



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة مولود معمري تيزي وزو



كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية  
قسم الأرتوفونيا

اقتراح تمارين علاجية لتنمية الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين  
بإضطراب طيف التوحد ( تتراوح أعمارهم بين 4 إلى 8 سنوات )

مذكرة لنيل شهادة الماستر في الأرتوفونيا تخصص علم الأعصاب اللغوي العيادي

تحت إشراف الأستاذة:

د . ولد يوسف حياة

من إعداد الطالبة:

- إقنان ريمة
- موسوني زينة

السنة الجامعية : 2025/2024

## كلمة الشكر و التقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، و الصلاة و السلام على سيدنا محمد، خير الأنام، و على آله و صحبه أجمعين.

نتقدم بخالص الشكر و أسمى عبارات الامتنان و العرفان لله عز و جل، الذي ألهمنا القوة و العزيمة، و يشير لنا سبل النجاح، و منحنا القردة على القدرة على إنجاز هذا العمل المتