة. (رفاه لمفون، 2012، 68).
- أداة فعالة في تنظيم التعلم لمواجهة الفروق الفردية.

- أداة فعالة تخلص الطفل من الأثنية و التمرکز حول الذات.
- وسيلة فعالة في اكتشاف شخصية الطفل و إمكانياته النفسية و العقلية و الثقافية.
- طريقة علاجية يلجأ إليها المربون في حل بعض المشكلات التي يعاني منها الطفل كالأضطرابات في الشخصية و النفسية و العقلية و الحركية.
- إكساب الأطفال بعض الاتجاهات و المفاهيم الاجتماعية التي تساعدهم على التكيف مع البيئة.
- أداة فعالة في تكوين النظام القيمي و الأخلاقي و التواصل مع الآخرين، كما يكسب الطفل معايير السلوك الاجتماعية المقبولة في إطار الجماعة.
- أداة تعبير و تواصل بين الأطفال بغض النظر عن الاختلافات اللغوية و الثقافية فيما بينهم كما أنه أداة تواصل بين الكبار و الصغار.
- أداة ترويض لتطوير جسم الطفل و إنمائه و تشكيل أعضائه و إنضاجه و إكسابها المهارات الحركية المختلفة التي تنطوي على أهداف تربوية.
- وسيلة مرنة يمكن أن توفر فرصاً أو مداخل لإحداث النمو و التوازن عند الأطفال إضافة إلى أنه يشبع ميولهم و رغباتهم.
- يساعد في تعلم الطرق المختلفة لحل المشكلات.
- يساعد في تعلم الابتكار و الاختراع.
- ينمي إحساس الطفل بذاته. (رفاه لمفون، 2012، 69).
- يعمل كمولد و منظم لعمليات التعلم المعرفي.
- ينمي القدرة على التعبير و التواصل اللفظي.
- ينمي الحواس.
- يشعر الطفل بالفرح و السرور.

4. اللعب و نظرية العقل:

فسرت نظرية العقل اضطراب التوحد على أنه عجز في قراءة العقل أي أنّ ذوي اضطراب التوحد لا يمكنهم فهم أن للآخرين معتقدات و أفكار و مشاعر مختلفة عنهم، و قد استطاعت البرامج التدريبية المبنية على هذه النظرية أن تتجح في تحسين لعب الأطفال ذوي اضطراب التوحد بناء على خمس مراحل:

1-مرحلة المستوى الحسي الحركي: حيث يمسك الطفل الألعاب و يلعب بها بيديه.

2-مرحلة اللعب الوظيفي: يلعب بالأشياء بدون إدعاء كدفعه للسيارة مثلا.

3-بدفع المدرب الطفل للدخول في أنشطة لعب تظاهري و هذا يضمن:

- تغيير وظيفة الأشياء كأن يدعي أنّ الألواح الخشبية سيارة.

- إضافة خصائص خاطئة لشيء ما في اللعب كأن ينظف وجه الدمية كما لو كان

متسخا. (رفاه لمفون، 2012، 75).

- استخدام الأشياء بطريقة تخيلية كأن يتظاهر أنه يشرب الشاي من فنجان فارغ.

4-يقوم المدرب بفعل تظاهري ثم يسأل الطفل هل هذا فعل حقيقي أم مجرد تظاهر.

5-يقوم الطفل بلعب المرحلة الثالثة لعبا تظاهريا تلقائيا بدون حث من المدرب (إمام

وإسماعيل، 2006، م: 212).

5. ثقافة اللعب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

يلاحظ أنّ طريقة لعب الأطفال ذوي اضطراب التوحد محيرة جدا، ففي الوقت الذي لا يستطيع الطفل فيه اللعب بالألعاب كما يلعب بها الطفل الطبيعي نجد أنه يستطيع أن يركب (1000) قطعة من ألعاب الأحاجي (البازل) و هذا لا يستطيع فعله الطفل الطبيعي، و قد يستطيع رسم أشكال و ألوان يعجز الإنسان العادي عن رسمها. كما تختلف طريقة اللعب من طفل لآخر حتى بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و هذا يرجع إلى مستوى الإعاقة و شدة

الإصابة بالمخ، فقد أوضحت الدراسات أنّ بعض الإشارات العصبية المسؤولة في بعض أجزاء المخ سليمة و بعضها الآخر تالفة أو أصابها الخلل مما ينعكس على مدركات الطفل و تفكيره، فطريقة لعبه مرتبطة بمدى سلامة أجهزته العصبية و المخية و جهازه العصبي المركزي و مدى تطوره و نضجه النفسي و الجسدي (عليوات، 2007:54، عامر، 2008: 43).

6. مراحل تطور اللعب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

ذكرت وفاء الشامي (2004) أن اللعب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يمر بعدة مراحل:

1-اللعب الحسي الحركي:

يبدأ اللعب الحسي الحركي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد كما يبدأ لدى الأطفال الطبيعيين و لكنه يستمر لسنوات أكثر بكثير من الأطفال الطبيعيين.

2-اللعب التنظيمي:

هو أن يقوم الطفل بتنظيم الألعاب و ترتيبها في صفوف أو فوق بعضها البعض أو يضع إحداها داخل الأخرى، نلاحظ أنّ الأطفال ذوي اضطراب التوحد يميلون إلى هذا النوع من اللعب فهم يصفون الأشياء في صفوف، و يغضبون غضبا شديدا عندما يحاول أي شخص تغيير ترتيب الأشياء. (رفاه لمفون، 2012، 74).

3-اللعب الوظيفي:

في حدود الشهر الرابع عشر يبدأ الطفل الطبيعي النمو باستخدام الأشياء حسب وظائفها، فقد يرفع هاتفها صغيرا إلى أذنه دليلا على معرفته بوظيفة الهاتف. و بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد فإنهم يمارسون اللعب الوظيفي إلا أنهم يمارسونه بمستوى أقل تطورا من

مستوى الأطفال الطبيعيين ممارسة تتناسب مع مستوى تطورهم الإدراكي، كما أنهم لا يلاحظون إلا خاصية واحدة فقط من خصائص اللعبة.

4-اللعب الرمزي (التمثيلي):

في حدود الشهر الثامن عشر يبدأ الطفل بتطوير التخيل و التظاهر من خلال اللعب، فقد يضع الموزة على أذنه متظاهرا أنها سماعة الهاتف، و قد يتظاهر أنّ الدمية حزينة، و قد يتظاهر أنه يشرب شرابا وهميا، و في سن الثالثة أو الرابعة يتظاهر الطفل أنه شخصية أخرى مختلفة، ينذر وجود هذا النوع من اللعب لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و هو عندما يمارسون هذا النوع من اللعب فهم يفتقرون إلى الخيال فهم لا يستطيعون اللعب بأشياء وهمية غير موجودة أمامهم، كما أنّ لعبهم ثابت لا يتغير يسير على شكل واحد و بطريقة واحدة في كل مرة يمارسون فيها اللعب، كما أنهم لا يستطيعون التظاهر أنهم أشخاص آخرون.

7. أهمية اللعب لذوي اضطراب التوحد:

للعب أهمية كبرى بالنسبة لذوي اضطراب التوحد منها:

- تنمية التواصل اللغوي و غير اللغوي و تنمية اللغة الاستقبالية و التعبيرية.
- تنمية التواصل الاجتماعي و تحسين سلوك اللعب.
- تنمية المهارات الحركية الكبيرة و الدقيقة.
- تنمية المهارات المعرفية.
- تفرغ الطاقات خصوصا الأطفال الذين لديهم نشاط حركي زائد (الظاهر، 2009، م: 234).
- يمنح الطفل الثقة بالنفس. (النجار، 2008، م: 84).

و أوضح والف (Walff) أن اللعب يمكن أن يكون منهاجا تدخليا و علاجا لتحسين مهارات الاتصال بين ذوي التوحد سواء كان الاتصال تفاعلي أو اجتماعي أو لغوي. (سهى نصر، 2002، م:131).

و أكد لويري (Lowery) أن هناك حالتين من الأطفال ذوي اضطراب التوحد تم علاجهما في جلسات العلاج باللعب لمدة سنة كاملة حيث أظهرت الحالتين تحسنا في تكوين بعض العلاقات الاتصالية. (رياض، 2008، م:99).

8. خصائص لعب الأطفال ذوو اضطراب التوحد:

- لا يلعب بالألعاب بل يقوم بمضغها أو التلويح بها.
- لا يلعب بالطريقة التقليدية فقد يقوم بصف الأشياء في صف واحد. (ناصيف وحيدر، 2007، 9)
- لا يلعب بطريقة استكشافية.
- تقل الابتكارية في لعبه.
- يتميز لعبه بالتمطية و التكرارية فهو لا ينوع في طريقة لعبه.
- لديه قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي.
- لا يستطيع تقليد لعب الآخرين. (محمد، 2002، 44).
- يقوم بتدمير الألعاب و تكسيرها لأن تفكيره غير مرن و غير منطقي و استجابته بطيئة للمواقف المعقدة في اللعبة. (عليوات، 2007، 58).
- لديه صعوبة في اللعب التبادلي مع الأطفال الآخرين.
- يميل إلى اللعب بأجزاء اللعبة و ليس باللعبة.
- يرتب الألعاب و يلعب بشكل روتيني و متكرر. (الدوسري، 2008، 3).

9. كيفية اللعب مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

هناك عدة مبادئ لابد من أخذها في الاعتبار عند اللعب مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

✚ لا يستطيع الطفل ذو اضطراب التوحد مشاركة الآخرين أو إخبارهم باهتماماته، لذا لابد من معرفة اهتماماته و اللعب معه بما يتناسب معها.

✚ تفسير أقوال الطفل و أفعاله عن طريق التعليق على لعبه أثناء اللعبة، و الأخذ في الاعتبار أنّ الطفل يريد أن يبني صلة مع الآخرين أثناء اللعب.

✚ اللعب مع الطفل بنفس الطريقة التي يلعب بها عن طريق تقليد حركاته لتشجيعه على التفاعل و مشاركة الآخرين في اللعب و تقليدهم.

✚ دخول عالم الطفل أثناء لعبه و الإصرار على اللعب معه.

✚ إتباع طريقة معينة في اللعب و تكرار كلمات معينة في كل مرة يتم اللعب فيها مع الطفل، مثل تكرار اسم اللعبة عند بداية اللعبة، و التلفظ بكلمة تدل على نهاية اللعبة مثل كلمة (خلاص).

✚ تبادل الدور أثناء اللعب مع الطفل.

✚ بما أنّ الأطفال ذوو اضطراب التوحد سريعو الملل فلا بد من تنويع الألعاب أثناء اللعب معهم. (ناصيف و حيدر، 2008، 14).

10. العلاج باللعب:

منذ الرضاعة و سلوك اللعب يصاحب الأطفال و يستمر معهم في كافة المراحل العمرية و الارتباط حياة الطفل باللعب و لأن الطفل يقضي معظم وقته باللعب و يتعلم معظم سلوكه من خلال اللعب، اعتبره بعض العلماء ميزة من مميزات مراحل الطفولة و يعتبر اللعب ظاهرة إيجابية في نشأة الطفل و اكتمال نموه الجسمي و العقلي، و الانفعالي و الاجتماعي، و النفسي. كما أنّ اللعب يزيد من روابط المحبة و الصلة بين الطفل ووالديه اللذان يلعبان

معهم، كما يساعد في تكوين المهارات الخاصة لحل مشكلاته و باللعب يتعلم الطفل كيفية كسب ود الأصدقاء و كيفية التعامل معهم (الهنداوي،2002، 17).

و اللعب في العلاج التحليلي النفسي هو وسيلة لإقامة التواصل و الحوار مع الطفل كما أن اللعب يعطي مجالا يسمح بالملاحظة و هو مصدر للمعلومات (السيد،2003، 194).

و يعتبر العلاج باللعب مجالا سيكولوجيا جديدا لدراسة السلوك الإنساني و قد أثبت هذا المجال فاعليته و تأثيره خصوصا مع الأطفال المضطربين غير الأسوياء (موستاكس، 1974، 21).

و ترى كاميليا عبد الفتاح (1980) أنّ: " كلمة اللعب في العلاج لا تشير إلى المعنى المألوف من النشاط و لكنها تعني حرية التصرف، حرية التفاعل، حرية التعبير، حرية الكذب و الشك وحرية الاحترام". (رفاه لمفون، 2012، 70).

و يرى بياجر أن الطفل يستفيد من وقت اللعب و أنه عندما يمارس اللعب فإنه يمارس في نوعين من النشاط هما: السلوك المعرفي، و السلوك الترفيهي. و كل أنواع اللعب تضم كلا من النوعين. (ماكنتاير، 2004، 15).

1) حجم جماعة اللعب في البرامج العلاجية:

اختلف العلماء في تحديد العدد المناسب لجماعة اللعب:

▪ يرى فريق العلماء الذين يتبعون مناهج العلاج التحليلي ألا يزيد حجم المجموعة عن (5) أطفال، لأنّ الجماعة الكبيرة تكون نشطة و يصعب على المعالج أن يلاحظ نشاط كل الأطفال في كل دقيقة.

▪ و يرى فريق آخر أنه من الممكن أن يمتد عدد أفراد المجموعة بين (6-8) أطفال.

▪ عموما يفضل المعالجون أن المعالج إذا كان مبتدئا ينبغي ألا يشكل جماعة بأكثر

من (3) أطفال. (كاميليا عبد الفتاح، 1980، 43).

2) الاتجاهات الأساسية التي يركز عليها العلاج باللعب:

- الإيمان بالطفل و الثقة فيه: الثقة بقدراته عن طريق الأحاسيس و التعبيرات والعبارات.
- تقبل الطفل: عن طريق التفاعل معه في نشاط حقيقي.
- احترام الطفل: إذا شعر أنه محترم يشعر أن المعالج يفهم حاجاته و مشاعره. (موستاكس، 1972، م:23).

3) دور المعالج في جلسات العلاج باللعب:

ركزت كاميليا عبد الفتاح (1980) على العلاقة التي تربط المعالج بالطفل و حددت دور المعالج في عدة نقاط:

- تقبل و تفهم مقاومته.
- تشجيعه على اللعب.
- بناء علاقة طيبة معه.
- الابتعاد عن الألفاظ التي تثير خوفه.
- البساطة في الحديث و في الملابس. (عبد الفتاح، 1980، م:96).
- و ذكرت سهى نصر (2002) أشياء أخرى على المعالج أن يفعلها أثناء جلسة اللعب:
- أن يكون على يقظة تامة بما يحدث للطفل من تغيرات أثناء لعبه.
- أن يوجه الطفل لاختيار أنشطته أثناء اللعب.
- أن يحاول المعالج إنهاء جلسة اللعب بسرعة.
- أن يحدد المستوى الذي توقف عنده الطفل لتحديد نوعية الألعاب المعطاة له.
- أن يضع جدولاً بالدقائق و بأشكال و أنواع الألعاب ليحدد الوقت و نوعية الألعاب التي يلعب بها الطفل.

و هناك مجموعة من النقاط الرئيسية التي يجب التعرف عليها من جلسات العلاج باللعب
مثل:

- التعرف على قدرات و ميول الطفل يمكن من تهيئة اللعبة الهادفة التي يستطيع من خلالها أن يمارس نشاطه الاجتماعي باللعب بعيدا عن التعقد.
- عدم إغفال الإعاقة الجسدية أثناء التعامل مع اللعبة فمن ذوي اضطراب التوحد من يكون لديهم إعاقات سمعية أو بصرية أو لمسية لا يجب إغفالها حتى لا تعوق تفاعلهم واتصالهم بالآخرين.
- ضرورة توفير المعززات الإيجابية أثناء اللعب. (بدوي، 2006، م:54).

خامسا: الانتباه المشترك:

1. مفهوم الانتباه:

مهارة إدراكية معقدة و تتضمن عدة أشكال يرتبط كل منهما بالآخر بما في ذلك توجيه الانتباه و الانتباه الانتقائي و نقل الانتباه و إدامة الانتباه.

2. الانتباه المشترك:

هناك العديد من التعريفات للانتباه المشترك، أحدها يتمثل في أن الانتباه المشترك عبارة عن: " تركيز عقلي متبادل بين المشاركين من أجل هدف واحد لخبرة مشتركة". (Paparella & Kasari, 2004, 270). هذا الانتباه المشترك ضروري لاكتساب اللغة، و يرتبط بالقدرة اللغوية المتوقعة لدى الأطفال العاديين، و الأطفال التوحديين (Jones et Al, 2006, P 784). بالإضافة إلى ذلك، بسبب الحقيقة التي مفادها أن الدافعية الاجتماعية هي التي تمثل الأساس للانتباه المشترك، فإن ظهور الانتباه المشترك يفترض أنه مؤشر على ظهور التفاهم الاجتماعي ويرتبط بمستويات كفاءة التفاعل الاجتماعي (Travis et Al, 2001, 120). كما يفترض أن الانتباه المشترك شرط ضروري في نمو نظرية العقل. (طلال عبد الرحمان الثقفي، 2015، ص 44).

كما يعد الانتباه المشترك عبارة عن مجموعة من مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي كالإيماء و الالتقاء البصري و تعبيرات الوجه و الإشارة و التبادلية و التعبير عن العواطف و فهمها و التي تتيح للطفل مشاركة الخبرة بشيء أو حدث مع شخص آخر. و بتعبير آخر: هو تبادل اجتماعي يركز فيه الأطفال و البالغون على نفس الحدث أو الشيء. ولكي يتمكن من ذلك يستخدم الطفل مجموعة من المهارات كالتواصل البصري و الإشارة والإيماء و إصدار الأصوات أو الكلمات. لذا يُعرف الانتباه المشترك بالتبادل الثلاثي بسبب وجود ثلاثة مكونات هي: البالغ و الطفل و الشيء الخارجي.

من خلال التعريفات السابقة يتضح الفرق بين الانتباه المشترك و الانتباه و هو أنّ الانتباه المشترك هو تفاعل اجتماعي متبادل، أي أنه ينطوي على إعطاء و أخذ و تبادل الأدوار، و يركز الشريكان الاجتماعيان خلاله على نفس الحدث أو الشيء. أما الانتباه فهو يشير إلى التركيز على حدث أو شيء قد يكون أو لا يكون نقطة مركزية مشتركة بين طرفين و لا يتطلب المهارات الاجتماعية (الدماطي، 2002، 89).

1) ظهور مهارة الانتباه المشترك:

من المعروف أنّ الأطفال الرضع في الشهر السادس تقريبا من العمر يتفاعلون ثنائيا مع الأشياء، و يمسونها و يلاعبونها بأيديهم كما يتفاعلون ثنائيا مع الآخرين من حولهم معبرين عن انفعالات متبادلة ذهابا و إيابا في تتابع دوري. و غالبا ما يفضلون الناس إذا كانوا حولهم في أثناء لعبهم بالإضافة للأشياء التي بين أيديهم. كذلك غالبا ما يغفلون الأشياء التي يلاعبونها بأيديهم إذا كانت الأشياء حولهم بينما هم في حالة تفاعل مع الناس. (رضا عبد الستار كشك، 2007، ص 71).

و لكن في المرحلة من الشهر التاسع إلى الثاني عشر من العمر تبدأ في الظهور طائفة جديدة من السلوكيات ليست ثنائية و إنما تكون ثلاثية بمعنى أنهم يضيفون نوعا من التآزر

بين تفاعلاتهم مع الأشياء و الناس مما يؤدي إلى نشوء مثلث مرجعي من الطفل و الكبير و الشيء أو الحدث موضوع الانتباه المشترك.

و يبدأ الأطفال بشكل شبه نمطي في هذه السن و لأول مرة النظر بمرونة و عن ثقة إلى حيث ينظر الكبار (متابعة التحديق) بهدف الانخراط معهم لفترات شبه طويلة من التفاعلات الاجتماعية التي يتوسطها شيء ما و التأثير في أشياء بالطريقة التي يفعلها الكبار. أي أنّ الأطفال في هذه المرحلة العمرية يبدؤون لأول مرة في التوافق مع انتباه و سلوك الكبار إزاء الكيانات (الأشياء) الخارجية. كما يبدؤون في توجيه انتباه و سلوك الكبار بشكل نشط تجاه أشياء خارجية مستخدمين إشارات واضحة مثل أن يشير بإصبعه إلى شيء أو يمسك به و يدفعه إلى أعلى ليريه لشخص ما.

و تمثل مثل هذه السلوكيات الاتصالية محاولات الأطفال لجعل الكبار يتوافقون مع انتباههم تجاه شيء ما خارجيا. و لذلك يتجاوز الأطفال مرحلة التصرف الثنائي مثل : الذراعان فوق الرأس بمعنى الرجاء لكي يحمله الكبير- تصبح هذه الإشارات التوضيحية ثلاثية حيث تشير للكبير إلى شيء ما خارجيا. و من بين هذه الإشارات توجد محاولات أمره لدفع الكبير لأداء عمل ما لشيء أو لحدث ما، كما توجد محاولات إعلامية لجعل الكبار يشاهدون شيئا أو حدثا ما. و هذه المحاولات الإعلانية تشير إلى رغبة الطفل في أن يشاركه الكبير الانتباه.

و هذا الانتباه المشترك سلوك تواصل ينفرد به البشر كما أن افتقاد هذا السلوك يعد تشخيصا مهما و رئيسيا للدلالة على أعراض اضطراب التوحد (بارون كوهين 1995) (ميشيل توماسيللو، 2006، 82-83).

كما يذكر (Ruth Hunber, 2001, 277) أن الانتباه المشترك يقصد به تكرار تركيز الانتباه من الأشياء إلى الناس و العودة مرة ثانية و تظهر هذه المهارة في نهاية السنة الأولى

من عمر الطفل و من خلال هذه المهارة يلجأ الطفل إلى المشاركة و استبدال الخبرات مع الآخرين كما تقوده إلى المحادثة و تعتمد هذه المهارة على إستخدام الحملقة بالعين و هي تظهر لدى الطفل منذ الشهر الثالث من الميلاد.

كما يتطلب الانتباه المشترك أن يكون الطفل و المراهق منتبهين نحو نفس الشيء. و من خلال فهم العلاقة بين السبب و النتيجة باستخدام المحاولات المنفصلة يحاول الطفل اكتشاف ما يجب أن يفعله و يشد انتباهه و ذلك للحصول على النتيجة المرغوبة له و بذلك يتكون لدى الطفل مهارة الانتباه المشترك. (رضا عبد الستار كشك، 2007، ص 72).

(2) أهمية الإنتباه المشترك:

تمثل هذه المهارة نقطة مشتركة مهمة لتطوير التواصل، فعندما تسمي الأم شيئاً أو حدثاً موجوداً في البيئة يجب أن يعرف الطفل ما تشير إليه أمه. مثال ذلك: نفترض أن الأم التي تقول لطفلها أثناء تحميمه " بطة " إشارة إلى دمية لبطة موجودة في حوض الاستحمام. إذا لم يعرف الطفل ما تشير إليه الأم، فقد يظنّ أنّ لفظ " بطة " تشير إلى الصابون أو الإسفنجة أو الماء أو أي شيء آخر في الحمام. و هكذا قد يظن أنّ الإسفنجة اسمها "بطة".

و من ناحية أخرى، عندما يدرك الطفل اللفظة المرجعية للشخص البالغ (قصد الشخص الكبير من التواصل) فإنّ الطفل سيعرف حينئذ أنّ لفظ " بطة " تشير إلى ذلك الجسم الأصفر العائم في البانيو و يمكن أيضاً إظهار مهارة الانتباه المشترك في أحداث الروتين العادية كتغيير حفاظ (ملابس) الطفل و الاستحمام ووقت تناول الطعام.

لذا يعتبر فقدان هذه المهارة (الانتباه المشترك) من أهم العناصر التي تميز بين الطفل التوحدي و غيره من الأطفال. فالطفل التوحدي لا يذهب إلى أحد الأشخاص المحيطين به ليديه ما صنعه أو يحاول لفت أو جذب انتباهه من خلال الإشارة إلى شيء لفت انتباهه و ينقل نظره بطريقة تبادلية بين الشيء و الشخص الآخر.

لذلك تساعد مهارة الانتباه المشترك الطفل لطلب شيء أو الحصول على مساعدة شخص بالغ، أو مشاركة اجتماعية للطفل و فقدان هذه المهارة شائعة بين الأطفال التوحيديين فهي تنتشر بنسبة 90-94% بين الأطفال التوحيديين إلى حد أنه يعتبر عنصرا تشخيصيا مهما. أما النسبة المتبقية من الأطفال التوحيديين و التي هي 6-10% ممن لديهم مهارة الانتباه المشترك فيفعلون ذلك بطريقة تختلف عما يفعله الأطفال الآخرون (Carpenter & Tomasello, 2000, 82).

3) تعليم مهارة الإنتباه المشترك للطفل التوحيدي:

من خلال إستخدام وسائل بصرية كالصور أو الرموز توضح للطفل الأشياء التي يفعلونها و الأشياء التي تأتي بعدها و كذلك الأشخاص الذين سيتعاملون معهم. و بهذه الطريقة تقلل كمية المعلومات التي يحتاجون إلى تفسيرها عن بيئتهم. و تقليد أفعال الطفل، فمن الأسهل للطفل التوحيدي أن يقلده الآخرون بدلا من أن يقوم هو بتقليد غيره. فمن خلال تقليد الطفل يساعده على فهم أفعال الشخص الآخر و التنبؤ بها.

فعندما يقوم الشخص الآخر أو المحيط بالطفل بتقليد ما يقوم به الطفل تتاح للطفل فرصة أن يختار الشيء الذي يجب أن يفعله و يزداد لديه الحافز للتعليم. (Rita Jordan, 1997,34).

سادسا: التقليد:

1. مهارة التقليد:

البحث في مهارة التقليد لدى الطفل التوحيدي من الأبحاث التي لها تاريخ طويل فكانت البداية في عام 1953 عندما لاحظ كل من Ritvo & Provence وصف أم لطفلها التوحيدي عندما كان عمره عام واحد بعدم قدرته على عمل Pat-a-Cake عندما يشاهدها و هي تفعل ذلك. و الطريقة الوحيدة التي استطاع أن يتعلم بها هذه اللعبة هي جعل الأم تمسك يديه و تقوم بالحركات هي، و منذ ذلك الوقت و العديد من الأبحاث تناولت العلاقة بين مهارة

التقليد و اضطراب التوحد و أول من راجعا هذه العلاقة Rogers & Pennington, 1991 و ذلك من خلال سبع دراسات قاما بها أسفرت عن وجود دليل قوي العلاقة بين الاضطراب و مهارة التقليد لأبسط الحركات، كما اقترحا بوجود قصور بيولوجي يؤدي إلى الحد من استعداد الطفل ليشكل و ينسق التصورات و التخيلات الاجتماعية له و للآخرين.

وهذا القصور الأساسي يؤدي إلى تأثيرات كبيرة تشمل القصور في مهارة التقليد والتواصل الاجتماعي و المهارات الفاعلة و القصور في النظام العصبي الذي يشكل قصور أساسي لدى الطفل التوحدي. (Justin H. Williams et, Al, 2004, 285).

و التقليد مهارة مهمة للغاية فالعديد من الأطفال التوحديين لديهم صعوبة في مهارة التقليد. فالتقليد ربما يشمل تقليد أفعال الجسم مثل التصفيق باليدين، و اللعب بالأشياء مثل اللعب بالكرة، أو تقليد أفعال لفظية مثل الأصوات و الكلمات و العبارات لذلك فإذا كان الطفل لا يستطيع تقليد هذه الأنماط السلوكية من المهم تدريبه و تعليمه هذه المهارة. و يشير Stoon (1997) إلى أن مهارة التقليد تعتبر المهارة الأولى في التواصل و يعاني الأطفال التوحديون من فشل فيها و لكن من خلال التدريب يتحسن أو يظهر هؤلاء الأطفال تحسنا ملحوظا في تقليد بعض الأفعال أو الحركات (Deb Keen, et, Al, 2001, 389).

2. أهمية التقليد:

إنّ التقليد شرط أساسي من خلاله يكتسب الطفل الطبيعي من عمر عام إلى أربعة أعوام كم ضخم من المعلومات. و التقليد من خلاله يكتسب الطفل مهارات جديدة بالممارسة و التدريب و من خلاله يتعرف على بعض الأشياء الجديدة ثم يمثلها في نفسه و يمثلها مرة ثانية عندما يلاحظها و يقوم بتعميمها في أماكن مختلفة. و بهذا يكون التقليد بمثابة طريقة تجريبية. بينما الطفل التوحدي لديه قصور في القدرة أو الدافع لتقليد الأشياء في العالم

المحيط به فهو يخفق في الأشغال لما يدور حوله و تتمثل صعوبة التقليد لدى الطفل التوحدي في:

✚ القصور في ضم (دمج) التوجيهات: فالتقليد يعتمد على أن الفرد يريد أن يكون مثل الآخرين أو يعمل مثل الآخرين و من المعروف أننا لا نُعلم أطفالنا التقليد فهو يبدأ تلقائيا لدى الأطفال بينما الطفل التوحدي لديه قصور في الرغبة في المشاركة و الاشتراك مع الآخرين و هذا القصور عام و يتمثل في أماكن و مواقف عديدة بعكس الطفل الخجول. (رضا عبد الستار كشك، 2007، ص 74).

✚ و يتمثل القصور الثاني في نظرية أعمال العقل لدى الطفل التوحدي فالطفل عندما يقلد أو ينسخ أفعال الآخرين فهو ضمنا يعكس فهمه للأشياء التي فعلها الآخرون. و بذلك يكون التقليد تمثيلا لما يدور في عقل الآخرين من خلال الممارسة لخبرة الآخرين. و هذا يوضح الرغبة و الانجذاب في تقليد الأقران فالأقران لديهم أفكار متشابهة من حيث التنظيم و مستوى الصعوبة لذلك فالطفل يستطيع بسهولة رؤية ما يفعله قرينه (و هذا يفسر ربما لدى بعض الآباء و المعلمين ما يلاحظونه من أن الطفل التوحدي يميل لتقليد السلوك السيء عن السلوك الجيد. فالسلوك السيء تعبير عن قدرة عقلية بسيطة تنفذ و السلوك السيء المتمثل في الارتطام غالبا لا يتطلب أعمال العقل فهو سبب يتبعه أثر).

✚ و تتمثل الصعوبة الثالثة في الاستجابة و البحث عن الجديد. فالأطفال التوحديون لديهم اعتراض للاستجابات الجديدة .

و مما سبق يتضح أن غياب التقليد أو القصور فيه يمثل أكبر إعاقة للتعلم لدى الطفل التوحدي. فالقصور في ملاحظة الآخرين له تأثير عام على كمية المعلومات، و الإخفاق في تمثيل المعلومات الجديدة له أثر عميق في قدرة الطفل على التوافق و اكتساب معلومات جديدة أو الإرتباط بخبرات الآخرين. (Bryna Siegel, 2003,114).

3. أنواع مهارات التقليد:

- **تقليد (محاكاة) عمل يجري على أشياء:** و ينطوي هذا النوع على تقليد شخص ما هو يمارس عملاً معيناً على شيء كخبط لعبة بأخرى، أو الضغط على زر لعبة.
- **تقليد حركات الأشخاص:** من خلال محاكاة حركات بسيطة كرفع اليد أو اليمين معاً أو ممارسة القفز ، تقليد حركة الوجه في الابتسام أو العبوس
- **التقليد اللفظي** من خلال تقليد الأصوات أو الكلمات.
- **التقليد الفوري:** من خلال تقليد شيء ما بعد رؤيته مباشرة و التقليد المؤجل من خلال تقليد شيء ما بعد رؤيته بفترة من الزمن أقلها 5 دقائق و أطولها أيام أو أسابيع. (وفاء علي الشامي، 2004، 354).

4. كيف يتعلم الطفل التقليد؟:

تتضح الإجابة على هذا التساؤل من خلال هذا المثال و ذلك بإمداد الطفل التوحدي بنموذج يستطيع تقليده و يقوم الأب أو المدرب بتقديم هذا النموذج مثال ذلك نموذج عروسة (مجسم) لبقرة و يقوم بتحريكه أمام الطفل و ترديد الإسم أثناء إمساكها، بقرة مو ..مو ثم يقوم بملامسة النموذج للطفل (دغدغة) فيبدأ الطفل الاهتمام بها و يقوم بمسكها و من خلال التكرار و من خلال لعب أحد الأقران أو أحد الإخوة مع الطفل في فناء المزرعة، و من خلال نماذج بلاستيك للعبة (العروسة) يقوم المدرب بترديد الكلمة.

لذلك من الممكن أن يزداد التقليد أو مهارة التقليد لدى الطفل التوحدي من خلال مواد جديدة فالطفل يسعد بالتلويح باستخدام مجموعة أشياء مترابطة و استخدام بطارية كهربائية. و أيضاً يزداد التقليد عندما يحدث تفكك لضم أو دمج التوجيهات من خلال تجزئة هذه التوجيهات. و ذلك باستخدام المحاولة المنفصلة و التوجيه الحركي و التدريب على معرفة العلاقة بين السبب و النتيجة.

و يشتمل التقليد على عنصرين أساسيين هما: العملية الآلية لمحاكاة نموذج، و
الباعث الاجتماعي على الرغبة في تقليد شيء ما فقط لمجرد أن شخصا ما يفعل ذلك
الشيء.

و عندما يتعلم الطفل كيف يحاكي النموذج، فإن هذا الطفل يتعلم أن بإمكانه أن
يطبق تلك المحاكاة للنموذج Template على أي شيء يلاحظه و يستشير إهتمامه، و
يحاول القيام بذلك الفعل أيضا. إن هذه العملية للقيام بمحاكاة متفردة للفعل الذي يقلده
تضيف لحصيلة الطفل من المخططات أو خطط الأفعال الأفعال. كما أن المخطط يمكن أن
يعدل أو يتم ربطه بمخطط آخر بمجرد أن يتم تمثله (أي بمجرد أن يفهمه الطفل).

إنّ النمط الأول من التقليد هو تقليد نمطي للأفعال (الذي يشار إليه بالتقليد غير
اللفظي). و باستخدام أسلوب المحاولة المنفصلة يمكن حث الطفل حثا حركيا شاملا "ليفعل
ذلك" بينما يقوم المرشد بأداء الفعل مثل: " لمس أنفه " و يتم سحب الحث تدريجيا حتى
يستجيب الطفل لأمر " افعل ذلك " و ذلك بالانتباه للمرشد مهما كانت الإشارة (بمناداة اسمه
مثلا). (رضا عبد الستار كشك، 2007، ص 76).

إنّ كثيرا مما يطلب من الأطفال أن يتعلموه في المراحل المبكرة هو كثير من الأفعال
ذات طبيعة " الوقوف "، " الجلوس "، و هي جيدة تماما للتدعيم الأولي لمفهوم التقليد، و
لكن لكي يتمكن الطفل من إدراك فكرة أن التقليد هو مخطط بإمكانه أن يعممه، فإنه ينبغي
أن يتعلم شيئا أكثر متعة، أي شيء يشتمل على تعزيز داخلي أو مباشر و هذا يتطلب
فقط قليلا من التخيل. و لن يتمكن الطفل من تقليد فعل ثان ما لم يتمكن الطفل من تعلم
تقليد الفعل الأول بنسبة نجاح 90%، على مدار أربع محاولات متتالية لمدة ثلاثة أيام
متعاقبة، و الأطفال يستطيعون التعلم بهذه الطريقة، و لكن هذا ليس مماثلا للطريقة التي
يكتسب بها الأطفال العاديو النمو مفاهيم مثل: " إجلس "، " قف " (Bryna Siegel, 2003,)
(320).

و ترى ارينيه جوهانسون (1999، 26) أنّ من الطرق الهامة لتنمية مهارة التقليد للتواصل و ذلك من خلال تهيئة المواقف التي فيها عكس الدور مثل لعبة خذ و هات. حيث يعتقد أنّ الطفل من خلال عكس الدور هذا يرى ذاته من خلال عيون شخص آخر بسهولة أكثر و يستدمج انطباعات هذا الشخص الآخر.

كما أنّ عكس الدور قد يجعل من السهل على الطفل أن يفهم أنّ الآخرين ليس لديهم نفس الخبرات مثله و لذلك يبدأ الطفل في تبني منظور الشخص الآخر، و هذا يساعد على تحقيق التواصل الوظيفي لدى الطفل.

كما ذكرت (Rita Jordan, 1997, 35) عددا من الأنشطة التي تساعد على تنمية مهارة التقليد من خلال:

- 1- أخذ الدور من خلال تقليد المدرب للضوضاء التي يحدثها الطفل التوحدي إلى أن تأتي اللحظة التي يلاحظها الطفل التوحدي ذلك من المدرب فيتوقف هو و يسمح للمدرب بذلك و بالتدرج تتحول الضوضاء إلى أصوات ثم كلمات فجمل.
- 2- لعبة الكلام في المحارة أو الميكروفون و تتم بين المدرب و مجموعة من الأطفال بحيث تعطى المحارة أو الميكروفون لكل طفل لكي يتكلم فيها و من خلال هذه اللعبة يمكن أن يستمعوا إلى القصص و يتعرفوا على الموضوع من خلال تمثيله بالدمى.
- 3- الاستماع إلى الأنشطة من خلال إحضار سلة و يقول المدرب عندما ذهبت إلى الدكان اشتريت فيقوم كل طفل بذكر شيء يريده و هذا بالنسبة للطفل الأول و يقوم الطفل الثاني بذكر ما قاله الأول ثم ذكر شيء جديد يريد أن يشتريه من الدكان.
- 4- إحضار صورة و توضع أمام مجموعة من الأطفال لكي يقول عنها كل طفل كلمة مختلفة عن الكلمة الذي يذكرها زميله.

الفصل الرابع:

التدخل المبكر

- تعريف التدخل المبكر .
- أساسيات التدخل المبكر .
- استراتيجيات التدخل المبكر .
- برامج التدخل المبكر.
- التدخل المبكر عند الأطفال التوحديين.

أولاً: التدخل المبكر

1. نبذة موجزة عن تطور التدخل المبكر :

لقد قدّمت البحوث العلمية أدلة قاطعة على أنّ لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه. فالمرحل العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة. ففي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية – الإدراكية والمعرفية واللغوية و الاجتماعية التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي. (زينب الفضل، 2009).

لقد بينت البحوث العلمية على التالي :

1. أنّ التدخل المبكر يساعد الأطفال، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر)، (Hayden, 1997,p. 160).
2. إنّ النمو المبكر يُزود الأطفال بأساس متين للتعلم في المدرسة الابتدائية وللعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة (Evans & Myers 1994, p6).
3. إنّ برامج الطفولة المبكرة التي تقوم على فهم مبادئ النمو الإنساني ضمانة للنمو المستقبلي للمجتمع بأسره (Hohmann, 1991, p 4).
4. إنّ الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر (Hayden . 1997. p. 161).
5. لعلّ أهمّ انجازات ميدان الطفولة في العقد الماضي هو الإيضاح المتكرر لإمكانية دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين بنجاح. فالقضية المطروحة في الوقت الراهن

ليست قضية إمكانية أو جدوى برامج الدمج في مرحلة ما قبل المدرسة بل كيفية تصميم هذه البرامج لتحقيق الفائدة القصوى (Guralnick . p. 3 ,1990) (الخطيب والحديدي ، 1998 : 36 ، 37).

2. ماهية التدخل المبكر:

يشير مصطلح التدخل المبكر إلى الإجراءات و الممارسات التي تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة مثل: تأخر النمو و الإعاقة بأنواعها المختلفة و الاحتياجات الخاصة بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية و الإرشادية. هذا و تتفاوت كثافة و تركيز برامج التدخل المبكر حسب نوع المشكلة، فالمدة الزمنية تختلف حسب حالة كل طفل. و يتمثل الغرض من برامج التدخل المبكر في مساعدة طفل ذوي الاحتياجات الخاصة على النمو و التطور إلى أقصى درجة يمكن الوصول إليها.

إنّ التدخل المبكر أولوية وطنية في كثير من دول العالم المتقدمة، فقد سنّت حكومات تلك الدول تشريعات و قوانين تنص على أهمية اكتشاف مشاكل الأطفال وعلاجها في وقت مبكر. (مصطفى نوري القمش، 2011، 235).

و قد دخل مصطلح التدخل كأحد المصطلحات التي استخدمتها لجنة البيت الأبيض للتخلف العقلي عام 1961 عندما أثار ويلكوكس Willcox, 1961 و مقرر لجنة البيت الأبيض للتخلف العقلي تقريراً مفاده أنّ ظاهرة التخلف العقلي، يبدو أنها منتشرة في قطاعات من المجتمع الأمريكي تشترك في خصائص مميزة لها، و هي: انخفاض مستوى التعليم، الدخل، و فقدان الوعي الصحي و الاجتماعي (فاروق صادق، 1998: 68).

و يعني التدخل المبكر تلك الإجراءات الهادفة المنتظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، و الحيلولة دون تحولها في حالة وجودها إلى عجز دائم، و كذلك تحديد أوجه القصور في جوانب نمو الطفل الصغير، و توفير

الرعاية الطبية و الخدمات التعويضية التي من شأنها مساعدته على النمو و التعلم، علاوة على تدعيم الكفاية الوظيفية لأسرته، و العمل على تقادي الآثار السلبية و المشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانیه الطفل من خلل أو قصور في نموه و تعلمه و توافقه، أو التقليل من حدوثها، و حصرها في أضيق نطاق ما أمكن ذلك(عبد المطلب القرطي، 2001:38).

و يعرف (فاروق صادق، 1998:67) مصطلح التدخل في ضوء أن يقوم الأخصائي أو الأخصائيون بالتعامل مع مشكلة تعوق الطفل من تحقيق ذاته أو إمكانياته في التكيف مع الزملاء أو الكبار، و بحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى اختفاء المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية في حياة الطفل الأسرية و المدرسة، كما أن الأخصائيين يستخدمون كل الإمكانيات المتاحة، و الإستراتيجيات و الطرق المناسبة للتعامل مع مشكلة الطفل.

و تُعرف (إيمان كاشف، 2004:598) خدمات التدخل المبكر على أنها مجموعة من الإجراءات و التدريبات المنظمة و التي تقدم للأم و الطفل المساعدة لكي ينمو بصورة طبيعية قدر الإمكان من خلال استثمار قدرات الطفل الطبيعية، و أيضا سدّ الخلل الناتج عن وجود الإعاقة و ذلك بتدريب الطفل و الأم لتنمية مهارات التواصل و التفاعل فيما بينهما.

و من الناحية الإجرائية فإنّ التدخل المبكر يعمل على تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة و في بعض الحالات حتى دون سن الثالثة من ذوي الاحتياجات الخاصة، و إلى تطبيق سياسات وقائية لخفض مسببات الإعاقة أو العجز وهذه السياسات قد تكون أولية أو ثانوية.

و يرى الباحث أن التدخل المبكر هو تلك الإجراءات و الجهود التي يتم من خلالها تقديم برامج الرعاية و التكفل من خلال إعداد طواقم مؤهلة للكشف و التكفل بالاضطرابات التي يعاني منها الأطفال في المراحل العمرية المبكرة، و هذا بهدف إعدادهم إلى مراحل النمو المقبلة للتخفيف من أعراض العاهة لديهم و تحقيق تكيف و توافق أفضل ما أمكن ذلك من خلال إشراك الأسرة و المجتمع في ذلك.

3.مبررات التدخل المبكر:

هناك العديد من المبررات للتدخل المبكر، و فيما يلي أهم هذه المبررات:

✓ إنَّ فرص التحسن المبكر للمعوقين تكون أفضل كلما كان كشف الإعاقة مبكرا. فقد أظهرت نتائج دراسة أبت و آخرين (Abbott et Al,2000) و التي أجريت على عينة يبلغ قوامها 43 طفلا، و بلغت أعمارهم 5 شهور، و تم متابعتهم في 8 شهور، إلى أنَّ البيئة المنزلية الغنية تزيد من النمو الحركي للطفل الرضيع.

✓ كما أنَّ طبيعة عمليات نمو الجهاز العصبي تجعل إمكانية اكتساب المهارات أكبر ما تكون في سنوات الحياة الأول و التي تحدد حاضر المعوقين و مستقبلهم، كذلك فإنَّ الكشف المبكر الأمثل للمعوقين يجب أن يتم خلال الأعوام الأربعة الأولى من حياتهم (لظفي بركات،1981، 9-10).

✓ إنه من الواضح أنَّ الخطوات أو الإجراءات المبكرة التي تتخذ للتقليل من التأثيرات الانفعالية و الاجتماعية و الذهنية للإعاقة تكون أفضل (Wall, 1979,75).

✓ على الرغم من التأكيد المتواتر من المهتمين و المتخصصين و نتائج الأبحاث الدولية التي تؤكد على أهمية التدخل المبكر إلا أنَّ غالبية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تصل إليهم الخدمات حتى يلتحقوا بسن المدرسة الابتدائية (Farag, 1995, 175).

- ✓ إنَّ الأمل معقود في توفر سبل لغزيلة الأطفال في مرحلة عمرية مبكرة، مما يساهم في خفض الفرص التي تؤدي إلى القصور البدني الحسي و التي تؤدي إلى أنماط مختلفة من السلوك اللاسوي (Bland,1979,213).
- ✓ الإخفاق في توفير محيط محفز في وقت مبكر لا يؤدي إلى استمرار بقاء الوضع الحالي فقط، و لكن إلى توقف حقيقي في القدرات الحسية و نكوص في النمو.
- ✓ إنَّ الأساس المنطقي لتكلفة التدخل الإرشادي المبكر و فائدته عادة ما يكون أكثر اقتصادا من التدخل الإرشادي المتأخر.
- ✓ كل نُظم الكائن الحي ذات علاقات متبادلة بطريقة ديناميكية، لذا فإنَّ الإخفاق في معالجة الجزء المعوق قد تتعدى تأثيراته إلى مناطق أخرى للنمو (استيوارت، 26، 1993).
- ✓ تعليم الطفل الاستجابة التلقائية منذ وقت مبكر، فقد انتهت دراسة جونز و آخرون (Jones et Al, 2007) إلى تدريب مبكر لأطفال توحيدين تراوحت أعمارهم ما بين 2-3 سنوات، و مساعدة الطفل على تعميم استجاباته التلقائية إلى مواقف أخرى.
- ✓ إنَّ التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.
- ✓ إنَّ التدخل المبكر يُزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي و الاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.
- ✓ هناك جدوى اقتصادية للتدخل المبكر أكثر من التدخل المتأخر.
- ✓ إنَّ التعليم الإنساني في السنوات الأولى أسرع و أسهل من التعلم في أية مرحلة من المراحل العمرية الأخرى.
- ✓ إنَّ النمو ليس نتاج الوراثة فقط و لكن البيئة تلعب دورا حاسما و فعالا أيضا، مما يزيد أهمية التدخل المبكر.

✓ إنّ للتدخل المبكر أثرا بالغا في تكْيُف الأسرة و التخفيف من الأعباء المادية و المعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها (Haydan&Pious,1997) (القمش والمعايطة، 361:2007).

✓ إنّ السنوات الأولى في حياة المعوقين الذين يُقدّم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان و فرص ضائعة و ربما تدهور نمائي أيضا.

✓ إنّ والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.

✓ إنّ التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر، فهو يعني احتمال معاناة المشكلات المختلفة طوال الحياة.

✓ إنّ التدخل المبكر جُهد مثمر و هو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يُقلل النفقات المُخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

✓ إنّ الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين و إنّ المدرسة ليست بديلا للأسرة.

✓ إنّ معظم مراحل النمو الحرجة التي تكون فيها القابلية للنمو و التعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.

✓ إنّ مظاهر النمو متداخلة، وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

✓ إنّ التدخل المبكر يساهم في تجنيب الوالدين و طفلها المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة (الخطيب و الحديدي، 2004).

و تشير (إيمان كاشف، 2004، 600-601) إلى أنّ التدخل المبكر يهدف إلى تقديم عدد من الخدمات مثل:

✚ عمل مسح طبي شامل للطفل بعد ميلاده مباشرة.

✚ كل الأطفال الذين لم يتجاوزوا اختبارات المسح هذه، تُقدم لهم قبل سن ثلاثة شهور.

✚ كل الأطفال ذوي الإعاقة يتلقون خدمات التدخل المبكر متعدد الأساليب بما يتناسب مع خلفية الأسرة الثقافية.

✚ الأطفال الذين لديهم مؤشرات تشير إلى خطر إعاقة ما يتلقون نوعاً من المراقبة والإشراف والمتابعة الطبية لمنع حدوث الإعاقة.

✚ يجب تنظيم خدمات التدخل المبكر بطريقة تسمح بتلبية احتياجات الأسرة و الطفل بما في ذلك اكتساب القدرة الاتصالية، و البناء النفسي السليم للطفل.

4. أهمية التدخل المبكر:

يمرّ الطفل المتأخر ذهنياً بنفس مراحل النمو الارتقائي التي يمر بها الطفل الطبيعي إلا أنّ الطفل المتأخر ذهنياً يحتاج إلى مجهود أكثر و فترة أطول للتدريب على اكتساب المهارات المختلفة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل الطبيعي و يجب أن نشير إلى أنّ تدريب الطفل المتأخر ذهنياً على هذه المهارات في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على اكتساب تلك المهارات في وقت مبكر و بالتالي تقليل الفجوة بينه و بين الطفل الطبيعي عن طريق التعرف على احتياجاته و توفيرها له مما ينعكس على قدرة الطفل على الاعتماد على نفسه و التفاعل مع المجتمع المحيط به و بالتالي تقبل الأسرة و المجتمع له. (نجوى عبد المجيد محمد، 1998-1999، 2021).

و ترجع أهمية التدخل المبكر إلى أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية و الاجتماعية، كما أنه يمنع أيضاً العيوب الثانوية عند الأطفال ذوي الإعاقة. (Samuel A, Kirk, et al, 1993,38).

و قد أثبتت الأبحاث التي تمّت على نمو الطفل أنّ معدل النمو و التعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة. و قد أصبح وقت التدخل مهمّاً عندما يتعرض الطفل إلى خطر، فقد فقدَ فرصة التعلم خلال مرحلة الإعداد القسوى، فإذا لم تُغتَتم

هذه المراحل التي تكون لديه القدرة فيها على التعلم سيواجه الطفل صعوبة في تعلم بعض المهارات مع مرور الوقت.

و للتدخل المبكر تأثير هام على الوالدين و الأخوة و كذلك الطفل المعوق، فالأسرة التي لديها طفل معوق دائما ما تشعر بالإحباط و العزلة عن المجتمع و يزيد توترها و يأسها و إحساسها بالعجز. فالضغط الناتج عن وجود طفل معوق يؤثر على مدى مساعدة الأسرة له و يؤثر على تقدم و نمو الطفل. و التدخل المبكر ينتج و يسبب تحسين معاملة الوالدين تجاه أنفسهم و أطفالهم مما يكسبهم المعلومات و المهارات اللازمة لتعليم أطفالهم بالإضافة إلى قضاء وقت الفراغ معهم بجانب العمل.

و المجتمع هو المستفيد، فالطفل الذي ينمو و يتعلم يكتسب القدرة على الاعتماد على النفس و يُقلل من الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية و هذا يحقق فائدة اجتماعية و اقتصادية. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص 18).

و من مراجعة هيوارد و أورلانسكي لمئات الدراسات حول أهمية التدخل المبكر في رعاية الأطفال المعرضين للتخلف أو التأخر العقلي تبين تحسن حالات كثيرة في النمو العقلي و الاجتماعي و الانفعالي و اللغوي و الحركي. كما تبين من هذه المراجعة أنّ التدخل المبكر له تأثير كبير على المدى البعيد. (كمال إبراهيم مرسى، 1996، ص 225).

و لقد بينت البحوث العلمية أنّ التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يُخفف تأثيرات حالة الإعاقة و هو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر (Hayden,1997,160).

فمن متابعة الأطفال الذين حصلوا على الرعاية المبكرة وُجد أنّ معظمهم كانوا تلاميذ عاديين في المدارس الابتدائية و الإعدادية و الثانوية، و لم يلتحق منهم بالتربية الخاصة إلا نسبة قليلة. أما الأطفال الذين لم يجدوا الرعاية المناسبة فقد ازدادت حالات بعضهم سوءا في

مرحلة الطفولة الوسطى و المتأخرة و ارتفعت بينهم نسبة التخلف العقلي و بطئ التعليم و الانحرافات السلوكية. (كمال إبراهيم مرسى، 1996، 225).

و تُبين أيضا أنّ التدخل المبكر في الرعاية ساعد في تقليل الحاجة إلى مدارس التربية الخاصة و مؤسسات الإيواء لأنّ توفير الرعاية في سنّ مبكرة يحمي الأطفال من التعرض للتأخر الذهني و من الانحرافات السلوكية و الضعف في التحصيل الدراسي، مما يجعلهم قادرين على التوافق الاجتماعي و التربوي في المدارس العادية و لا يحتاجون إلى المدارس الخاصة.

فالنمو المبكر يُزود الأطفال بأساس متين للتعليم في المدرسة الابتدائية و للعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 1998، 36).

يُضاف إلى هذا ما أشارت إليه دراسات أخرى من أنّ التدخل المبكر يُسهم في تخفيض تكاليف رعاية الطفل المتخلف عقليا. (كمال إبراهيم مرسى، 1996، 225).

فالجوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر و التي تؤدي إلى إمكانية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بنجاح. (Guralnick,1990,3) (Hayden, 1997, 161).

5. حجم انتشار مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكرة :

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقة في مرحلة ما قبل المدرسة ، ففي حين تقدر بعض المصادر هذه النسبة بحوالي 3% تقدرها مصادر أخرى بحوالي 15% ومثل هذا التفاوت الواسع في التقديرات يعود إلى عدة أسباب من أهمها عدم وضوح التعريفات فليس هناك تعريف مُوحد أو اتفاق على المدى العمري للأطفال المستهدفين من برامج التدخل المبكر. وحتى في حالة الاتفاق على تعريفات موحدة فثمة مشكلات وصعوبات تتعلق بتشخيص الإعاقات وبخاصة البسيطة منها في السنوات الأولى. فمن المعروف أنّ

الصعوبات التعليمية والمشكلات الكلامية والتخلف العقلي البسيط وبعض الاضطرابات السلوكية يصعب التعرف عليها قبل دخول الطفل الصف الأول. علاوة على ذلك ، فإن إثبات أو نفي وجود إعاقة أمر بالغ الصعوبة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الصغار في السن ذلك أنّ هؤلاء الأطفال يتغيرون بسرعة وبشكل ملحوظ. وعلى الرغم من هذه التحديات فإنّ اتفاقاً عاماً على أن حوالي (10%) من الأطفال في سن ما قبل المدرسة في أي مجتمع لديهم إعاقة أو أنهم في وضع غير مطمئن بمعنى أنّ إعاقة ما قد تتطور لديهم (1982- French & Jansma – Fewell)

وبالنسبة للدول العربية لا تتوفر إحصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها فيما يتعلق بأعداد الأطفال المعوقين بوجه عام أو الأطفال في مراحل ما قبل المدرسة بوجه خاص. فبعض الدول حاولت تحديد أعداد الأطفال المعوقين والبيانات المتوفرة تدفع بالقول إلى أنّ الأرقام المقدمة لا تعكس الحقائق. وذلك أمر لا يدعو للدهشة لأنّ تقدير أعداد الأطفال المعوقين في الدول العربية يعتبر مهمة بالغة الصعوبة في وقت الراهن لعدة عوامل منها: غياب التعريفات الإجرائية للإعاقة، و عدم توفير أدوات القياس التي تتمتع بالخصائص السيكومترية المناسبة، والنزعة نحو إخفاء الأطفال المعوقين عن الأنظار لأسباب اجتماعية-ثقافية (الخطيب والحديدي: 1998 ، 38 ، 39). (زينب الفضل، 2009).

6. حالات الإعاقة الأكثر استفاداً من التدخل المبكر:

يمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الاستفادة من خدمات التدخل المبكر إلى سبع مجموعات وفق ما ذكره بيجو (Bijou, 1988):

❖ الأطفال الأكثر عرض للإصابة من الناحية:

- الفطرية، مثل الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

- البيئية.

- الطبية و البيولوجية.

- ❖ الأطفال المتأخرون نمائيا.
- ❖ الأطفال المصابون حركيا.
- ❖ الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل.
- ❖ الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية.
- ❖ الأطفال شديدي الاضطراب الانفعالي مثل: حالات فصام الطفولة.
- ❖ الأطفال المصابون في أحد الجوانب الحية التالية:

- السمعية.

- البصرية.

- السمعية و البصرية معا (القريوتي و آخرون، 1995، 466). (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 241).

7. مراحل عملية التدخل المبكر:

تتكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي: التعرف، الاكتشاف، التدريب، الإرشاد. و بالرغم من أنها مراحل مرتبة ترتيبا منطقيا إلا أنه عند التطبيق يندمجون مع بعضهم و لا يمكن التفرقة بينهم بسهولة، و نُفصل المراحل المذكورة سابقا فيما يلي:

أ- التعرف (التحقق):

ملاحظة العلامات الأولى أو الإشارات التي تشير إلى أنّ الطفل مُعرض لخطر النمو أو أنه في تقدم شاذ.

ب-الاكتشاف:

عن طريق البحث في هذه العلامات و الإشارات بطريقة منظمة لكافة السكان و التي تتضمن برامج مسحية مثل تحليل الفينيل كيتونوريا و اختبارات كشف الإعاقة السمعية

و اضطرابات النمو، و لا تمثل مُخرجات هذه الاختبارات التشخيص بل يتم تحويل الأطفال المختارين لعمل فحوصات تشخيصية أخرى.

ت-التشخيص:

و يكون نتيجة وجود الإعاقة في النمو بجانب معرفة الأسباب المسببة لها، و التشخيص يأخذ مكانه في الترتيب بعد التعرف على العلامات و الإشارات التي تعتبر الطفل مُعرض لخطر أو انحراف النمو.

ث-التدريب:

كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل و بيئته صُممت لخلق ظروف أفضل للنمو. هذه الأنشطة تتضمن تنبيه و تنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية و خدمات إضافية عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، التخاطب، السمعيات و التغذية.

ج-الإرشاد:

و هو كل أشكال التدريب و الاستشارة المتاحة للآباء، الأسرة، الأسرة المفككة و الإمداد بالمعلومات عامة. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، 23).

8. إستراتيجيات التدخل المبكر:

يتم التدخل المبكر وفقا لإستراتيجيات ثلاثة:

1) عملية توطئة:

و يكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو و التكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعلّمي أو السلوكي.

2) تعديل مفاهيمه و تعويضه:

بتعديل إدراكات و ممارسات الوالدين للطفل نحو الطفل.

3) توعية و تعليم الوالدين:

لرعاية الطفل و تحسين قدرة الوالدين و كفاءتهم في التعامل مع الطفل.

كما تحدد الإستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الآتي:

أ- إستراتيجية التدريب المنزلي:

تقوم هذه الاستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل و تؤكد على تحمل الأسرة للدور و للعبء الرئيسي في تنفيذ و تقديم الخدمات العلاجية و التربوية للطفل بعد تزويدها بالمهارات و الوسائل اللازمة لذلك. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص 24)

ب- إستراتيجية مراكز التدخل المبكر:

تقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المتخصصين اللازمين، و تستقبل هذه المراكز و تقدم لهم التدريب و الخدمات الأخرى اللازمة. و هناك أشكال من المراكز:

- مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.
- مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل: و تقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال إلا أنها تشترط على الأهل الحضور و المساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات.
- مراكز تدريب الوالدين، و تقوم باستقبال الوالدين و أبناءهم و في البداية يتم تدريب أولي على كيفية العمل مع الطفل و من ثم يقوم الوالدان بموالاتة التدريب بإشراف المتخصصين في المركز.

ت- إستراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي.

ث- إستراتيجية التدريب المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز.

و تقوم على تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأوليتين من عمر الطفل و من ثم إلحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.

ج- إستراتيجية مركز تتبع نمو الطفل:

و تتلخص هذه الإستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد و الأطفال دون الخامسة الأكثر عرضة للإعاقة و متابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج عيادات الأمومة و الطفولة أو المراكز الصحية. (نادية إبراهيم عبد القادر، 2002، 85-86) (منى سند، 1998، 109).

وفي العنصر الموالي سيتم التطرق إلى نماذج التدخل المبكر على حسب كل إستراتيجية من الاستراتيجيات السالفة الذكر حتى تتوضح أكثر.

9. نماذج التدخل المبكر:

شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن و الأطفال المعرضين للخطر. و كل من هذه النماذج له مزاياه و عيوبه و بعض هذه النماذج أكثر ملائمة و فائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص 26)

و فيما يلي النماذج الرئيسية للتدخل المبكر:

التدخل المبكر في المراكز:

حيث يتم تقديم خدمات التدخل المبكر في مركز أو مدرسة و تتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات فيها من سنتين أو ثلاث سنوات إلى ست سنوات و قد يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في الحضانات و رياض الأطفال العادية بدلا من تنفيذها في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و ذلك تحقيقا لمبدأ الدمج.

و يلتحق الأطفال بالمراكز لمدة 3-5 ساعات يوميا بواقع 4-5 أيام أسبوعيا إلا أن بعض الأطفال لا يحضرون إلا يومين أو ثلاثة أيام فقط. و تشتمل الخدمات التي تُقدّم في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو حيث يتم تقييم حاجات الأطفال و تقديم البرامج المناسبة لهم و متابعة أدائهم.

و غالبا ما يتم العمل بالتعاون بين المعلمات و الأسرة خاصة الأمهات. فقد تقوم الأمهات بملاحظة أطفالهم في المراكز لفترات معينة أو المشاركة في تنفيذ بعض الأنشطة التدريبية المحددة. كما تقوم الأمهات بمتابعة تدريب الأطفال في المنازل لتعميم المهارات التي يتم اكتسابها عن طريق التدريب بالمركز. و يتم تدريب الأمهات من خلال اللقاءات الجماعية أو جلسات التدريب الفردية أو المشاركة في التدريب الصفي. و تحدث عملية تواصل بين المركز و المنزل عن طريق الهاتف أو اللقاءات الشخصية أو دفاتر الملاحظات و غير ذلك. و من مزايا هذا النموذج:

- قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط و تنفيذ الخدمات.
- إتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين.
- توفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي سواء كان دعما ماديا أو فنيا أو معنويا على استمرارية الخدمات و تفعيلها.

أما العيوب الرئيسية لهذا النموذج فهي:

- مشكلات توفير المواصلات و الصعوبات المرتبطة بها و الكلفة المادية.
- عدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية كما في نموذج التدخل المبكر من خلال المنازل. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص 27).

🚦 التدخل المبكر في المنزل:

و فيه تُقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم ، حيث تقوم مدربة أو معلمة أسرية بالتدريب ثلاث مرات أسبوعيا.

و يستخدم هذا النموذج عادة في الأماكن الريفية و النائية حيث لا توجد إلا أعداد قليلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، و حيث تُشكّل عملية نقل الأطفال بين المنزل و المركز مشكلة كبيرة. و غالبا ما تهتم برامج التدخل المبكر في هذا النموذج بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن السنتين.

و في هذا النموذج يقوم الأخصائيون بتقييم الأطفال و تحديد حاجاتهم و يساعدون الأمهات في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات و يتابعون دوريا مستوى تطور مهارات كل من الأطفال و أمهاتهم.

و من أهم عمل الأخصائيين العاملين في مجال التدخل المبكر في المنزل تدريب أولياء الأمور و أحيانا يقوم مساعدو الأخصائيين بهذا الدور تحت إشراف مباشر من الأخصائيين. و من أفضل الأساليب لتدريب أولياء الأمور على العمل مع أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة في المنزل القيام بوصف الأنشطة و التدريبات التي عليهم تنفيذها و توضيح كيفية تنفيذها للأطفال و قيام أولياء الأمور بتنفيذها أمام الأخصائيين و تزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائها. و يُنصح باستثمار قدرات الإخوة و غيرهم من القائمين برعاية الطفل كي لا تكون عملية التدريب في المنزل عبئا على أولياء الأمور.

و من مزايا هذا النموذج:

- غير مكلف اقتصاديا مقارنة بالتدخل المبكر في المراكز.
- يوفر الخدمات للأطفال في بيئتهم الطبيعية مما يُقلل من مشكلة تعميم المهارات المكتسبة.
- يشمل على مشاركة الأسرة الفعالة في برنامج طفلها مع الحصول على الدعم والمعلومات اللازمة.

أما العيوب الأساسية لهذا النموذج:

- عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال.
- توقع قيام أولياء الأمور بعمل كثير و عدم أخذ قسط من الراحة بسبب بقاء الطفل في المنزل.
- وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الاجتماعي.
- انتقال المعلمات الأسريات من منزل لآخر يستغرق وقتا طويلا و قد ينطوي على بعض الصعوبات الخاصة.

التدخل المبكر في كل من المركز و المنزل:

وفقا لهذا النموذج يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سنا في المنزل و للأطفال الأكبر سنا في المركز. كما يتم أحيانا التحاق الأطفال في المركز لأيام محددة، و يقوم الأخصائيون بعمل زيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين أسبوعيا حسب حالة الطفل و حاجات الأسرة. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص 28).

و لا تختلف إيجابيات و سلبيات هذا النموذج عن إيجابيات و سلبيات النموذجين السابقين. إلا أنّ هذا النموذج يتميز بالسماح بتلبية حاجات الأطفال و أسرهم بمرونة أكبر، كما أنه يتطلب إشرافا و برمجة على نطاق واسع.

✚ التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات:

في هذا النموذج يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية للمركز بواقع مرة أو مرتين أسبوعياً و فيها يتم تقييم و متابعة أداء الأطفال و تدريب أولياء الأمور و مناقشة القضايا المهمة معهم. و يتم اللقاء بأولياء الأمور فردياً أو في مجموعات و يقوم فريق متعدد التخصصات بتقديم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. و من أهم خصائص هذا النموذج أنه يقوم بتدريب أولياء الأمور.

✚ التدخل المبكر في المستشفيات:

و فيه تُقدّم الخدمات للأطفال صغار السن الذين يعانون من مشكلات و صعوبات نمائية شديدة جداً تتطلب دخولهم إلى المستشفى بشكل متكرر أو لفترات طويلة. و عن طريق هذا النموذج يتم تدريب و معالجة الأطفال على أيدي فريق متعدد التخصصات غالباً ما يشمل أطباء الأطفال و أخصائي العلاج الطبيعي و الأخصائيين النفسانيين و أخصائي التربية الخاصة. و يلائم هذا النموذج الأطفال أصحاب حالات الشلل الدماغي و القلب المفتوح و الإصابات الدماغية.

✚ التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام:

يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة أو الألعاب لتدريب أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن و لتوصيل المعلومات المفيدة لهم. و غالباً ما يتم تنفيذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تُبَيّن لأولياء الأمور بلغة واضحة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة و كيفية التعامل مع الاستجابات غير السوية التي يُظهرونها.

و غالباً ما يُستخدم المنحنى السلوكي في تنفيذ هذا النوع من أنواع التدخل المبكر فيتم تدريب أولياء الأمور على:

- تحديد السلوك المستهدف و تعريفه.
- قياس السلوك. (سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص 29).
- تصميم الأنشطة و التخطيط لها.
- تنفيذ الأنشطة.
- تقييم فاعلية الأنشطة. (جمال الخطيب، منى الحديدي، 1988، 48-54).

10. دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة:

إنّ من الأدوار التي على الأسر القيام بها الكشف المبكر عن الأطفال الذين يُظهرون أنماطاً نمائية غير طبيعية بُغية تزويدهم بالخدمات الطبية والنفسية - التربوية في أسرع وقت ممكن. وفي حالة اضطرابات النمو فقد يكون الطفل معوقاً وقد لا يكون ذلك كون أنّ انحراف النمو عما يعتبر عادياً لا يعني بالضرورة حالة إعاقة حيث أنّ الإعاقة انحراف ملحوظ يتم تحديده وفقاً لمعايير موضوعية فهي ليست كل انحراف. ومهما كان الأمر فإنّ هؤلاء الأطفال بحاجة للتعرف عليهم مبكراً للحد من التأثيرات المحتملة لوضعهم النمائي. فإذا كان ما يعانون منه ليس إعاقة فالهدف هو منع المزيد من التدهور في الأداء والوقاية من المشكلات الإضافية. ويستطيع الآباء أن يلعبوا دوراً فاعلاً في الكشف المبكر بالرغم من أنّ ذلك ليس بالأمر السهل خاصة إذا كانت الإعاقة غير شديدة أو غير ظاهرة وربما يكون أفضل معين للآباء في هذا الصدد الإطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة (الحركية و الاجتماعية واللغوية والعقلية و الانفعالية). فمعرفة ما هو متوقع من مهارات في مرحلة عمرية ما يساعد في تحديد ما إذا كان نمو الطفل مطمئناً أم لا وبالتالي إذا كانت هناك حاجة إلى إحالته إلى الأخصائيين لإجراء الفحوصات وتطبيق الاختبارات لمعرفة هل لديه إعاقة أم لا. و يستطيع أولياء الأمور اكتساب تلك المعرفة بالرجوع إلى مراجع الطفولة

ومراجع علم نفس النمو بوجه عام (Peterson, 1986). (الحديدي والخطيب، 1996: 28، 31).

وترى الباحثة (زينب الفضل، 2009) : كذلك أنّ المؤسسات التي تُعنى برعاية الطفولة تتحمل مسؤولية محو أمية الآباء والأمهات فيما يتصل بصحة وتنشئته. فليس أمراً صعباً أن يعي الآباء عوامل الخطر البيئية والبيولوجية التي قد تهدد نمو الأطفال وتعرض صحتهم الجسمية والنفسية للخطر و اتخاذ الاحتياطات اللازمة للحد منها. ويُؤوّه الباحثون في ميدان التدخل المبكر إلى أنّ الآباء هم أفضل من يستطيع القيام بالكشف المبكر عن المظاهر النمائية غير المطمئنة وإحالة الأطفال الذين قد يكون لديهم ضعف أو إعاقة إلى الأطباء والأخصائيين الآخرين. ومن المؤكد أنّ قيام الآباء أنفسهم بالكشف الدوري عن القدرات الحسية و العقلية و الحركية و اللغوية لأطفالهم أكثر فاعلية من البرامج الكشفية التي يتم تنفيذها على نطاق واسع لمرة واحدة. هذا ويمكن مساعدة الآباء على القيام بالدور التشخيصي الأولي من خلال تزويدهم بقوائم تقدير نمائية.

وللأسرة دور فعال و كبير و تنشئة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة، و الأطفال التوحديين بصفة خاصة. فرعاية الأسرة و حنان و عطف الوالدين، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل و تعديل سلوكه (كوثر عسليّة، 2006، 171-172).

و تربية الطفل الرضيع في بيئة منزلية منبهة يكون أفضل، إلا أنه ينبغي أن نضع في الاعتبار أنه من الممكن ألا تزود هذه البيئة الطفل الرضيع بالاستثارة المناسبة لنموه بطريقة جيدة، و لهذا ينبغي تدريب الوالدين لتسهيل النمو السليم للطفل الرضيع (Cunningham, 1979, 184).

11. أساسيات التدخل المبكر (المفاهيم وطرق الوقاية):

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية و اجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة. وبالرغم من أنّ الأطفال الصغار في سن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أنه توجد أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها ، فهم من ناحية أطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية احتياجاتهم. و لذلك فإنّ برامج التدخل المبكر تُركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يُعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة ومن ناحية ثانية، فيما أنّ الأطفال المعوقين أو المتأخرين أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فإنّ حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تليبيتها بشكل كامل ومتكامل.

ولذلك توجد حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعوقين وأسرهم. وبالطبع فإنّ الحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي و الاجتماعي - الانفعالي.

والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل متخصص (Fox Hanline . Vail& Galant.1994) (عبدالله ، 1999: 11 ، 15).

وبما أنّ برامج التدخل المبكر تُعنى بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها قدراتهم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإنّ مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتوسع حيث توجد فروق كبيرة جداً بين طفل عمره شهران وطفل عمره سنتان وطفل عمره ثلاث سنوات وآخر عمره أربع سنوات

كذلك فإنّ برامج التدخل المبكر قد يستفيد منها أطفال يعانون من كافة أنواع الإعاقة و توجد فروق كبيرة أيضاً بين طفل لديه شلل دماغي و آخر لديه ضعف سمعي و ثالث لديه إعاقة عقلية و آخر توحد وهكذا...

وعلى الرغم من أنّ مقولة (درهم وقاية خير من قنطار علاج) ومقولة أخرى (العلم في الصغر كالنقش في الحجر) وغيرهما من المقولات التي تُبرز مخاطر عدم اكتشاف المشكلات ومعالجتها مبكراً ليست مقولات حديثة ، إلا أنّ ميدان التدخل المبكر حديث العهد نسبياً في معظم دول العالم . (الخطيب ، 1997 ، 42-45).

إنّ التدخل المبكر في الدول العربية لا يرقى إلى مستوى التطلعات سواء من حيث الوقاية من الإعاقة أو الكشف المبكر عنها أو الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة للأطفال الصغار في السن وأسرههم. فتوجد خدمات غير متكاملة تقدمها بعض الجهات ولكن تلك الخدمات لا تصل إلا لنسبة ضئيلة جداً من الأطفال الذين يحتاجون إليها. وتأخذ تلك الخدمات أشكالاً متنوعة منها بعض الإجراءات المتعلقة بتنفيذ برامج صحة الأسرة والفحص قبل الزواج ، و الاستشارات الطبية والجينية، وحملات التوعية والتثقيف الصحي. وتلعب وزارات الصحة والمكاتب الإقليمية أدواراً مؤثرة وفاعلة في هذه الجوانب. إضافة إلى ذلك فإنّ أعداداً قليلة من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الصغار في السن أصبحوا يلتحقون بمراكز التربية الخاصة ورياض الأطفال العادية .(الخطيب ، 1996 : 40 ، 41).

وترى الباحثة (زينب الفضل ، 2009) : أنّ الطفل ذا الاحتياجات الخاصة له الحق الكامل في الحصول على برنامج وطريقة خاصة في التأهيل والتعليم، فهؤلاء الأطفال لهم شخصياتهم المميزة التي منحها لهم الخالق عز وجل ويستحقون الاهتمام الكامل حسب احتياجاتهم العقلية والجسدية والروحية والثقافية، إلى برنامج تدخل مبكر يصمم خصيصاً لتقديم خدمات تعليمية وتأهيلية لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من سن الولادة إلى ثلاث سنوات، و خدمات إرشادية ومعنوية لعائلاتهم ، وكذلك تقديم برنامج لتقييم الطفل بمجالات

التطور المختلفة " كالناحية الاجتماعية، ناحية الاعتماد على النفس، الناحية الإدراكية، الناحية الحركية والنطق.

و المبدأ الذي يقوم عليه هذا البرنامج هو أنّ " الوالدين هم أفضل المعلمين لأطفالهم ". فهم يعرفون أطفالهم أكثر وذلك لوجودهم معهم معظم الوقت فبالتالي هم يلعبون دوراً هاماً في برنامج الطفل وكذلك أنّ حضور الأم ضروري أثناء تواجد الطفل في مراكز التربية الخاصة، حيث أنها هي التي ستقوم بتطبيق التدريبات له في البيت بدعم من الأب وباقي أفراد العائلة.

ويتبين للمتأمل في تطور ميدان الاهتمام و التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في العقود الماضية، أن إنجازات كبيرة قد تحققت سواء من حيث المناهج أو أساليب أوليات تقديم الخدمات.

ما يهمننا هنا هو الاهتمام الذي توليه دول العالم حالياً بالأطفال ذوو الإعاقات في مرحلة الطفولة المبكرة أو بما يُعرف على نطاق واسع بالتدخل المبكر. وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة حتمية للأدلة القوية التي قدمتها البحوث العلمية في العلوم النفسية والتربوية و كذا ميادين أمراض اللغة و التواصل حول الدور الحاسم للعوامل البيئية في السنوات الأولى من العمر في تغيير مسارات النمو. فقد بينت الدراسات بما لا يدع مجالاً للشك عدم صحة مقولة أنّ النمو يتقرر في ضوء الوراثة فقط وأنه ثابت نسبياً وأنّ الإثارة البيئية لا تترك أثراً يذكر على النمو الإنساني. ففي عقد الستينات صدر كتابان كان لهما أصداء واسعة وتأثيرات عميقة على النظرة إلى القابليات التعليمية والأداء العقلي وبالتالي على برامج التربية في مرحلة الطفولة المبكرة. الكتاب الأول كان بعنوان (الذكاء والخبرة) وقد بين فيه جوزيف هنت (1961م - Hunt) أنّ الذكاء الإنساني متغير وليس ثابتاً. أما الكتاب الثاني وهو بعنوان (الثبات والتغير في الخصائص الإنسانية) فقد أظهر فيه بنجامين بلوم (1964 - Bloom) إمكانية التنبؤ بالذكاء المستقبلي مع بلوغ الطفل السادسة من عمرة تقريباً وأنّ هذه الإمكانية

تكون أقل كلما كان العمر الزمني للطفل أقل مما يعني أنّ الذكاء يكون أكثر قابلية للتأثر بالعوامل الخارجية في السنوات الأولى من العمر. إضافة إلى ذلك فإنّ دراسات علمية مستفيضة بينت أنّ الخبرات في الطفولة المبكرة تحدث تغييراً كبيراً في النمو من حيث معدله أو تسلسله أو نوعيته (Safford – 1975م). (الخطيب و الحديدي، 1998: 19، 20).

وترى أيضا زينب الفضل أنه : وبالرغم من أنّ أهمية السنوات الأولى من العمر بالنسبة للنمو المستقبلي أمر أدركه التربويون وعلماء النفس والأخصائيين في مجالات التربية الخاصة المختلفة وغيرهم منذ فترة طويلة ، فإن إيباء هذه السنوات الاهتمام الذي تستحقه على المستوى العملي جاء متأخراً نسبياً ، وإذا كانت الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال العاديين فهي أكثر أهمية للأطفال المعوقين. فسنوات العمر الأولى بالنسبة لأعداد كبيرة من الأطفال المعوقين سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء وفترات تدهور نمائي وضياح فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة ، وبدلاً من أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة تطور ولعب و استكشاف و استمتاع كما هو الحال للأطفال العاديين فإنها غالباً ما تكون مرحلة معاناة وحرمان للأطفال المعوقين.

و انطلاقاً من هذه الحقيقة أصبحت قضية التدخل المبكر تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية والتربوية. فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً. (زينب الفضل، 2009).

ولقد أصبح ممكناً في الآونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات أثناء الحمل أو لدى الأطفال حديثي الولادة. و جدير بالذكر أنّ التعرف المبكر على مثل هذه الاضطرابات المرضية ومعالجتها قبل حدوث تلف في الجهاز العصبي أو غيره من أجهزة الجسم يمنع حدوث الإعاقة. كذلك فإنّ الإنجازات التي حققها علم الجينات مؤخراً قد جعلت الإرشاد الجيني أداة فاعلة للكشف المبكر عن حالات الإعاقة. هذا الإرشاد يوجه أساساً نحو الأفراد وأولياء الأمور الأكثر عرضه لإنجاب أطفال معوقين. وفي مجال الكشف الصحي المبكر،

توجد تجارب ريادية في حملات الكشف السريع عن الضعف التعليمي. (Fallen - 1985م - & Umansky).

وتتمثل الخطوة الثانية في الكشف العام بإحالة الأطفال الذين تبين من الكشف أنهم يعانون من ضعف حسي أو تأخر نمائي لغوي أو تعليمي تتم إحالتهم إلى الأخصائيين بالتعاون مع أولياء الأمور وبموافقتهم، إنَّ التدخل المبكر يلعب دوراً وقائياً حيوياً يتمثل أساساً بمساعدة الطفل على :

أ- اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها.

ب- اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.

ج- تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز.

د- فهم مشاعره ومشاعر الآخرين.

هـ- تطوير اتجاهات إيجابية نحو المركز أو المدرسة والتعلم. (الحديدي، 1985: 23،

25).

وبالرغم من أن غموضاً كبيراً ما زال يكتنف أسباب كثير من الإعاقات إلا أنَّ البحوث العلمية في العقود القليلة الماضية قد أَلقت الضوء على عدد كبير من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة أو المرتبطة بها في مرحلة الطفولة المبكرة. ولكن الإجراءات الوقائية لن تقضي قضاء تاماً على الإعاقة وعليه فالحاجة إلى التدخل المبكر حاجة مستمرة وواضحة كل الوضوح. و إدراكاً منها لأهمية التدخل، فقد سنَّت بعض الدول مؤخراً تشريعات تضع الكشف المبكر (باعتبارها الخطوة التمهيديّة التي لا غنى عنها للتدخل المبكر) في رأس قائمة أولويات السياسات الوطنية المتعلقة بنمو الأطفال وصحتهم.

و قد حرصت التشريعات على ربط الكشف المبكر بشكل وثيق بالوقاية من الإعاقة من جهة وبالتدخل المبكر من جهة ثانية. (الخطيب، 1997:51، 52).

و ترى الباحثة زينب الفضل: أنه في الواقع وفي السنوات الأخيرة أصبح التدخل المبكر يحظى باهتمام لم يسبق له مثيل ، فبرامج التدخل المبكر المنفذة في المراكز المتخصصة وتلك الموجهة نحو الأسر، والإعلانات العالمية المتعلقة بالتربية للجميع وحقوق الإنسان المعوق بوجه خاص ، والبحوث والدراسات العلمية المتصلة بالطفولة والتربية الخاصة، كلها أعطت دفعة قوية لرسالة التدخل المبكر.

وهكذا فإنّ التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة و الأطفال ذوي الإعاقات المثبتة فقط، و لكنه يشتمل أيضاً على خدمات الكشف و التشخيص المبكر، و الخدمات المساندة (العلاج الطبيعي و الوظيفي و النطقي). و الإرشاد و الدعم و التدريب الأسري ، و الخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة و خاصة مجال الرعاية الصحية الأولية ، والتوعية الأسرية و الجماهيرية بوسائل الاتصال المسموعة و المقروءة و المرئية. و قد أصبحت المجتمعات الإنسانية تدرك أكثر من أي وقت مضى أهمية التدخل المبكر.

(1 مفهوم الوقاية من الإعاقة و أهدافها و برامجها:

تكاد تتفق معظم المراجع التي كتبت في موضوع الإعاقة على مفهوم الوقاية من الإعاقة، إذ يذكر القريوتي و زملاؤه (1995) أنّ منظمة الصحة العالمية قد تبنت في عام 1976 مفهوماً جديداً للوقاية على أنها مجموعة من الإجراءات و الخدمات المقصودة و المنظمة التي تهدف دون/ أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفيزيولوجية أو السيكولوجية و الحد من الآثار المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرص للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته بأقل درجة ممكنة و توفير الفرصة له لأن يحقق حياة أخرى أقرب ما تكون إلى حياة العاديين، و قد تكون تلك الإجراءات و الخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي، في حين تعرفها

الحيدري (1985) على أنها التصدي لجميع الأسباب و العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 243).

و تبدو أهمية الوقاية من الإعاقة في تجنب الكثير من الآثار النفسية والاجتماعية و الصحية و الاقتصادية التي تحدث للفرد المعاق و لذويه، و من هنا جاء اهتمام كافة الجهات و القطاعات ذات العلاقة ببرامج الوقاية من الإعاقة لا سيما إذا تذكرنا إمكانية تجنب أكثر من 50% من حالات الإعاقة إذا ما اتخذت التدابير و البرامج الإجراءات الوقائية في ظهور الإعاقة. و يؤكد القريوتي و آخرون (1995) نقلا عن ميهتا (Mehta,1978) أن 85% من حالات الإعاقة البصرية في الهند (توجد في الهند 24 مليون حالة من كف البصر) يمكن الوقاية منها و منع حدوثها لو اتخذت الإجراءات و التدابير و البرامج الوقائية لمنع حدوثها. و تشير الحيدري (1985) نقلا عن هولت و كوتش (Holt & Coch,1978) إلى أن ولادة توحيدي تُكلف أكثر من 60000 دولار وهو متوسط ما كان يمكن أن يحصل عليه خلال مراحل حياته لو كان فردا عاديا، و أنه كان بالإمكان تفادي كل ذلك لو وضعت البرامج الوقائية و أهمها الرعاية الطبية خلال مراحل الحمل. و تذكر سمث إمكانية تجنب 50% من الأسباب المؤدية إلى حالات الإعاقة العقلية كما تذكر قائمة بالاختبارات التي يمكن إجراؤها في أثناء فترة الحمل مثل اختبار نسبة البروتين في الدم الذي يكلف 125 دولار تقريبا و يمكن أن يجنب الأم حالات الإعاقة العقلية (المنغولية) و حالات اضطرابات العمود الفقري. كما تذكر سميث اختبارات أخرى يمكن القيام بها للحد من الإعاقة العقلية مثل فحص السائل الأمني، و تذكر مجموعة من الإجراءات اللازم إتباعها لدى الأم الحامل مثل العناية الطبية و تجنب الكحول و العقاقير و الاهتمام بالتغذية الراجعة، و تجنب حالات الولادة المبكرة، وتجنب الأشعة السينية و اختيار العمر المناسب للحمل، كما تذكر مجموعة من الإجراءات الوقائية للأطفال مثل التركيز على التغذية، الابتعاد عن المواد الكيماوية، و منع الالتهابات و اختبار قياس مستوى الرصاص في الدم.

و أخيرا تذكر سميث بعض البرامج الموجهة إلى المجتمع مثل تجنب حالات الفقر، و توفير التعليم المناسب و حماية الطفل من الإساءة و الإهمال و إجراء اختبار ال PKU للأطفال في أعمار مبكرة، و توفير العناية الصحية للأم الحامل ، و للأطفال... إلخ. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 244).

كما تذكر سميث عددا من الإجراءات الوقائية لمنع حدوث حالات من اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام و ذلك من خلال عرض للأسباب التي يمكن تجنبها مثل:

- فقدان السمع.

- اضطرابات نمو/ تشوه الأسنان، الالتهابات المزمنة، العوامل الأسرية، العوامل الثقافية، الأمراض المعدية و الحصبة، العقاقير و الأدوية و الكحول، تلف الدماغ الذي يرجع إلى أسباب الولادة المبكرة و التسمم و الصدمات و العامل الرايزيسي، الضغط النفسي.

و تذكر سميث عددا من الإجراءات التي يمكن اتخاذها للوقاية من الإعاقة البصرية مثل: الإرشاد الجيني لاسيما في حالات زواج الأقارب، الاهتمام بالتغذية، العلاج الطبي لمنع حدوث الإعاقة البصرية، تخفيف نسبة السكر في الدم للأطفال المصابين بالسكري، التشخيص المبكر لمظاهر احتمال الإصابة بالإعاقة البصرية مثل احمرار العين و ذرف الدموع، الحول، الاهتمام بحركة بؤبؤ العين، العمى الليلي، طول النظر، قصر النظر، حالات النعاس، استخدام إحدى العينين فقط، إجراءات السلامة العامة و الابتعاد عن الآلات الحادة و الحوادث و الإصابات المباشرة للعين.

كما تذكر سميث عددا من الإجراءات التي يمكن اتخاذها للوقاية من الإعاقة السمعية مثل العلاج الطبي للأسباب المتعلقة بالإصابة التوصيلية للأذن الوسطى، العلاج الطبي لمنع حدوث الإعاقة السمعية، العلاج الطبي للأسباب المتعلقة بالإصابة الحسية للأذن الداخلية والعصب السمعي و خاصة زراعة القوقعة، تجنب الالتهابات والأسباب المؤدية لها

و خاصة إذا ما تم تشخيصها و علاجها في الأعمار المبكرة. التشخيص المبكر و علاجه طبيا أو تربويا، الاهتمام بالأعراض المبكرة لاحتمال الإصابة بالإعاقة السمعية مثل: صعوبة متابعة الطفل للتعليمات اللفظية، و مراقبة الطفل لحركة شفتي المعلم و قلة المحصول اللغوي للطفل، ومشكلات النطق و الصوت و اللغة للطفل، و مشكلات النطق و الصوت و اللغة المبكرة، والتهاب الأذن، و رفع صوت الراديو و التلفزيون من قبل الطفل. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 245)

(2) طرق الإعاقة الوقائية من الاعاقة:

سوف نتضح صورة الوقاية من الإعاقة بشكل أفضل إذا عرضناها في ضوء مستويات الإعاقة الثلاثة وهي:

أولاً: الوقاية الأولية: و هي جملة الإجراءات التي تهدف إلى الحيلولة دون حدوث نقص في السمع أو فقد للبصر و الأسباب التي تؤدي للإعاقة، و ذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية.

➤ إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

- التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل (الكشف عن حالات عدم توافق العامل الرايزسي، إجراء الاختبارات الكشفية للتأكد من عدم الإصابة بأمراض معدية أو مزمنة، الحصول على المطاعيم اللازمة).
- تطعيم الأطفال ضد أمراض الطفولة سواء الفيروسي منها أو البكتيري (الحصبة الألمانية، النكاف، التهاب السحايا).
- امتناع الأم عن تناول العقاقير الطبية في أثناء الحمل دون استشارة الطبيب.
- مراجعة الأم للأطباء بشكل دوري و الحصول على رعاية صحية منتظمة.
- الإرشاد الصحي.

- إزالة المخاطر البيئية.

- توعية الجماهير.

ثانياً: الوقاية الثانوية: هي جملة الإجراءات التي تسعى لمنع تطور حالة الضعف إلى حالة عجز، و ذلك من خلال الكشف المبكر و التدخل العلاجي المبكر.

➤ **إجراءات الوقاية في هذا المستوى فهي كما يلي:**

- الكشف المبكر عن نقص السمع أو ضعف البصر عند الأطفال.

- توفير المعينات السمعية و البصرية عند الحاجة.

- تقديم خدمات التدخل المبكر.

- المعالجة الطبية و الجراحية المناسبة عند اللزوم.

ثالثاً: الوقاية الثلاثية: و هي جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم الحالة للعجز وتطورها إلى حالة إعاقة، و ذلك من خلال تعزيز القدرات المتبقية لدى الفرد و الحد من التأثيرات السلبية للعجز لديه. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 242).

➤ **إجراءات الوقاية في هذا المستوى فهي كما يلي:**

- تقديم خدمات التربية الخاصة و التأهيل.

- تعديل اتجاهات الأسرة و المجتمع.

- تقديم خدمات الإرشاد و التدريب الأسري.

- توفير فرص الدمج الاجتماعي. (الخطيب، 2005).

3) دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة :

ربما يكون المحرك الأساسي لتزايد الاهتمام بأسر الأطفال المعوقين في العقود القليلة الماضية هو إدراك الأخصائيين لأهمية الدور الذي يُمكن للأسرة أن تلعبه في الوقاية من الإعاقة وفي رعاية الأطفال المعوقين وتربيتهم. وقد رافق هذا الاهتمام تغيرات جوهرية في نظرة أخصائيي التربية الخاصة والتأهيل للأسرة فأصبحت تتعامل بوصفها العامل الحاسم

الذي يُحدد نجاح أو فشل العملية التأهيلية برمتها، وأصبح الأخصائيون حريصين على استثمار الطاقات المتوفرة لديها والتعامل معها باحترام.

وقد بات جلياً أنّ التشريعات المتعلقة بالإعاقة والتأهيل في المجتمعات المتقدمة تؤكد أهمية المشاركة الفاعلة للأسرة في الوقاية من الإعاقة والحد من تأثيراتها. بعبارة أخرى، لقد أضحت إحدى الغايات الرئيسية التي تتوخى مراكز التربية الخاصة والتأهيل تحقيقها تتمثل بتدريب أسرة الفرد المعوق ليتسنى لها المشاركة جنباً إلى جنب مع الأخصائيين في تهيئة الظروف المناسبة لينمو الأطفال المعاقين نمواً سليماً في النواحي النفسية و الاجتماعية واللغوية و الحركية و المعرفية وغيرها. (الخطيب ، 1995 : 17).

إنّ الأسرة تستطيع أن تلعب دوراً وقائياً مركزياً فمن خلال التعرف على العوامل المسببة للإعاقة ومن خلال الوعي والمحافظة على سلامة الأطفال وصحتهم سواء قبل ولادتهم أو بعدها قد تستطيع الأسرة أن تمنع حدوث الإعاقة لدى أفرادها وتلك وقاية أولية. ومن خلال الكشف المبكر عن حالة الضعف أو العجز والحرص على توفير الخدمات العلاجية المبكرة للطفل قد تستطيع الأسرة بمساعدة الأخصائيين التخفيف من وطأة الإعاقة وزيادة احتمالات نجاح التأهيل وتلك وقاية ثانوية. وأخيراً، فمن خلال تبني الاتجاهات الواقعية وتلقي التدريب المناسب تستطيع الأسرة المساعدة في الحد من مضاعفات الإعاقة. (زينب الفضل، 2009، ص 95-96).

12. البرامج الوقائية التي قد تعمل على التخفيف من نسبة الإعاقة:

أ-برنامج الإرشاد الجيني: و يتضمن هذا البرنامج مساعدة الآباء و الأمهات الذين هم في مقتبل الزواج، أو الذين لديهم حالات الإعاقة على معرفة بعض المعلومات ذات العلاقة، و يقصد بذلك توعية الآباء و الأمهات حول أثر العوامل التالية على الإعاقة و منها أثر العوامل الوراثية و الصفات السائدة و المتنحية و اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم و

الجنين و أثر إصابة أحد الوالدين أو أقاربه بالإعاقة أو إنجاب أطفال معوقين وأثر العوامل المرضية على حالات الإنجاب... (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 247).

ب-برنامج العناية الطبية في أثناء الحمل: و يتضمن هذا البرنامج مساعدة الأمهات الحوامل و توعيتهن حول العوامل التي تؤثر على إنجاب أطفال معوقين و تجنب ذلك ما أمكن، و يقصد بذلك توعية المرأة حول أثر العوامل المرتبطة بالتغذية، و أهمية التغذية الجيدة للأم الحامل و آثار سوء التغذية على الأم الحامل، و بيان دور إصابة الأم بأمراض معينة و لاسيما الحصبة الألمانية و الزهري و أثر ذلك على الحمل، و كيفية تجنب إنجاب أطفال معوقين، و عليه يجب توعية الأمهات الحوامل بعدم التعرض للأشعة و بيان أثر ذلك على الجنين و لاسيما في الأشهر الأولى من الحمل، ثم توعية الأمهات الحوامل حول أثر تعاطي العقاقير أو الأدوية على الجنين، و كذلك توعية الأمهات الحوامل حول أثر العوامل النفسية على الجنين.

ت-برنامج توعية الأمهات حول السن المناسبة للحمل: و يتضمن هذا البرنامج، تعريف الأمهات المقبلات على الإنجاب بالسن المناسبة للحمل التي تتراوح ما بين سن 20-35 سنة، و أثر عامل العمر على إنجاب طفل معاق، و لاسيما في حالات الأطفال المنغوليين، إذ تتزايد نسبة ولادة طفل منغولي بزيادة عمر الأم، و قد دلت الدراسات بأن احتمال ولادة طفل منغولي في سن 20-30 هو 1/1500 بينما نجد أنّ احتمال ولادة طفل منغولي في 30-35 سنة هو 1/600 ليصبح هذا الرقم 1/300 في سن 35-40.

ث-برنامج توعية الأمهات للحد أو التقليل من فرص الولادة المبكرة: و يتضمن هذا البرنامج توعية الأمهات و تزويدهن بالمعلومات الأساسية التي تحد من احتمال حدوث الولادة المبكرة، إذ يُقصد بذلك الولادة التي تتم قبل انقضاء مدة الحمل الطبيعية، و نتيجة لذلك فإنّ طول الطفل ووزنه يكونان أقل من المعدل الطبيعي للطفل العادي، كما أنّ استعداده للإصابة بالمرض أو الإعاقة أكبر، و يمكن التقليل من تلك الأشكال من الولادة

بتوعية الأم بالعوامل التي تؤدي إلى الولادة المبكرة و طرق تجنبها، و يقصد بذلك العوامل المرتبطة بسوء التغذية، أو الأمراض التي تصاب بها الأم الحامل، أو التدخين أو العقاقير أو قلة العناية الطبية ، أو الانفعالات النفسية الحادة. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 248).

ج-برنامج توعية الأمهات حول العناية الطبية و الولادة في المستشفى: تعود بعض حالات الإعاقة إلى قلة العناية الطبية بالأم الحامل، و إلى الولادات التي تتم في البيوت و ما يصاحبها أحيانا من المشكلات المرتبطة بعملية الولادة، و يصعب على القابلة غير المدربة أخذ احتياطاتها الكافية لمواجهتها، و من هنا فإنه لا بد للمرأة من تنظيم برامج توعوية، من خلال وسائل الإعلام المختلفة، حول أثر العناية الطبية التي تشمل الفحص الدوري للدم و العامل الريزيبي و فحص الكر و الزلال، و أثر الولادة المبكرة في البيت على إيجاب الإعاقة، و لاسيما التخلف العقلي و الشلل الدماغي.

ح-برنامج توعية الأمهات حول أهمية التشخيص المبكر: قد تبدو بعض المظاهر الإعاقة واضحة بطريقة ما منذ الولادة، و قد يشك في بعض المظاهر التي تبدو على الطفل الوليد والتي تدل على احتمال حدوث الإعاقة، و من هنا فإنه لا بد من توعية الأمهات حول المظاهر التي يجب الانتباه لها، من مثل حالات كبير حجم الدماغ أو صغر حجم الدماغ أو حالة التحام عظام الجمجمة عند الولادة أو حالات اضطراب التمثيل الغذائي أو حالات تأخر بعض المظاهر للنمو الحركي، أو الاجتماعي، و أن اكتشاف بعض تلك الحالات السابقة قد يُساعد على التقليل من حالات الإعاقة أو إنقاذها، و لاسيما في حالات استسقاء الدماغ أو اضطرابات التمثيل الغذائي أو التحام عظام الجمجمة.

خ-برنامج توعية الأمهات حول التطعيم: تعود أسباب بعض حالات الإعاقة إلى عدم تقيد الأم بتطعيم أطفالها في الأوقات المحددة، و لاسيما تقديم المطاعيم الخاصة للوقاية من السعال الديكي، و الحصبة الألمانية، و الدفتيريا و شلل الأطفال، هذا بالإضافة إلى ضرورة

تطعيم كل الفتيات في سن العاشرة تقريبا ضد الحصبة الألمانية، و أن مثل هذه الإجراءات كفيلة بتقليل نسبة الإعاقة و لاسيما إذا ما قُدمت في الأوقات المناسبة. و من هنا يبرز دور المرأة في توعية الأمهات و الفتيات حول أهمية برامج التطعيم و إلزامية تلك البرامج.

د-برنامج توعية الأمهات و الآباء حول موضوع زواج الأقارب: أشارت الدراسات السابقة إلى أثر زواج الأقارب، و لاسيما من الدرجة الأولى على ظهور حالات الإعاقة، و عليه فإنّ تنظيم برامج لتوعية الآباء و الأمهات حول هذا الموضوع، يساعد على التقليل من حالات الإعاقة.

ذ-برنامج تعميم مراكز الأمومة و الطفولة: العمل على تعميم فكرة مراكز الأمومة و الطفولة التي تساعد بدورها و من خلال البرامج التي تقدمها على التخفيف من حالات الإعاقة. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 250).

ر-برنامج تدريب القابلات غير المؤهلات: و يُقصد بذلك أنّ تنظم الاتحادات و المؤسسات و من خلال المسؤولين في الوزارات المختلفة دورات تدريبية قصيرة لأجل القابلات اللواتي يزاولن مهنة التوليد، بحيث تتضمن تلك الدورات موضوعات تتعلق بالأم الحامل و العوامل التي تؤثر على إنجاب حالات من الإعاقة و طرق التوليد و كيفية مواجهة المواقف الطارئة عند الولادة.

ز-برنامج توعية الأمهات و الآباء حول موضوع السلامة العامة: و يتضمن هذا البرنامج توعية الأمهات و الآباء حول كيفية استعمال الأدوية التي تُشكل خطرا على حياة الأسرة أو إصابتها بأحد مظاهر الإعاقة، و يشتمل هذا البرنامج على توعية الأسرة حول كيفية استعمال أسطوانة الغاز، و الأدوات الكهربائية، و الأدوات الحادة، و كيفية قطع الشارع، و تجنب وضع الأطفال في المقاعد الأمامية للسيارات.

1) الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر:

يتم تحديد الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:

أ- أهمية الخبرة المبكرة.

ب- أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل المعوق لتعليمه.

ت- أهمية تحسين كفاية الأسرة و تقوية كيانها كمساعد في حل مشكلة الطفل المعوق.

ث- أهمية توظيف قدرات آباء الأطفال المعوقين بالشكل المناسب ضمن إطار عمل الفريق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.

ج- تحسين العلاقة الوالدية بالمعوق خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر.

ح- تضمين الدعم الأسري في برامج التدخل المبكر يضاعف من تأثير تلك البرامج.

خ- أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافا عمومية (صحة المعوق النفسية، تهيئة البيئة الأسرية...) إلى جانب اهتمامها بالجوانب النمائية للمعوق.

د- أهمية التحديد الدقيق للمصطلحات و المفاهيم المستخدمة في ممارسات التدخل المبكر.

ذ- أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تُمكن للقائمين على برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم و التحسن في شخصية المعوق.

ر- لا بد أن تشمل برامج التدخل المبكر تطويرا و تعديلا لظروف البيئة المحيطة بالمعوق و التي قد تكون معوقة.

ز- أهمية البرامج الوقائية.

س- أفضل البرامج هي التي تؤمن للمعوق حياة طبيعية وسط أهله و ذويه لتجنبه الهزات النفسية.

ش- ضرورة ألا تكتفي برامج التدخل المبكر بالتغيير في نمو المعاق ذهنيا و أن تركز أيضا على تغيير الأداء الكيفي للأسرة في علاقاتها و في مدى قدرتها الاستقلالية.
(شاكرا قنديل، 2000، 4-5) (Bailey, et Al, 1998, 27-47).

2) فريق العمل في برامج التدخل المبكر:

إنّ نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها الأخصائيون،

و فيما يلي وصف موجز لأكثرهم أهمية:

- **أولاً: اختصاصي النسائية و التوليد:** لعلّ أحدا من الاختصاصيين لا يستطيع أن يلعب دورا وقائيا مثل الدور الذي يلعبه اختصاصي النسائية و التوليد القيام به، فمن خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة و متابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل و الإرشاد الجيني و غير ذلك يستطيع اختصاصي النسائية و التوليد الكشف المبكر عن المشكلات أو الوقاية منها. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص 237).
- **ثانياً: اختصاصي طب الأطفال:** إنّ الدور الذي يُمكن لطبيب الأطفال القيام به هو التعرف على الأطفال الأكثر عرضة للخطر، و في الوقاية من الإعاقة دور بالغ الأهمية فهو غالبا ما يتابع الأطفال بشكل دوري منذ نعومة أظافرهم.
- **ثالثاً: الممرضات:** تستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال المعوقين و أسرهم و مربيهم من حيث التوعية الصحية العامة و الرعاية الطبية الروتينية و الطارئة.
- **رابعاً: طبيب العيون:** يقوم اختصاصي طب العيون بتشخيص و معالجة أمراض العيون، و يقوم هو أو اختصاصي تقييم البصر بتشخيص الضعف البصري ووصف العدسات التصحيحية اللازمة.

- **خامسا: اختصاصي القياس السمعي:** يستطيع أخصائيو القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك.
- **سادسا: اختصاصي علم النفس:** و تتمثل إسهاماته الرئيسية في تقييم النمو المعرفي و المهارات الاجتماعية و الانفعالية من جهة، و في المشاركة في تصميم و تنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل المعوق من جهة أخرى.
- **سابعا: الاختصاصي الاجتماعي:** فهو يساعد في تقييم و تحليل الظروف الأسرية و الاقتصادية و تحديد الأطفال المعرضين للخطر و المشاركة في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة.
- **ثامنا: أخصائي أرطوفوني:** و هو يعمل على تطوير برامج الاتصال و العلاج للوقاية من الإعاقة و الكشف المبكر عنها و معالجتها، ذلك أنّ اللغة تلعب دورا حاسما في النمو الكلي لجميع الأطفال.
- **تاسعا: اختصاصي العلاج الطبيعي:** يُسهم هذا الاختصاصي في معالجة و تأهيل الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية بوجه خاص و الأطفال المعوقين بشكل عام.
- **عاشرا: اختصاصي العلاج الوظيفي:** وهو يُركز أساسا على تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال و يدرّبهم في مجالات العناية بالذات و الحركة و استخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية.
- **حادي عشر: المعلمون و المعلمات:** كثيرا ما تكون معلمات رياض الأطفال اللاتي يقمن على رعاية الأطفال في الأوضاع المختلفة أول من يشتبه بوجود مشكلة نمائية ما لدى الطفل، كما أنّ قيام المعلمة بتحويل الطفل إلى الجهات المختصة يمكن أن يسهم في منع تدهور الأداء و في تقديم المساعدة اللازمة.

- ثاني عشر: معلمات و معلمو التربية الخاصة: إن اختصاصيي التربية الخاصة هم الذين يقومون فعليا بتصميم و تنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المراكز أو البيوت، و غالبا ما يقومون بدور منسقي أعمال الفريق و عليهم تقع مسؤولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة بما تتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة و تحديد للأهداف الطويلة المدى و الأهداف القصيرة المدى و الأساليب و الوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف.

- ثالث عشر: أولياء الأمور.

رابع عشر: طبيب الأنف و الأذن و الحنجرة: حيث يعمل على تشخيص و علاج جهاز النطق و السمع (الخطيب و الحديدي،2004).

(3) العوامل التي تؤثر في فاعلية برامج التدخل المبكر:

هنالك العديد من العوامل التي تلعب دورا مهما و مؤثرا في مدى فاعلية التدخل المبكر أهمها:

✚ نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.

✚ عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق، لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم و اتجاهات المجتمع بوجه عم نحو الإعاقة.

✚ تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.

✚ لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات و افتراضات واهية لطمأنة الأسرة و شد أزرها.

✚ عدم توافر مراكز التدخل المبكر المتخصصة و تردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.

✚ عدم توافر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة و عدم توافر الكوادر المتخصصة
القادرة على تطوير المناهج و توظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين
الصغار في السن.

✚ غياب السياسات الوطنية الواضحة إزاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم
الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة (الخطيب و الحديدي، 2004).

4) الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر:

أ- بالنسبة للطفل:

- ازدياد فرص النمو و التعلم المتاحة للطفل.
- تحسن إمكانيات تعديل سلوك الطفل، لأنّ الأخصائيين و الآباء يصبحون أكثر ثباتا
في التعامل مع الطفل في المدرسة أو المنزل.
- ازدياد احتمالات تعميم الاستجابات التي يتعلمها، و كذلك فإنّ الخدمات المقدمة
للطفل تصبح أكثر شمولية و أكثر قدرة على تلبية احتياجاته. (جمال الخطيب،
منى الحديدي، 2004، 272-273).

ب- بالنسبة للآباء:

- اشتراك الآباء في البرنامج التربوي العلاجي المقدم لطفلهم يساعدهم في اكتساب
المهارات اللازمة لتدريب الطفل و تعليمه.
- مشاركتهم تجعلهم أكثر تفهما لاحتياجات الطفل التوحدي، كما تزودهم بالمعلومات
الضرورية حول مصدر الدعم (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 273).
- تسهل عليهم الرعاية و التعامل مع المريض، و تطبيق العلاجات الطبية أو العمليات
الجراحية تساهم في دحر المرض أو الحالات المرضية (Bolander, 1992, 267).

- يمكن الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية المتنحية عن طريق الإقلال من زواج الأقارب، حيث ثبت علمياً و عن طريق تطبيق علم الوراثة، أنّ زواج الأقارب يزيد من ظهور تشوهات القلب الخلقية و من المياه البيضاء، و شق سقف الحلق و الشقة الأرنبية و غيرها.

كما يمكن الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية السائدة و الاختلال في أعداد الكروموزومات عن طريق تجنب الإنجاب بعد سن معينة للأب و الأم، حيث أثبتت الدراسات أن السن الفاصلة هي 35 عاماً. و لذلك ينبغي على كل سيدة يحدث لها حمل و تعدت سن 35 سنة أن تتجه للطبيب المتخصص لدراسة الكروموسومات في السائل الأمينوسي المحيط بالجنين (طارق عامر، 133، 2008).

ج- بالنسبة للأخصائيين:

- إنّ مشاركة الوالدين في تخطيط و تنفيذ البرنامج التربوي للطفل تؤدي إلى تفهم أكبر لحاجاته.

- إنّ مشاركة الوالدين تسمح بحصول الأخصائيين على تغذية راجعة و معلومات مفيدة تساعد في تحسين و تطوير البرنامج المقدم للطفل.

- إنّ مشاركة الوالدين الفاعلة توفر بعض الوقت على الأخصائيين مما يوفر لهم فرصاً ثمينة لتدريب الأطفال على المهارات ذات الأولوية (جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 273).

5) أساسيات الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر:

و تحدد في الآتي:

- أهداف مكتوبة للبرنامج و أساليب محددة لقياس نتائجه.
- أساليب متابعة الأداء لكل معوق و حاجاته.
- سبل تحديد الأهداف لكل معوق على حدى و للأسرة أيضاً.

- طرق محددة لتحديد مفهوم الدعم الأسري إجرائيا و تحديد خدمات المعوقين إجرائيا.
- طرق محددة لتقويم العلاقات التفاعلية في الأسرة.
- أسلوب لتدوين الملاحظات حول الاستجابات الكيفية للمعوق.
- ترجمة الملاحظات إلى إجراءات و أفكار و خاصة ما يتعلق بمزاج المعوق و علاقته بوالديه.
- إجراءات بشأن تنفيذ الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة و اتخاذ قرارات موحدة بروح الجماعة سواء فيما يتعلق بحل الخلافات في الرأي أو في اتخاذ القرارات بشأن المعوق.
- خطة إجرائية لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علمية و بحثية، و تتضمن إجراءات جمع للمعلومات الكمية و الكيفية، إجراءات قبول المعوق في البرنامج، و خطة متابعة الجهود مستقبلا.
- التأكيد على مشاركة الآباء و الأخصائيين و فهم و تشجيع الأهداف التي يضعها الوالدان للأسرة و إيصال المعلومات المتخصصة بطريقة مفهومة و فهم الفروق الثقافية لأسر المعوقين.
- تحسين الخدمات و التنسيق بينهما و التوعية بالخدمات المتوفرة في المجتمع و الاستفادة من نماذج الخدمات و البرامج الناجحة و تسهيل عمليات التواصل بين المؤسسات المختلفة. (مجدي صابر الدسوقي، 2000، 149).

13. المشكلات التي تعاني منها الدول في مجالي الوقاية و التدخل المبكر:

هل يشكل التدخل المبكر مشكلة في الدول النامية؟

لقد لخص تقرير اليونيسيف الصادر عام 1989 المشكلات ذات العلاقة بمجالي الوقاية والتدخل المبكر في الدول النامية بما يلي:

- انعدام أو عدم كفاية البرامج القائمة حول الوقاية أو العوامل المسببة للإعاقة.

- انخفاض الوعي الصحي و التعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
- إنَّ غالبية السكان في الدول النامية هم من الفئات المحرومة.
- اعتبار خدمات الوقاية و المعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى الكثير من المجتمعات النامية.
- غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة و أسبابها و الوقاية منها لدى المجتمعات النامية. (القمش و المعاينة: 2007، 362).

ثانياً: الكشف و التدخل المبكر لاضطراب التوحد:

1. ضرورة الاكتشاف المبكر:

يشير التوحد إلى عدد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تتأثر بوجود خلل في أجزاء معينة من الجهاز العصبي المركزي، حيث يلاحظ قصور في عمليات تجهيز المعلومات اللفظية و غير اللفظية. فالتوحد إعاقة مستمرة طوال حياة الطفل حيث لا يتوفر لها علاج على الرغم من التغيرات التي تطرأ على الطفل و الراشد التوحدي، بينما هو ينمو و يتقدم في العمر، فهناك تحسن تراجمي واضح في مدى المهارات التي تتضح خلال حياته (Dodd, 2005,6).

يبدأ اضطراب التوحد عادة قبل اكتمال العام الثالث من العمر، و قليلاً ما يبدأ بعد ذلك (Rutter, 1978, A.P.A,1980) و في الغالب يصعب تحديد السن الذي بدأ فيها الاضطراب إذا لم يكن هؤلاء الذين يقومون برعاية الطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن مظاهر النمو اللغوي و الاجتماعي لدى الطفل في شهوره و سنواته المبكرة، حيث يصعب رصد مظاهر الاضطراب في مرحلة الرضاعة، فقد تُفسرها الأم بأنها هدوء مبالغ فيه، و لا تنتبه إلى خطورتها و أنها تُنذر بوجود حالة اضطراب لا بد من متابعتها، لذا فقد حاول كثير من العلماء التعرف على خصائص النمو المبكر للأطفال التوحديين في الشهور الأولى من الحياة.

و قد لخص كوهين و دونالان Cohen, Donnellan هذه الخصائص على النحو التالي:

✚ عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع المناسب الذي يدل على رغبته

في أن يحمل من الأم أو الشخص الموجود أمامه.

✚ تصلب الطفل عندما يُحمل بين ذراعي الأم و محاولة الإفلات منها.

✚ يبدو كأنه أصم، فلا يستجيب لذكر اسمه أو الأصوات المحيطة به.

✚ يفشل في التقليد كباقي الأطفال في نفس المرحلة العمرية، لا يلوح "باي باي".

✚ لا يُحاول جذب انتباه الأم عن طريق إصدار الأصوات أو أي شيء آخر.

✚ ليس لديه فضول في النظر إلى الناس أو الحيوانات.

✚ قد يُورجح جسمه أو يخبط رأسه عند تتركه بمفرده، و قد يظل في مكانه يخريش

بالغطاء أو ينقر عليه لفترة طويلة من الوقت دون أن يصرخ.

✚ استجاباته للمثيرات الحسية تتراوح بين الإسراف في الهدوء و الإسراف في الهياج.

✚ لديه شذوذ في النشاط الحركي، فالبعض هادئ لدرجة أنه لا ينتقل من مكانه و

البعض لديه نشاط حركي زائد بدرجة شديدة.

✚ البعض لديه مشاكل في التغذية و النوم، يعيش على نظام غذائي محدود و كثير

الصراخ وقليل النوم.

و يشير كوهين و دونالان إلى أنّ هذه السمات يجب ملاحظتها في الفترة من (18-24) شهرا

من العمر (Cohen, Donnellan, 1985, 502-504).

و قد توصلت أنجيرر Ungerer من خلال ملاحظتها إلى سمات النمو المبكر للأطفال

التوحيدين و حددتها بظهور اضطراب أو قصور في (اللعب الرمزي، التواصل اللفظي و

غير اللفظي، التقليد) لديهم (Ungerer, 1989, 85).

و يضيف داين موضحا أنّ الطفل التوحدي في مرحلة الرضاعة لا يخاف من الغرباء و لا

يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، تبدو عليه الطمأنينة عندما يترك لوحده، لا يظهر الابتسامة

الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن أربعة شهور، و لا يأتي الحركات التوقعية التي يأتيها طفل الأربعة شهور العادي مثل التعرف على الأم و الإقبال عليها عندما تلتقطه من الفراش والتفاعل معها عندما تتأغيه و تلاعبه(Dianne,1992,13).

و قد لا يلاحظ الآباء مظاهر الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين مثل التحاقه بدور الحضانة أو دخول المدرسة، فيعتبرون هذه هي بداية ظهور الأعراض، إلا أن التاريخ التطوري للطفل يكشف غالبا عن بداية مبكرة للاضطراب عن هذا الوقت، و قد يرجع الوالدان التغيير في سلوك الطفل إلى حدث معين مثل ولادة طفل أصغر أو إصابة الطفل بمرض شديد أو حادث أو صدمة عاطفية أو تغيير السكن، فتتحمل الأسرة أعباء ثقيلة بسبب سلوكيات طفلها التوحدي، و أسوأ مرحلة تمر بها هي الفترة ما بين (5-2) سنوات من عمر الطفل لشدة و حدة أعراض الإعاقة لديه، ثم بعد ذلك تهدأ الأعراض و يبدأ سلوك الطفل في التحسن في مرحلة دخول المدرسة (Dianne,1992,14) و لا سيما إذا تم توفير برنامج مدرسي ملائم لحالة الطفل، و لأنّ جوانب النمو الإدراكي و الاجتماعي لدى الطفل تبدأ في التطور و تخف حدة المشكلات السلوكية إذا صاحبها التأييد العاطفي من الآباء لأطفالهم، أما إذا لم تتوافر هذه الخدمات المبكرة، فإنّ الأسر سوف تستمر في حالة انضغاط مستحكمة.

و لحسن الحظ ففي العقد الماضي تطورت أساليب التشخيص المبكر و ترتب عليها التدخل العلاجي المبكر الذي قلل من احتمال تدهور و زيادة حدة المشكلة (Cohen, Donnellan, 1985, 506-507).

2.احتمالات التحسن في أعراض التوحد:

أوضحت مقالة روتر Rutter,1977 أنّ حوالي 6/1 من الأفراد التوحديين يُظهرون تحسنا في السلوكيات الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة، و يمكن لهؤلاء الأفراد أن يحصلوا على وظائف في مرحلة الرشد بالرغم من عدم خلوهم تماما من كافة أعراض التوحد، بينما يعاني

حوالي 60% من التوحديين بشكل واضح من أعراض التوحد حتى بعد سن البلوغ (Sahakian, et Als, 1986, 285).

أما لوتر Lotter فيشير إلى أنّ (5-17)% من أعراض التوحد يحدث لها تحسن نسبي. ويذكر ديمير Demyers, 1979 أنّ 60% من كبار حالات التوحد يوضعون داخل مؤسسات علاجية، و أنّ الآباء الذين تحملوا صعوبات قاسية في السنوات الأولى لأطفالهم التوحديين غالبا ما يجدون أنّ باقي فترة الطفولة تتسم بالهدوء النسبي للأعراض و تعتبر أفضل سنوات الحياة لدى الطفل التوحدي نتيجة للسيطرة على بعض السلوكيات مثل: (مقاومة التغيير، المخاوف الشاذة، القدرة على التواصل، المشكلات السلوكية) (Cohen,) (Donnellan,1985,521).

أما مرحلة المراهقة عند التوحديين فتزداد أعباؤها بسبب التغيرات الجسدية المصاحبة لهذه المرحلة، و الضغوط الناشئة عن السنوات العديدة لتربية الطفل التوحدي، و الإحساس الظاهر بالاستقلالية لدى الشخص الذي يفقد الكثير من متطلبات إرشاد ذاته و التحدي الذي يعبر عنه بشكل صريح، فالمراهق التوحدي لا يجد له مكانا في مجتمع المراهقين، و بالتالي ينسحب لشعوره بالارتباك و الإحباط و ربما يصبح مؤذيا لنفسه أو عدوانيا كما يكون أكثر رفضا عن ذي قبل.

و بالرغم من هذه الصعوبات، فإنّ بعض الأفراد التوحديين يتحسنون في المراهقة، والقليل يستطيع الاعتماد على ذاته في الكبر، و آخرين- بل الكثرة منهم- تتدهور حالتهم بشكل تصاعدي (Cohen, Donnellan,1985,508-522).

و تشير دراسات لوفاس Lovaas, 1971 كوجل، كوفرت Koegel, Covert 1972 و 1974 روتر 1977، شيرمار Shermar 1983 إلى أنّ الطفل المصاب بالتوحد يتحسن إذا كان التشخيص و التدريب المناسب قد قدم له في سن مبكرة، كما أنّ مفتاح تحسن أعراض التوحد هو تعديل السلوك النمطي و استبداله بسلوكيات هادفة، و تكوين علاقات وثيقة مع

الطفل. ويضيف كامبل و آخرون 1981 أنّ تحسّن القدرة على محاكاة الحديث يمكن أن يكون نتيجة لاختزال السلوك النمطي و الانسحابي، وأنّ التكنيك المستخدم في اختزال السلوك النمطي هو نفسه المستخدم في مساعدة الأطفال التوحديين على التعلم الذاتي (Sahakian, et Als, 1986, 286).

و يشير شارون نيورث و آخرون إلى أنّ الأفراد التوحديين يمكن مساعدتهم للوصول إلى مستوى أفضل إذا تم إتباع الآتي:

✓ التدخل المبكر.

✓ استخدام أساليب التربية الخاصة.

✓ تأييد الأسرة و مسانبتها.

✓ و في بعض الحالات تكون هناك حاجة ضرورية للعلاج الطبي كي تستطيع الحالة أن تعيش حياة طبيعية.

كما أنّ أساليب التدخل الخاصة و برامج التربية تهدف جميعها إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على التعلم، التواصل، الارتباط بالآخرين، اختزال حدة السلوكيات النمطية التكرارية (Sharyn Neuyirth, et Al, 1999, 15).

و يضيف شارون نيورث و آخرون أنّ الأطفال الصغار المصابين بالتوحد يمكن تعليمهم المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة و الكتابة، و المهارات الرياضية البسيطة، و منهم من يُكمل دراسته في المدارس العليا، و البعض يحصل على درجات جامعية.

و يُعتبر التدخل المبكر من أهم العوامل التي تساعد على تنمية هؤلاء الأطفال لمدى

طويل و استقلاليتهم و نجاحهم في حياتهم (Sharyn Neuyirth, et Al, 1999, 15-16).

3. البرامج المنزلية للطفل التوحدي:

هذا البرنامج يعمل به التلميذ قبل دخول المدرسة، عندما يكون عمره من سن سنتين إلى أربع سنوات، و هو وقت دخول الروضة، و التدريب المنزلي الذي تقوم به الأسرة و تحت إشراف المتخصص، و هو أحد المهام التي يقوم بها المختص سواء من الأسرة أو شخص آخر من خارج الأسرة، و لكن لابد للأسرة أن تساهم في عملية تدريب ابنها أو ابنتها، كيفية التفاعل الاجتماعي، التحدث و إدراك المهارات التي تخدمه (محمد الفوزان، 2003، 109-110).

و في مستوى الطفولة المبكرة:

- ❖ وصول الأطفال و قيامهم بوضع الكراسي في دائرة منظمة.
- ❖ وضع الجلوس الجيد: يطلب من الأطفال الجلوس بثبات، و الاستماع الموسيقي لبضع دقائق.
- ❖ لعبة الأخبار اليومية : يجب الحفاظ على هذه الفترة بسيطة و منظمة، حيث يقوم كل طفل بإخبار زملائه بخبر ما. و إذا تطلب الأمر، يمكن استخدام دفتر الملاحظات اليومية الخاص بالمنزل أو المدرسة أو الإفادة من بعض المعلومات التي يوفرها الآباء في هذه اللعبة.
- ❖ قصة برنامج الاستخدام الاجتماعي للغة و يمكن البدء بالقصة المتعلقة بالنظر إلى الآخرين.
- ❖ العمل على فكرة "موضوع الأسبوع" يمكن أن يكون هذا الموضوع خاصا بمناقشة الحواس.
- ❖ إنهاء هذا الجزء من الجلسة بتكرار الخطوة الثانية السالف ذكرها.
- ❖ يطلب من الأطفال تقييم أدائهم و في هذه الجلسة يتم إعطاؤهم بعض الملصقات للصقها على مجلة الحائط.

❖ تناول الوجبة الخفيفة من خلال أن يقوم كل طفل بدور الخادم و يرتدي زيّه المميز به.

❖ و في نهاية الجلسة ينصرف الأطفال بعد أن يقوموا بوضع الكراسي و المناضد في أماكنها كما كانت قبل جلوسهم عليها (مورين آرونز، تيسا جيتس، 2005، 78-80).

و خلصت نتائج دراسة سميرة عبد اللطيف (2000، 263-271) إلى إعداد برنامج تربوي و تعليمي لتحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد، من وجهة نظر الآباء، و الذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحد.

و كان ترتيب أولويات الحاجات التدريبية و التعليمية من وجهة نظر الآباء كما يلي:

- تنمية التحكم في العضلات الكبيرة و الدقيقة و المهارات الحركية.
- التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة.
- تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة.
- السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب و القفز و البصق.
- التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين لفظية أو غير لفظية.
- التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية).
- تطوير مهارات الاعتماد على النفس.
- التدريب على استخدام المراض في قضاء حاجته.
- توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل، و المشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.
- تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلا في حياته الاجتماعية.
- تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة.

- التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية و البصرية.
- و من المهارات الهامة لدى أطفال التوحد، تدريبهم على الاستقلالية الفردية، و منحهم حرية أكثر في المجتمع.
- و يجب أن تتم بعض الأمور الهامة و هي:
- العمل على إلحاق الطفل بإحدى دور الحضانة التي يمكن أن تتقبل النصح بشأن الطريقة التي يمكن أن تساعد الطفل على التخلص من المشكلة التي يعاني منها.
- ضرورة وجود مكتب خدمات يوفر العلاج ببرنامج تدخل مبكر منزلي.
- وجود مكتبة للعب بالقرب من المنزل.
- هل توجد بالقرب منك مجموعة لدعم الآباء المصاب أطفالهم بالتوحد، أو بأي من الإعاقات الذهنية الخاصة؟.
- توفير عناوين الكتب المفيدة للآباء، و توفير الأفكار الجديدة التي تساعد الآباء على تطوير المهارات التي تدعم النمو الاجتماعي للطفل (مورين أرونز، تيسا جيتنس، 2005، 11).

الجانِب التّطبيقي

الفصل الخامس

خطوات البحث الاجرائية

- منهج الدراسة .
 - مجتمع الدراسة وعينة البحث .
 - الحدود المكانية والزمنية للدراسة.
 - أدوات الدراسة:
1. أدوات التناول الإجرائي الأول لضبط المتغيرات.
 2. أدوات التناول الإجرائي الثاني للتحقق من الفرضيات.
- أدوات التناول الإحصائي .

1. تمهيد:

في هذا الفصل يقوم الباحث بتوضيح منهج الدراسة وإجراءاته التي اتبعها في هذه الدراسة.

يتضمن هذا الفصل وصفاً لميدان الدراسة، وتحديد مجتمع البحث، وعينة الدراسة والأدوات المستخدمة في الدراسة ، وبعد ذلك يتم التعرض إلى الإجراءات المتبعة في تطبيق الدراسة الميدانية، بدءاً من الدراسة الاستطلاعية، والخطوات التي تضمنتها حتى تم التوصل إلى الصياغة النهائية لأداة الدراسة، وكذلك وصفاً لأساليب المعالجة الإحصائية التي يتم استخدامها في تحليل النتائج.

*أدوات التناول الإجرائي الأول لضبط المتغيرات:

2. منهج الدراسة :

الباحث المجرب يقوم عامداً بمعالجة عوامل معينة، تحت شروط مضبوطة ضبطاً دقيقاً، كي يتحقق من كيفية حدوث شرط أو حادثة معينة، و يحدد أسباب حدوثها. فالتجريب هو تغيير متعمد و مضبوط للشروط المحددة لحادثة ما، و ملاحظة التغيرات الناتجة في الحادثة ذاتها و تفسيرها.

إن التجريب ليس مجرد عملية تغيير بسيطة لأحد المتغيرات، لنرى ما يحدث لمتغير آخر، و إنما يعتمد التجريب على الملاحظة المضبوطة، و أهم واجب يواجهه الباحث حينما يخطط التجربة أن يتمكن من ضبط جميع العوامل التي تؤثر في المتغير التابع، فإذا لم يتعرف عليها و يضبطها فإنه لا يمكنه بأي حال التأكد مما إذا كان تغيير المتغير المستقل أم أي عامل آخر هو الذي أنتج الأثر المعين.

تقويم البحث شبه التجريبي:

المنهج شبه التجريبي أكثر الوسائل كفاية في الوصول إلى معرفة موثوق بها، عندما يمكن استخدامه في حل المشكلات، و ترجع كفاية هذا المنهج إلى أساليب هي أنه يسمح بتكرار الملاحظات بواسطة كثير من الملاحظين. و الاعتبار الثاني أنه يمكن الملاحظ من أن يغير في شرط واحد فقط في الوقت نفسه، و يبقى على جميع الشروط الأخرى ثابتة تماما، و هذا يسمح لنا بتحليل علاقات السبب و النتيجة بسرعة و ثقة أكبر مما هو ممكن تحت شروط غير مضبوطة و نتيجة لهذه المميزات للمنهج التجريبي أصبحت مشكلة استخدامه في البحوث العلمية ذات أهمية قصوى.

ويعرف التجريب بأنه: قدرة الباحث على توفير كافة الظروف التي بإمكانها إيجاد ظاهرة معينة في الإطار الذي رسمه الباحث.

3. الدراسة الاستطلاعية :

تم تطبيق اختبار تقييم اختبار الاتصال اللغوي و كذا البرنامج التدريبي على عينة استطلاعية أولى للتحقيق، قوامها (54) طفلا من الإناث والذكور تم اختيارهم بطريقة عشوائية من ديوان باب الخير تتراوح أعمارهم بين (03) سنوات إلى (08) سنوات و هذا كإجراء أولي لتطبيق أدوات الدراسة و هذا لمعرفة مدى ملائمة لتحقيق أهداف البحث، وصلاحيتها للتطبيق على عينة الأطفال التوحديين

وقد كان للدراسة الاستطلاعية عدة أهداف نذكر منها ما يلي:

- التعرف على الميدان والصعوبات المحتملة مواجهتها، وتقدير الزمن الحقيقي اللازم لإجراء الدراسة، ومعرفة ظروف التطبيق، وتحديد صعوبات التطبيق مع محاولة إيجاد الحلول المناسبة.

- معرفة أيام الراحة والعطل والساعات الفارغة، وأيام الاختبارات، وهذا من شأنه تسهيل المهمة. كما ساعدتنا الدراسة الاستطلاعية على التأقلم مع الأخصائيين والمشرفين على الأطفال و كسب ثقتهم.
- بناء نظرة حقيقية عن واقع البحث في الجزائر ومدى إمكانية إجراء هذه الدراسة ومن ثم التحضير للدراسة النهائية وفقا للمعطيات التي نستنتجها من الدراسة الاستطلاعية.
- تعديل بنود أداة الدراسة وتغيير الطريقة الإحصائية بما يتفق وطبيعة الدراسة.
- تجريب البنود في نسختها الأولية بعد تمريرها على بعض المحكمين المختصين وهذا لكشف النقائص ومعرفة ما هو متقبل من طرف الأطفال، مما هو غير متقبل، وتحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أداة الدراسة، قصد تعديل أو حذف تعليمات هذه الأداة في ضوء ما تسفر عنه الدراسة الاستطلاعية، أي التعرف على الفقرات الغير مفهومة من قبل الأطفال الجزائريين، فقد لا تتماشى مع ثقافة حياتهم اليومية وقد تم كذلك جمع كل الملاحظات حول كل البنود التي لاقت إجماعا في الغموض أو التي اختلف في فهمها، وجمع معلومات عن وضوح البنود من عدمها، وذلك قبل تطبيق الاختبار على عينة الدراسة النهائية من أجل إيجاد دلالات صدق وثبات للمقياس في البيئة الجزائرية.

أما عينة التطبيق النهائي فقد كانت مقدره ب (30) طفلا توحديا تراوحت أعمارهم بين (4-10) سنوات، و هنا الباحث لم يأخذ بعين الاعتبار متغير الجنس (أي كانت العينة عبارة عن مزيج بين الذكور و الإناث) كما كان العمر العقلي لعينة الدراسة يتراوح ما بين (4.1 سنوات إلى 9.2 سنوات) أما درجات مقياس التوحد الطفولي (CARS) فقد تراوحت ما بين (29-38).

4. مجموعة الدراسة:

تكونت مجموعة الدراسة الحالية من (30) طفلاً وطفلة ، لديهم توحد وتتراوح أعمارهم بين (4 - 12) سنوات وتم تقسيم العينة قصدياً، بناءً على توفر أفراد العينة ضمن المركز الخاص بأطفال التوحد بالمركز .

حيث أخضعت مجموعة البحث إلى اختبار بعدي (اختبار تقدير التوحد الطفولي وكذا بالنسبة لاختبار الاتصال اللغوي للطفل التوحدي (إعداد الباحث) .

أ- شروط اختيار أفراد مجموعة الدراسة:

■ أن يكون الطفل مشخصاً على أنه يعاني من التوحد وفقاً لنتائج أدوات التشخيص المستخدمة في المركز وذلك بالرجوع إلى ملف الطفل.

■ ألا يعاني الطفل من إعاقات مصاحبة للتوحد، وذلك بعد الإطلاع على ملف الطفل.

■ أن تتراوح أعمارهم بين (4- 7) سنوات و ذلك لأن هذه الفترة من الفترات التي ينمي فيها الطفل مهارات الانتباه المشترك و هذا ما أكدته دراسات عديدة كدراسة لورا كريستينا 2003 و روني 2002.

■ موافقة ولي الأمر على تطبيق أدوات الدراسة على الطفل وذلك بالنسبة لأفراد المجموعة التي طبقنا عليها البرنامج التدريبي.

■ موافقة المشرفين على الديوان على تطبيق أدوات الدراسة على الحالات التي تم اختيارها للدراسة.

■ التزام الحالات بالحضور اليومي إلى المركز الخاص بالكفالة.

ب- تقديم مجموعة الدراسة:

فيما يلي وصف لتوزيع أفراد الدراسة (التي طبقنا عليها برنامج) في ضوء

متغير الجنس و يوضح الجدول التالي ذلك:

الجنس		المجموعة
إناث	ذكور	
21	09	مجموعة الدراسة
%70.00	%30.00	

جدول (7) يمثل: توزيع أفراد مجموعة الدراسة في ضوء متغير الجنس .

اسم الطفل	الجنس	العمر الزمني	العمر العقلي	درجة CARS	نوع التوحد
لينا " و "	أنثى	06	04.3	31	خفيف
زكي	ذكر	06	04.2	30.5	خفيف
عبد الحق	ذكر	06	03.4	34	متوسط
لينا " ز "	أنثى	05	03.4	34	متوسط
محمد " م "	ذكر	06	03.5	32.5	متوسط
أنيس	ذكر	06	04.5	32	متوسط
ماريا (بن)	أنثى	05	04.2	32	متوسط

ياسمين	أنثى	07	05.7	30.5	خفيف
خديجة	أنثى	07	06.0	34	متوسط
سلسبيل	أنثى	05	04.7	32.5	متوسط
رضوان	نكر	05	04.3	32.5	متوسط
إلياس	نكر	05	04.1	35.5	متوسط
عبد الحميد	نكر	09	05.7	30.5	خفيف
شهرة	أنثى	06	05.0	36	شديد
أيمن (ع)	نكر	05	04.3	35	متوسط
أمين (ث)	نكر	05	04.2	34	متوسط
أمين (ح)	نكر	05	04.3	36	شديد
يوسف	نكر	07	04.5	38	شديد
عبد الرحمان	نكر	07	04.5	38.5	شديد
ياسين	نكر	08	5.0	36	شديد
ريان	نكر	07	5.0	33.5	متوسط
مروى	أنثى	07	5.0	34	متوسط
عبد الرحيم	نكر	07	5.4	33.5	متوسط
عبد الله(ش)	نكر	06	5.3	34.5	متوسط
أنس(ز)	نكر	05	04.2	30.5	خفيف
فاروق	نكر	06	05.1	31	متوسط
رشيد	نكر	05	04.0	35.5	متوسط
إسلام	نكر	05	04.1	31.5	متوسط
منصف	نكر	05	03.4	34.5	متوسط

متوسط	33	04.5	05	ذكر	نسرین
-------	----	------	----	-----	-------

جدول رقم (8) يبين خصائص مجموعة الدراسة و درجات كل طفل على مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

تعليق على الجدول:

من خلال الجدول السابق رأى الباحث أن من الواجب الإشارة إلى بعض الملاحظات العامة و المتعلقة بعينة الدراسة، و هذه الملاحظات تمثلت فيما يلي:

- السن: هو سن الطفل الحالي و أغلبية الأولاد لما تم تقييمهم كانوا أصغر نسبة و حتى 3 سنوات من هذا العمر.
- درجة الكارز: هي الدرجة الأولى التي يتم تقييم الطفل بها دون أي رعاية أو تدخل مبكر أو تكفل.
- رغم توفر بعض الأدوات للكشف المبكر عن التوحد إلا أنه كان من الصعوبة تطبيقها على عينة الدراسة و هذا لاعتبارات عدة أهمها:
- عدم توافق بعض من هذه الأدوات مع متطلبات الدراسة.
- استخدام مقياس تقدير الطفل التوحدي (CARS) على مستوى أغلب مراكز الكشف عن هذا الاضطراب على مستوى الوطن.
- كان على الباحث تكوين بعض الأخصائيين على التحكم في استعمال هذه الأدوات لتطبيقها على عينة الدراسة إلا أن الرفض من قبل الجهات الوصية حال دون ذلك.
- التكلفة الباهظة لهاته الأدوات.

5. الحدود الزمانية و المكانية للبحث:

بالنسبة لعينة الأطفال التوحديين فقد قام الباحث بإجراء الدراسة الميدانية في ديوان باب الخير للتوحد و هو مركز فتي تحت مسمى ديوان علم النفس و الأطفونيا فتح أبوابه في شهر ماي من سنة 2012 ، يتواجد المركز بالجزائر العاصمة وبالتحديد ببلدية بئرخادم مقابل موقف الحافلات وعلى الطريق السريع غرب العاصمة باتجاه نحو البلدية، و يعمل بنظام خارجي بمعدل 5 أيام في الأسبوع من الأحد إلى الخميس من 8:30 صباحا إلى 15:00 مساء.

بدأ باستقبال حوالي 10 حالات و أخصائيين اثنين و مساعدتين بداية العمل كان من طرف السيد محمد طباري أخصائي نفساني و زوجته السيدة بن خنيش أسماء أخصائية أطفونوية. بعدها كان عمل المركز في البداية بسيط حسب الإمكانيات بعدها تطور و أصبح فيه ثلاث طوابق و يستفيد أكثر من 50 حالة من برامج للتدخل المبكر الخاصة بفئة التوحد.

و يتكون من عدد من الغرف و الأقسام و على سبيل المثال لا الحصر: غرفة السنوزيلان أو غرفة تنمية المهارات الحسية فهي غرفة سوداء فيها صنف معين من الفيبر أوبتيك و هو خاص بالأضواء و زيادة التواصل البصري و مواد خاصة لزيادة التركيز و تحسين مستوى التواصل الحسي و البصري و التكامل الحسي أي تحسين المهارات و الحواس الخمس بشكل عام والغرفة مجهزة بجزئين واحد خاص بالحصص الجماعية أين توجد طاولات و كراسي حسب عدد الأطفال وجزء خاص بالحصص الفردية، كما يحوي المركز غرفة خاصة ببرنامج تيتش لتنظيم البيئة الصفية TEACCH.

الديوان يحوي أيضا على قاعة خاصة بالعلاج النفسي الحركي و يوجد فيها سير كهربائي وأدرج و سلالم و ألعاب الحركات العامة و ألعاب لتقوية الحركات الدقيقة. كما أن الديوان

مجهر أيضا بأربع مكاتب و هي بغرض الجلسات المنطقية و النفسية و الأرتوفونية الخاصة لكل طفل حسب برنامجه و خطته الفردية.

حاليا يستقبل الديوان أكثر من 60 حالة في 7 أقسام باختلاف الفئة العمرية و العقلية ودرجة التوحد و تقدم لهم خدمات تربوية و نفسية و أرتوفونية أو برامج تواصلية تربوية كالتواصل عن طريق ... PECS, Makaton و برامج خارجية بيداغوجية كالرحلات الأسبوعية و السباحة، العلاج المائي وركوب الخيل... تحت تأطير مجموعة من الأخصائيين و المساعدين العاملين مع هذه الفئة.

تتكون الفرقة العلاجية بهذا المركز من: أخصائيتين في علم النفس العيادي ، ستة أخصائيات أرتوفونيات، مختصة واحدة في التطور الحسي الحركي وثمانية مربيات وسبع مساعدات في الأقسام.

و قد اختار الباحث مكان الدراسة على أساس توافر عينة الدراسة فيه ، إذ يعتبر هذا المركز من أهم المراكز التي تتكفل بعلاج الأطفال التوحديين و وفرة معظم أنواع التوحد بالديوان وكذا صعوبة الولوج إلى المراكز التي تحتوي على الأطفال التوحديين (عينة البحث) و قرب المركز من مكان إقامة الباحث و قلة التكاليف للتنقل. و قد جرت مدة التطبيق الميداني خلال السنة الدراسية 2015/2014.

6. أدوات الدراسة :

أ- اختبار رافن للذكاء :

إختبارات الذكاء غير اللفظية:

هي الاختبارات التي تسعى إلى التحكم في أهم أبعاد الثقافة ألا و هي اللغة، و يتم ذلك عن طريق عزل اللغة و الاعتماد على صور و رسوم معينة خالية من العنصر اللفظي و يستثنى من ذلك التعليمات اللازمة لإجراء الاختبار.

و تتميز هذه الاختبارات بقدرتها على عزل أثر التفوق في المهارات اللفظية، و هي غير متحيزة ضد الأشخاص الذين يفتقرون إلى الخبرة اللغوية.

و الاختبارات غير اللفظية لها قيمة كبيرة جدا، حيث يمكن تطبيقها على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق أو الكلام و الأميين من الكبار و الأجانب و المتأخرين عقليا ودراسيا. (حمزة، 1979).

و في مفاهيم المصطلحات النفسية التربوية يسمى الاختبار المتحرر من أثر الثقافة بالاختبار عبر الحضاري، حيث وضع هذا الاختبار و صمم لاستبعاد آثار بيئة الفرد الماضية على الدرجة التي سوف يحصل عليها في الاختبار. (زيدان، 1979).

و يرى آليس ALIS أن هذا النوع من الاختبارات هو هدف الكثير من علماء النفس بحيث تكون وحدات الاختبار غير مرتبطة بلغة معينة، أو جنس معين، أو ثقافة معينة. (خيرى، 1978).

و يرى كاتل CATTLE أن اختبارات الذكاء غير اللفظية " المتحررة من أثر الثقافة" مفيدة من الناحية النظرية و العملية و ذلك خلال سنوات الدراسة، لدورها في تحييد العوامل الثقافية و اللغوية. (الزيات، 1995).

و هناك الكثير من اختبارات الذكاء غير اللفظية نذكر فيما يلي بعض هذه الاختبارات:

- اختبار رسم الرجل لجودناف Goodnough Draw-a man- Test إعداد الباحثة الأمريكية جودناف.
- اختبارات كاتل CATTLE المتحررة من أثر الثقافة CATTLE's IPAT Culture fair Test.
- اختبار متاهة بورتوس Porteus Maze Test إعداد بورتوس.
- اختبار دافيز- إيلز Davis- Eells لقياس الذكاء العام.
- اختبار بيتا للجيش ARMEY Beta Test.
- اختبارات سبيرمان Spearman الحسية للذكاء إعداد سبيرمان.
- اختبار الذكاء المصور إعداد أحمد زكي صالح.
- اختبار الذكاء غير اللفظي إعداد عطية محمود هنا.
- اختبار تكملة الصور و لوحات الأشكال.
- اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن Matrixes Raven's Progressive إعداد العالم الإنجليزي رافن.

✚ اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة:

تعتبر مصفوفات رافن من اختبارات الذكاء الجمعية غير اللفظية، و قد ظهرت نتيجة للجهود التي بذلها العالم الإنجليزي رافن RAVEN بمساعدة العالم بنروز PENROSE، و اللذان كان لهما اهتمام كبير بقياس الذكاء غير اللفظي، حيث وضعوا في بداية الأمر صورة تجريبية لاختبار المصفوفات، تكونت من تسعة أشكال. استمدا فكرتهما الأساسية من العالم الإنجليزي سبيرمان Spearman و الذي كان يستخدم لوحات مرسوما عليها أشكالاً هندسية و يطلب من المفحوص وصف القاعدة التي تحكم العلاقة بينها، و لكنها بدلا من أن يطلبوا من المفحوص أن يذكر القاعدة، طلبوا منه معرفة الجزء الناقص في الأشكال و ذلك بهدف قياس

القدرة على استنباط العلاقات. و قد ظهرت المصفوفات المتتابعة لأول مرة على شكل اختبار عام 1938 باسم اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة، حيث كانت الأداة الرئيسية المستخدمة لتصنيف الجنود في الجيش البريطاني خلال الحرب العالمية الثانية (القرشي 1978، أبو حطب 1979).

ثم استمر رافن و تلاميذه في تطوير هذا الاختبار و إجراء التعديلات عليه حتى وفاته عام 1970.

و قد أكدت الدراسات العديدة و الأبحاث المختلفة التي أجريت على اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة أنها من الاختبارات عبر الحضارية المتحررة من أثر الثقافة بدرجة كبيرة، حيث طبق الاختبار في الأرجنتين بواسطة رايمولدي Ramoldi و الذي حصل على نتائج مماثلة لنتائج رافن. كما تم استخدامه من قبل فريق علماء النفس بسلاح الطيران الأمريكي أثناء الحرب العالمية الثانية بقيادة جيلفورد و الذي أكد أن الاختبار مشبع تشبعا عاليا بعامل إدراك العلاقات بين الأشكال، ثم انتشر استخدام اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة بعد الحرب العالمية الثانية على نطاق واسع حيث بذلت جهود كبيرة لتقنينها على مختلف الثقافات في عالمنا المعاصر، حيث نتج عن ذلك تراث علمي كبير يتمثل في مئات البحوث و الدراسات التي استخدمت الاختبارات (أبو حطب، 1979).

و مما يميز اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة اعتمادها على إطار نظري واضح منذ نشأتها، حيث نشأت و تطورت في ظل نظرية العاملين لسبيرمان.

الإطار النظري لاختبارات رافن:

نشأت اختبارات رافن كتطبيق لنظرية العاملين لسبيرمان و الذي يعتبر الموجه الرئيسي لحركة القياس العقلي في بريطانيا لمدة نصف قرن، و تتلخص نظريته في النقاط

الرئيسية التالية:

- أن جميع أساليب الأداء العقلي (الاختبارات العقلية) تحتوي على عاملين، عامل عام و عامل خاص.
- العامل العام يرتبط بمختلف صور النشاط العقلي فهو عامل مشترك بينها، و هو ضروري لحل جميع أنواع المشكلات و يعرفه سبيرمان بأنه " القدرة على إدراك الخبرة و إدراك العلاقات والمتعلقات" ، و يقصد بالعلاقات الارتباطات التي يمكن إدراكها بين الأشياء، و يقصد بالمتعلقات الأشياء التي توجد بينها علاقات".
- العامل النوعي الخاص و يختص بنشاط عقلي معين حيث أن كل نشاط عقلي له عامله النوعي الخاص و الذي لا يشاركه فيه نشاط عقلي آخر.
- أن عدم حصولنا على معاملات ارتباط تامة (+1) بين الاختبارات العقلية التي تقيس النشاط العقلي يرجع إلى وجود العوامل النوعية الخاصة.
- إسهام العامل العام في التباين الكلي للنشاط العقلي يكون أكثر في النشاط العقلي المتعلق بالاستدلال بينما يقل في النشاط العقلي المتعلق بالمهارات.
- أن هدف القياس العقلي هو قياس مقدار العامل العام في الفرد، و ذلك لأن العامل العام يوجد في جميع قدرات الإنسان، فبالتالي يصبح هو الأساس الوحيد للتمييز بأدائه من موقف لآخر. (أبو حطب، 1987).
- و يرى سبيرمان أن أفضل المقاييس التي تقيس العامل العام هي المقاييس التي تعتمد على الاستدلال المجرد، و سعى للوصول إلى مقاييس تقيس الأداء العقلي دون الاعتماد على المهارات و التحصيل المكتسب و الذي تمثله المفردات اللغوية.
- و قد كانت اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة ترجمة واقعية لمعطيات نظرية العاملين لسبيرمان حيث سعت لقياس العامل العام عن طريق الاستدلال المجرد و ذلك

بقياس القدرة على إدراك العلاقات و المتعلقات من خلال المصفوفات التي يتكون منها الاختبار.

ماذا تقيس اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة؟

تقيس اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة كلا من:

- **السعة العقلية العامة للفرد:** و هذا أثناء تأديته للاختبارات و ذلك عندما تعطى كاختبارات قوة دون تحديد لوقت الإجابة، و هي بذلك تقيس دقة الملاحظة و التفكير الواضح المرتب الذي لا يعتمد على المعلومات السابقة التي اكتسبها الفرد، حيث يؤكد رافن أن اختبارات المصفوفات المتتابعة اختبار لطاقة الشخص لحظة إجراء الاختبار على فهم أشكال عديمة المعنى، عليه ملاحظتها و إدراك العلاقات بينها، و فهم الأشكال، و إكمال كل نظام من نظم العلاقات المعروضة، و بذلك ينمي طريقة منظمة في الاستدلال. و يفضل استخدام الاختبار لقياس السعة العقلية في مجال الدراسات الإنسانية، و الوراثة و الإكلينيكية.
- **الكفاءة العقلية للفرد:** و ذلك عندما يعطى كاختبار سرعة يتم فيه تحديد وقت للإجابة بين (30-40) دقيقة، و هي بذلك تقيس قدرة الفرد على إصدار أحكام سريعة و دقيقة حسب متطلبات الموقف، و لذلك تستخدم للتمييز بين الأفراد الذين لديهم سرعة في التفكير و الأفراد الذين لديهم بطئ في التفكير. و يفضل استخدام اختبارات رافن لقياس الكفاءة العقلية في مجال الاختيار و التوجيه التربوي و المهني (Raven et Al, 1998).

🚩 أنواع اختبارات رافن للمصفوفات المتتابعة:

1) اختبار المصفوفات المتتابعة العادي (القياسي):

و يتألف من ستين مصفوفة مقسمة على خمس مجموعات هي (أ، ب، ج، د، هـ) و تحتوي كل منها على اثنتي عشرة مصفوفة، و المصفوفة عبارة عن شكل أساسي يحتوي على تصميم هندسي تنقصه قطعة وضعت مع بدائل تتراوح بين ستة إلى ثمانية بدائل، و على المفحوص أن يختار القطعة المتممة للشكل و يسجل رقمها في نموذج تسهيل

الإجابات. و درجة المفحوص على هذا الاختبار هي المجموع الكلي للإجابات الصحيحة، و في كل مجموعة تكون المصفوفة الأولى واضحة و يسهل إيجاد حلها بشكل كبير، أما المصفوفات التي تلي ذلك فتكون متدرجة في الصعوبة، و قد رسمت الأشكال في كل مصفوفة بدقة لكي تثير لدى المفحوص الاهتمام المتزايد.(Raven et Al, 1998).

و قد انتشر استخدام هذا الاختبار في مختلف أنحاء العالم و على مستوى قاراته الخمس، و لم يطرأ عليه منذ نشره أول مرة عام 1938 إلا تعديلات طفيفة، و ذلك عامي 1947 و 1958، ويمكن استخدام الاختبار مع الأعمار من سنة إلى ستين سنة (أبو حطب، 1979).

اختبار المصفوفات المتتابعة الملون:

و يتكون هذا الاختبار من ست و ثلاثين فقرة مقسمة على ثلاث مجموعات هي (أ، أب، ب) و تشبه المجموعتان (أ، ب) نظيرتيها في اختبار رافن العادي، أما المجموعة (أب) فهي أكثر صعوبة من فقرات المجموعة (أ)، و أقل صعوبة من فقرات المجموعة (ب)، و قد نشر هذا الاختبار لأول مرة عام 1947 و تم تعديله عام 1956، و يمكن استخدام هذا الاختبار مع الأعمار من ست سنوات إلى إحدى عشرة سنة، و مع المتأخرين عقليا، و كبار السن و مع ذوي الإعاقات المؤثرة في التحصيل اللغوي كالصم و البكم (الزمزمي، 1996).

(2) اختبار المصفوفات المتتابعة المتقدم:

و يتألف من مجموعتين، حيث تتكون المجموعة الأولى من اثنتي عشرة فقرة صممت بهدف تعريف الفرد بطريقة الحل و تغطي جميع العمليات العقلية الموجودة في المجموعة الثانية من الاختبار، و تطبق أولا على المفحوص حيث يظهر للفاحص في بضع دقائق فيما إذا كان الفرد منخفض الذكاء، أو متوسط الذكاء، أو مرتفع الذكاء، فإذا وجد أن الفرد متوسط الذكاء أو أكثر فإنه يمكن استخدام المجموعة الثانية و التي تتكون من ست و ثلاثين فقرة تشبه في مظهرها ومنطقها فقرات المجموعات (ج، د، هـ) من الاختبار القياسي و لكن

تتميز بأنها أكثر صعوبة. و قد نشر هذا الاختبار لأول مرة عام 1947 حيث تكونت فيه المجموعة الثانية من ثمان وأربعين فقرة، عدلت عام 1962 حيث اختصرت الفقرات إلى ست و ثلاثين فقرة، و يمكن استخدام هذا الاختبار مع الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن إحدى عشرة سنة من ذوي القدرات العقلية المتوسطة أو المرتفعة. (Raven et Al, 1994).

✚ طبيعة الفقرات التي تتألف منها اختبارات رافن:

بالنظر إلى الفقرات التي تتكون منها اختبارات رافن الثلاثة، يتضح أن كل فقرة عبارة عن لوحة أو شكل أساسي حذف جزء من أجزائه و على المفحوص أن يحدد هذا الجزء من بين مجموعة من البدائل يتراوح عددها بين ستة و ثمانية بدائل موجودة تحت الشكل الأساسي، و تختلف الأشكال المكونة للفقرات من حيث محتواها حيث يوجد منها ثلاث أنماط هي:

- النمط الأول:

و فيه يحتوي الشكل الأساسي على تصميم هندسي واحد يملأ جميع مساحة الشكل، اقتطع منه جزء وضع ضمن ستة بدائل تحت الشكل الأساسي، و يمثل هذا النمط فقرات المجموعة (أ) في كل من اختباري رافن القياسي و الملون.

- النمط الثاني:

و فيه يحتوي الشكل الأساسي على أربعة تصاميم هندسية تربط بينها علاقة معينة على المستوى الأفقي و المستوى الرأسي، و قد حذف تصميم واحد من هذه التصاميم الأربعة وضع ضمن ستة بدائل تحت الشكل الأساسي، و يمثل هذا النمط فقرات المجموعة (ب) في اختبار رافن القياسي، و فقرات المجموعتين (أب، ب) في اختبار رافن الملون.

- النمط الثالث:

و فيه يحتوي الشكل الأساسي على تسعة تصاميم هندسية تربط بينها علاقة معينة على المستوى الأفقي و المستوى الرأسي، و قد حذف تصميم واحد من هذه التصاميم التسعة

وضع ضمن ثمانية بدائل تحت الشكل الأساسي، و يمثل هذا النمط فقرات المجموعات (ج، د، هـ) في اختبار رافن القياسي و جميع فقرات اختبارات رافن المقدم.

و يحدد المفحوص الجزء المحذوف بعد تحديده للعلاقة التي تربط بين مجموعة التصاميم الهندسية في الشكل الأساسي، و التي تتطلب نمطا مختلفا من الاستجابة تشمل:

- إكمال تصميم أو مساحة ناقصة.
- إكمال تصاميم هندسية متشابهة أو متماثلة .
- التغيير المنتظم في التصاميم الهندسية.
- إعادة ترتيب التصميم الهندسي أو تغييره بطريقة منتظمة.
- تحليل التصاميم الهندسية إلى أجزاء على نحو منتظم و إدراك العلاقة بينها (أبو حطب، 1979).

🚩 وصف الاختبار:

يتألف الاختبار من ستين مصفوفة مقسمة إلى خمس مجموعات هي (أ، ب، ج، د، هـ) وتحتوي كل منها على اثنتي عشرة مصفوفة، و المصفوفة عبارة عن شكل أساسي يحتوي على تصميم هندسي تنقصه قطعة وضعت مع بدائل تتراوح بين ستة إلى ثمانية بدائل، و على المفحوص أن يختار القطعة المتممة للشكل و يسجل رقمها في نموذج تسجيل الإجابات، و درجات المفحوص على هذا الاختبار هي المجموع الكلي للإجابات الصحيحة، و في كل مجموعة تكون المصفوفة الأولى واضحة و يسهل إيجاد حلها بشكل كبير، أما المصفوفات التي تلي ذلك فتكون متدرجة في الصعوبة، ويساعد ترتيب المصفوفات في تدريب المفحوص على حل مسائل الاختبار، و قد رسمت الأشكال في كل مصفوفة بدقة لكي تثير لدى المفحوص الاهتمام المتزايد.

مكونات المقياس:

يتكون هذا الاختبار من ثلاث مجموعات و هي:

- المجموعة (A): و النجاح فيها يعتمد على قدرة الفرد على إكمال نمط مستمر، و عند نهاية المجموعة يتغير هذا النمط من اتجاه واحد إلى اتجاهين في نفس الوقت.

- المجموعة (AB): و النجاح فيها يعتمد على قدرة الفرد على إدراك الأشكال المنفصلة في نمط كلي على أساس الارتباط المكاني.

- المجموعة (B): و النجاح فيها يعتمد على فهم الفرد للقاعدة التي تحكم التغيرات في الأشكال المرتبطة منطقيا أو مكانيا، و هي تتطلب قدرة الفرد على التفكير المجرد.

و كل مجموعة من المجموعات السابقة تتكون من (12) مصفوفة، و كل مصفوفة تحتوي بأسفلها على (06) مصفوفات صغيرة بحيث يختار المفحوص مصفوفة واحدة لتكون هي المكملة للمصفوفة التي بالأعلى.

و المجموعات الثلاثة السابقة وضعت في صورة مرتبة، و هذا الترتيب ينمي خط منسق من التفكير و التدريب المقنن على طريقة العمل، مما يجعل الفرصة متاحة لقياس النمو العقلي للأطفال حتى يصلوا إلى المرحلة التي يستخدموا فيها التفكير القياسي كطريقة للاستنتاج، و هي مرحلة النضج العقلي، و التي تبدأ في الانحدار في مرحلة الشيخوخة، و هذا ما يجعل متوسط الأداء لطفل الـ (8) سنوات قريبا من أداء شخص في الـ (80) من عمره.

كما يلاحظ أن هذه البطاقات قد صممت بألوان مختلفة، حتى تستطيع تلك البطاقات جذب انتباه الطفل المفحوص أكبر قدر ممكن بدلا من تشتت انتباهه في أشياء أخرى.

تعليمات تنفيذ الاختبار المعطاة للمفحوص:

يقوم الفاحص بكتابة اسم المفحوص في ورقة الإجابة، و من ثم يفتح كتيب الاختبار أمام المفحوص على شكل (A1) و يقول له: (أنظر إلى الشكل -و يشير إلى الشكل الأساسي في أعلى الصفحة- قائلاً : " كما ترى فإن هذا الشكل قطع منه جزء، و هذا الجزء المقطوع موجود في أحد الأجزاء المرسومة أسفل الشكل - و يشير إلى الأجزاء أسفل الصفحة واحدا بعد الآخر" ثم يقول : " لاحظ أن واحدا فقط من هذه الأجزاء هو الذي يصلح لإكمال الشكل الأصلي"، وبعد ذلك يقول: " أنظر إلى الشكل الصغير رقم (1) نجد أنه عبارة عم خطوط سوداء مائلة على مساحة خضراء، و هو يختلف عن الشكل الأصلي، و لذلك فهو لا يصلح لإكماله. و إذا نظرنا إلى الشكل الصغير رقم (2) نجد أنه يمثل مساحة خضراء ليس بها أي شكل، فهو أيضا لا يصلح لإكمال الشكل الأصلي. و إذا انتقلنا إلى الشكل الصغير رقم (3) نجد أنه عبارة عن مربعات صغيرة بيضاء و سوداء، و لذلك فهو يختلف عن الشكل الأصلي. و أما الشكل الصغير رقم (6) فإنه يشبه الشكل الأصلي في الألوان و الشكل، و لكنه غير كامل. إذن يوجد جزء واحد هو الذي يكمل الشكل الأصلي، ضع أصبعك على هذا الجزء".

بعد ذلك يتأكد الفاحص بأن الفاحص وضع أصبعه على الشكل الصحيح، و إذا لم يضع أصبعه على الجزء الصحيح يقوم الفاحص بزيادة الشرح حتى يضع الطفل أصبعه على الشكل الصحيح. ثم يقوم الفاحص بتسجيل الإجابة في الورقة المعدة لذلك، ثم ينتقل الفاحص إلى الشكل (A2) و يقول: " الآن ضع أصبعك على الجزء الذي يمكن وضعه في الفراغ لإكمال الشكل الأصلي"، و إذا لم يستطع المفحوص الإجابة يقوم بالرجوع إلى الشكل (A1) و يعيد الشرح حتى يفهم المفحوص الفكرة، فإذا تم الحل بالنسبة للشكل (A2) فإنه ينتقل إلى الشكل (A3) و يقول : "ضع أصبعك على الجزء الصحيح"، ثم يقول : " لاحظ أن جزءا واحدا فقط من بين هذه الأجزاء هو الصحيح، كن منتبها و انظر إلى كل جزء منها قبل أن

تختار الجزء الصحيح، كن حريصا بأن تتأكد أنك قد وجدت الجزء الصحيح قبل أن تشير إليه بأصبعه، و إذا كنت غير متأكد من الإجابة انظر إلى الشكل مرة أخرى". ثم ينتقل الفاحص بعد ذلك إلى الأشكال التالية، و يلقي نفس التعليمات.

✚ تعليمات الاختبار الخاصة بالفاحص:

- إذا تعثر المفحوص و لم يستطع فهم الاختبار و حله حتى الشكل (A5) و يجب إيقاف الاختبار و اعتباره غير صالح للتطبيق مع هذا المفحوص.
- يجب إعطاء المفحوص وقت كاف للتفكير و الاختيار و عدم التعليق على الإجابة سواء كانت صحيحة أو خاطئة.
- من الممكن للفاحص أن يستخدم الشكل (A1) في الشرح للمفحوص و هو ينتقل ما بين الأشكال حتى الأشكال (A5).
- حتى لا يدخل الملل إلى المفحوص، فمن الممكن عدم تكرار التعليمات من قبل الفاحص إذا وجد أن المفحوص متجاوب في حل أشكال الاختبار.

✚ نظام التصحيح:

- بعد انتهاء المفحوص من الإجابة عن الأسئلة، يتم سحب كراسة الاختبار و ورقة الإجابة منه.
- ثم يحسب لكل سؤال صحيح أجابه المفحوص (1) درجة، و السؤال الذي لم يجب عنه يوضع له (0).
- و لمعرفة الإجابات الصحيحة: يكون هناك ورقة مفتاح التصحيح الخاصة بالفاحص.
- ثم تجمع الدرجات الصحيحة التي حصل عليها المفحوص لمعرفة الدرجة الكلية للمفحوص في هذا الاختبار.

✚ حساب نسبة الذكاء :

بعد معرفة الدرجة الكلية التي عليها المفحوص، نذهب لـ (قائمة المعايير المئينية) لمعرفة ما يقابل هذه الدرجة الخام من درجة مئينية، و ذلك مع مراعاة أن ينظر لدرجته تحت السن الذي يندرج فيه المفحوص.

و بعد معرفة الدرجة المئينية المناسبة لعمر المفحوص، ننتقل لمعرفة ما يقابل هذه الدرجة المئينية من توصيف للمستوى العقلي و نسبة ذكاء.

ب- اختبار الاتصال اللغوي: (إعداد الباحث):

*الخلفية النظرية للأداة (المقياس):

قام الباحث بمحاولة إعداد أداة متمثلة في اختبار تقدير سلوك الاتصال لبعض مهارات الاتصال اللغوي و الذي يعرف بأنه "أداة لجمع البيانات من أفراد أو جماعات كبيرة و عن طريق عمل استمارة تضم مجموعة من الأسئلة المتنوعة و التي ترتبط ببعضها البعض بشكل يحقق الهدف الذي يسعى إليه الباحث بغية الوصول إلى معلومات كمية أو كمية، من خلال المشكلة التي يطرحها بحثه و قد تستخدم بمفردها أو قد تستخدم مع غيرها من أدوات البحث العلمي الأخرى ، و يعتبر الاستبيان إحدى أرخص طرق جمع البيانات عن موضوع معين و عن طريق هذه البيانات يمكن للباحث عمل دراسة تحليلية لموضع بحثه.

و قد تم الاعتماد في بناء الأداة و بالأخص مفردات الاستبيان على مجموعة من الأطر النظرية منها العربية والأجنبية بما فيها الكتب، الدراسات و البحوث السابقة التي اهتمت بالاضطرابات اللغوية ولاسيما لدى التوحديين. فيما يتعلق بمنهجية إعداد الأداة تم الإطلاع على كتاب "القواعد المنهجية التربوية لبناء الاستبيان" زياد بن علي بن محمود الجرجاوي (2010)، و فيما يخص مفاهيم الانتباه المشترك، التقليد، و اللعب. مذكرة ماجستير "فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية و أثر ذلك على الاتصال اللغوي لدى

الأطفال التوحديين"، عزاز محمد زهير (2011)، مقياس تقدير التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي إعداد سهى نصر (2002)، مقياس تقدير المعلم للانتباه المشترك لدى الطفل (عيسى، 2013)، مقياس تقدير التواصل اللغوي إعداد زينب الفضل (2009) ، مقياس تقدير مهارات التواصل من خلال اللعب إعداد رفاة بنت جمال يحي لمفون (2010).

أما بالنسبة للمقاييس و الاختبارات المعدة بغير اللغة العربية التي تم الاعتماد عليها من أجل الإطلاع على كيفية صياغة البنود نجد: مقياس مهارات الاتصال الاجتماعي للأطفال التوحديين (ESCS) إعداد ليندا موردوك (2007)، مقياس مهارات الانتباه المشترك للأطفال التوحديين إعداد كوني كاسري (2006)

*التعريف بالأداة:

قام الباحث بصياغة البنود وتعميم المقياس (القبلي/البعدي) المتمثل في استمارة تقييم الاضطرابات النمائية اللغوية لدى الأطفال المصابين بالتوحد لتحديد مستوى الأداء الحالي قبلي/ بعدي تطبيق البرنامج التدريبي و هذا بعد إجرائه لدراسة استطلاعية استفاد من خلالها الباحث في تحديد مفردات المقياس من خلال تمريره على عينة من العاملين مع الأطفال التوحديين باختلاف تخصصاتهم و هذا ما أدى بالباحث إلى إعداد أدواته لتطبق على الأولياء و الأخصائيين الأروطوفونيين باعتبار معاناة الأطفال التوحديين من مشكلات على مستوى الاتصال اللغوي و كان الأداة على النحو التالي:

✓ هذا الاستبيان موجه إلى أولياء التوحديين و كذا الأخصائيين الأروطوفونيين.

- تتطلب الإجابة على الأسئلة الموجودة في الاختبار أن تكون موضوعية باعتبار أن أسئلة الاستبيان مغلقة.
- وجوب اختيار اقتراح واحد فقط من بين الاقتراحات الثلاثة.
- اجتناب الخريشة و الشطب العشوائي للإجابات.

• إعطاء رمز مغاير لكل قياس مثال : * بالنسبة للقياس القبلي، و ** بالنسبة للقياس البعدي مع التزام أن يوزع القياس القبلي بصفة فردية ثم إعداد نفس المقياس على القياس البعدي و هذا دون أن يكون المجيب على أسئلة المقياس على دراية بنتائج القياس القبلي (أي طبعة فارغة للإجابة على أسئلة المقياس).

✓ الهدف الرئيسي من هذا الاستبيان يكمن في: " الكشف عن اضطرابات بعض مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين و المتمثلة في مهارة الانتباه المشترك، التقليد، و اللعب".

✓ نوع الاستبيان مقيد (مغلق) مكون من ثلاثة اقتراحات و هذه الأخيرة مصحوبة بدرجات كما يوضحه الجدول التالي:

لا يوجد	لحدا ما	تماما	الاقتراحات
1	2	3	الدرجات

جدول رقم (9): يبين درجات تنقيط اختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث)

✓ جاء الاستبيان مرفقا بمجموعة أسئلة البعض منها موجه إلى الأخصائيين الارطفونيين والبعض الآخر موجه للأولياء، و الهدف الوحيد من هذه الأسئلة هو جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول الحالة فقط، و لا تدخل هذه الأسئلة ضمن الكشف عن الاضطرابات اللغوية (أنظر الملحق رقم 1)

✓ يحوي هذا الاستبيان محورين رئيسيين هما:

1. محور خاص اللعب (Le Jeu): يتكون من (34) بنداً.

2. محور خاص بالتقليد (L'imitation): يتكون من (32) بنداً.

3. محور خاص بالانتباه المشترك (L'attention conjointe) : يتكون من (28)

بندا.

ت-البرنامج التدريبي:

▪ المفاهيم الأساسية في برامج الأطفال التوحيديين:

رغم اختلاف برامج التدريب التي تقدم للطفل التوحيدي من حيث المحتوى أو الاستراتيجيات المستخدمة، إلا أنها تشترك جميعا في المفاهيم الأساسية التي حددها كولين و دونالان فيما يلي:

✓ مشاركة الآباء كعالمين أو مدربين لأبنائهم التوحيديين:

يرى ماركوس و آخرون (Marcus, et Al, 1979)، دونالان و آخرون (1984) أن إتاحة الفرصة لمشاركة الآباء في برامج التدريب تجعلهم أكثر فهما لحالة طفلهم مما يساعدهم على اتخاذ القرارات الحاسمة بخصوص طفلهم كما تساعدهم على فهم أفضل لاحتياجات أبنائهم و إيجاد طريقة تواصل معهم، كما أن التدريب العملي الذي يتلقونه على يد الأخصائيين يمكنهم من مساعدة أطفالهم على الاندماج في الحياة الأسرية. (Cohen, Donnellan, 1985, 499).

✓ المهارات و القدرات الأساسية:

إن البؤرة الأساسية التي يركز عليها التدخل السيكولوجي للأطفال التوحيديين هي التركيز على تطوير و بناء القوى الكامنة لدى الطفل، و إكسابه المهارات اللازمة للمعيشة في حدود قدرات و احتياجات الطفل و أسرته، و هنا تجب الإشارة إلى أنه يجب أن تركز البرامج العلاجية على الأساليب الواقعية العملية في حل المشكلات أكثر من التركيز على التفاعل اللفظي. (Cohen, Donnellan, 1985, 499-500).

✓ التقييم الشامل للطفل و الأسرة و المجتمع:

لتحقيق هذا يعتبر الباحث أنه يجب أن يؤخذ في الاعتبار الطفل الذي يعد جزءا من بيئة اجتماعية كبيرة، و أنه من الضروري زيادة فرص النجاح أمام الطفل في حياته الجماعية، ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط التي يفرضها عليها المجتمع، و يتم قياس هذه المتغيرات من خلال عملية التقييم، فهي متطورة باستمرار و تناقش موضوعات مختلفة منها: الحاجات الناشئة لدى الأسرة، و ظروفها و التغيرات الحادثة في المجتمع و هذا التقييم يجب أن يتلاءم مع نظام القيم داخل الأسرة و حسب أولوياتها و اهتماماتها.

بالإضافة إلى المفاهيم السابقة يجب أن يتوافر في البرنامج المرونة الكافية من حيث المهارات المختلفة و كيفية تطبيقها. (Cohen, Donnellan, 1985, 499).

و يضيف مكلنهان و كرانتز أن عملية التقييم ضرورية جدا سواء لأعضاء الفريق المعالج أو لنتائج البرنامج بصفة عامة، فهي تتيح الفرصة للنقد و التعديل، و لكي تكون عملية التقييم موضوعية و ليست تعسفية يجب مراعاة الآتية:

- أن يشمل التقييم أداء كل المشتركين في البرنامج و كذلك نتائجه.
- يفضل أن تكون نتائج التقييم سببا في منح الفرصة للاستفادة من خطط التدريب وتعلم مهارات جديدة.
- يفضل أن تكون نتائج التقييم تدعيمية و ليست محبطة بمعنى زيادة عدد المكافآت عن عدد الجزاءات.
- أن أداء الطفل يفيد في تقييم البرنامج الفردي و لكن لا يكفي للتقييم الشامل للبرنامج.
- بدون النظر إلى طبيعة البرنامج و المدرب، فإن الأطفال التوحديين يتقدمون ببطئ شديد، و تقدير نتائج تدريبهم يفيد في معرفة معدل سرعة أو بطئ الاستجابة لديهم، كما أن الأطفال التوحديين الذين يتلقون تدريبا مبكرا في عمر ما قبل

المدرسة فيكون تقدمهم سريعاً و ملحوظاً و من السهل التحكم في سلوكهم فيما بعد
(Fenske, et Al, 1985, Lovaas,1987).

- المهارات التي لم يتم التدريب عليها في البرنامج لا تدخل ضمن نطاق التقييم.
(Mc Clannahan, Krantz, 1993, 593).

- أن تكون أهداف برامج التدريب مهارية، و يفضل اتباع الأسلوب الإرشادي والتدعيمي للمشاركين في البرنامج.

- يجب أن تخصص في لائحة التقييم بعض الاحتياطات لمواجهة أوجه القصور التي قد يسببها بعض الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية العنيفة.

- كما يجب أن يخصص في لائحة التقييم جزء لتعليم المدربين كيفية التعامل مع الأطفال و بناء علاقات جيدة معهم، فعلى سبيل المثال: ابتسامه الأخصائي لمن يتعامل معه، ملائمة الحديث أو الحوار لسن الطفل، إلقاء الفكاهات و النكات التي تخفف من حدة الحديث، مراعاة المستوى الثقافي و الاجتماعي للطفل.

- لما كان الطفل التوحدي غير قادر على المشاركة في صنع القرار، و غير قادر على حماية حقوقه، لذا فإن أنظمة تقييم البرامج التدريبية المقدمة له يجب أن توضع نوع الخدمة المقدمة و حجمها و مدى فاعليتها و ملائمتها للمستويات الأخلاقية والعملية. (Mc Clannahan, Krantz, 1993, 593-594).

و حيث أن مشاركة الآباء في برامج التدريب المقدمة لأطفالهم التوحيديين بالكيفية السابق عرضها تعود على الأسرة بفوائد جمة ، فقد حددها كوهين و دونالد فيما يلي:

■ أن مشاركة الآباء في برامج تدريب الأطفال التوحيديين تساعدهم على اكتساب خبرات وأفكار جديدة تسهم في تقليل آثار التجارب السابقة المؤلمة، و تحسن حياة الأسرة بصفة عامة.

- اكتساب و استخدام المهارات السلوكية الجديدة بشكل ناجح، يفيد الآباء في استعادة الثقة بالنفس و تقدير الذات و توجيه حياتهم و حياة أطفالهم.
- أن نجاح الآباء في تعليم أطفالهم التوحيديين المهارات الجديدة يترتب عليه انخفاض القلق و التوتر عند الآباء، و يضعف الإحباط الذي تولد خلال المحاولات الأولى الثائرة والفاشلة للآباء في رعاية أطفالهم. (Cohen, Donnellan, 1985, 519).
- توجيه الطاقات العقلية و الجسدية للآباء بشكل بناء، حيث تصبح الحياة الأسرية أكثر تنظيماً و أقل إرباكاً، و تصبح هناك أمورا روتينية و أنماطا سلوكية للطفل تخضع لسيطرة الأسرة و تحكمها.
- إن وجود المرء مع جماعة من الآباء الذين يشاركون نفس المشكلة، أو مشاكل مشابهة يمكن أن يخفف الشعور بالعزلة و وصمة العار، كما يخفف إلى حد ما الشعور بالحزن، حيث أن هؤلاء الآباء ينتابهم شعور بالانتماء إلى أي مجموعة من الآباء، و هذا يتحقق من المشاركة في البرنامج.
- تخفيف المشاعر المتعلقة بالإحساس بالذنب و الغضب و القلق عند معرفة أن هذه المشاعر منتشرة عند باقي الآباء الذين لهم مشاكل مشابهة سواء كانت موجهة ناحية الطفل أو ناحية أنفسهم أو ناحية أطفالهم الآخرين أو الأقارب أو حتى الغرباء في الشارع و السوق، فهذه المشاعر نشأت غالبا من استجابات المجتمع القاسية و غير المناسبة تجاه حاجات الطفل و الأسرة، و هؤلاء الآباء غالبا يكونون مجتمعا جديدا و عائلة واحدة تهتم بأعضائها و تؤيدهم.
- إن تعامل الآباء مع المختصين لفترات طويلة قد تمتد طوال حياة الطفل، يفيد الآباء في التغلب على كثير من مشاكلهم الشخصية و مشاكل أبنائهم التوحيديين، و كذلك يساعدهم على فهم الأنظمة الاجتماعية و يحميهم من الأعباء التي يفرضها النظام الاجتماعي عليهم، و يساعدهم على التعامل بشكل جيد مع الوكالات الاجتماعية

المسؤولة عن تنمية و حماية الخدمات الرئيسية و الإمداد بالتشجيع و التأييد لهم و لأطفالهم. (Cohen, Donnellan, 1985, 519-520).

*البرنامج المقترح من قبل الباحث:

في ضوء الدراسات السابقة، وفي ضوء بعض الأطر النظرية قام الباحث بإعداد برنامج يعتمد على الانتباه المشترك، التقليد و اللعب في تنمية التواصل اللغوي لفئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

✚ مصادر بناء البرنامج:

أثناء إعداد الباحث لهذا البرنامج، كان لزاما على الباحث المرور بمرحلة جمع المادة من خلال إطلاع على عدد من الدراسات و البحوث التجريبية التي تناولت البرامج التدريبية الخاصة بفئة الأطفال التوحديين و كذا غيرهم من الفئات التي خضعت للبرامج العلاجية، و كان استفادة الباحث من خلالها كبيرا حيث كان لها الأثر في إعطاء الباحث عدد من الأفكار و الحلول للتعامل المنهجي و التجريبي للدراسة الحالية في إطار إعداد برنامجه، و كانت انطلاقة فكرة البرنامج التدريبي من خلال قراءة الباحث في معظم البرامج التدريبية الموجهة لفئة التوحديين و استفادته من أفضل أفكارها لبناء برنامجه، و من ثم كان للباحث قراءات في بعض البحوث و المقالات التي بينت إهمال هاته البرامج لبعض المعايير و الأسس المهمة في كفالة الطفل التوحدي. و من خلال هذا حاول الباحث أن يكون برنامجه عبارة عن تكملة للبرامج التي تناولت الكفالة المبكرة لاضطراب التوحد.

باعتبار أن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة كان في محاولة إعداد برنامج تدريبي لتطوير بعض مهارات التواصل اللغوي و المتمثلة في: الانتباه المشترك، التقليد، اللعب فقد كان على الباحث مراجعة بعض الأطر النظرية و التي تمثلت على سبيل المثال لا الحصر:

- مراجعة الأطر النظرية التي تتحدث عن الخصائص اللغوية و الانتباه المشترك

- و التقليد مثل: خطاب (2005)، خليفة (2007)، منجود (2009)، فابيان (2007)، ليندا موردوك (2007)، ميشال سوليفان (2007).
- مراجعة الأطر النظرية التي تتحدث عن الخصائص اللغوية و خصائص لعب ذوي اضطراب التوحد مثل : الفوزان (2003)، الشامي (2004)، كامل (2003، 2005)، لمفون (2010).
 - البحث في بعض البحوث حول التدخل المبكر مثل : سهى أحمد نصر (2002)، الفضل (2009).
 - الإطلاع على البرامج السابقة.
 - مراجعة بعض الدراسات التي استخدمت البرامج التجريبية و شبه التجريبية في تدريب ذوي اضطراب التوحد : نصر (2002)، نيرمين قطب (2005)، بدوي (2006).
 - الإطلاع على كيفية بناء الخطط الفردية مثل، الروسان (2000)، هورستماير و ماكدونالد (2001).
 - الإطلاع على بعض مقاييس اللغة مثل : مقياس المهارات اللغوية للمعاقين عقليا في صورته الأردنية لفاروق الروسان (2000)، مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحيدي لسهى نصر (2002).

أهداف البرنامج:

- يحتوي برنامج التدريب المقترح على أهداف رئيسية باعتبارها أهداف عامة:
- زيادة الدافعية لدى هؤلاء الأطفال للتعلم.
 - تطوير مستوى أداءات بعض المهارات المعرفية لدى الأطفال التوحيدين.
 - تشجيع التحصيل الأكاديمي بصورة عامة، و التحصيل اللغوي و الاتصال بصورة خاصة.

- تنمية مهارات الاتصال اللفظي و غير اللفظي.
- المساهمة بصورة بحثية و ميدانية في كفالة الأطفال التوحديين لأجل تحقيق التواصل الاجتماعي.
- وضع تحت تصرف الأولياء و كذا العاملين مع هاته الشريحة من الأطفال أداة تكفل تسمح بالتقليل من بعض الأعراض التي تعيق تواصلهم.
- وبالرغم من أن هذه الأهداف تتمتع بالأهمية إلا أن هناك أهداف تتعلق بالمحتوى التربوي والتعليمي بشكل خاص تتمثل فيما يلي:
- تقديم برنامج التواصل المقترح بلغة الطفل التي يتعامل بها أولياؤه معه في البيت بأشكالها ومواقعها المختلفة من خلال الكلمة والصورة.
- تعليم الطفل ذو اضطراب التوحد الاستجابة و ردة الفعل.
- تعليم بعض الكلمات الشائعة في حياتنا اليومية للأطفال التوحديين بالمرحلة العمرية 4-6 أعوام ليتمكن كل طفل من فهمها والتعرف على مدلولها، مثل: فم، عين، بيت، باب، يد، أم، أب، أخ، عم، زيت، سوق، فيل، موز (كلمات من مقطع صوتي واحد).
- ماما، بابا، بطء، قمر، صحن، سكر، أرنب، حصان، سمكة، ليمون، أصفر، أبيض، (كلمات من مقطعين صوتيين).
- طيارة، سيارة، برتقالة، سماعة، فراشة، (كلمات من ثلاثة مقاطع صوتية).
- تعليم الاستجابة اللفظية وتدريب الطفل التوحدي على مهارة الاستعداد و التواصل بشقيه اللفظي و غير اللفظي.
- إكساب الطفل التوحدي التعرف على الأصوات و بعض الأشياء المحيطة وتمييزها.
- تدريب الطفل ذو اضطراب التوحد على التواصل اللفظي مع الآخرين مما يتعلمه من حروف وكلمات.

أسس و استراتيجيات البرنامج التدريبي:

اعتمد الباحث في إعداد هذه الدراسة على مجموعة من الأسس التي استوحاها من الأطر و القواعد التي اعتمد عليها سابقوه في إعداد البرامج التدريبية والعلاجية، و في هذا الصدد كان من الأسس التي اعتمد عليها الباحث لإعداد برنامج ما يلي:

■ تحديد السلوك النهائي و تحديد المهمة التعليمية إلى مكوناتها التعليمية و

يشمل هذا المبدأ على فكرتين أساسيتين هما:

- **السلوك النهائي:** و نقصد به هنا تحديد السلوك الذي سيظهره الطفل التوحدي عند انتهائه من تعلمه مهمة معينة.

- **تحليل المهمة:** و هو تجزئة المهمة المطلوب تعلمها (إنجازها) إلى مكوناتها الفرعية أو الثانوية، و ترتيبها على شكل خطوات متسلسلة يقوم الطفل التوحدي بتعلمها حسب التسلسل المحدد.

■ الهدف أو السلوك النهائي المراد تعلمه:

يهدف هذا المبدأ إلى تسهيل تعليم الطفل التوحدي، و تجنبه الإخفاق إلى حد كبير، وكذلك اكتشاف الخطأ عند وقوعه، و يشير المبدأ إلى أن إتقان المهمة السابقة ضروري لتعلم المهمة الجديدة و إتقانها.

■ تقوية التغذية الراجعة الفورية و تعزيزها:

يتميز التدريب المبرمج بتغذية راجعة مستمرة يخطوها المتعلم في أثناء تعلمه.

■ السرعة الذاتية في التعليم:

يتيح التدريب للطفل التوحدي، الحرية لكي ينتقل من خطوة لأخرى بحسب قدرته، و سرعته الذاتية في التعلم، و هذا هو السبب الذي جعل طريقة التدريب فردية، لتفاوت الفروق بين المتعلمين في سرعة تناوله لمحتويات البروتوكول، و يعمل هذا المبدأ على استثارة دافعية

الطفل للتعلم، لأن الطفل يتابع دراسة الموضوع على قدر رغبته و قدراته، و هذا يمنح للفاحص فرصة أن يخلص الطفل من شعوره بالملل و كذا تجنيبه وضعيات الفشل في أداء المهمة، مما يجعل الطفل ينهمك في أداء المهام الموجهة إليه مما يزيد حب التعلم لموضوع المهمة و التقدم فيه.

■ الاستجابة الفاعلة و المشاركة الإيجابية:

يتطلب هذا النوع من التدريب من الطفل، التفاعل مع الموقف التعليمي الذي يحيط به.

■ تجريب التمارين الخاصة بالبرنامج التدريبي و تطويرها:

قبل أن يستخدم أي برنامج بصورته النهائية على الأطفال من التوحيدين يتعرض لعدة إجراءات للتأكد من مدى فعاليته، و قدرته على تحقيق أهدافه. و من هذه الإجراءات تطبيق البرنامج المعد بصورته الأولية على عينة تجريبية صغيرة من الأطفال الذين سيطبق عليهم البرنامج، و على ضوء التطبيق الأولي، نحلل النتائج لمعرفة مدى سهولة البرنامج أو صعوبته، أو مدى ملائمة صيغته لمستوى الأطفال، بعد ذلك يعدل برنامج على ضوء الملاحظات السابقة، ليصبح جاهزا للاستخدام الفعلي، و يطلق على هذه العملية (عملية تقنين البرنامج) و هي عملية تجريب أولي للبرنامج، بهدف تعديله و تطويره و إخراجها في صورته النهائية المناسبة لمستوى المتعلمين الذين صمم لهم.

■ التقويم الذاتي و الفردي للطفل:

إن معيار النجاح في البرنامج هو سلوك المتعلم نفسه ومدى تعلمه و تحقيقه لأهدافه، كما أن البرنامج لا يوازي أداء متعلم بأخر، ولكنه يعتمد على التقويم الذاتي لأدائه، وبهذا لا يشعر المتعلم بالحرَج من أقرانه. كما يكون التقويم فرديا باعتبار أن لكل طفل فروقا تميزه عن طفل آخر مما يؤدي إلى إعداد الخطط الفردية لكل طفل.

■ الأهداف السلوكية الخاصة:

يعنى البرنامج التدريبي المقترح من طرف الباحث بصياغة الأهداف التعليمية بعبارات سلوكية توضح ما يستطيع المتعلم عمله، بعد الانتهاء من البرنامج.

■ الإثارة:

و يعني إثارة اهتمام الطفل التوحدي و حماسه، و تجديد رغبته في التعلم.

■ تماشى التمارين مع قدرات الطفل:

و يعني أن يتفق البرنامج في مضمونه، وكمّ، وكيفية مع قدرات الطفل التوحدي و طرق تواصله.

■ التمارين التي يدرّب عليها الطفل و الوسائل:

يستخدم الباحث من خلال برنامجه مواد تعليمية مبرمجة، تعرض عن طريق آلات تعليمية، أو أجهزة الحاسوب، وقد تكون المواد التعليمية مطبوعة في كتاب، أو مسجلة على أشرطة سمعية، أو مرئية معينة، حيث يعتبر الباحث أن استخدام المداخل الحسية مهمة في تعليم الطفل التوحدي، كما أن استخدام المعززات مع الطفل يزيد من تواصله.

كما يستند البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية (إعداد الباحث) على أسس أخرى نذكر بعضها:

- تحقيق الأهداف المنشودة وفي مقدمتها: العمل على تحقيق أسباب التنمية والتدريب للطفل التوحدي.
- أن يناسب البرنامج المقترح الذي استند عليه التدريب في أهدافه وهذا في المرحلة العمرية من الأطفال التوحديين (4-6) أعوام.
- الاهتمام الخاص والمتزايد بالتدخل المبكر.
- وضع البرنامج في حالة تجعله مرنا في التدريب للأطفال، وأن لا يكون كثيرا حتى

لا يؤدي لملل الأطفال منه، و فاعليته في أن يحقق الأهداف المرجوة منه و مدى تناسب الوقت و المساحة الزمنية المخصصة لعرض البرنامج و تقديمه، و كذلك مقدرته على تحريك الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

- التخطيط لكيفية البرنامج وما يراد أدائه والبرمجة لتقديمه ثم التسلسل حسب الاختبارات التي وضعت للبرنامج من مرحلته الأولى إلى الأخيرة في تسلسل منتظم.

- المكونات الأساسية للوحدة السلوكية للبرنامج: و التي تتألف من المثير، الاستجابة، التغذية الراجعة.

أما بالنسبة للاستراتيجيات التي اعتمد عليها الباحث لبناء البرنامج التدريبي فقد تمثلت فيما يلي:

• النمذجة:

المقصود بها: أن يكون المعلم نفسه أو الأخصائي النموذج أو القدوة أمام المتعلمين، و هي قيام الشخص القائم بالتدريب بأداء المهارة أو السلوك المراد تطويره، و جعل الطفل يقوم بمشاهدة و ملاحظة ذلك الأداء، و من ثم الطلب منه القيام بتقليد و أداء تلك المهارة أو ذلك السلوك، مع قيام القائم بالتدريب بتعزيز السلوكيات المقبولة، و تصحيح الخاطئة منها، باستخدام التلقين اللفظي و الجسدي و الإيمائي، و تستند هذه الإستراتيجية إلى افتراض أن الإنسان قادر أن يتعلم من خلال ملاحظة سلوك الآخرين، و تختلف نماذج هذه الإستراتيجية باختلاف المواقف التعليمية إلا أنها تبدأ في الغالب بتقديم القائم بالتدريب (الأخصائي) سلسلة من النماذج الرمزية (تسجيل صوتي، فيديوهات مرئية...) لعرض المهارة المراد اكتسابها من طرف المتعلم.

• التلقين:

هو كل ما يضيفه القائم بالتدريب للتوجيه حتى يساعد الطفل بالوصول للاستجابة الصحيحة.

و هو حث الطفل التوحدي على أن يسلك سلوكا معيناً و التلميح له بأنه سيعزز على ذلك السلوك، و بالتالي فالهدف الأساسي من التلقين بكل أنواعه هو المساعدة في ضمان نجاح الطفل في أداء المهارة، و هو عبارة عن تعليمات لفظية مثل : (إرم، حرك..) أو إيماءات عن طريق الإشارة أو نظر الطفل التوحدي إلى مكان يحدده القائم بالتدريب.

كما يشتمل التلقين على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية بهدف زيادة احتمالية تأدية الفرد للسلوك المستهدف،

• التقليد:

عملية أساسية يتعلم من خلالها الطفل الكثير من المهارات الحياتية والقدرة على التعلم المباشر من البيئة المحيطة من خلال ملاحظة الآخرين، و هو المرحلة الأولية لتعليم صغار الأطفال التوحديين المشاركة في الاستجابة الوجدانية الملائمة، و تعتبر هذه المهارة إحدى مهارات الاتصال اللغوي التي تظهر في مرحلة مبكرة من نمو الفرد و التي تلعب دوراً محورياً في نمو العديد من المهارات المعرفية و المهارات الأكثر تعقيداً و كذا الوظائف العليا باعتبارها (مهارة التقليد) وظيفة معرفية.

و تناول الباحث التقليد كاستراتيجية في تصميم برنامج التدرّبي على أن التقليد إستراتيجية سلوكية تم تطويرها لتعليم الأطفال التوحديين التقليد التلقائي أثناء تفاعلاته سواء من خلال اللعب أو مختلف طرق التواصل، و صممت هذه الإستراتيجية لزيادة تواصل و تفاعل الطفل مع محيطه و كذا تعليمه التقليد و تطوير هذه الملكة لديه.

• التوجيه:

و المقصود بالتوجيه هنا تلك المساعدة الجسدية التي يتلقاها الطفل التوحدي من طرف القائم على تدريبه، لمساعدة الطفل التوحدي على أداء المهمة بأكبر قدر ممكن من الصحة، و يكون التوجيه ذو مدخلين إما لفظياً عن طريق مد الطفل بتعليمات لفظية خاصة بالطريقة

التي يجب أن تؤدي بها المهمة المطلوبة على نحو سليم. (مساعدة لفظية). أما بالنسبة للتوجيه البدني فيتمثل في المساعدة الجسدية التي يتلقاها الطفل من طرف القائم على تدريبه كأن يواجه يد الطفل لوضع الملاعقة في فمه أثناء الأكل.

• التعزيز:

تعزيز القائم على تدريب الطفل التوحدي هذا الأخير في حالة امتناعه عن القيام بالسلوك غير المرغوب فيه الذي يراد تقليده لفترة زمنية معينة، و من أجل التخطيط لهذه الإستراتيجية يمكن للعاملين مع الأطفال التوحديين أن يسألوا الأولياء عما يحبه الطفل (الأكل، اللعبة المفضلة، الحلوى...) و ما لا يحبه و هناك بعض النماذج في هذا الصدد تسمى جداول التعزيز و هي مفيدة سواء للكبار أو الصغار، فمعرفة العامل مع التوحدي بما يحب الطفل يساعده في نجاح المهام التي قدمها للطفل حيث تقديم القليل من هذه الأشياء المفضلة كمكافأة له على أدائه للمهمة يساعد في تطوير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي.

ث - مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) (The Childhood Autism Rating Scale)

يقصد بها مقياس تقدير التوحد الطفولي والذي طوره شوبلر وآخرون عام 1980م ، وقام الباحثان طارش الشمري | زيدان السر طاوي بترجمته إلى اللغة العربية، ويتألف من خمس عشرة فقرة تضمنت كل منها أربعة تقديرات متدرجة من 1 - 4 مع إعطاء وصف للسلوكيات التي تؤخذ بعين الاعتبار عند إعطاء التقدير الناس منها للطفل.

و يشمل المقياس على خمس عشرة بندا هي على النحو التالي:

1. الانتماء للناس.

2. التقليد والمحاكاة.

3. الاستجابة الانفعالية.

4. استخدام الأشياء.
5. استخدام الجسم.
6. التكيف مع التغيير.
7. الاستجابة البصرية.
8. استجابة الاستماع.
9. استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس.
10. الخوف والقلق.
11. التواصل اللفظي.
12. التواصل غير اللفظي.
13. مستوى النشاط.
14. مستوى وثبات الاستجابة العقلية.
15. الانطباعات العامة.

1- تعتبر هذه البنود الخمسة عشر التي اعتمد عليها بناء المقياس خمسة محكات محصلة استخدام لأنظمة تشخيصية مهمة للتوحد .
وكل بند من البنود أنفة الذكر يعطي تقدير من (4-1) بحيث رقم (1) يعني أن السلوك في المجال العادي أو الطبيعي، بينما التقدير رقم (4) يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة.

وهنا يعتبر الباحث أن اختبار مقياس تقدير التوحد الطفولي **Childhood Autism Rating Scales (CARS)** أكثر الاختبارات استخداماً وانتشاراً في تشخيص التوحد وتحديد شدته. وقد وضعه العاملون في برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين وغيرهم ممن يعانون

إعاقات تواصل أخرى (TEACCH) في ولاية نورث كارولينا. إنه مقياس سلوكي مكون من خمسة عشر بنداً ويستغرق ما بين 30-45 دقيقة لإكماله. (عزاز محمد زهير، 2012، ص187).

*أدوات التناول الإجرائي الثاني للتحقق من الفرضيات :

1. مرحلة القياس القبلي:

قام الباحث بإعداد كلا من مقياس تقدير التوحد الطفولي واختبار الاتصال اللغوي للطفل التوحدي - والذي جاء وصفهما في تناول سابق - (إعداد الباحث) ثم قام بتطبيقهما على عينة البحث المتمثلة في أطفال التوحد و المُقدرة بثلاثين (30) طفلاً و طفلة وهذا لتحديد مستوى الأداء الاتصالي اللغوي و درجات اضطراب التوحد الخاصة بمتطلبات هذه الدراسة ، و قد تم التقسيم في هاته المرحلة على مستويين الأول خُصص لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) و الثاني لاختبار الاتصال مع التركيز على أن جميع أفراد العينة لم يخضعوا لأي برنامج تدريبي .

2. مرحلة تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث):

يستغرق تطبيق البرنامج التدريبي (20) أسابيع بواقع (5) جلسات تدريبية أسبوعياً، مدة كل جلسة (45) دقيقة على أفراد العينة المكونة من (30) طفلاً و طفلة مع إشراك العائلة في البرنامج من خلال تكثيف استخدام البرنامج في المنزل و في بيئة الطفل الخارجية.

ويتكون برنامج التدريب المقترح من طرف الباحث من (140) بندا و يشتمل على فروع مختلفة وغير منظمة استقى الباحث بعض أسسها من بعض البرامج التي اهتمت بتطوير الاتصال لدى الأطفال التوحديين و قد قام الباحث بترجمة بعض من التعليمات إلى اللغة الأم ، ومن ثم قام الباحث بتنظيم وتنسيق التدريبات والبرامج وترتيبها بالتسلسل الرقمي وتصحيح الصيغ والتراكيب اللغوية(بالعربية) وعمل تنسيق شامل للبرنامج التدريبي.

الهدف الأساسي من " البرنامج التدريبي (إعداد الباحث) هو تجنب الأشخاص التوحديين الدخول أو البقاء في مصحات نفسية لمعالجة الأمراض العقلية . ويتم ذلك من خلال تعليمهم مهارات لغوية واجتماعية وتحضيرهم للتعامل والتكيف والعمل في بيئة المنزل والمدرسة والمجتمع بشكل عام.

3. مرحلة إجراء القياس البعدي:

قام الباحث بتطبيق الاختبارين مرة أخرى بعد مرور الفترة التدريبية التي طبق خلالها برنامج التدريبي على عينة البحث حيث قام أولاً بتطبيق الاختبار الخاص بتقدير التوحد الطفولي (CARS) على الأطفال التوحديين كقياس بعدي ثم تطبيق اختبار الاتصال اللغوي لمعرفة درجات هذا البند من أجل القياس و الملاحظة (مع الإشارة إلى أنه تم التعامل (التطبيق) على نفس عينة القياس القبلي بعد تطبيق برنامج تدريبي).

أدوات التناول الإحصائي:

يمكننا القول بأن الإحصاء يشير إلى طرق تنظيم و تلخيص البيانات وإلى الأساليب التي تستخدم في تحليل و تفسير النتائج و استخلاصاتها يمكن تعميمها على مجتمع الدراسة.

فالإحصاء هو علم يبحث في طرق جمع الحقائق الخاصة بالظواهر العلمية الاجتماعية التي تتمثل في حالات أو مشاهدات متعددة ، وفي كيفية تسجيل هذه الحقائق في صورة قياسية رقمية ، وتلخيصها بطريقة يسهل بها معرفة اتجاهات الظواهر وعلاقات بعضها ببعض ، ويبحث أيضاً في دراسة هذه العلاقات والاتجاهات واستخدامها في تفهم حقيقة الظواهر ومعرفة القوانين التي تسير تبعاً لها (مهدي محمد القصاص، مبادئ الإحصاء والقياس الاجتماعي، 2007).

إن يميز الإحصاء بخاصية جمع البيانات و تصنيفها ثم عرضها وحسابها ثم تفسيرها و تحليلها ، ولهذا ينقسم الإحصاء إلى قسمين حسب أهدافه :

1. الإحصاء الوصفي :

يهتم هذا الإحصاء بتوفير أساليب مناسبة من أجل وصف البيانات التي نحصل عليها ، وتمثل هذه الأساليب في تمثيل البيانات جدوليا وبيانيا وكذا مقاييس النزعة المركزية و التشتت و الانحدار .

2. الإحصاء الاستدلالي :

يستند الإحصاء الاستدلالي بصورة جوهرية على البيانات التي يتم الحصول عليها من عدد محدود من الأفراد أو العناصر تسمى العينة ، و من خلال هذه البيانات تصاغ التعميمات أو الاستنتاجات الإحصائية حول جميع الأفراد أو العناصر الذين يماثلون أفراد هذه العينة . وتسمى هذه المجموعة الشاملة التي يجري التعميم على أفرادها بالمجتمع الإحصائي و منه يمكن اعتبار التحليل الإحصائي الأداة الأكثر موضوعية أثناء تحليل النتائج المتحصل عليها . وسوف نعرض فيما يلي أهم الأساليب الإحصائية الكافية لإجراء التحليلات المناسبة لبحثنا هذا .

الانحراف المعياري : الانحراف المعياري لمجموعة من n رقم يعبر X_1, X_2, \dots, X_n عنها بالرمز S تعرف بما يلي :

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{\Sigma(X - \bar{X})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{\Sigma X_i^2}{n-1}}$$

حيث أن X_i تمثل انحرافات كل رقم X_i عن \bar{X}

وعلى هذا فإن S هي الجذر التربيعي لمتوسط مربعات انحرافات القيم عن وسطها الحسابي ويسمى أحياناً جذر متوسط مربع الانحراف .

إذا كانت X_1, X_2, \dots, X_k تحدث بتكرارات f_1, f_2, \dots, f_k على الترتيب فإن الإنحراف المعياري يمكن كتابته على صورة: (4)

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^k f_i (X_i - \bar{X})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{\sum f (X - \bar{X})^2}{n-1}} = \sqrt{\frac{\sum f x^2}{n-1}}$$

حيث $n = \sum_{i=1}^k f_i = \sum f$ وهذه الصيغة مفيدة في حالة البيانات المجمعة

3. اختبار (t) لحساب الفروق :

تقوم أداة التحليل هذه باختبار **two-sample Student's t-Test** ويفترض نموذج **t-Test** (إختبار t) أنه تم أخذ مجموعتين من البيانات من التوزيعات ذات تباينات متساوية. ويشار إليها مثل **t-Test** (الإختبار t) ذي التباين المتجانس. ويمكنك استخدام **t-Test** لتحديد ما إذا كان من المحتمل أن تكون العينتين مأخوذتان من نفس التوزيعات ذات أوساط محتوى متشابهة.

تستخدم الصيغة التالية في تحديد قيمة الإحصاء **t**.

$$t' = \frac{\bar{x} - \bar{y} - \Delta_0}{\sqrt{\frac{S_1^2}{m} + \frac{S_2^2}{n}}}$$

تستخدم الصيغة التالية في حساب درجات من الحرية df. وحيث أنه غالباً لا يكون ناتج الحساب عدد صحيح، ويتم تقريب قيمة df إلى أقرب عدد صحيح للحصول على قيمة حرجة من الجدول t. تستخدم دالة ورقة عمل Excel T-TEST قيمة df المحسوبة دون تقريب، لأن من المحتمل أن تحسب قيمة T-TEST بعدد df غير صحيح. ونتيجة لهذه الطرق المختلفة لتحديد درجات الحرية، ستختلف نتائج T-TEST وأداة t-Test في حالة التباينات غير المتساوية.

$$df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{m} + \frac{S_2^2}{n} \right)^2}{\frac{\left(S_1^2 / m \right)^2}{m - 1} + \frac{\left(S_2^2 / n \right)^2}{n - 1}}$$

4. Test (الاختبار t) من خلال تطبيق برنامج Excel :

تختبر أدوات التحليل Two-Sample t-Test (الاختبار t لعينتين) مساواة المحتوى تأسيس كل عينة. وتوظف الأدوات الثلاثة افتراضات مختلفة: تساوي تباينات المحتوى ، عدم تساوي تباينات المحتوى وأن كلا العينتين تمثلان ملاحظات قبل المعاملة وبعدها على نفس المباحث.

t-Test: Two-Sample Assuming Equal Variances

تقوم أداة التحليل هذه باختبار two-sample Student's t-Test. ويفترض نموذج t-Test (اختبار t) أنه تم أخذ مجموعتين من البيانات من التوزيعات ذات تباينات متساوية.

ويشار إليها مثل **t-Test** (الاختبار t) ذي التباين المتجانس. ويمكنك استخدام **t-Test** لتحديد ما إذا كان من المحتمل أن تكون العينتين مأخوذتان من نفس التوزيعات ذات أوساط محتوى متشابهة.

يتم حساب قيمة الإحصاء t وتظهر على الشكل "**t Stat**" في جداول الإخراج. واستناداً على هذه البيانات، من الممكن أن تكون هذه القيمة سالبة أو غير سالبة. ومن خلال افتراض تساوي أوساط المحتوى الأساسي، إذا أعطى "**t < 0, P(T <= t) one-tail**" احتمالاً أنه سيتم ملاحظة أن قيمة الإحصاء t أكثر سلبية من t وإذا أعطى "**t >= 0, P(T <= t) one-tail**" احتمالاً أنه سيتم ملاحظة أن قيمة الإحصاء t هو أكثر إيجابية من t ، تعطى "**t Critical one-tail**" القيمة المختصرة وبذلك، تكون احتمالية ملاحظة قيمة الإحصاء t الأكبر من أو تساوي "**t Critical one-tail**" هي **Alpha**.

تعطى "**P(T <= t) two-tail**" احتمالاً أنه سيتم ملاحظة قيمة الإحصاء t الأكبر في القيمة المطلقة من t . وتعطى "**P Critical two-tail**" القيمة المختصرة وبذلك تكون احتمالية الإحصاء t الملاحظة الأكبر في القيمة المطلقة من "**P Critical two-tail**" هي **Alpha**. (قادري، ع، 2011).

الفصل السادس:

عرض و تحليل النتائج

تذكير بالفرضيات.

2. عرض و تحليل النتائج:

- أ- عرض و تحليل نتائج التناول الإجرائي الأول .
- ب- عرض و تحليل نتائج التناول الإجرائي الثاني .
 - الفرض الأول.
 - الفرض الثاني.
 - الفرض الثالث.

i. تذكير بالفرضيات :

** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في مهارات الاتصال اللغوي قبل/بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي.

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في مهارة الانتباه المشترك قبل/بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في مهارة التقليد قبل/بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال (عينة الدراسة) في مهارة اللعب قبل/بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي.

** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في اختبار الاتصال اللغوي في الدرجة الكلية قبل/بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي.

** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال في اختبار CARS للتدخل المبكر قبل/بعد تطبيق البرنامج التدريبي وذلك لصالح الاختبار البعدي.

ii. عرض النتائج وتحليلها:

1. عرض و تحليل نتائج التناول الإجرائي الأول :

1) الكفاية السيكومترية لأدوات الدراسة:

أ- صدق البناء (الاتساق الداخلي) لمقياس تقدير التوحد (CARS):

لمعرفة الاتساق الداخلي لعبارات تقدير التوحد، قام الباحث بتطبيقه على عينة استطلاعية حجمها (30) مفحوصا تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من مجتمع الدراسة الحالية، ومن ثم قام الباحث بعد التصحيح بإدخال البيانات للحاسب الآلي، ومن ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل بند مع مجموع البنود التي يشملها كل بند فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (10) يبين معامل ارتباط بيرسون لمعرفة علاقة كل بند مع مجموع البنود

التي يشملها مقياس تقدير التوحد (CARS).

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1	0.7213	5	0.6962	9	0.4827	13	0.7417
2	0.7476	6	0.7884	10	0.7155	14	0.6958
3	0.7011	7	0.7111	11	0.8030	15	0.8030
4	0.6988	8	0.6875	12	0.7243		
					0.7701		

يتضح من الجدول (10) أن جميع معاملات الارتباط موجبة وغير صفرية الارتباط مع مجموع بنود مقياس تقدير التوحد، لذا قام الباحث باستخدامها كلها لاستخراج معاملي الثبات والصدق، فأتضح أن معامل الثبات هو (0.8621)، وبترتيب قيمة معامل الثبات تحصل الباحث على قيمة الصدق الذاتي الذي بلغ (0.9157) وعليه يمكن الاعتماد على هذا المقياس في تقدير درجات التوحد وسط هذه المجموعة من الأطفال.

ب- الدراسة السيكومترية لاختبار الذكاء الغير لفظي لرافن:

إن جميع المقاييس النفسية و التربوية تم بناؤها وفق أهداف و أسس معينة لقياس صفة أو أكثر لدى الإنسان، و بالتالي يجب أن توضع فقرات و بنود المقياس لتحقيق تلك الأهداف و البعد عن ذلك سيجعل المقياس يفقد أهميته، و للتأكد من هذه العملية عادة ما نلجأ إلى ما يسمى الصدق و الذي يعتبر من أهم المؤشرات التي نستطيع من خلالها الحكم على صلاحية الاختبار، و هناك العديد من الطرق الإحصائية التي تستخدم للتحقق من صدق الاختبارات المختلفة، و قد تم استخدام العديد من الطرق لبيان مدى صدق اختبار رافن الملون في قياس ذكاء الأطفال وفيما يلي عرض للنائج المتحصل عليها من طرف الباحث للحصول على الكفاية السيكومترية لهذا المقياس:

تم التحقق من صدق الاختبار بالطرق التالية:

📊 صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لكل عبارة من خلال من عبارات القائمة ، كالآتي:

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة

0.01	0.716	أب7	0.01	0.634	أ1
0.01	0.711	أب8	0.01	0.677	أ2
0.01	0.699	أب9	0.01	0.785	أ3
0.01	0.687	أب10	0.01	0.599	أ4
0.01	0.622	أب11	0.01	0.701	أ5
0.01	0.663	أب12	0.01	0.698	أ6
0.01	0.774	ب1	0.01	0.702	أ7
0.01	0.675	ب2	0.01	0.603	أ8
0.01	0.711	ب3	0.01	0.715	أ9
0.01	0.732	ب4	0.01	0.644	أ10
0.01	0.695	ب5	0.01	0.654	أ11
0.01	0.715	ب6	0.01	0.663	أ12
0.01	0.733	ب7	0.01	0.721	أب1
0.01	0.654	ب8	0.01	0.701	أب2

0.01	0.633	ب9	0.01	0.625	أب3
0.01	0.713	ب10	0.01	0.669	أب4
0.01	0.657	ب11	0.01	0.653	أب5
0.01	0.649	ب12	0.01	0.720	أب6

جدول رقم (11) يمثل: معاملات الارتباط ومستوى الدلالة لكل فقرة من فقرات اختبار رافن للذكاء.

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاختبار غير اللفظي للذكاء رافن كلها معاملات دالة تسمح باستخدام الاختبار في الدراسة الحالية.

النتائج:

تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار باستخدام معادلة بيرسون علي عينة قوامها (30) طفلا توحيديا وذلك بفواصل زمني 3 أسابيع من التطبيق الأول ، وكان معامل ثبات فقرات الاختبار كما يلي:

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
أ1	0.622	0.01	أب7	0.761	0.01
أ2	0.658	0.01	أب8	0.773	0.01
أ3	0.711	0.01	أب9	0.699	0.01

0.01	0.720	أب10	0.01	0.632	أ4
0.01	0.709	أب11	0.01	0.710	أ5
0.01	0.734	أب12	0.01	0.695	أ6
0.01	0.778	ب1	0.01	0.741	أ7
0.01	0.692	ب2	0.01	0.684	أ8
0.01	0.718	ب3	0.01	0.716	أ9
0.01	0.783	ب4	0.01	0.692	أ10
0.01	0.768	ب5	0.01	0.793	أ11
0.01	0.777	ب6	0.01	0.703	أ12
0.01	0.759	ب7	0.01	0.688	أب1
0.01	0.766	ب8	0.01	0.738	أب2
0.01	0.741	ب9	0.01	0.676	أب3
0.01	0.736	ب10	0.01	0.639	أب4
0.01	0.764	ب11	0.01	0.725	أب5

0.01	0.727	ب12	0.01	0.641	أب6
------	-------	-----	------	-------	-----

جدول رقم (12) يمثل: معاملات الثبات ومستوى الدلالة لكل فقرة من فقرات اختبار رافن للذكاء.

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الثبات تراوحت بين (0.783 و 0.622) وهي معاملات ثبات دالة مما يتيح استخدام المقياس في الدراسة الحالية.

ج- الكفاية السيكومترية لاختبار الاتصال اللغوي: (إعداد الباحث):

📌 الصدق:

أولاً: صدق المحكمين:

من خلال إعداد البنود وترتيبها حسب أهميتها وأولويتها تبعا لدرجة صعوبتها من السهل إلى الصعب مع تحديد هدف كل بند وعلاقته بالاتصال اللغوي ثم عرض بنود الاختبار على مجموعة من أساتذة جامعيين مختصين في علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا والمنهجية التي تمثل لجنة الحكام التي قارب عددهم 20 محكما بالإضافة إلى أطباء مختصين في الأمراض العقلية وأخصائيين نفسانيين وأرطوفونيين الممارسين بالميدان (الصحة العقلية) بما في ذلك الطفل المصاب بالتوحد و جاءت آراء المحكمين كالتالي :

- تم الإشارة إلى ترتيب البنود حسب هدفها والأخذ بالاعتبار درجة صعوبتها.

- تبسيط الجمل والتعليمات وتكييفها حسب قدرة اللغة المستعملة.

- استعمال تنقيط أو الدرجات وضع ثلاثة علامات (3) بالنسبة للإجابة التي يكون بها السلوك اللغوي الاتصالي موجودا و معبر عنها بعبارة دائما (02 نقطة) للإجابة التي يكون بها السلوك الاتصالي غير مستقر و المعبر عنها بعبارة أحيانا غير اللفظية و (01 نقطة) للإجابات التي يكون بها السلوك اللغوي الاتصالي غير موجود.

ثانياً: الاتساق الداخلي:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاختبار مع المحور الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للاختبار وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات محاور الاختبار والدرجة الكلية للمحور نفسه.

و فيما يلي جدول يبين معاملات الصدق لاختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث) على كل محور من محاور الاختبار المتمثلة في الانتباه المشترك، التقليد، اللعب:

المحور	رقم الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة
محور اللعب	01	0.690	0.01
	02	0.746	0.01
	03	0.642	0.01
	04	0.648	0.01
	05	0.713	0.01
	06	0.737	0.01
	07	0.696	0.01
	08	0.655	0.01
	09	0.775	0.01
	10	0.804	0.01
	11	0.723	0.01
	12	0.644	0.01
	13	0.781	0.01
	14	0.747	0.01

0.01	0.720	15	
0.01	0.708	16	
0.01	0.699	17	
0.01	0.707	18	
0.01	0.758	19	
0.01	0.774	20	
0.01	0.731	21	
0.01	0.741	22	
0.01	0.744	23	
0.01	0.728	24	
0.01	0.703	25	
0.01	0.701	26	
0.01	0.757	27	
0.01	0.710	28	
0.01	0.705	29	
0.01	0.725	30	
0.01	0.701	31	
0.01	0.715	32	
0.01	0.738	33	
0.01	0.717	34	
0.01	0.707	35	التقليد
0.01	0.710	36	
0.01	0.721	37	

0.01	0.690	38
0.01	0.713	39
0.01	0.717	40
0.01	0.709	41
0.01	0.813	42
0.01	0.728	43
0.01	0.746	44
0.01	0.713	45
0.01	0.664	46
0.01	0.746	47
0.01	0.744	48
0.01	0.713	49
0.01	0.640	50
0.01	0.732	51
0.01	0.892	52
0.01	0.744	53
0.01	0.634	54
0.01	0.711	55
0.01	0.765	56
0.01	0.646	57
0.01	0.787	58
0.01	0.635	59
0.01	0.721	60

0.01	0.747	61	
0.01	0.614	62	
0.01	0.721	63	
0.01	0.652	64	
0.01	0.626	65	
0.01	0.738	66	
0.01	0.775	67	
0.01	0.713	68	الانتباه المشترك
0.01	0.674	69	
0.01	0.701	70	
0.01	0.677	71	
0.01	0.708	72	
0.01	0.734	73	
0.01	0.813	74	
0.01	0.626	75	
0.01	0.646	76	
0.01	0.693	77	
0.01	0.642	78	
0.01	0.720	79	
0.01	0.702	80	
0.01	0.674	81	
0.01	0.713	82	
0.01	0.741	83	

0.01	0.702	84	
0.01	0.723	85	
0.01	0.703	86	
0.01	0.721	87	
0.01	0.708	88	
0.01	0.743	89	
0.01	0.680	90	
0.01	0.691	91	
0.01	0.729	92	
0.01	0.745	93	
0.01	0.690	94	
0.01	0.727	95	
0.01	0.768	96	

جدول رقم (13) يمثل: معاملات الصدق على جميع أبعاد اختبار الاتصال اللغوي الخاص بكل بند من بنود المحاور المكونة للاختبار.

➤ ثالثاً: الصدق البنائي:

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي

تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل مجال من مجالات الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الإستبانة.

و الجدول التالي يبين قيمة الصدق البنائي لاختبار الاتصال اللغوي إعداد الباحث على مستوى المحاور : الانتباه المشترك، التقليد، الانتباه:

Corrélations

		Jeu	Imitation	Dimension3	TotalTest
Jeu	Corrélation de Pearson	1	,721**	,744**	,703**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30
Imitation	Corrélation de Pearson	,721**	1	,902**	,844**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30
Dimension3	Corrélation de Pearson	,744**	,902**	1	,843**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30
TotalTest	Corrélation de Pearson	,703**	,844**	,843**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

جدول (14) معامل الارتباط بين كل محور من محاور اختبار الاتصال اللغوي والدرجة الكلية للاختبار.

يوضح جدول (14) معامل الارتباط بين كل محور من محاور اختبار الاتصال اللغوي والدرجة الكلية للاختبار ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.01$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

الثبت:

يقصد بثبت الاختبار أن يعطي هذه الاختبار نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الاختبار أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبت الاختبار يعني الاستقرار في نتائج الاختبار وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة.

وقد تحقق الباحث من ثبت اختبار الدراسة من خلال طريقتين هما:

الثبت بحساب معامل ألفا كرونباخ وذلك كما يلي:

قام الباحث باستخراج معامل الثبات من كل بنود الأبعاد باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، فأتضح أن معامل الثبات لكل بعد على النحو التالي:

جدول (15) يبين معامل الثبات والصدق لأبعاد اختبار التقييم اللغوي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ.

- معامل الثبات لمحور اللعب في اختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث):

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Valide	30	100,0
Observations Exclus ^a	0	,0
Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,849**	96

RELIABILITY

/VARIABLES=i1 i2 i3 i4 i5 i6 i7 i8 i9 i10 i11 i12 i13 i14 i15 i16 i17 i18 i19 i20 i21 i22 i23 i24 i25 i26 i27
i28 i29 i30 i31 i32 i33 i34

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

جدول رقم (15) : يمثل قيمة الثبات لمحور اللعب في اختبار الاتصال اللغوي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ.

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لحساب معامل الثبات في البحث الحالي و هذا على مستوى كل أبعاد الاختبار و قد كانت قيمة الثبات على مستوى محور اللعب تساوي (0.84) و هي قيمة مرتفعة تدل على تشبع هذا المحور بقيمة عالية من معامل الثبات و هذا ما يمكننا من الاعتماد على جميع أبعاد هذا المحور في الدراسة الحالية.

- معامل الثبات لمحور التقليد في اختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث):

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Valide	30	100,0
Exclus ^a	0	,0
Total	30	100,0

- a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,826**	34

RELIABILITY

/VARIABLES=i35 i36 i37 i38 i39 i40 i41 i42 i43 i44 i45 i46 i47 i48 i49 i50 i51 i52 i53 i54 i55 i56 i57 i58 i59 i60 i61 i62 i63 i64 i65 i66 i67

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

جدول رقم (16) : يمثل قيمة الثبات لمحور التقليد في اختبار الاتصال اللغوي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ

أما بالنسبة لمحور التقليد فقد استخدم الباحث نفس الطريقة السابقة لحساب معامل الثبات (أي استخدام معادلة ألفا كرونباخ) و في هذا الصدد كانت قيمة الصدق لهذا البند (0.826) و هي قيمة ذات دلالة إحصائية و قيمة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01).

- معامل الثبات لمحور الانتباه المشترك في اختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث) :

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Valide	30	100,0
Exclus ^a	0	,0
Total	30	100,0

- a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,881**	33

RELIABILITY

```
/VARIABLES=i68 i69 i70 i71 i72 i73 i74 i75 i76 i77 i78 i79 i80 i81 i82 i83 i84 i85 i86 i87 i88 i89 i90 i91  
i92 i93 i94 i95 i96
```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
```

```
/MODEL=ALPHA.
```

جدول رقم (17) : يمثل قيمة الثبات لمحور الانتباه المشترك في اختبار الاتصال اللغوي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ

بالنسبة لمحور الانتباه المشترك فقد كان معامل الثبات المعبر عنه على مستوى هذا المحور من الاختبار متشعباً بقيمة ذات دلالة إحصائية و كانت قيمة الثبات المعبر عنها على هذا المستوى تساوي (0.881) و هي قيمة دالة عمد مستوى الدلالة (0.01) و بالتالي المحور يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

- معامل الثبات لاختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث) و المستخدم لتطبيق إجراءات الدراسة:

جدول رقم (18) : يمثل قيمة الثبات لجميع محاور اختبار الاتصال اللغوي في الدرجة الكلية باستخدام معادلة ألفا كرونباخ.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Valide	30	100,0
Observations Exclus ^a	0	,0
Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,798**	29

من خلال الجدول يتبين لنا أن اختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث) متشعب بقيمة عالية من معامل الثبات قدرت ب (0.798) و هي معامل عالي يدل على أن الاختبار يتمتع بكفاية عالية تسمح باستخدام هذا الاختبار في الدراسة الحالية.

✚ صلاحية البرنامج:

بعدما قام الباحث بإعداد النسخة الأولية لبرنامج التدرسي المقترح، و من أجل إعطاء أكثر مصداقية لهاته الأداة ، قام الباحث بعرض برنامجه على مجموعة من المختصين العاملين مع شريحة الأطفال التوحديين من أساتذة باحثين في ميدان التوحد ، أخصائيين أرطوفونيين

و كذا أخصائيين نفسانيين و مربيين و هذا للتأكد من ملائمة عبارة البرنامج لأغراض الدراسة و كذا التأكد من صدق البرنامج، و كان من نتائج هذه الخطوة المنهجية أن أبدت لجنة تحكيم البرنامج بعض الملاحظات التي رأت أنه من الواجب على الباحث أن يأخذها الباحث بعين الاعتبار لإعطاء أكثر مصداقية للبرنامج المقترح قبل إصدار الصورة النهائية للبرنامج التدريبي ، و قد تمثلت هذه الملاحظات في:

- ضرورة مساعدة الطفل بتقديم التوجيهات و إزالة الغموض إن وجد في التوجيهات و التعليمات المقدمة للطفل.
- ضرورة تسهيل التعليمات المقدمة للطفل بما يتماشى مع قدراته اللغوية و طريقة تواصله و كذا اللغة التي يتعامل بها معه من حوله.
- أن تكون بعض التمارين جماعية لتحقيق تعليم تعاوني بين الأطفال.
- استخدام أدوات تتماشى مع ما يحيط بالطفل في حياته اليومية.
- تخصيص بعض الجلسات لتدريب الوالدين لتطبيق البرنامج في البيت.
- أن تتقارب أهداف التمارين بين بعضها و مع الأهداف العامة للبرنامج و كذا بنائها على أساس تكاملي.

2. عرض وتحليل نتائج التناول الإجرائي الثاني :

(1) عرض و تحليل نتائج الفرض الأول الخاص:

* عرض و تحليل نتائج الفرض الجزئي الأول الخاص ببند مهارة الانتباه

المشترك:

لاختبار صحة هذا الفرض الخاص ببند مهارة الانتباه المشترك قام الباحث بحساب متوسطي درجات القياسين القبلي و البعدي لدى أفراد عينة البحث(المتمثلة في أطفال التوحد) وقد تم استخدام اختبار (t) لمجموعتين مستقلتين متساويتين للتحقق من وجود

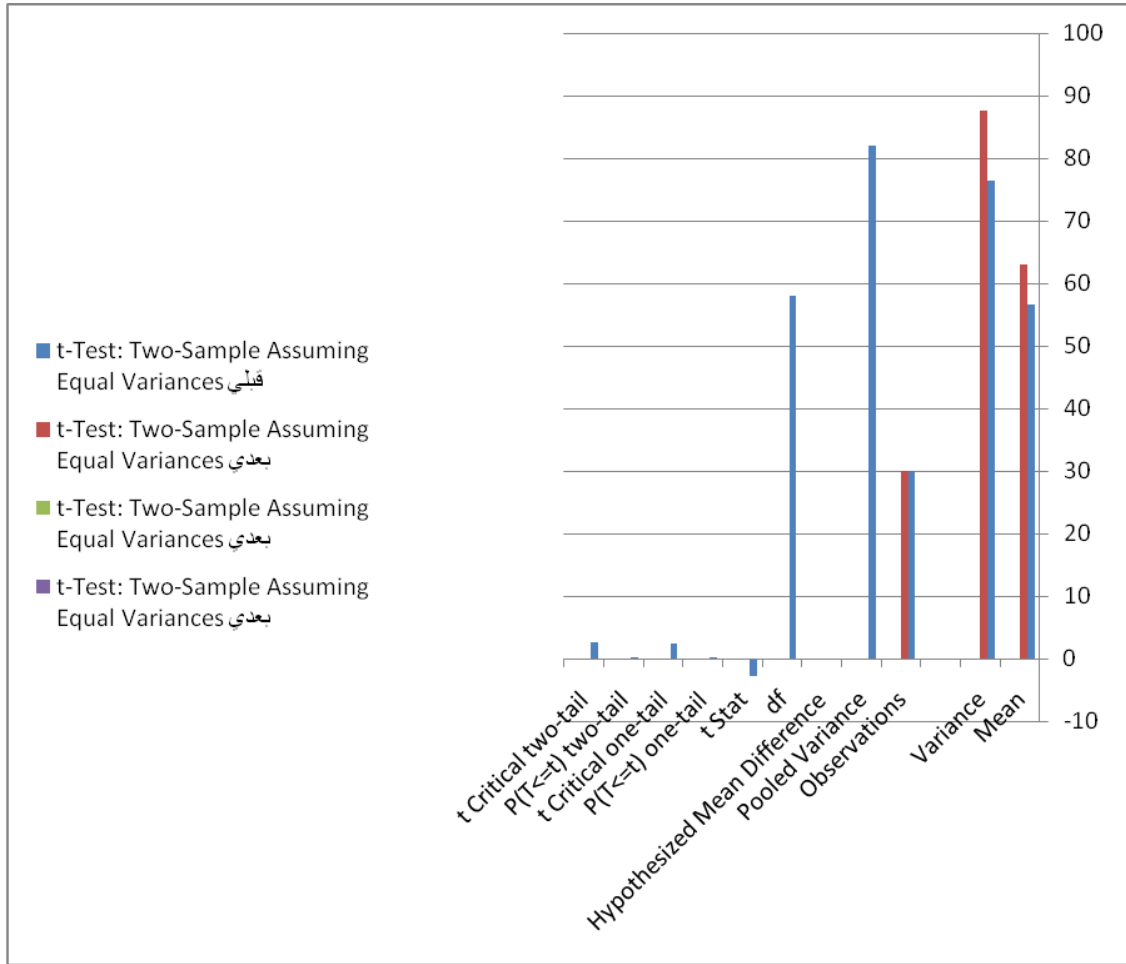
فرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي و البعدي لنفس أفراد المجموعتين ، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (19) يوضح دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في البند الخاص بمهارة الانتباه المشترك في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).

البند	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الانتباه المشترك	القبلي	30	56.70	87.58	-2.69	2.39	58	0.01
	البعدي	30	63.00	76.35				

من النتائج المستقاة من الجدول يتبين لنا نتائج تطبيق اختبار (t) و التي أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال التوحديين لبند اختبار الاتصال اللغوي في البند الخاص بمهارة الانتباه المشترك لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث) حيث كانت (t) المحسوبة المعبرة عن هذه الفروق تساوي (-2.69) و هي قيمة أكبر من مثلتها بجدول (t) عند درجات الحرية (58) ومستوى الدلالة (0.01). و هذا ما يبين أثر البرنامج التدريبي المقترح من طرف الباحث في تنمية مهارة الانتباه المشترك و التي تعتبر أولى أساسيات التواصل لدى الأطفال .

كما قام الباحث بالتمثيل البياني لقيم متوسطات درجات الأفراد عينة الدراسة على مستوى بند الانتباه المشترك و هذا في القياسين القبلي و البعدي و الشكل الآتي يوضح نتائج هذا الإجراء:



شكل رقم (1): التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي والبعدي و البعدي في مهارة الانتباه المشترك لصالح القياس البعدي.

من خلال ما سبق يرى الباحث أن هذه المهارة تعتبر إحدى العلامات المبكرة على وجود اضطراب التوحد فالأطفال التوحديون لا يحبذون التواصل بالعين مع الآخرين الذين يحدثونهم، و هذا ما يؤدي بالعاملين مع هذه الشريحة من الأفراد إلى إعداد البروتوكولات و الخطط العلاجية الجماعية أو الفردية و التدريب والتأهيل للأطفال التوحديين لما لها من أهمية في حياة الطفل و أسرته.

كما يمكن تفسير النتائج من خلال الإشارة إلى ضرورة التكفل و التدريب على مهارة الانتباه المشترك في تحسين مهارات الاتصال اللفظي و غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين، في حين أن الطبيعة الأساسية للانتباه المشترك و القصور الخاص الذي يمكن

ملاحظته لدى التوحديين يشير إلى ضرورة ملحة و هي أن يستهدف الانتباه المشترك في جميع التدخلات المبكرة سواء من كشف تشخيص أو كفالة، و هنا تجدر الإشارة إلى شيء مهم و هو دور الأخصائيين و الأسرة لتسهيل الاتصال و تطوير مهاراته لدى التوحديين.

و لاحظ الباحث أثناء تطبيق برنامجه أنه كان لتعاون الأخصائي أو العامل مع الأطفال التوحديين أثر و ذلك لأهمية أدوارهم القائمة على رعاية الطفل في الاشتراك في البرامج التدريبية.

ويرى الباحث أن دور الأسرة مهم كونها همزة الوصل الأولى لنقل ثقافة المجتمع إلى الطفل وهي المجتمع الإنساني الأول الذي يمارس فيه الطفل علاقاته الإنسانية من خلال الاحتكاك بوالديه ابتداءً أو بأولياء أمورهم في المقام الثاني .

تتكون المفاهيم والاتجاهات لدى الطفل أهمها مفهومه عن ذاته وعن الجماعة المحيطة به. كما يعتقد الباحث أن بداية استجابات الطفل للمؤثرات الأسرية منذ أن يكون في المهد أي تكتسب في مرحلة مبكرة جدا من عمر الطفل ويتعلم الاتصال و التواصل من الأسرة ثم يمارسها شيئاً فشيئاً وتنمو لديه هذه الملكة ، كما تنمو لديه القدرة الإدراكية على الانتباه والتركيز و تنمية المهارات السمعية في الاستجابة الإدراكية لمختلف أصوات البيئة وتنمو لديه القدرات اللغوية على المستويين اللغويين (اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية) ومهارات التفاعل الاجتماعي.

كما يعني أيضا أن البرنامج التدريبي المطبق على أطفال التوحد في البند الخاص بمهارة الانتباه المشترك يؤثر تأثيراً إيجابياً في أطفال التوحد محل الدراسة الحالية، و هذا بالأخذ بعين الاعتبار الاستراتيجيات المتبعة في كل جلسة من جلسات البرنامج و ذلك من خلال تنظيم بيئة التعلم للطفل بحيث تحجب عنه المشتتات البصرية والسمعية و كل ما من شأنه التأثير على الجانب الحسي للطفل و الذي لديه علاقة مباشرة في تطوير الجانب

المعرفي للطفل بطريقة سليمة تسمح له بتطور أمثل، و هنا تجدر الإشارة إلى أن تواصل الأخصائي يكون بصريا مع الطفل، كما يبين نجاعة اعتماد الباحث في بناء برنامجه على التدريبات المشوقة التي من شأنها تحسين مهارات الاتصال لدى التوحديين و هنا يشير الباحث إلى دور اللعب أيضا في تطوير مهارة الانتباه المشترك حيث لاحظ أن الأطفال عينة الدراسة تطوروا بصفة ملاحظة على بعض أبعاد البرنامج حيث يرى الباحث أن الطفل التوحدي يتعلم عن الطريق اللعب مثله مثل الطفل السليم من أي عاهة، و يوصي الباحث أن هذا يعتبر مؤشرا على نوعية البرامج المقدمة لأطفال التوحد و التي يجب أن تتضمن مجموعة من الأنشطة المتنوعة حتى لا يمل الطفل و عدم الإفراط أيضا حتى لا يفقد الطفل اللذة و الرغبة في الاتصال .

وبذلك يتم قبول الفرض الموجه ، مما يؤكد صحة نتائج الفرض الأول ومفادها أن أفراد المجموعة التي طبقنا عليها البرنامج التدريبي (إعداد الباحث) في القياس البعدي كان له الأثر الأكبر في تحسين مهارات التواصل لديهم في مهارة الانتباه المشترك لدى أطفال التوحد محل الدراسة.

*عرض و تحليل نتائج الفرض الجزئي الثاني الخاص ببند مهارة التقليد:

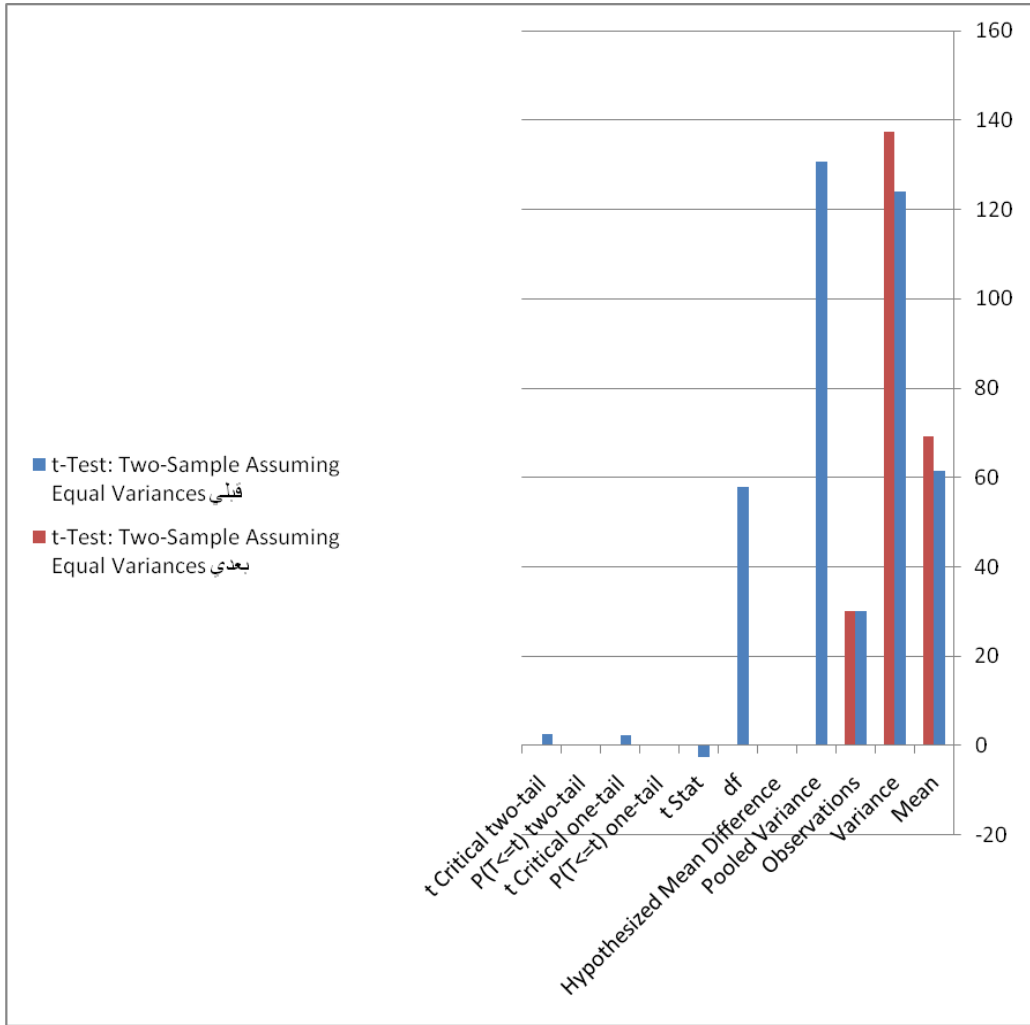
جدول (20) يوضح دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في البند الخاص بمهارة التقليد في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).

البند	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة t المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مهارة التقليد	القبلي	30	61.53	37.31	2.58-	2.39	58	0.01
								دالة

				23.98	69.16	30	البعدي	
--	--	--	--	-------	-------	----	--------	--

يتضح من الجدول (16) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات اختبار الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين في البند الخاص بمهارة التقليد و هذا في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق برنامجنا التدريبي واتضح من خلال ذلك أن t المحسوبة المعبرة عن هذه الفروق تساوي (-2.58) وهي قيمة أكبر من مثلتها بجدول (t) عند درجات الحرية (58) و مستوى الدلالة (0.01)

على مستوى هذه المهارة حاول الباحث أيضا تقديم رسم بياني يوضح من خلاله قيم متوسطات درجات الأفراد عينة الدراسة على مستوى بند التقليد و هذا في القياسين القبلي و البعدي و المنحنى الآتي يوضح نتائج هذا الإجراء:



شكل رقم (2): التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي والبعدي و البعدي في مهارة التقليد لصالح القياس البعدي.

من خلال النتائج المستقاة من الجدول و الرسم البياني يمكن للباحث تفسير بعضها من خلال نظرة موسعة تعتبر أن الطفل المصاب بالتوحد يستغرق وقتا طويلا في أداء مهمة إعادة ما رأى أو تقليد سلوك معين وغالبا ما تكون عشوائية (خاصة في القياس القبلي) و هذا يدل على أن الطفل المصاب بالتوحد يعاني من عجز في هاته المهارة خاصة إذا تعلق الأمر بمهمة معقدة ، كما يعتقد الباحث أن استخدام لغة سهلة من خلال تعليمات بسيطة يسهل على الطفل أداء المهمة بنجاح، و هنا تجدر الإشارة إلى أنه و مع بعض حالات التوحد يتوجب على العاملين معها و المشرفين على تدريبها أن يتوخوا الحذر أثناء التكلم و إعطاء التعليمات للطفل حيث أن هؤلاء الأطفال يعانون في بعض الحالات من حساسية اتجاه الأصوات العالية و مشاكل حسية على مستويات أخرى في بعض الأحيان فيجب على العاملين و المشرفين على هؤلاء الأطفال خفض شدة الصوت و تقديم التعليمات بصفة تمكن الطفل من استيعاب التعليمات و التدريب لأداء المهمة ، و يعتقد الباحث أن هذا يعتبر مهما لتسهيل التعليم لهؤلاء الأطفال و كذا تسهيل الاتصال لهم و التخفيف من شدة النوبات لديهم. و هنا أيضا يقع الدور على العاملين مع هذه الشريحة إلى إيصال هذا إلى الوالدين و العائلة حتى يعلموهم طبيعة التعامل مع ابنهم أو بالنسبة للأخوة مع أخيهم، و حري هنا حسب الباحث أن يشارك جميع من هم في بيئة الطفل التوحيدي في إيجاد طريقة اتصال مع الطفل باعتبار أن لكل طفل توحدا يميزه عن طفل آخر (رغم أن كلاهما يعاني من التوحد) و بالتالي مفتاح اتصالي مختلف بين كل طفل و آخر، حيث لاحظ الباحث من خلال تعامله مع هاته الفئة أنهم يختلفون فيما بينهم في تقليد السلوكات حيث من الأطفال من يعتمد في أداء المهمة على المشاركة الجسدية لمن هو معه و منهم من يعتمد على الإيقاع مثلا في تأدية المهمة، كما أن الباحث و من خلال تعامله مع الأطفال التوحيديين لاحظ أن بعضا منهم كانوا دقيقين الملاحظة و ينتبهون لأبسط دقائق الأمور مما مكنهم لأداء المهمة بصفة مماثلة لما رأى. كما لاحظ الباحث أن أغلب التوحيديين يرفضون الاتصال في بداية الأمر و يعطون الانطباع على أن الطفل كسول و لا يفهم، إلا أنه و بعد

تعودهم على من هم في بيئته في البداية يستعملونهم كوسائل لتحقيق أغراضهم و إشباع احتياجاتهم مما خلق لدى الأولياء حالة من عدم فهم طبيعة طفلهم حيث يتواصل مرات و يرفض مرات عديدة و هنا يشير الباحث إلى أنه يتوجب على الأخصائيين و المشرفين على الأطفال التوحيديين أن يلحوا على الأولياء المشاركة في الكفالة و تحفيز طفلهم دائما و تعليمه الاعتماد على الذات و هذا ما سيدفع بالطفل إلى التواصل من خلال الطلب على الأقل لإشباع رغباته حيث يستوجب على الأخصائيين العمل كثيرا مع الأولياء في جلسات خاصة ليشرحوا لهم استغلال أبسط الأشياء و تعليمه من خلال أيسر الأمور المتعلقة به و التي يمر بها الطفل في السنوات المبكرة من العمر، كما لاحظ الباحث أنه و من خلال التعامل مع الأطفال التوحيديين أن دور الأولياء مهم في الكشف عن السلوكيات الاتصالية حيث أن بعض الأولياء هم من أرشد الأخصائيين إلى كيفية تحفيز ابنهم للقيام بأداء مهمة معينة (تقليد سلوك معين) و هذا مهم جدا حسب الباحث لأنه يساعد الفاحص و العاملين مع التوحيديين في اقتصاد الجهد و كذا التقليل لأكبر قدر ممكن من فترة التعرف على ما يفضله الطفل و ما لا يعجبه كما يساعد في ربح أكبر وقت ممكن للتدريب على سلوك اتصالي، وهذا مهم لكسب ثقة الأولياء و إعطائهم بصيص الأمل و بالتالي تحفيزهم للمشاركة في الكفالة. و يرى الباحث أن تكرار المهام للطفل يساعد كثيرا في نجاح الطفل أثناء المهمة و تبسيط التعليم و كذا التمارين ثم تعقيدها شيئا فشيئا (بالنسبة للمهمة) و بالتالي الوقاية من وضعيات الفشل و كذا الملل بالنسبة للطفل، كما أنه من المهم حسب الباحث تنويع الترتيب و التنظيم لأي مهارة و سلوك تقليدي قبل بدءه، و هنا تجدر الإشارة إلى دور الأنشطة الحركية في نمو التقليد لدى الطفل التوحيدي و هذا ما لوحظ لدى أغلب حالات التوحد كما أن النتائج جاءت وفق ذلك و دعمته.

و قد لاحظ الباحث من خلال النتائج أيضا أثناء تطبيق البرنامج أن بعضا من مهام البرنامج ساعدت في التقليل من سلوك إفراط الحركة و تشتت التركيز حيث ساهمت هاته التمارين في تفريغ الطاقة الكامنة لدى الطفل مما سمح له بأداء أفضل أثناء هاته المهمة.

و تجدر الإشارة إلى أنه بالنسبة للأطفال التوحديين تختلف مدة اكتساب مهارة التقليد من طفل لآخر حيث و بالنظر إلى الميدان فإن هاته الشريحة من الأطفال تختلف من طفل لآخر باختلاف درجة الاضطراب و الأعراض الإكلينيكية و كذا مساهمة الأولياء و ما إن كان الطفل متكفل به على مستوى المصالح و المؤسسات الاستشفائية و كذا طبيعة الفريق الذي يتكفل بالطفل حيث يرى الباحث أنه و كلما تعددت تخصصات الفريق و كذا اطلاع كل أخصائي على التقارير الخاصة بكل فاحص و ممارس كلما كانت نتائج الكفالة جيدة. (دور الفرقة العلاجية المتعددة التخصصات).

كما تبرز النتائج مدى فاعلية البرنامج التدريبي الذي طبق على أطفال التوحد و التي تظهر من خلال نتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي، و يتضح من خلال هذا حسب الباحث تحسن و تطور أفراد المجموعة عينة الباحث و احتفاظهم بأثر التدريب، كما كان للأنشطة و الاقتراحات التي تعطى للأُم (أو العائلة بصفة عامة) بهدف تدريب الطفل في المنزل دور مهم في الاحتفاظ بأثر التدريب. كما أن البرنامج التدريبي المطبق في الدراسة تضمن مهارات حياتية يومية و اجتماعية تم تدريب الطفل عليها في مواقف مختلفة بهدف التصرف بشكل مناسب في سياق التفاعل الاجتماعي.

و يعتزم الباحث أن هاته النتائج ما هي إلا دلالة رقمية واضحة على ضرورة الكشف و التدخل المبكر لدى هاته الفئة و على ضرورة وضع برنامج وطني خاص بهذه الشريحة لتكفل كلي بها، كما يشير الباحث إلى ضرورة توفير أدوات الكشف و التكفل المبكر بالأطفال التوحديين كما يصر الباحث على ضرورة تكتل جميع الأخصائيين للتكفل بالتوحد و التكوين الجيد لهم لتسهيل الحياة للطفل و لعائلته

* عرض و تحليل نتائج الفرض الجزئي الثالث الخاص بمهارة

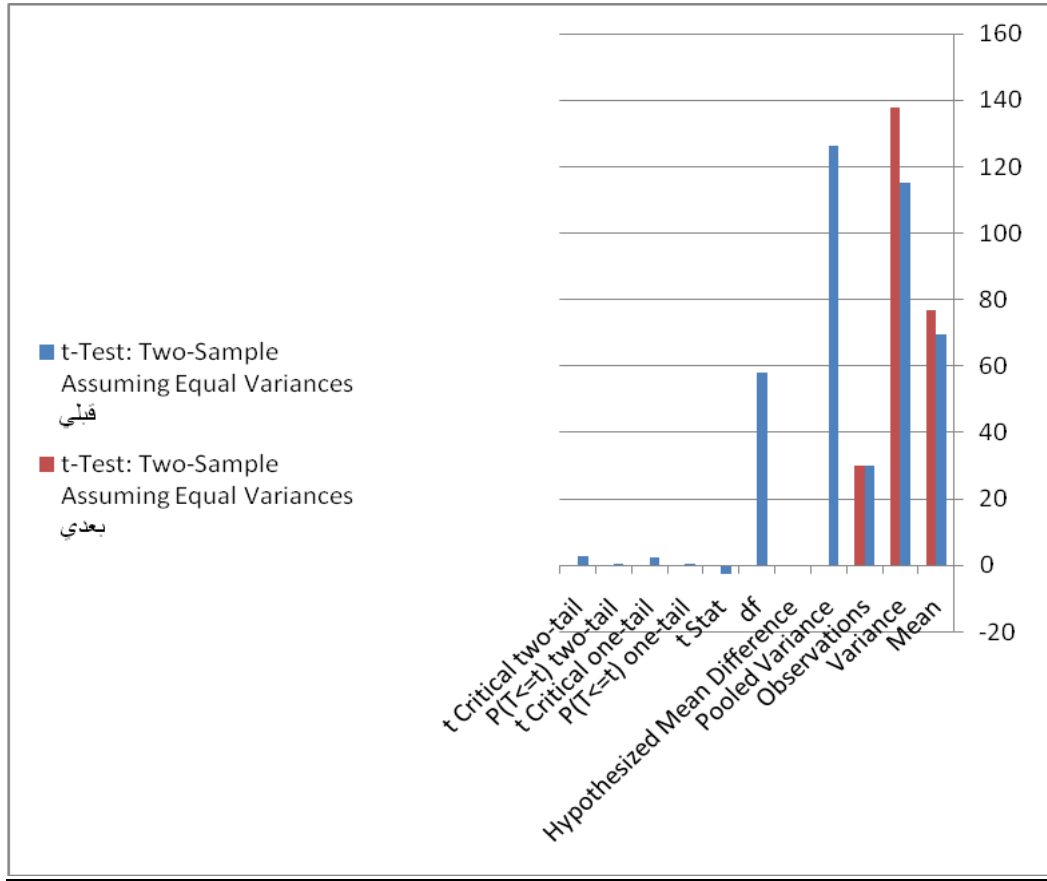
اللعب:

جدول (21) يوضح دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في البند الخاص بمهارة اللعب في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).

البند	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مهارة اللعب	القبلي	30	69.6	15.28	-2.53	2.39	58	0.01
	البعدي	30	76.96	13.68				

أسفرت نتائج اختبار (t) من خلال الجدول () عن وجود فروق ذات إحصائية بين متوسطي درجات اختبار الاتصال اللغوي الخاصة ببند مهارة اللعب في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي ، حيث كانت (t) المحسوبة المعبرة عن هذه الفروق تساوي (-2.53) و هي قيمة أكبر من القيمة الجدولة (في جدول (t)) عند درجة الحرية (58) و مستوى الدلالة (0.01)

و من أجل تقديم توضيح لنتائج هاته المهارة حاول الباحث تقديم رسم بياني يبرز من خلاله قيم متوسطات درجات الأفراد عينة الدراسة على مستوى بند التقليد و هذا في القياسين القبلي و البعدي و المنحنى الآتي يوضح نتائج هذا الإجراء:



شكل رقم (3): التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في مهارة اللعب لصالح القياس البعدي.

من خلال الرسم البياني يتبين لنا على أن الطفل التوحدي يجد صعوبة في هذا المستوى خاصة في القياس القبلي حيث اتضح ذلك جليا للباحث، و هنا كان لزاما على الباحث توفير ألعاب مختلفة سواء (عقلية، فنية، حركية) مع هذه الفئة لأنها (أي الألعاب) تعتبر مدخلا هاما يؤثر في هؤلاء الأطفال و يحاول إخراجهم من القوقعة التي يعيشون فيها، و أيضا لأن الكثير من الدراسات أثبتت فعاليتها في تنمية الاتصال لدى هذه الفئة من الأطفال، و لأن هذه الأنشطة و الألعاب متوفرة على مستوى العديد من مراكز التكفل، و قد لاحظ الباحث أثناء تطبيقه للبرنامج استصغار الأولياء لطبيعة التمارين و هذا باعتبارهم قادرين على القيام بها وحدهم دون اللجوء للأخصائيين و هذا راجع لغياب ثقافة هدف المهمة لدى الأولياء كما يعتبر الباحث أن بعضا من الخلل موجود لدى الأخصائيين أثناء التحاور

مع الأولياء باعتبار أن عددا من الفاحصين يجدون صعوبة في تفسير ما سيقومون به للأولياء و كذا التوضيح لهم أهداف و أهمية ما يقومون به علميا و كذا أثر ذلك على حياة الطفل و حياة الأسرة.

كما يؤكد الباحث و من خلال الرجوع إلى اختبار الاتصال اللغوي (إعداد الباحث) فإنه يلاحظ أنه قد بني على مستوى محور اللعب على عدد من البنود كانت قاعدتها (اللعب الحسي الحركي، اللعب التنظيمي، اللعب الوظيفي، اللعب الرمزي) و هاته الأربعة لا يستطيع الطفل أن يحرز التقدم فيها إلا بعد التدريب على نفس هذه المواقف و بصورة مكثفة حيث اتضح ذلك جليا للباحث من خلال القياس اقبلي الذي كانت فيه النتائج ضعيفة.

من خلال النتائج أيضا تبين للباحث أن التدريب على مهارتي الانتباه المشترك و التقليد ساهم بقدر كبير في تطوير اللعب لدى عينة الأطفال التوحيدين موضوع الدراسة كما لاحظ الباحث من خلال التقييمات الفردية لكل حالة أن لدرجة التوحد أثرا كبيرا في تطوير مهارة اللعب.

أظهرت النتائج أيضا حسب الباحث بعد القياس البعدي أهمية اللعب بالنسبة لهذه الفئة و يدل على ذلك استمتاع العينة بالبرنامج حتى أصبحت الألعاب المقترحة في البرنامج معززا لها ، كما بينت النتائج توفيق الباحث في اختيار الألعاب الخاصة بالبرنامج التدريبي و هنا يوصي الباحث بضرورة استخدام أساليب اللعب المختلفة في تدريب ذوي اضطراب التوحد و هي مدخل أساسي في تعلم الطفل التوحيدي لمهارات الاتصال اللغوي (اللفظي و غير اللفظي).

يرى الباحث أنه مما ساهم في هاته النتائج دور الأسرة في التدريب و الاحتفاظ بما درب الطفل حيث كان من استراتيجيات البرنامج و أساسياته استعمال اللغة اللفظية في جميع المهام مع الطفل على مستوى كل المهارات مع الإشارة إلى ضرورة الاقتصار على استعمال

لغة واحدة أثناء الكلام مع الطفل و تدريبه و إعطائه التعليمات باعتبار أن الأطفال التوحديين يجدون صعوبات بالغة في أداء المهام إذا استعملت معه لغة غير التي يعرفها.

كما أنه و من خلال عمل الباحث مع هاته الشريحة تبين له ضرورة تخصيص أوقات خاصة باللعب الحر لهؤلاء الأطفال و تنظيم فضاءات خاصة له لوضع الألعاب و ممارسة النشاطات باعتبار أن الطفل التوحدي يتعلم عن طريق اللعب كغيره من الأطفال السليمين من أي اضطراب.

كما أن هاته النتائج أكدت على أن البرنامج التدريبي الذي أخضع إليه الأطفال قد تجلت ايجابيته و هذا من خلال نتائج تطبيقات القياس البعدي حيث أثبتت النتائج فعالية استخدام البرامج التدريبية القائمة على اللعب في تدريب و تعليم الأطفال التوحديين كما أنه تجلى من خلال النتائج على أن اللعب يعد ميزة من مميزات مرحلة الطفولة كما يعتبر ظاهرة إيجابية في نشأة الطفل المبكرة و اكتمال نموه الجسمي، و العقلي و الانفعالي و الاجتماعي و النفسي كما أن اللعب يزيد من روابط الصلة بين الطفل و والديه و هذا ما تم الإشارة إليه من خلال عدد من أولياء الحالات عينة الدراسة إلى تغير سلوك أطفالهم و بداية سلوك الرغبة في اللعب لديهم و هذا ما لم يكن لديهم قبل البرنامج التدريبي، كما يشير الباحث أيضا هنا إلى دور الأخصائي في لعب دوره في التعرف على قدرات و ميول الطفل و الذي يمكنه من تهيئة اللعبة الهادفة التي يستطيع من خلالها أن يمارس نشاطه الاجتماعي باللعب بعيدا عن التعقد و أيضا تشجيع الطفل على اللعب و الحرص على اجتناب وضعيات الفشل و الملل و بناء علاقة إنسانية مع الطفل و كذا الحرص على أن يكون على دراية تامة بما يحدث للطفل من تغيرات أثناء لعبه و توجيهه له أثناء لعبه و حرصه أيضا على إعلام الوالدين بذلك و إشراكهما في التدريب و تحديد المستوى الذي توقف عنده الطفل لتحديد نوعية الألعاب المعطاة له.

كما يجب على الأخصائي أن يوفر المعززات الإيجابية أثناء اللعب و ألا يغفل عن الإعاقات الجسدية التي يعاني منها الطفل التوحيدي و هذا أثناء تعامله مع اللعبة، فهذا الأخير قد تكون لديه إعاقات سمعية أو بصرية أو لمسية لا يجب إغفالها حتى لا تعوق تفاعله و اتصاله بالآخرين.

كما تختلف طبيعة اللعب لدى التوحيدين و هذا من طفل لآخر و هذا لاختلاف درجة التوحد وطبيعة التكفل.

*عرض و تحليل نتائج الفرض الجزئي الرابع الخاص بالدرجة الكلية لاختبار

الاتصال اللغوي:

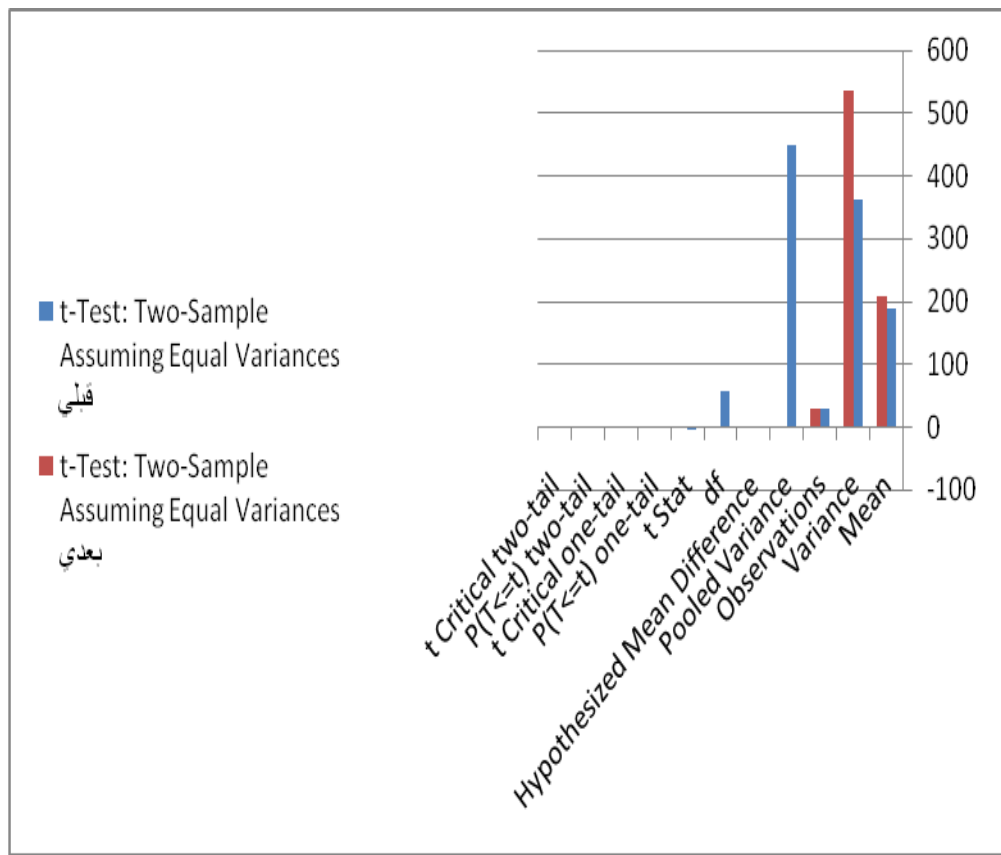
جدول (22) يوضح دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحيدين في درجات اختبار الاتصال اللغوي في الدرجة الكلية في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).

البند	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة t المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لاختبار الاتصال اللغوي	القبلي	30	68.23	63.08	3.69-	2.39	58	0.01
	البعدي	30	88.46	35.84				

من خلال الجدول يتضح لنا أن نتائج درجات اختبار الاتصال اللغوي قد بينت وجود فروق في متوسطات الاختبار على مستوى الدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ، حيث كانت (t) المحسوبة المعبرة عن هذه الفروق تساوي (-3.69) و هي قيمة أكبر من مثلتها بجدول (t) عند درجات الحرية (58) ومستوى الدلالة (0.01) و هذا ما يدل على أن للبروتوكول العلاجي المقترح أثر في تحسين مهارات الاتصال اللغوي

قيد الدراسة حيث و من خلال النتائج تبين التحسن الذي طرأ على مستوى جميع أبعاد الاختبار (المحاور).

و من أجل تقديم توضيح لنتائج هاته المهارة حاول الباحث تقديم رسم بياني يبرز من خلاله قيم متوسطات درجات الأفراد عينة الدراسة على مستوى الدرجة الكلية لاختبار الاتصال اللغوي و هذا في القياسين القبلي و البعدي و المنحنى الآتي يوضح نتائج هذا الإجراء:



شكل رقم (4): التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي والبعدي و البعدي في الدرجة الكلية لاختبار الاتصال اللغوي لصالح القياس البعدي.

من خلال الرسم البياني يتضح لنا جليا أن الطفل التوحدي يعاني على هذا المستوى حيث يعتبر الباحث أن هذه أولى ملاحظات الأولياء في حياتهم و تفاعلاتهم مع طفلهم حيث أنهم

يشتكون من اختلاف طرق اتصال طفلهم معهم و صعوبة إيجادهم مداخل اتصالية للتواصل معه، حيث أنه و من خلال اضطراب هذه الملكة فهم لا يعلمون ما يجري مع طفلهم مما قد يؤخر تشخيص الطفل باعتبار أن معظم الأولياء لا يعطون أهمية لملكة الاتصال التي تميز الكائن البشري عن غيره، فهم يعجزون عن إيجاد الحلول لطفلهم و قد اتضح هذا جليا للباحث من خلال الكشف عن عدد من الأطفال التوحديين من خلال الأولياء حيث بدا له أن عدم معرفة معظم الأولياء بأعراض الاضطراب كان السبب في العديد من الحالات إلى تأخر الكشف عن الاضطراب. و يرى الباحث أن الأطفال التوحديين الرضع من الميلاد حتى 18 شهرا يفتقرون إلى التواصل غير اللفظي ، فصغار الأطفال منذ بداية حياتهم يبدؤون التواصل مع الغير من خلال طرق غير الكلام. و أول شكل من هذا التواصل يتم من خلال البكاء. ومع مرور الوقت، يتعلم الطفل الطبيعي تغيير نغمة بكائه بناء على حاجاته، فتعرف أمه بالتالي ما يريد، أما الأطفال التوحديين فهم غير ذلك.

و يبدي الأطفال التوحديين صعوبة في قراءة الشفاه باعتباره يوجه نظراته إلى غير وجه الشخص المتواصل معه كما يعاني على مستوى اللغة المكتوبة أو الكتابة باعتبار أن هذه المهارات لا يطورها إلا بعد تحقيق وسائل تواصل بديلة و إيجاد المداخل الاتصالية و الأمور على هذا المستوى جد صعبة على الأطفال التوحديين خاصة و أن غالبيتهم لا يصلون إلى التعبير عن احتياجاتهم عن طريق الكتابة، ويعاني الأطفال التوحديين من صعوبة استخدام هذه اللغة المرئية وفهمها وعجزا في قدرتهم على استخدام الإشارة و في ضبط تحديق العينين وفي اللعب التظاهري، فمن خلال تعامل الباحث مع هذه الشريحة التي تعاني من الاضطرابات الاتصالية خاصة قبل تطبيق البرنامج التدريبي، إلا أنه و في الحقيقة يعتقد الباحث أنه و بالرغم من توافر العديد من البرامج التدريبية التي تهدف إلى التكفل بالاضطرابات الاتصالية لدى الأطفال التوحديين إلا أنها بقت عاجزة عن إيجاد الحلول أمام تعقد الوضعيات الاتصالية التي يعاني منها الأطفال التوحديين، فلحد الآن لا

يوجد برنامج و علاج يخلص الأطفال التوحديين و لا أولياؤهم من الصعوبات الاتصالية
مائة بالمائة، فهي تسهل عملية الاتصال و لا تعالجها، حيث و بالرغم تنوع البرامج و
العلاجات

و بناءها على مختلف الأسس العلمية إلا أنها تسيير على نفس سير البحوث القائمة في
الميدان و التي تحاول تفسير الخلل في اضطراب التوحد على حسب توجهاتها العلمية.

إن الأطفال التوحديين لديهم تمييز سمعي ضعيف وأيضا لديهم مشاكل في الإدراك
السمعي وبالتالي يكونون غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة غير المسموعة
واللغة المسموعة، وهذا يؤثر على قدرة الأطفال التوحديين على الفهم والتعرف وبالتالي على
الاتصال اللغوي بينهم و بين الآخرين، كما يعاني الأطفال التوحديون من مشكلات في
الحديث التعبيري وقد يكون حديثهم عشوائيا أو يظل بعضهم بكما طوال حياتهم كما يجدون
صعوبات في بناء الجمل وذلك إذا امتلكوا بعض الكلمات البسيطة.

في هذا النوع من الاضطرابات لاحظ الباحث أيضا أثناء ممارسته و كذا تطبيق أدوات
الدراسة على عينة البحث أن الأطفال يعانون من عجز في فهم المعاني اللغوية، مما يؤدي
إلى ضعف في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء و الأعمال و المشاعر والخبرات، و
تتمثل مشكلات اللغة الاستقبالية في فشل الطفل في فهم الأوامر التي تلقى عليه بواسطة من
يكبره سنا، و عجزه عن التعامل معها بشكل متكرر و غير مرتبط بموقف معين، بالإضافة
إلى عدم انتباه الطفل لما يقال له على الرغم من سلامة جهازه السمعي، و صعوبة فهمه
للكلمات المجردة و خلطه لمفهوم الزمن إضافة إلى وجود مشكلات في تطوير البناء اللغوي
القواعدي و نماذج الجمل البسيطة، مما دفع بالباحث إلى شرح كل ذلك للأولياء من أجل
تبسيط لغتهم مع أطفالهم و تسهيل تعليماتهم انطلاقا من جمل سهلة، باعتبار أن اللغة
الاستقبالية أفضل من اللغة التعبيرية لدى الأطفال التوحديين، و لكن على الرغم من ذلك
يعاني معظمهم من مشكلات في اللغة الاستقبالية، و هي تشمل صعوبات في فهم لغة

الآخرين، و عدم فهم الأسئلة أو متابعة التعليمات اللفظية الطويلة أو حتى البسيطة في الكثير من الأحيان، أو إنهم يفهمون اللغة في سياق خاص، أو يفهمون اللغة حرفيا.

يستخدم بعض الأطفال المصابين بالتوحد صوامت قليلة، و تراكيب و مقاطع صوتية قليلة، يكون فيها كلام الطفل غير واضح، بحيث يظهر كلامه أقل من عمره الزمني، كما يظهر بعضهم لغة نمطية و متكررة يقوم فيها الطفل بترديد أصوات أو كلمات مفردة أو جمل لمواقف أو أحداث بسيطة، و هذه اللغة قد تكون فورية تتمثل في الإعادة الدقيقة المتكررة تسمى بالمصاداة الصوتية للكلمات و العبارات بعد ثواني قليلة من سماعها، أو تكون المصاداة متأخرة و هي أيضا إعادة حرفية دقيقة و لكن الطفل يتأخر في إعادتها التي قد تستمر أياما، لكن العبارات المعادة لا تقال كما سمعت بالضبط أو تكون منقوصة.

يغلب على الأطفال التوحديين استخدام كلمات خاصة بهم للدلالة على أشياء معينة، كما يصعب عليهم أن يتعلموا أن الكلمة الواحدة قد يكون لها أكثر من معنى واحد، أو أن شيئا قد يكون له أكثر من اسم واحد، كما يجدون صعوبات في فهم أن لكل شيء مصطلحا و تسمية خاصة به، فيكررون نفس الكلمة التي تعلموها للتعبير عن حاجاتهم لشيء ما، مما يصعب الاتصال معهم.

و بالنسبة للمهارات التي حاول الباحث العمل فيها في دراسته فقد لاحظ أن عينة البحث قد فشلت في الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون، ولكن إذا حدث وانتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة يكون من خلال التوجيه من الآخرين، والانتباه عنصر أساسي في الاتصال اللغوي ولهذا فشل الطفل في الانتباه إلى الأشياء المحيطة يجعله غير قادر على الاتصال مع من حوله.

إن التقليد من أهم المهارات اللازمة للاتصال، فالطفل التوحدي لا يستطيع تقليد الأفعال والأصوات التي حوله، والتقليد كما أكد عليه (Hochmann,92) أنه العملية الهامة

التي لا بد من وجودها لتأسيس نظام اتصالي غير شفهي سليم. وأيضاً أكدت دراسة (Mozet, 93) على أن التقليد الحركي يعد من المراحل الأولى في الاتصال أي لا بد من وجود مهارة التقليد ليبدأ الوليد الاتصال بالمحيطين به سواء أمه أو أخوته.

والمشكلات السابقة ألا وهي (الانتباه - الفهم - التعبير - التقليد - التسمية) هي أهم المهارات التي تشكل الاتصال اللغوي وبالتالي فالطفل التوحدي يعاني من مشكلات في كل هذه المهارات المكونة للاتصال اللغوي مع المحيطين.

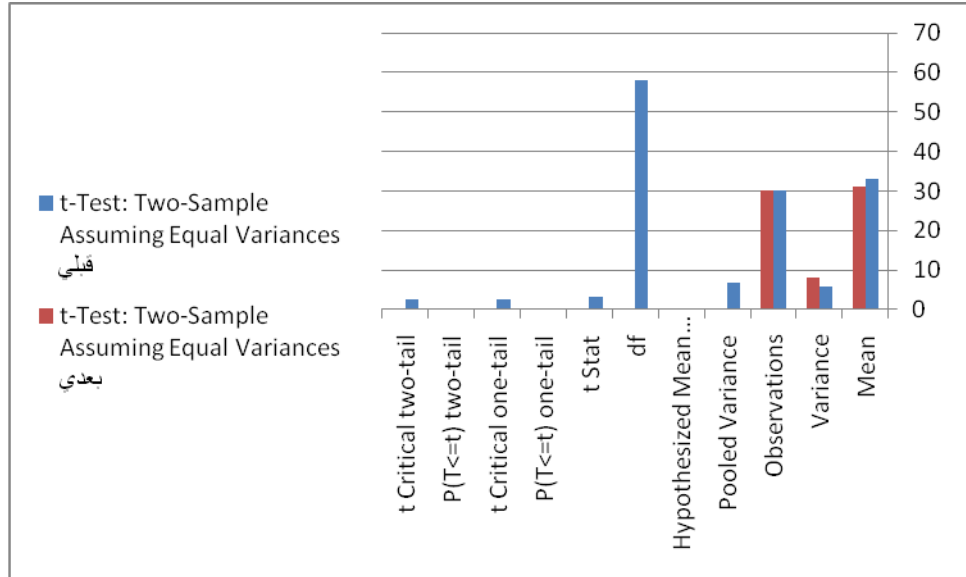
عرض و تحليل نتائج الفرض الجزئي الرابع الخاص باختبار التدخل المبكر:

جدول (23) يوضح دلالة الفروق بين درجات الأطفال التوحديين في درجات اختبار التدخل المبكر في الدرجة الكلية في القياسين القبلي/البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).

البند	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة t المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لاختبار التدخل المبكر	القبلي	30	33.08	05.70	3.16	2.39	58	0.01
	البعدي	30	30.95	7.90				

من خلال الجدول يتضح لنا أن نتائج درجات اختبار الاتصال اللغوي قد بينت وجود فروق في متوسطات الاختبار على مستوى الدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ، حيث كانت (t) المحسوبة المعبرة عن هذه الفروق تساوي (-3.16) و هي قيمة أكبر من مثلتها بجدول (t) عند درجات الحرية (58) ومستوى الدلالة (0.01) و هذا ما يدل على أن للتدخل المبكر من خلال اختبار الكارز للكشف المبكر و كذا للبروتوكول العلاجي المقترح أثر في تحسين مهارات الاتصال اللغوي قيد الدراسة حيث و من خلال النتائج تبين التحسن الذي طرأ على مستوى جميع أبعاد الاختبار (المحاور).

و من أجل تقديم توضيح لنتائج هاته المهارة حاول الباحث تقديم رسم بياني يبرز من خلاله قيم متوسطات درجات الأفراد عينة الدراسة على مستوى الدرجة الكلية لاختبار الاتصال اللغوي و هذا في القياسين القبلي و البعدي و المنحنى الآتي يوضح نتائج هذا الإجراء:



شكل رقم (5): التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأفراد في الفروق بين القياسين القبلي والبعدي و البعدي في اختبار ال CARS للتدخل المبكر لصالح القياس البعدي.

من خلال التمثيل البياني لمتوسطات درجات الأطفال التوحيديين في الفروق بين القياسين القبلي و البعدي في اختبار الكارز للتدخل المبكر يتضح أنه و من خلال النتائج المستقاة من تطبيق اختبار الكارز، فقد تحسنت نتائج الاختبار في القياس البعدي و قد ظهر ذلك من خلال انخفاض جل نتائج الأفراد و هذا من درجتين إلى أربع مما يبين مدى فاعلية البرنامج التدريبي المطبق على عينة الدراسة.

و يعزي الباحث هذا أنه كلما كانت درجة التوحد (بسيطة ومتوسطة) كلما كان التحسن في الأداء اللغوي بعد تطبيق البرنامج التعليمي المعرفي ذو فاعلية في أبعاد اختبار الاتصال

اللغوي . وكذلك كلما كانت درجة الإصابة بالتوحد بين البسيطة والمتوسطة ، كانت استجابة الطفل التوحيدي أكثر تطوراً من جميع النواحي اللغوية ومهارات التواصل المختلفة ، وكما نجد تفاوتاً في درجات مهاراتهم ، والعكس صحيحاً كلما كانت الإعاقة بدرجة شديدة.

و يعتقد الباحث أيضاً أنه كلما كانت درجة التوحد بسيطة كانت استجابة الطفل التوحيدي أكثر استجابة و هذا على جميع المستويات : إدراكية معرفية لغوية ولديه القدرة على التركيز والانتباه والتعبير بشكل جيد. أما ذو الإعاقة الشديدة ليس لديه القدرة على التعبير لأنه يعاني من مشاكل وصعوبة في التراكيب اللغوية من حيث توظيف اللغة من أصوات الكلام والمفردات والمقاطع اللغوية والجملة . وكما أنه ليس لديه القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وكذلك ليس لديه القدرة الإدراكية على الاستجابة السمعية لأصوات البيئة الحية وغير الحية ومهارات التقليد المختلفة ويتفق الباحث مع رأي نخبة من العلماء في تشخيص وتصنيف أعراض وحالات التوحد بين البسيطة | المتوسطة | الشديدة وبناءً على الإطار النظري للدراسة عادة يتم تشخيص التوحد بناءً على سلوك الشخص ، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد و يختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر ، فقد تظهر عند طفل بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر ، ورغم أنه تم تشخيص كلاهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر [http://www.gulfnet.\(ws/tawahud?htm: 2003](http://www.gulfnet.(ws/tawahud?htm: 2003).

من النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض ويرجع هذا الاختلاف في الأعراض إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لاضطراب التوحد سواء كان منها العوامل الجينية والوراثية أو العوامل العصبية والبيولوجية و الكيميائية البيئية. (الوزنة ، 2005 : 14).

ذكر بورمان وليفيير Porman . Lefever (1999) إن التوحد اضطراب متعدد الأعراض ، بمعنى آخر ، إن الأعراض والصفات المرتبطة بالتوحد يمكن أن تظهر بصور وتركيبات مختلفة من خفيفة إلى حادة ومع أن التوحد قد تم تعريفه بمجموعة معينة من التصرفات ، فإن الأطفال بنفس التشخيص يمكن أن يختلف سلوكهم وتتفاوت درجات مهاراتهم ، (عبد اللطيف ، 2001: 19).

وقد اقترح سيفن وماتسون وكو وفي وسيفن (Sevin. Matson. Coe. Fee& 1991) نظاماً تصنيفياً من أربع مجموعات كما يلي:

1- المجموعة الشاذة Atypical Group : يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2- المجموعة التوحدية البسيطة Midly Autistic Group : يظهر أفراد المجموعة مشكلات اجتماعية ، وحاجة قوية للأشياء والأحداث ، لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضاً إعاقة عقلية بسيطة والتزاماً باللغة الوظيفية.

3- المجموعة التوحدية المتوسطة Moderately Autistic Group : ويتسم أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية : استجابات اجتماعية محددة ، وأنماط متعددة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محددة وإعاقة عقلية.

4- المجموعة التوحدية الشديدة Severity Autistic Group : أفراد هذه المجموعة

معزولون اجتماعياً و لا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية ، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (الزريقات ، 2004 : 49).

و يرى الباحث أن للأسرة دورا مهما و رئيسيا في عملية التدخل المبكر و كذا التشخيص و الكفالة و هنا تأتي أهمية الأسرة من كونها الوسيط الأول من وسائط نقل ثقافة المجتمع إلى الطفل وهي المجتمع الإنساني الأول الذي يمارس فيه الطفل علاقاته الإنسانية من خلال الاحتكاك بأولياء الأمور تتكون المفاهيم والاتجاهات لدى الطفل أهمها مفهومه عن ذاته وعن الجماعة المحيطة به، كما يأتي دورها من خلال الملاحظات الأولى التي يقدمونها لظهور بعض أعراض اضطراب التوحد على أطفالهم و من ثم التوجه بهم نحو المراكز الإستشفائية المختصة لوضع تشخيص لحالة طفلهم، و قد لاحظ الباحث أثناء تطبيق أدوات الدراسة أن بعضا من الأطفال شخصوا خارج الوطن و بالخصوص في دول أوروبا و هذا بعد تأخر و صعوبة التشخيص محليا، و كذا زيادة بعض أعراض التوحد على أطفالهم دون إعطاء تشخيص لحالة طفلهم، و هذا ما دفع ببعض الأسر إلى السفر خارج الوطن بحثا عن تشخيص لحالة طفلهم و كذا بحثا أيضا عن علاج لطفلهم، فدور هؤلاء الأولياء كان مهما

في نظر الباحث مما تسبب في عدم تقاوم أعراض التوحد لدى أبنائهم من خلال التدخل المبكر للفرقة العلاجية و وضع الخطط العلاجية للمصابين بهذا الاضطراب، كما يشير أيضا الباحث أن بعضا من الأطفال الذين و بالرغم من تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب التوحد في سن مبكرة إلا أنهم لم تتحسن أعراضهم بالشكل المرضي بالنسبة لأوليائهم و هذا نظرا لشدة الإصابة.

و يشير الباحث أنه قد ظهر له متغيرا آخر ساهم حسب الباحث في هذا الخل و هو ازدواجية اللغة (دارجة، فرنسية) حيث أن استخدام الأولياء مع أطفالهم هذا النوع من التواصل صعب على أطفالهم اكتساب قواعد لغة واحدة مما أثر على اتصالهم اللغوي، حيث أنه تبدأ استجابة الطفل للمؤثرات الأسمية منذ أن يكون في المهد ويتعلم لغة التخاطب من الأسرة ثم يمارسها شيئا فشيئا وتنمو لديه هذه اللغة بقدر تعلمه لغة التواصل وتنمو لديه القدرة الإدراكية على الانتباه والتركيز و تنمية المهارات السمعية في الاستجابة الإدراكية لمختلف أصوات البيئة وتنمو لديه القدرات اللغوية على المستويين اللغويين (اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية) ومهارات التفاعل الاجتماعي.

و أشارت الدراسة الحالية لبحث علاقة تدهور الانتباه الاجتماعي المبكر وسط الأطفال التوحديين بالقدرة اللغوية وكما ذكرنا مسبقاً أن وجود اضطرابي في الانتباه المشترك والتوجه الاجتماعي من أكثر المتغيرات دلالة لتحديد إصابة الطفل باضطراب التوحد مقارنة بالاضطرابات الأخرى ، ولقد ساعدت هذه النتائج على توضيح طبيعة اضطراب الانتباه الاجتماعي عند التوحديين ، وأعطت مؤشرات للعملية النمائية للغة الطفل التوحدي ، كما عملت على اقتراح بعض الأهداف للتدخل المبكر لمعالجة قدرات الطفل التوحدي اللغوية.

و يرى الباحث أنه كلما كان عمر الطفل التوحدي صغيراً، كلما كان استعدادة الفطري ذو قابلية و فاعلية و استجاباته التطورية اللغوية اللفظية وغير اللفظية أحسن مع وجود أدوات القياس والتقييم المقننة والمناسبة لكل مجتمع حسب طبيعته ، لاستخدامها في حالات التقييم

والتشخيص للأطفال التوحديون ، وبالتالي الحصول على نتائج علمية دقيقة وواضحة عن وضع الطفل من كافة الجوانب. ومن ثم وضع برنامج تدخل مبكر ، و وضع الخطط والبرامج العلاجية التدريبية التعليمية والتي تتناسب مع احتياجات كل طفل على حدى ونوعية الإعاقة ومدى الاستجابة التطورية اللغوية لتنمية جميع مهارات التواصل.

الفصل السابع

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها :

1. تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول للفرض الأول :

أ.تفسير ومناقشة نتائج الفرض الجزئي الأول للفرض الأول الخاص :مهارة

الانتباه المشترك:

في ضوء فروض الدراسة ومن خلال الأساليب الإحصائية المعتمدة للتحقق من هذه الفروض، وبعد استعراض نتائج الدراسة يحاول الباحث مناقشتها وتفسيرها في ضوء التراث النظري و الدراسات السابقة كما يلي:

3- يظهر الباحث أنه قد دلت بعض من الدراسات سواء العربية أو الأجنبية على أهمية البرامج العلاجية المتنوعة في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى أطفال التوحد وكذا دور هاته المهارة في تطوير الاتصال اللغوي لدى هاته الشريحة من الأطفال، وقد توصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على هذا المستوى من البحث بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح القياس البعدي. و قد جاءت هذه الدراسة لتتفق مع ما جاءت به دراسة (Kolko et Al,1980) و التي تؤيد لوجود الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين حيث يعتبر الباحث أن هاته المهارة تعد إحدى أولى المهارات التي تساعد الطفل التوحدي في اكتساب طرق و أساليب التواصل لديه حيث أن هذه المهارة المعرفية تعتبر همزة الوصل بين المهارات التواصلية عبر جميع المراحل التي يمر بها الطفل التوحدي أثناء نموه و تطويره لمفهوم التواصل. كما يرى الباحث أنه تختلف طرق تحفيز هاته المهارة من طفل لآخر حيث لا يوجد نموذج واحد موحد بين جميع طرق الكفالة لدى الأطفال التوحديين و هذا باعتبار الأساس النظري لكل برنامج علاجي و قد دعمت دراسة كل من " جيرالدين " و آخرون (Geraldine et Al, 2004) نتائج الدراسة الحالية حيث تناول فريق جيرالدين العجز في الانتباه المبكر عند الأطفال التوحديين و الذي يتمثل في (التوجيه الاجتماعي، الانتباه المقترن، الانتباه لمحن الآخرين)،

و علاقة هذا العجز بقدراتهم اللغوية حيث جاءت نتائجها متمثلة في كون الانتباه المقترن أفضل مؤشر للتنبؤ بالقدرة اللغوية.

و قد أوصت الدراسة بضرورة التدخل المبكر للرفع من كفاءة هذه الأبعاد لما لها من أهمية في تنمية مهارات الاتصال اللغوي للأطفال التوحديين، و هنا تأتي دراسة كل من (Collier Reid, 1987) و التي اهتمت باختيار نموذج للتعليم أحدهما يبني على نظرية الانتباه الانتقائي للأطفال التوحديين، حيث اتضح من خلال نتائجها أن الأساليب المستخدمة للتعامل مع خاصية الانتباه الانتقائي مازالت موضوع جدل قائم بين الباحثين (Russel & Gersten, 2001) و هو نفس الاعتبار الذي توصلت إليه الدراسة الحالية.

من خلال نتائج الدراسة الحالية و أثناء فترة تطبيق البرنامج التدريبي لاحظ الباحث دور الأسرة في تحسين التواصل لدى أبنائهم التوحديين كما كان لأشقائهم خاصة الذين يملكون نفس الشريحة العمرية دور كبير جدا حيث أن لعبهم و الطرق التي يستعملونها لجلب انتباه إخوانهم التوحديين ساهم بقسط كبير في تحسين مهارات التواصل لديهم.

كما كان للتدخل المبكر لدى عدد كبير من الأطفال الأثر البالغ في تحسين التواصل لدى الأطفال التوحديين، حيث يرى الباحث أنه و كلما كان التدخل مبكرا كلما زادت نسبة التطور لدى الأطفال التوحديين.

و توصل الباحث في هذه الدراسة إلى نفس ما جاءت به دراسة سوليفيان و آخرون (2007) و التي تناولت الاستجابة للانتباه المقترن عند الأطفال التوحديين في سن ما قبل المدرسة من خلال تفاعلهم مع أشقائهم، و توصلت نتائج الدراسة إلى أن الانتباه المقترن يعتبر منذرا بإصابة الطفل بالتوحد في سن مبكرة، كما أظهر هؤلاء الأطفال ضعفا شديدا في الانتباه المقترن، وهذا الضعف يؤثر على قدرتهم على التفاعل الاجتماعي و التواصل اللغوي و اللعب مع الآخرين. و قد أوصت هذه الدراسة بإجراء برامج تدريبية لتحسين و تنمية مهارات الانتباه المقترن لدى هؤلاء الأطفال.

و أجرى خطاب (2004) دراسة عن مدى تأثير البرنامج العلاجي باللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي و تكونت مجموعة الدراسة من (20) طفلا مقسمة إلى مجموعتين عشرة تجريبية و أخرى ضابطة، تراوحت أعمارهم ما بين (10-12) سنة. و توصل الباحث إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية. كما أشار الباحث إلى أن للألعاب الحسية و الحركية قدرة هائلة في مساعدة الأطفال التوحديين على زيادة قدرتهم على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجدون فيه، كما زادت من قدرتهم على الانتباه و التواصل مع الآخرين بشكل فعال و الاندماج معهم في كافة الأنشطة المشتركة، و هذا بدوره ساعد على الإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال و مؤثر، و هذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية.

ب. تفسير ومناقشة نتائج الفرض الجزئي الثاني للفرض الأول: مهارة التقليد:

أشارت نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات إلى تأثير البرنامج التدريبي في تنمية مهارات التقليد وتشمل تقليد الأشياء وتقليد الإيماءات و أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لقيمة (t) المحسوبة وهي قيمة أكبر من مثلتها المجدولة عند مستوى الدلالة (0.01) و يرى الباحث أن الطفل المصاب بالتوحد يعاني على هذا المستوى من المهارات التواصلية و التي تعتبر مهمة في حياة الطفل لتحقيق غاياته و تواصله مع المحيطين به ، كما يعتقد الباحث أنه و على مستوى هاته المهارة يمكن في مرات عديدة أن تكون إحدى أهم الأعراض التي تحرك الفضول لدى أولياء الأطفال التوحديين باعتبار ابنهم لا يقلد أبسط المهمات الموكلة إليه، و هذا ما قد يعتبر مؤشرا على وجود إحدى الأعراض المبكرة للكشف عن هذا الاضطراب، و هنا يشير الباحث إلى ما جاءت به العديد من الأبحاث التي حاولت تفسير الاضطراب على هذا المستوى من المهارات و من بينها ما اعتبرته (Jacqueline NADEL, 2014) من أن الطفل التوحدي يعاني على مستوى مهارة التقليد و هذا على محورين هامين هما ما يطلب من الطفل أدائه من طرف الآخرين و كذا قدرته على تقليد ما

رأه دون أن يطلب منه ذلك، و يظهر ذلك جليا حسب نادال دائما في الوضعيات الجديدة و المعقدة، و تعتقد أيضا أنه لا يوجد نوع واحد من التقليد و لكن هناك عدة أوجه لهاته المهارة التي يعتقد الباحث من خلالها أن مساهمة و سلامة الوظائف المعرفية العليا للطفل عوامل تساعد في تحصيله و كذا تطويره على عدة مستويات اتصالية، حيث يعتقد الباحث أن لهاته المهارة ارتباطا وثيقا مع عدة وظائف عليا كالانتباه و الذاكرة و الذي يساعد الطفل على ملاحظة و تخزين ما تم معاينته بالعين المجردة و هذا حتى يتمكن من التقليد. و يعتقد الباحث أن للكفالة من خلال البرامج التدريبية المكثفة و المبكرة أثرا كبيرا في تحسين أداءات مهارات التقليد التي تكون مضطربة لدى الأطفال التوحديين و هنا تأتي هاته الدراسة لتثبت ما جاءت به معظم الدراسات التي تناولت مهارة التقليد لدى الأطفال التوحديين من إصابتهم من عجز على هذا المستوى، و هنا الباحث و من خلال التطبيق الميداني لأدوات الدراسة قد تجلى له العجز الذي يعاني منه الأطفال التوحديين حيث ظهر ذلك في القياس القبلي و الذي أثبت عجز الأطفال التوحديين (عينة الدراسة) على تأدية التقليد بشكل صحيح، يرتبط مع قدراتهم العقلية و سنهم.

يرى الباحث أن التقليد هو إحدى العمليات الهامة في تعديل السلوك الإنساني و تقويمه، و هو عملية تغيير للسلوك من طرف الشخص نتيجة ملاحظة سلوك شخص آخر. و هذه العملية أساسية في معظم مراحل التعلم الإنساني لأننا نتعلم معظم سلوكياتنا من خلال ملاحظة سلوك الآخرين و تقليدهم، بل لا نكون متجاوزين إذا قلنا أنها العملية الأهم في تعليمنا جميعا معظم ما تعلمناه، فقد نقلد بعض السلوكيات من خلال نظرنا إلى سلوكيات المحيطين بنا.

فغالبا ما يتأثر سلوك الطفل بملاحظة سلوك الآخرين، فالطفل يتعلم العديد من الأنماط السلوكية مرغوبة كانت أو غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين.

واعتمد الباحث أثناء تنفيذ الجلسات على استخدام فنيات متعددة كالنمذجة والحث والتعزيز والتقليد المتزامن واللغة الوصفية والتشكيل والمحاولة المنفصلة والاستجابة المحورية حيث ساهم ذلك في تنمية مهارات التقليد، واستخدام الفنيات الطبيعية كاللغة الوصفية والتقليد المتزامن والاستجابة المحورية أتاح الفرصة لزيادة التفاعل والانتباه المشترك وزيادة التفاني للمهارات المتعلمة نتيجة التفاعل الطبيعي بين الطفل و المحيطين به من أخصائيين و أولياء أثناء اللعب باللعب.

ولقد راعى الباحث عند تصميم جلسات مرحلة التدريب على التقليد أن يتدرج في مهارات البرنامج حيث بدأ البرنامج أولاً بتقليد الأشياء ثم تقليد الإيماءات وحركات الجسم استناداً إلى الأبحاث والدراسات السابقة أن تقليد الأشياء أسهل من تقليد الإيماءات. وهذا هو ما توصل إليه الباحث أثناء تطبيق البرنامج. كما أن اختيار الطفل للعبة كان مثيراً لدافعية الطفل للتفاعل مع شريك التفاعل وأصبحت الجلسات أكثر جاذبية للطفل.

كما أن من العوامل المساهمة في نجاح البرنامج ارتباط الجلسة بسلوك لعب الطفل فمثلاً إذا كان الطفل يلعب بالسيارة اللعبة فإن العامل مع الطفل يقوم بتحريك السيارة على المنضدة مع استخدام محدد لتسمية السيارة (تقليد الأشياء) وإذا كان الطفل يدير عجلات السيارة فيقوم القائم على الطفل بنمذجة إيماءة الدوران مع استخدام محدد لفظي دوري (تقليد الإيماءات وحركات الجسم).

و يمكن القول أن المشكلة الأكبر لدى الطفل التوحدي هي ضعف قدرة هذا الطفل على إتمام العملية بنجاح، حيث يعاني هذا الطفل من خلل على مستوى التقليد، و يسمى التغيير في سلوك الأطفال الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين بالنمذجة، و من المهم جدا معرفة أن وظائف النمذجة أو التقليد لا تقتصر على اكتساب سلوكيات جديدة لم تكن موجودة من قبل، أو تعديل السلوك القديم، بل يمكن تعليم السلوك الاجتماعي الجيد من

خلال المراقبة لحالات متنوعة، و قد كانت النمذجة إحدى أهم قواعد البرنامج التدريبي في هاته الدراسة.

و هنا تجدر الإشارة إلى أنه يتوجب على العاملين مع أطفال التوحد أن يكونوا منتبهين دائما إلى أهمية تقديم نماذج من السلوك المرغوب لأن الأطفال يتأثرون بما يشاهدون، فمثلا نجد أن الأطفال السليمين من أي عاهة يقلدون سلوكيات آبائهم سواء كانت إيجابية أو سلبية اعتقادا منهم أنهم يكبرون عن طريق هاته السلوكيات.

و كثيرا ما تكون عملية التقليد أو النمذجة عملية عفوية لا حاجة لتصميم برامج خاصة لحدوثها بالنسبة للطفل العادي، فالطفل الصغير نجده يشاهد أباه في مواقف عديدة كالصلاة أو طريقة ارتداء الملابس و يقوم بتقليد نموذج أبيه الذي يراه، و كذلك الأمر بالنسبة للفتاة التي تقوم بتقليد نموذج الأم كالوقوف أمام المرأة بل أن الفرد في مرحلة المراهقة يقوم باتخاذ نموذج لممثل أو لاعب كرة أو شخص شهير و يقوم بتقليد قصة الشعر الخاصة به أو نموذج ارتداء ملابسه.

يرى الباحث أيضا أنه و حتى المواقف الاجتماعية يتعلمها الفرد من خلال التعلم بالنموذج فالفرد يتعلم كيف يسلك في المواقف الاجتماعية المختلفة من خلال مشاهدته لنموذج الأب أو الأم حتى تتعلم مثلا الأم كيف تقوم بتربية أطفالها من خلال النموذج الذي قدمته لها والدتها في السابق، و هنا يشير الباحث إلى أنه من خلال كل هذا فإن عملية التقليد ذات أوجه متعددة أي لا يوجد تقليد واحد بل هناك عدة أنواع من التقليد تختلف باختلاف الظروف و حاجات الفرد.

أما بالنسبة للأطفال التوحديين و ذوي صعوبات التواصل فالموضوع مختلف، و الضرورة الملحة لبناء برامج التكفل باعتبار العديد منهم لا يستطيعون التعلم بالنموذج بطريقة عفوية، و هنا يجب أن يوضع في الاعتبار برامج خاصة مبنية على أسس علمية

قائمة على تحليل السلوكيات الفردية لكل طفل توحدي و إشراك العائلة في الكفالة من خلال دورها في المساعدة في الكشف و التشخيص و إمداد الأخصائيين بما يسهل عليهم التعامل مع طفلهم، و كذا دور الأسرة و المحيطين بالطفل في نجاح البرامج التدريبية المقترحة.

و توصلت الدراسة الحالية بما جاء الحساني عام (2005) بدراسة هدفت إلى قياس مدى فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، تكونت العينة من (20) طفلاً توحدياً قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية و الأخرى ضابطة و توصلت النتائج إلى وجود فروق في مهارة التقليد، و الفهم و المعرفة و توظيف المفاهيم قبل تطبيق البرنامج و بعده لصالح الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية. و يرى الباحث أنه يمكن إرجاع التغيرات في المظاهر السلوكية لطفل الأوتيزم بعد تطبيق البرنامج التدريبي إلى العوامل التالية:

1- بناءً على ما اتفقت عليه نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كلاً من داوسون وجيلبيرت (Dawson, & Galpert, 1990)، اسكالونا وآخرون (Escalona, et al, 2002) أن تقليد الطفل (المرحلة الأولى من الإستراتيجية) أدى إلى زيادة في الانتباه المشترك، ومبادرات اللمس وزيادة التوقعات الاجتماعية وخفض السلوكيات النمطية وبيسر سلوكيات النظر التواصلية.

كما أن تقليد الطفل يعمل على تعزيز التفاعل المتبادل، وعندما يبدأ الطفل في المشاركة مع الكبار فإنه يمكن استخدام النمذجة من جانب القائم على الطفل واستجابة الطفل بتقليده له لتعزيز التفاعل بينهما.

2- التنوع في استخدام الأنشطة فلقد روعي الفروق الفردية بين أطفال الأوتيزم عند التخطيط للبرنامج حيث تم استخدام الأنشطة الموسيقية وأنشطة اللعب، فقد نجد طفل يستجيب للأنشطة الموسيقية أفضل من أنشطة اللعب أو العكس.....

3- اختيار الطفل لأدواته واستخدام بعض الفنيات الطبيعية مثل تدريب الاستجابة المحورية مما يثير دافعية الطفل للمشاركة.

4- بيئة التدريب والتي اتسمت بالهدوء التام.

5- تعد القدرة على التقليد مهارة محورية تواصلية اجتماعية وتؤثر علي نمو مهارات الانتباه، والمهارات الاجتماعية، والمهارات اللغوية، ومهارات اللعب.

ت. تفسير ومناقشة نتائج الفرض الجزئي الثالث للفرض الأول: مهارة اللعب:

أسفرت نتائج اختبار (t) عن وجود فروق ذات إحصائية بين متوسطي درجات اختبار الاتصال اللغوي الخاصة ببند اللعب في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي مما يدل على أن أهمية هذه المهارة في تطوير التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي بشقيه اللفظي و غير اللفظي، حيث من خلال نتائج الدراسة تبين للباحث الأثر الذي لعبه برنامج تدريبي قائم على اللعب في تطوير الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين (عينة الدراسة) و هنا يعتبر الباحث أن الطفل التوحدي كغيره من الأطفال السليمين من أي عاهة يتعلم عن طريق اللعب و يجد اللذة في تحقيق التواصل من خلاله.

يلاحظ أنّ طريقة لعب الأطفال ذوي اضطراب التوحد محيرة جدا، ففي الوقت الذي لا يستطيع الطفل فيه اللعب بالألعاب كما يلعب بها الطفل الطبيعي نجد أنه يستطيع أن يركب (1000) قطعة من ألعاب الأحاجي (البازل) و هذا لا يستطيع فعله الطفل الطبيعي، و قد يستطيع رسم أشكال و ألوان يعجز الإنسان العادي عن رسمها. كما تختلف طريقة اللعب من طفل لآخر حتى بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و هذا يرجع إلى مستوى الإعاقة و شدة الإصابة بالمخ، فقد أوضحت الدراسات أنّ بعض الإشارات العصبية المسؤولة في بعض أجزاء المخ سليمة و بعضها الآخر تالفة أو أصابها الخلل مما ينعكس على مدركات الطفل و تفكيره، فطريقة لعبه مرتبطة بمدى سلامة أجهزته العصبية و المخية و جهازه العصبي

المركزي و مدى تطوره و نضجه النفسي و الجسمي (عليوات،2007،54، عامر، 2008: 43).

و تأتي هاته الدراسة في نفس الاتجاه الذي جاءت به بعض الدراسات الأخرى التي تناولت اللعب عند الأطفال التوحديين، حيث أتت هذه الدراسة لتثبت أن اللعب دورا مهما في تنمية الاتصال و اللغة عند الطفل التوحدي و من أمثلة الدراسات التي بينت ذلك دراسة كل من (Sogam&Kawai) و التي تكونت من طفل واحد من ذوي اضطراب التوحد فعالية العلاج باللعب.

كما وجدت دراسة (Segman&Enjrr) علاقة ارتباطية بين اللعب ونمو اللغة لذوي اضطراب التوحد. (شاش،2001، 114).

كما وجد خطاب (2004) أن العلاج باللعب يؤثر على الشخصية بشكل عام و أن الألعاب الحركية و الحسية تساهم بشكل فعال في مساعدة ذوي اضطراب التوحد على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجدون فيه و على زيادة قدرتهم على الانتباه و التواصل مع الآخرين و الاندماج في المجتمع مما يساعد على الإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال.

كما أظهرت دراسة الحساني (2005) فعالية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. (نقلا عن الظاهر، 2009، 234).

هدفت دراسة (Sogam& Kawai, 1967) إلى التأكد من فاعلية علاج فردي يقوم على اللعب لطفل مصاب باضطراب التوحد، تكونت العينة من طفل واحد من ذوي اضطراب التوحد، و توصلت النتائج إلى فعالية العلاج باللعب لذوي التوحد. (خطاب، 2004، 123). و قد جاءت الدراسة الحالية لتتوافق مع جميع ما جاءت به نتائج الدراسات السابقة من دور اللعب في تحسين الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين.

كما توصلت الدراسة الحالية إلى دور مهارة اللعب في تطوير الجانب المعرفي لدى الطفل حيث و من خلال نتائج الدراسة تبين للباحث أثر تمارين برنامج اللعب على تحسين مستوى التواصل لدى الطفل التوحدي و قد تجلى هذا الأثر من خلال الفروق الموجودة بين القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي.

و قد أتت بعض الدراسات لتؤكد ما توصلت إليه الدراسة الحالية حيث بينت دراسة فاين و آخرون (Fain et Al, 1991) إلى التعرف على أنماط نمو اللعب الرمزي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد و ذوي الاضطرابات اللغوية، و توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين النمو المعرفي و نمط اللعب إذ أن نمو اللعب الرمزي مرتبط بالمرحلة العيانية و الرمزية، و يعتمد على القدرات المعرفية و على الفهم الاجتماعي لدى الأطفال، كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين النمو المعرفي و نمط اللعب إذ أن نمو اللعب الرمزي مرتبط بالمرحلة العيانية و الرمزية و يعتمد على القدرات المعرفية و على الفهم الاجتماعي لدى الأطفال، كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مجموعات العينة في شكل اللعب الرمزي إذ كان الأطفال ذوو العجز الملحوظ في اللعب الرمزي هم مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و كان الأطفال ذوو العجز و الإعاقة اللغوية أكثر اعتمادية و انخفاضاً و كان الأطفال الذين لديهم ضعف لغوي غير قادرين على السيطرة على اللعب الرمزي بدرجة كافية و هذا ما توصل إليه الباحث في دراسته الحالية.

بين Roulin أن الحصول أو استرجاع كلمة باستعمال كلمة أخرى، يدل على أن الكلمتين مرتبطتين ببعضهما، و أن الارتباط هذا جاء نتيجة التجارب المتكررة التي عاشها الشخص وهنا يأتي دور البرنامج التدريبي الذي كان له الأثر الإيجابي في تحسين مهارات الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي

و اهتم كوجل و آخرون (Koegel et Al, 1987) بتغيير السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين من خلال مشاركتهم أنشطة اللعب المتميزة و تم ذلك على عينة قوامها (10)

أطفال منهم (04) ذكور و (06) إناث، يتراوح عمرهم الزمني ما بين (4-13) سنة، توفرت فيهم خصائص التوحد التي حددها المجتمع الدولي للطفل و الراشدين التوحديين، و نسبة ذكاء تتراوح ما بين (75-10) درجة، حيث جهز الباحث حجرة للعب بمجموعة مبعثرة من اللعب على الأرض بها مرآب كبي و كاميرا لتصوير نشاط الطفل، و تحدد جلسات التفاعل بين الأطفال و المدرب، و عليه أن يغير اللعب من الطفل كل دقيقة، و تستمر الجلسة لمدة (09) دقائق و قد حدد الباحثون السلوكيات المرفوضة اجتماعيا بأنها السلوكيات التي تحد أو تختزل زمن التفاعل بين الطفل و المدرب.

و توصل الباحثون إلى أنه يمكن التحكم في السلوكيات المرفوضة اجتماعيا التي يصدرها التوحدي من خلال أنشطة اللعب كما أن الممارسة اليدوية للأنشطة تفيد في علاج السلبية الاجتماعية الشديدة، و تنمي مهارة بدء التواصل مع الآخر و نتائج هذه الدراسة كانت إحدى أهداف الباحث في الدراسة الحالية.

و يرى الباحث أن الأساليب المتبعة برنامجه التدريبي أثبتت فعاليتها من خلال نتائج الدراسة في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي، و قد دعمت نتائج هذه الدراسة نتائج بعض الدراسات الأخرى كدراسة بيسرس و و شريمان (Picerce& Schrebman, 1997) و التي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية فنية النمذجة في تحسين الكفاءة الاجتماعية و الاتصال اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد توصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى التفاعلات و المبادرات و استخدام اللغة بعد فترة المعالجة التي خضع لها أفراد العينة و هذه إحدى النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية حيث أنه كان استخدام الباحث لفنية النمذجة في برنامجه التدريبي فاعلية من خلال تسهيل للطفل الاتصال من خلال النموذج الموجود أمامه، و حتى تعلم اللعب مع الآخرين.

و بالتالي و من خلال كل الدراسات التي تعرضت لتناول أثر اللعب في التقليل من اضطرابات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين فقد اتفقت الدراسة الحالية مع نتائج

الدراسات على هذا الأثر الكبير للعب و كذا على اعتبار أن الطفل التوحدي مثله مثل الطفل السليم من أي عاهة يتعلم عن طريق اللعب.

2. تفسير ومناقشة نتائج الفرض العام الثاني في الدرجة الكلية للاتصال

اللغوي :

يمكن مناقشة وتفسير النتائج السابقة الخاصة بالفرض العام المتعلق بمهارات الاتصال اللغوي و في ضوء تأكيد مجموعة من الدراسات سواء العربية أو الأجنبية على أهمية البرامج العلاجية المتنوعة على تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد ، ومن أمثلة هذه الدراسات التي أكدت على فاعلية البرامج في تنمية مهارات الاتصال اللغوي نجد أن معظم هذه الدراسات أكدت على ضرورة فعالية البرامج العلاجية لدى الأطفال التوحديين .حيث أشارت بعض الدراسات:

أنه : يتسم النمو اللغوي للأطفال التوحديين بالتحسن الدال إحصائياً بعد تطبيق برنامج التدريبي (إعداد الباحث).

تحقق هذا الفرض حيث أشارت النتيجة إلى وجود تحسن وتقدم لغوي طراً على الأطفال التوحديين ودال إحصائياً بعد تطبيق البرنامج .

وهذا ما أكدته دراسة بودير وأستون: (2007) المقارنة العشوائية لطريقتين في التدخل التواصلي وسط الأطفال التوحديين في مرحلة التعليم قبل المدرسي والتي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة في التحسن اللغوي على الأطفال التوحديين بعد تطبيق البرنامج لمعرفة فعالية البرنامج للتدخل التواصلي (طريقتي التعلم الإستجابي والتنطيق اللغوي البسيط) في نمو وتطوير اللغة لدى الأطفال التوحديين وإعاقات أخرى.

وهذا ما يتفق مع دراسة مصطفى (2004) ، إلى أهمية التدريب والتأهيل وإعداد الخطط والبرامج التعليمية الشاملة للأطفال التوحديين .

وكانت أهم النتائج تتمثل في: افتقار كل المراكز والمؤسسات (الجزائرية) للخطط والبرامج ذات الطابع العلمي الذي يتناسب مع احتياجات كل طفل على حدى، وعدم إشراك الأسرة في وضع وتنفيذ البرامج التدريبية و الخطط العلاجية و عدم مراعاة الدور الهام الذي يلعبه المحيطين بالطفل في نجاح الكفالة.

ومن الدراسات التي اهتمت أيضا ببرامج تحسين الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي نجد:

دراسة نادية صالح البلوى (2010) ،الحساني (2005) ، ودراسة لينا عمر الصديق (2005) ، دراسة الشيخ ذيب (2004)، دراسة نصر(2001) ، إلى فاعلية برامج علاجية سلوكية ولغوية استخدمت مع مجموعة من الأطفال التوحديين لتعديل سلوكهم وتنمية مهارات التواصل عندهم و أكدت كذلك الدراسات على ضرورة أن تكون البرامج العلاجية في سن مبكر و على ضرورة أن تكون البرامج الموجهة للأطفال التوحديين بشكل فردي مخطط ومنظم.

وبذلك قد اتفقت الدراسة الحالية مع معظم هذه الدراسات في التأكيد على أهمية علاج الاضطراب التوحدي وأن تكون البرامج المقدمة للأطفال التوحديين برامج فردية في سن مبكر لأن كل طفل توحدي هو حالة فردية خاصة و مميزة عن غيره من الأطفال التوحديين ، لذلك فيجب انتقاء البرامج المحتوية على الأنشطة والأساليب والمثيرات المناسبة لكل طفل توحدي ، وذلك بعد الإطلاع على العديد من الدراسات السابقة وبذلك فقد اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في علاج الاضطراب التوحدي.

3. تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث في الدرجة الكلية للتدخل المبكر:

إن الدراسة الحالية تعتبر إحدى الدراسات القليلة التي اهتمت بالتدخل المبكر في مجال التوحد في الميدان الإكلينيكي و البحثي في إطار الدراسات العليا - في حدود علم الباحث- بالجزائر و هنا كان لابد على الباحث أن يحاول وضع أساس للكشف المبكر لاضطراب التوحد من خلال استعمال عدد من الأدوات التي تسمح للعاملين مع أطفال التوحد بتشخيص الاضطراب من أجل كفاءة جيدة و متعددة التخصصات.

لقد قدمت البحوث العلمية أدلة قاطعة على أن لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه. فالمراحل العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة. ففي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية - الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي.

و في هذا الصدد جاءت الدراسة الحالية لتؤكد أثر التدخل المتعدد التخصصات المكثف في تشخيص و كفاءة الاضطرابات التواصلية لدى الأطفال التوحديين و جاءت هذه الدراسة كتنبيه لما جاءت به بعض الباحثين في هذا المجال.

لم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته ذلك أن النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعليه برامج التدخل المبكر (1985, Meisels) ، فقد قام كاستو و ماستروبييري (Casto & Masteropieri 1986) بتحليل النتائج

التي توصلت إليها أربعة وسبعون دراسة علمية فاستنتجا أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو المعرفي واللغوي والأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة.

واستنتج هذان الباحثان أيضاً أن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل:

(أ) - مبكراً أكثر.

(ب) - مكثفاً أكثر.

(ت) - أكثر اهتماماً بتفعيل المشاركة الأسرية.

أما بالنسبة لديمومة الأثر الناجم عن التدخل المبكر فلم تبحث سوى دراسات محدودة في هذا الأمر إلا أن الدراسات التي أجريت حول الأطفال الأقل حظاً أشارت إلى أن التأثيرات الإيجابية لبرامج الإثارة المبكرة للأطفال الرضع تضعف مع مرور الوقت (1991 - Bennett & Guralnick). (الخطيب ، 1995 : 5 ، 7) وهذا ما توصل إليه الباحث في دراسته .

ويرى الباحث في الدراسة الحالية أن التدخل المبكر يتضمن تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة. وبالرغم من أن الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن توجد أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها ، فهم من ناحية أطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية احتياجاتهم. ولذلك فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة ومن ناحية ثانية ، فيما أن الأطفال المعوقين أو المتأخرين أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فإن حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتقهما ويعمل على تلبيتها بشكل كامل ومتكامل.

ولذلك توجد حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعوقين وأسرههم. وبالطبع فإن الحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي -الانفعالي.

و في هذه الدراسة قد توافق الباحث مع عدد من الدراسات التي تثبت توجهه و وجهة نظره . حيث ظهرت العديد من الدراسات التي استهدفت تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد من خلال تصميم برامج تدريبية تستخدم استراتيجيات تعديل السلوك في تدريبهم، كدراسة ميرندا وزملاؤه (1983,Mirenda et Al) والتي استعرضوا فيها نتائج بعض الدراسات التي بحثت بسمات التحديق بالعين وبالوجه لدى الأطفال والبالغين العاديين، وأشارت الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال والبالغين العاديين والأطفال والبالغين التوحديين في التحديق بالعين والوجه، فقد أظهر الأطفال والبالغون العاديون انخراطا بسلوك التحديق بالعين لفترات طويلة ومتكررة في أثناء الحوارات الكلامية مقارنة بالأطفال والبالغين التوحديين في حين أظهر الأطفال والبالغون التوحديون انخراطا في سلوك التحديق بالعين لفترات طويلة ومتكررة في أثناء الأحاديث الفردية مقارنة بالأطفال والبالغين العاديين.

كما قام جوهانستون وكاثرين وجوني (Johnston, Evans & Joanne, 2004) بدراسة استخدموا فيها إستراتيجية تدخل مبكر لتعليم أطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة على استخدام نظام تواصل بصري (كالرموز، والصور، والرسوم التخطيطية والرسوم البيانية). وقد هدفت الدراسة إلى معرفة مدى أثر استخدام نظام التواصل البصري في قدرة أفراد عينة الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى فعالية استخدام نظام التواصل البصري في تنمية قدرة أطفال التوحد عينة الدراسة على التفاعل الاجتماعي، وعلى إنجازهم للمهام المطلوبة منهم، وتنمية لغة لفظية عن طريق ربط الصورة بدلالاتها اللغوية و في الدراسة الحالية كان هناك أثر ظاهر لتحسن أداء الاتصال اللغوي لدى الأطفال من خلال اعتماد المدخل الحسي البصري في تدريب الأطفال عينة الدراسة و هذا ما يبين أثر البرنامج الحالي في كفاءة

بعض الأعراض و الاضطرابات الاتصالية لدى عينة الأطفال التوحديين محل الكشف و
الدراسة.

*خلاصة و استنتاج عام :

هدفت الدراسة الحالية إلى فاعلية برنامج تدريبي من خلال التدخل المبكر في تنمية مهارات الاتصال اللغوي وأثر ذلك على الاتصال اللغوي للأطفال المصابين بالتوحد. ولتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث المنهج التجريبي، حيث بلغ عدد العينة (30) طفلاً توحيداً من الذكور والإناث تم اختيارهم عشوائياً من مركز خاص بتأهيل الأطفال التوحديين (ديوان باب الخير ببئر خادم) بالجزائر العاصمة. اشتملت أداة جمع المعلومات على: استمارة المعلومات الأولية، مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، ومقياس تقدير وتقييم الاتصال اللغوي (إعداد الباحث) ، وبرنامج تدريبي(من إعداد الباحث). وقد تمت معالجة المعلومات بالبرنامج الإحصائي (EXCEL) مستخدماً الاختبارات الإحصائية التالية: اختبار (ت) المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية كما تم استخدام برنامج SPSS للكفاية السيكمترية لأدوات الدراسة و التحاليل الإحصائية.

و قد أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية في كلا الاختبارين على مستوى جميع أبعادهما (مقياس تقدير التوحد الطفولي واختبار التقييم اللغوي) بين القياسين القبلي و البعدي مما يبين أن كل من البرنامج التدريبي له فاعلية و أثر ايجابي في تنمية مهارات الاتصال اللغوي و هذا من خلال التدخل المبكر لدى الأطفال التوحديين .

كما أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أثر البرنامج التدريبي (إعداد الباحث) على كل بعد من أبعاد الاختبارين مما يبين تأثر كل من مهارات التدخل المبكر والإتصال اللغوي الشيء الذي يظهر العلاقة الإرتباطية بين هذين المتغيرين.

و بهذا قد توصل الباحث إلى تحقيق جميع الفرضيات المقترحة للدراسة على جميع أبعاد الاختبارين وفي الدرجة الكلية لهما ومعنى هذا أن التدخل المبكر والإتصال اللغوي مرتبطان وهما عمليتان تتمان في نفس الوقت وعلاقتهما وثيقة ببعض وهذا يظهر من خلال

تأثرهما بنفس البرنامج التدريبي وفي نفس المدة التدريبية .ويسمح لنا بأن نقول حسب الدراسات السابقة التي تناولناها أن آليات التدخل المبكر ومراحله تساعد بشكل كبير في الأداء اللغوي والاتصال لدى الطفل التوحدي.

*التوصيات :

- 1) ضرورة إعداد كوادر قادرة خاصة مؤهلة للعمل مع الأطفال التوحديين .
- 2) ضرورة اشتراك الأسرة مع المدرسة في تطوير خطة مناسبة للتدخل المبكر في سبيل مواجهة المشكلات الاجتماعية التي تنجم عن هؤلاء الأطفال .
- 3) مراعاة الدقة والحذر عند تشخيص هؤلاء الأطفال ، فغالباً ما يتم تشخيصهم بأنهم متخلفون عقلياً .
- 4) الاهتمام بنوعية الأنشطة المقدمة لهؤلاء الأطفال في المراكز والمؤسسات ومعرفة الفائدة وراء كل نشاط.
- 5) التوسع في المراكز والمؤسسات التي تقدم خدماتها لذوي الاحتياجات الخاصة والتي تقدم خدماتها لمتعددي الإعاقة .
- 6) تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية أو الانفعالية المرغوبة ، ومهارات الاستقلالية ، وحل المشكلات ، يتم تضمينها ضمن البرامج التعليمية بالمراكز والمدارس ، وبطريقة غير خطابية أو تلقائية حتى نضمن أن تصبح جزءاً من تكوينهم وتتم دون رقيب .
- 7) يحتاج طفل التوحد إلى فترة طويلة من الوقت عند تطبيق مقاييس القدرة العقلية خاصة اختبارات القوة غير المحددة بزمن لكي يمكن الحصول على نتائج صادقة يمكن الوثوق بها نظراً لطبيعة خصائص فئة التوحد.

8) الطفل التوحدي ينجذب انتباهه إلى الاختبارات و المقاييس التي تكون في شكل لعبة أكثر من انجذابه إلى الاختبارات اللفظية المجردة وهو ما اتضح خلال تطبيق الباحث للاختبارات.

9) تدريب الوالدين على كيفية تطبيق البرامج التدريبية لأطفال التوحد ، نظرا لكون الطفل التوحدي يمكث في المركز قرابة الست ساعات بينما يمكث مع الأسرة ثمانية عشر ساعة خلاف نهاية الأسبوع و الإجازات الرسمية.

10) توفير فرص الالتحاق بالبرامج التدريبية أثناء العطل و الإجازات نظرا لكون الأطفال التوحديين يتأثرون سلبا بالعطل سلبا ، فيندهور ما تم اكتسابه بالتدريب بسبب الانقطاع.

11) إعداد برنامج وطني يشارك في جميع الشركاء الاجتماعيين و الاقتصاديين من أجل إعداد الكوادر و بناء المراكز المتخصصة و المهياة لتقديم التشخيص و الكفالة للأطفال و أوليائهم.

المراجع

المصادر:

1.المراجع:

أ.العربية:

1. الزريقات إبراهيم عبد الله فرج (2005): " اضطرابات الكلام و اللغة - التشخيص و العلاج- "، دار الفكر ناشرون و موزعون، عمان، الأردن.
2. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004): " التوحد، الخصائص و العلاج "، دار وائل، الأردن.
3. أبو حطب فؤاد و آخرون (1979): " تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة على البيئة السعودية المنطقة الغربية "، مركز البحوث التربوية و النفسية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
4. أحمد حسين اللقاني، علي أحمد الجمل (1999): " معجم المصطلحات التربوية و المعرفية في المناهج و طرق التدريس "، عالم الكتاب، القاهرة، مصر.
5. أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني (2011): " سمات التوحد "، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان.
6. أسامة محمد الباطنية، عبد الناصر ذياب الجراح، مأمون محمد غوائمة (2007): " علم نفس الطفل غير العادي"، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان.
7. إمام إلهامي عبد العزيز، إسماعيل إيمان محمد صبري (2006): " بعض الموضوعات في التعلم العلاجي لذوي الاحتياجات الخاصة "، مطابع زمزم، مصر.
8. باتريشيا هولين (1998): " من هم ذوو الأوتيزم و كيف نعدهم للنضج "، ترجمة محمد علي كامل، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.

9. بدوي عبير مصطفى رفعت (2006): "مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النمائية لدى عينة من الأطفال التوحديين"، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنيا، كلية التربية، مصر.
10. البطاينة أسامة محمد الجراح، عبد الناصر ذياب، غوانمة مأمون محمود (2007): "علم نفس الطفل غير العادي"، دار المسيرة، عمان، الأردن.
11. بلقيس أحمد مرعي توفيق (1987): "الميسر في سيكولوجية اللعب"، دار الفرقان للنشر و التوزيع، عمان.
12. التكريت سوسن إبراهيم (2003): "الأطفال واللعب"، مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع، الكويت.
13. الحديدي منى (1985): "دليل الوقاية من الإعاقة"، وزارة التنمية الاجتماعية، عمان، الأردن.
14. الحديدي منى، الخطيب جمال (1996): "أثر إعاقة الطفل على الأسرة"، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، مصر.
15. الخطيب جمال، الحديدي منى (1997): "المدخل إلى التربية الخاصة"، مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، الكويت.
16. الخطيب جمال، الحديدي منى (1998): "التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة"، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان.
17. الخلايلة عبد الكريم، اللبابيدي عفاف (1995): "سيكولوجية اللعب"، دار الفكر للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
18. خليفة وليد السيد، عيسى مراد علي (2007): "كيف يتعلم المخ التوحدي"، دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر، الإسكندرية، مصر.

19. خيرى السيد محمد (1978): " الفروق الثقافية و الذكاء " ، مجلة كلية التربية بجامعة الملك سعود، العدد 2، الرياض، المملكة العربية السعودية.
20. دلشاد علي (2013): " فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين (دراسة شبه تجريبية في المنظمة السورية للمعوقين " آمال" "، مجلة جامعة دمشق- المجلد - 29 العدد الأول.
21. الدوسري محمد سعيد (2008): " مقاييس تشخيص التوحد العربية نحو مقاييس موحدة و مقننة "، ورقة عمل للملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي المنعقد في الغرفة التجارية الصناعية بجدة، المملكة العربية السعودية.
22. رشدي أحمد طعيمة (1982): " الأسس المعجمية و الثقافية لتعليم العربية لغير الناطقين بها "، مكة المكرمة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
23. رشدي أحمد طعيمة (2004): " المهارات اللغوية: مستوياتها، تدريسها، صعوباتها "، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.
24. رضا عبد الستار رجب عبده كشك (2007): " فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين "، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
25. رياض سعد (2008): " الطفل التوحدي: أسرار الطفل التوحدي و كيف نتعامل معه "، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
26. الزمزمي عبد الرحمان معتوق (1997): " تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة الملون لجون رافن على الطلاب الصم في معاهد الأمل للمرحلة الإبتدائية بالمملكة العربية السعودية "، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

27. الزياد فتحي مصطفى (1995): " الأسس المعرفية للتكوين العقلي و تجهيز المعلومات"، مطابع الوفاء، المنصورة، مصر.
28. زيدان محمد مصطفى (1979): " معجم المصطلحات النفسية و التربوية"، دار الشروق، جدة، المملكة العربية السعودية.
29. زينب محمد فضل محمد (2009): " أثر التدخل المبكر على النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمملكة العربية السعودية بالمنطقة الشرقية (الدمام)"، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الخرطوم، السودان.
30. سايمون كوهين و باتريك بولتون (2000): " حقائق عن التوحد"، ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
31. السعد سميرة عبد اللطيف (1997): " معاناتي و التوحد: مرض التوحد أسبابه، صفاته، علاجه، أفضل طرق التعليم"، منشورات ذات السلاسل، الطبعة الثانية، الكويت.
32. سليمان عبد الرحمان سيد (2000): " محاولة لفهم الذاتوية: إعاقة التوحد لدى الأطفال"، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
33. سناري سوزان بدر الدين محمد (2000): " بعض أساليب الإرشاد الجماعي اللعب والسيكودراما (التمثيل النفسي المسرحي) و فعاليتها في تنمية سمة الانبساطية لدى عينة من المعاقات عقليا بمدينة جدة - دراسة تجريبية -"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، كلية التربية، المملكة العربية السعودية.
34. سند منى (1998): " التدخل المبكر"، سلسلة دراسات و بحوث عن الطفل المصري، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
35. سهى أحمد أمين نصر (2002): " الاتصال اللغوي للطفل التوحد (التشخيص - البرامج العلاجية)"، الطبعة الأولى، دار الفكر.

36. السيد خالد عبد الرزاق (2003): " سيكولوجية اللعب نظريات و تطبيقات " ، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.
37. السيد عثمان فاروق (1995): " سيكولوجية اللعب و التعلم " ، دار المعارف، القاهرة، مصر.
38. شاش (2007)، " اضطرابات التواصل: التشخيص، الأسباب، العلاج " ، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
39. شاش سهير محمد سلامة (2001): " اللعب و تنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية " ، دار القاهرة، القاهرة، مصر.
40. الشامي وفاء علي (2004): " خفايا التوحد أشكاله و أسبابه و تشخيصه " ، سلسلة التوحد الكتاب الأول، مركز جدة للتوحد، جدة، المملكة العربية السعودية.
41. الشامي وفاء علي (2004): " سمات التوحد: تطورها و كيفية التعامل معها " ، سلسلة التوحد الكتاب الثاني، مركز جدة للتوحد، جدة، المملكة العربية السعودية.
42. شبيب عادل جاسب (2008): " الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء " ، مذكرة ماجستير، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا.
43. الشخص عبد العزيز (1996): " اضطرابات النطق و الكلام، - خلفيتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها " ، دار زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
44. شيباني الطيب (2010): " إستراتيجية التواصل اللغوي في تعليم و تعلم اللغة العربية (دراسة تداولية) " ، مذكرة ماجستير في اللغة العربية و آدابها تخصص : تعليمية اللغة العربية و تعلمها، جامعة ورقلة، الجزائر.
45. صادق فاروق (1985): " مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي " ، كلية الدراسات الإنسانية، غير منشور، جامعة الأزهر، مصر.

46. صوالحة محمد أحمد (2007): " علم نفس اللعب "، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
47. الضبع ثناء يوسف (2001): " تعلم المفاهيم اللغوية و العينية لدى الأطفال "، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
48. الظاهر قحطان أحمد (2009): " التوحد "، دار وائل، عمان، الأردن.
49. عامر طارق (2008): " الطفل التوحدي "، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
50. عبد الفتاح كاميليا (1980): " العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب "، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
51. عزاز محمد زهير(2011): " فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية و أثر ذلك على الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين (دراسة تجريبية) "، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الأرتوفونيا وأمراض اللغة و الاتصال، جامعة الجزائر2.
52. عزاز محمد زهير(2015): " فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل اللغوي عند عينة من الأطفال التوحديين (دراسة شبه تجريبية) "، مقاربات: مجلة دولية أدبية، علمية، ثقافية، محكمة، جامعة الجلفة، العدد الثالث عشر.
53. علي سامي الحلاق (1992): " المرجع في تدريس مهارات اللغة العربية و علومها "، المؤسسة الحديثة للكتاب، طرابلس، لبنان.
54. العلي وائل أمين (2012): " واقع الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين بالمنطقة الجنوبية في المملكة العربية السعودية واتجاهات أولياء الأمور نحوها "، المحلية الدورية التربوية المتخصصة، المجلد(1)، العدد (11).
55. العناني حنان عبد الحميد (2002): " اللعب عند الأطفال: الأسس النظرية و التطبيقية "، دار الفكر للطباعة و النشر، عمان، الأردن.

56. عيسى ياسين إدريس (2000): " اضطراب التواصل و علاقته بنمو مفهومي "الأنا" و"الآخر" لدى الأطفال المنغلقيين"، بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في علم النفس، دمشق.
57. قحطان أحمد الظاهر (2008): " التوحد"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر و الطباعة، عمان، الأردن.
58. القرشي عبد الفتاح (1978): " تقنين اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة الملون"، دار القلم للنشر و التوزيع، الكويت.
59. القريوتي يوسف، السرطاوي زيدان أحمد، الصماوي جميل (1995): " المدخل إلى التربية الخاصة"، دار القلم للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، دبي.
60. قطب نيرمين بنت عبد الرحمان بكر (2015): " برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي و أثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية و غير اللفظية لعينة من أطفال التوحد"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
61. القمش مصطفى و المعاينة خليل (2007): " سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)"، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
62. كوهين سايمون و بولتون باتريك (2000): " حقائق عن التوحد"، ترجمة: الحمدان عبد الله إبراهيم، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
63. لمفون رفاة بنت جمال يحي (2012): " تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد"، رسالة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
64. ماجد السيد علي عمارة (2005): " إعاقة التوحد بين التشخيص و التشخيص الفارقي"، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

65. ماكنتاير كريستين (2004): " أهمية اللعب للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة "، ترجمة العامري خالد، دار الفاروق للنشر و التوزيع، القاهرة، مصر.
66. مجدي فتحي غزال (2007): " فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الاطفال التوحديين في مدينة عمان "، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
67. مجيد سوسن شاكر (2007): " التوحد: أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه "، دييونو للطباعة النشر و التوزيع، عمان، الأردن.
68. محمد شحاتة سليمان (2007): " سيكولوجية اللعب: رؤية نظرية و أمثلة تطبيقية "، دار الفتح للتجليد الفني، القاهرة، مصر.
69. محمد عادل عبد الله (2002): " جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا "، دار الرشاد، القاهرة، مصر.
70. محمد قاسم عبد الله (2001): " الطفل التوحدي أو الذاتوي: الانطواء حول الذات و معالجته (اتجاهات حديثة) "، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق.
71. محمد محمود مهدي (1997): " مدخل في تكنولوجيا الاتصال الاجتماعي "، المكتب الاجتماعي الحديث، الاسكندرية.
72. مرتاض عبد الجليل (2003): " اللغة والتواصل "، دار هومه، الجزائر.
73. مردان نجم الدين علي (2004): " سيكولوجية اللعب في مرحلة الطفولة المبكرة (مرحلة الحضانة و رياض الأطفال) "، مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع، الكويت.
74. مرسي كمال إبراهيم (1996): " مرجع في التخلف العقلي "، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة دار القلم، الكويت.
75. مصطفى حجازي السيد (2000)، " العربية و الهوس نظرات تقابلية "، معهد اللغة العربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

76. مصطفى نوري القمش (2011): " اضطرابات التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج "، دراسات علمية"، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
77. المغلوث فهد بن حمد (2006): " التوحد كيف نفهمه و نتعامل معه "، الطبعة الأولى، مؤسسة الملك خالد الخيرية، الرياض.
78. المغلوث فهد حمد أحمد (2004): " كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد "، سلسلة الكتور فهد المغلوث للتوعية بذوي الاحتياجات الخاصة، مطابع دار التقنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
79. المغلوث فهد حمد أحمد (2006): " التوحد كيف نفهمه و نتعامل معه "، مؤسسة الملك خالد، الرياض، المملكة العربية السعودية.
80. ميشيل توماسيللو (2006): ترجمة شوقي جلال، " الثقافة و المعرفة البشرية "، سلسلة عالم المعرفة، العدد 328، الكويت.
81. نادية إبراهيم عبد القادر (2002): " فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات و العواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية و آبائهم "، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
82. ناصيف ندى و حيدر سمر (2007): " حكيكي بأسلوب: دليل للتواصل بين الأهل و الطفل الذي يعاني من التوحد "، الجمعية اللبنانية للأوتيزم (التوحد)، بيروت، لبنان.
83. نايف بن عابد الزارع (2010): " المدخل لاضطراب التوحد "، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.
84. نايف بن عابد بن ابراهيم الزارع (2004): " قائمة تقدير السلوك التوحدي: مقياس خاص بفئة التوحد مطور على بيئة عربية "، الطبعة الأولى، دار الفكر، جدة.
85. نجوى عبد المجيد محمد (1999): " الوراثة و التدخل المبكر مع الطفل المنغولي "، مجلة أخبار المركز القومي للبحوث، المركز القومي للبحوث، القاهرة، مصر.

86. نجوى عبد المجيد محمد (1998): " دورة تدريبية في الوراثة و التدخل المبكر للطفل المنغولي "، المركز القومي للبحوث، قسم الوراثة البشرية، القاهرة، مصر .
87. نشواتي عبد المجيد (1986): " علم النفس التربوي "، دار الفرقان، الأردن.
88. نصر سهى أحمد أمين (2002): " الاتصال اللغوي للطفل التوحدي: التشخيص و البرامج "، دار الفكر، عمان، الأردن.
89. الهنداوي علي فالح (2003): " سيكولوجية اللعب "، دار حنين، عمان، الأردن.
90. هودجدون ليندا (2000): " استراتيجيات بصرية لتحسين عملية التواصل "، تعريب: بصراوي، سهام حسن، ج 1، الدار العربية للعلوم، جدة، المملكة العربية السعودية.
91. وشاحي سماح نور محمد (2003): " التدخل المبكر و علاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون - دراسة ارتقائية- "، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة القاهرة، مصر .
92. وفاء علي الشامي (2004): " خفايا التوحد: أشكاله، أسبابه و تشخيصه "، الطبعة الأولى، الرياض.
93. وفاء علي الشامي (2004): " علاج التوحد: الطرق التربوية و النفسية و الطبية "، الطبعة الأولى، الرياض.
94. وفاء علي الشامي(2004): سمات التوحد:تطورها وكيفية التعامل معها، الطبعة الأولى، الرياض.
95. وليد السيد خليفة وسربناس ربيع وهدان (2014): " المنظور الحديث للبرامج العلاجية للاضطرابات السلوكية والأوتيزم "، الطبعة الأولى، الاسكندرية.
96. يزيد عبد المهدي الغصاونة و وائل محمد الشрман (2013): " بناء برنامج تدريبي قائم علي طريقة ماكتون لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين في محافظة الطائف "، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، جامعة الطائف، المجلد(2)، العدد(10).

97. يونس نعيمة محمد بدر، عبد المجيد عبد الفتاح صابر (2000): " سيكولوجية اللعب و الترويح للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة "، دار الكتب المصرية، القاهرة، مصر.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Bernadette Rogé (2003), **Autisme Comprendre et agir**, Dunod, Paris.
2. Bailey.A, Bolton.P, Butler.L, Lecouterur.A, Murphy.M, Scotts, Webb.T, Putter. M (1993): " **Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons**", J Child psychology, psychiatric, vol (34), N°(05), USA.
3. Balataxe. CA & D'agiola. P (1996):" **Referencing Skills In Children With Autism And Specific Language Impairment**", Eur-Journal Disorders Communication V 31 (3)
4. Buffington, Buffin, Gton, Engel, Shigeki, Peter (2005):" **Procedures for Teaching Appropriate Gestural Communication Skills to Children with Autism**", Journal of Autism and Developmental Disorders, V(28), N°:(6)
5. Cécile Gallot (2014): " **La Motricité Dans Le Trouble De Spectre De L'autisme : La Question Du Trouble De L'acquisition De La Coordination. Etat Des Connaissances Et Etude Des Performances Motrice Dans L'autisme De Haut Niveau**", encadré par : Anouck Amestoy, Science Médicale, Thèse pour l'Obtention du Diplôme d'Etat.
6. Charles; A, Hart (1993): " **A parent's guide to Autism**"; New York.
7. Cohen.D.J, Donnellan.A.M, (1985): " **Handbook of Autism and pervasive developmental disorders**", New York: Chichester Brisbane, Toronto, Singapore.
8. Dianne.E,Berkell (1992):" **Autism: Identification, Education and Treatment**", New Jersey: Hove and London.
9. Donna S. Murray, Nancy A. Geaghead Patricia Manning, Paula K. Shear, Judy Bean and Jo-Anne Prendeve-ble (2008):" **The Relationship Between Joint Attention and Language in Children With Autism Spectrum Disorders**"; Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 23(1).
10. Eric Schopler et al., (2001):" **Activités d'enseignement pour enfant autistes**", Masson, Paris.
11. Fox.L, Hanline.M, Vaile,& Galant.K (1994): " **Developmentally appropriate practise: Application for young children weth disabilities**", Journal of Early intervention, USA.
12. Frith.U (1993):" **Autism**", Scientific American, Merrill Publishing: London.

13. Guralnick.M.J, (1991): "**The next decade of research on the effectiveness of early intervention**", Exceptional children, 58 (2), USA.
14. Hayden.A, & Pious.C (1997):"**The case of early intervention, In R. York& .E.Edgar (Eds), Teaching the severely handicapped**", Seattle: American Association for the severely/ profoundly, USA.
15. Isabelle Fontaine(2015):"**Il est possible de guérir de l'autisme à condition de s'y prendre tôt**", Principes de santé: le journal de médecine naturelle, France.
16. Light. JC, Pooerts. B, Dimarco. R, Greiner. N (1998), "**Augmentative And Alternative Communication To Support Receptive And Expressive Communication For People With Autism**", Journal Commune- Disord, V 31 (2)
17. Pascal Lenoir & Joelle Malvy & Chrystèle Bodier-Rethore (2003): "**L'autisme et Les Troubles du Développement Psychologique**", Masson.
18. Prizant. B., (1996): "**Communication, Language, Social And Emotional Development**", Journal of Autism and Development, V 26 (2)
19. Raven.J.C, et Al (1998) : "**Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scale**", Section 3: standard progressive matrices. Oxford psychologists press.
20. Sahakian.W, Sahakian.B, Sahakian.P (1986):"**Psychopa today the current status of abnormal psycholog**", edition.F.E peacock publishers, Inc.Itasca, Illine, USA.
21. Samuel.A, Kirk, James.J, Gallagher, Nocholas.J, Anastasiow (1993): "**Educating exceptional children**", Houghton Mifflin company, USA.
22. Ungerer.J.A (1989): "**The Early Development of Autistic implications for defining primary deficits**", New Guilford, USA.

الملاحق

ملحق رقم 1

يمثل اختبار الاتصال اللغوي إعداد

الباحث

اللعب:

النتيجة			الإيضاح	البنود
لا يوجد	لحد ما	تماما		
				1-يمثل ما يفعله الكبار في لعبه.
			مثل التسلق. يجسد ما يراه خارجا في لعبه.	2-يستعمل البيئة الخارجية في لعبه.
				3- يرغب في التواصل مع من حوله أثناء لعبه.
			يتحدث بلغة مع غيره أثناء لعبه.	4-تتحسن مهارات التواصل اللغوي أثناء اللعب.
				5-يستخدم بعض الكلمات أثناء لعبه.
			استعمال إشارات و إيماءات أثناء اللعب	6- يشير بيديه و يحرك رأسه (يومئ برأسه) أثناء لعبه.
				7-يستطيع تسمية الأشياء المحيطة به.
				8-يفرق بين الحقيقة و الخيال في تعامله مع اللعب.
				9-يمثل أشياء غائبة عنه وقت لعبه.
				10- يتحاور مع اللعبة التي يلعب بها.
			مثل: الألعاب التركيبية.	11-يستعمل بعض اللعب التي تنمي ذكاءه.
				12-يميل إلى الألعاب التي تصدر أصواتا.
			التناسق الحسي الحركي أثناء	13-يربط شعوره بحركاته أثناء لعبه.

			اللعب	
				14-يكتفي بلعبة واحدة أثناء اللعب.
				15-ينتقل من نشاط إلى آخر أثناء لعبه.
			الرغبة في تكرار نفس اللعبة	16- يلح على اللعب بنفس اللعبة.
				17-يصر على اللعب بنفس اللعبة.
			استغراق وقت طويل أثناء اللعب	18- يلعب مدة طويلة.
			مشاركة الآخرين في ألعابهم	19- يلعب مع أصدقائه بألعابهم.
			تبادل الألعاب مع الآخرين أثناء اللعب	20- يتبادل الألعاب مع زملائه.
			العدوانية أثناء اللعب	21- يستعمل الخشونة و العنف أثناء اللعب.
				22-يفضل اللعب بمفرده.
				23-يستفيد من النشاطات الجماعية أفضل من الفردية.
			مثل الرسم	24-تناسق الحركات الدقيقة لديه .
			الاستجابة للتعليمات المقدمة له	25- يستجيب للأوامر التي تقدم له.
			كتفكيك اللعبة و إعادة تركيبها.	26-يجب أن يكتشف لعبته.
			احترام الزمن المخصص للعبة	27- يتقيد بالزمن المخصص للعبة ما.

			مولع بالتخريب و تحطيم الأشياء.	28-يخرب و يكسر الألعاب.
				29-يجب اللعب مع من هو أصغر منه سنا.
				30-لا يستطيع اللعب بهدوء مع الآخرين.
			التقيد بقواعد و تعليمات اللعب المنظم	31- يلتزم بقواعد اللعب المنظم.
			الحاجة إلى التذكير بقواعد النشاط الجماعي عند اللعب مع الزملاء	32-يحتاج إلى تذكيره بقواعد اللعب الجماعي.
			انتظار دوره في اللعب و المواقف الاجتماعية	33- يحترم و قته في اللعب.
				34-يفتقر إلى صفات التخيل و التغيير مثل: التظاهر بأن المكعبات سيارة، الدمية عروسة.

التقليد:

النتيجة			الإيضاح	البند
لا يوجد	لحد ما	تماما		
				35-لا يتبع التعليمات رغم فهمه لها.
			التنظيم في تنفيذ الواجبات و الأنشطة	36- تنفيذها للنشاط منظم.

			لا يعرف النظام	37- لا ينتظر دوره
			التناسق ، التوازن في الحركة	38- حركاته متوازنة.
				39- يتعاون مع غيره .
			الاشتراك في الأنشطة الجماعية	40- يشارك غيره في أداء الأنشطة.
				41- يحاول تقليد غيره في بداية النشاط.
			ارتكاب الأخطاء التي تعكس اللامبالاة أثناء تأدية النشاط.	42- يقع في أخطاء ناتجة عن اللامبالاة وقت تأدية المهمة.
			الصعوبة أثناء تأدية المهام.	43- يصعب عليه القيام بمهامه.
			تجنب المشاركة في المهام التي تتطلب جهدا ذهنيا.	44- لا يستعمل ذهنه في الأمور التي تتطلب ذلك.
				45- يجد صعوبة في متابعة التفاصيل.
				46- يصعب عليه متابعة التفاصيل و التخطيط للمهام .
			الصعوبة في ربط الأحداث بشكل متسلسل	47- يصعب عليه ربط الأحداث.
				48- يجد صعوبة في انتظار التعليمات.
			تكرار الأخطاء أثناء تأدية	49- يعيد نفس الأخطاء رغم

			النشاط رغم تنبيهه لها	تنبيهه.
			نسيان أداء النشاطات - اليومية المطلوبة منه.	50- ينسى واجباته اليومية
			التصرف قبل التفكير	51- يتسرع قبل أن يفكر.
				52- يفشل في إنهاء ما بدأ به.
				53- لا يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات لفترة طويلة.
			صعوبة في تنظيم الأعمال و الأنشطة التي يكلف بها.	54- يجد صعوبة في تنظيم النشاطات المكلف بها.
			رفض اتباع المعلومات و التوجيهات لإنهاء المهمة الموكلة إليه.	55- يرفض اتباع التوجيهات لإنهاء العمل الموكل به.
				56- يتسرع في تنفيذ النشاط قبل تلقي التعليمات.
			استخدام حيل شتى حتى لا يعيد المهمة مثل البكاء و الصراخ.	57- يتحائل حتى لا يعيد النشاط.
				58- يخطئ في عمل الأشياء التي سبق أن تعلمها و نسيان خطواتها أو ترتيبها.
				59- يستجيب بسرعة مع الأشياء و يتفاعل معها من

				دون تفكير.
				60- يرفض اتباع التعليمات و قد يأتي بالعكس.
			صعوبة واضحة في اتباع التوجيهات الوظيفية البسيطة المكونة من شق أو اثنين	61- يصعب عليه اتباع التوجيهات البسيطة المكونة من شق أو اثنين .
			صعوبة واضحة في اتباع التوجيهات المتتابة المكونة من عدة أوامر متتابة	62- يصعب عليه أن يتبع التعليمات المكونة من عدة أوامر متتابة.
				63- يعجز عن مطابقة الصور المتشابهة.
				64- يصعب عليه إيجاد مواطن الاختلاف بين صورتين متشابهتين.
			الدق بالقلم للتبويه.	65- يقلد غيره في الأعمال السهلة و البسيطة.
			مثل المشي على خط مستقيم أو متعرج أو دائري، قذف كرة نحو هدف معين.	66- يعجز عن تنفيذ الحركات التي تنفذ أمام عينيه.
			طبيب يكشف على مريض، أم ترعى أطفالها.	67- يقلد ما يفعله الآخرون

النتيجة			الإيضاح	البنود
لا يوجد	لحد ما	تماما		
				68- لا يكون فطنا للتفاصيل.
				69- يفشل في إبقاء نفسه منتبها أثناء المهمات و الأنشطة.
				70- يتشتت بسرعة بسبب المتغيرات الخارجية.
				71- ينتبه لمدة قصيرة.
			قضاء وقت طويل في إنجاز المهام المطلوبة منه مقارنة بزملائه	72- ينجز أعماله في مدة طويلة مقارنة بزملائه.
			النظر إلى سقف الغرفة و الجدران و النوافذ باستمرار	73- يوجه نظره باستمرار إلى سقف الغرفة و الجدران و النوافذ.
			سرعة الانتقال من نشاط إلى آخر دون إكمال أي من هذه النشاطات	74- ينتقل بسرعة من عمل إلى آخر دون إكماله.
				75- لا يصغي للآخرين عند التحدث إليه.
				76- يجيب عن الأسئلة الموجهة إليه دون تفكير.
				77- لديه مدى انتباه قصير، و يفشل في إنهاء الأشياء المطلوبة.

			من السهل تشتيته بمثيرات غير ضرورية.	78- يسهل على غيره تشتيته بمثيرات غير مهمة.
			صعوبة تركيز انتباهه نحو العمل مدرسة أو الأعمال التي تتطلب الاستمرار (الاحتفاظ) في الانتباه	79- يصعب عليه تركيز ذهنه نحو الأمور التي تحتاج إلى الانتباه.
				80- يركز انتباهه في العمل المطلوب منه.
				81- التسرع في الإجابة.
				82- ينسى النشاطات اليومية.
				83- يصعب عليه اتباع التعليمات البسيطة.
			صعوبة في ملاحظة أوجه التشابه بين الأشياء	84- يصعب عليه رؤية النقاط المتشابهة بين الأشياء.
			صعوبة في ملاحظة أوجه الاختلاف بين الأشياء	85- يصعب عليه ملاحظة النقاط المختلفة بين الأشياء.
			يتحول انتباهه بسهولة لأي مثير خارجي.	86- ينتبه بسرعة و بسهولة لأي مثير خارجي.
			لديه صعوبة في التركيز و الانتباه أثناء العمل المكلف به أو اللعب	87- يعجز عن شد انتباهه أثناء العمل المكلف به، أو أثناء لعبه.
			يبدو كأنه لا يسمع عند مخاطبته مباشرة.	88- يجعل نفسه كأنه لا يسمع عند تكليمه مباشرة.

			يتجنب المهمات التي تحتاج إلى تركيز و انتباه	89- يتفادى الأمور التي تحتاج إلى تركيز و انتباه.
			يخفق في الانتباه للتفاصيل ذات العلاقة بالمهمة المطلوبة منه	90- يفشل في تركيز ذهنه في تفاصيل المهمة المطلوبة منه.
				91- ينسى أين وضع أدواته بشكل مستمر
				92- يستمع و لو للحظات عندما يتحدث معه.
				93- يحول عينه و رأسه اتجاه الصوت.
			يجيد ألعاب التركيب	94- يحسن اللعب بألعاب التركيب.
				95- يستجيب لأسماء الأشياء بالنظر إليها.
				96- يلتفت و يستدير مباشرة عند مناداته باسمه.

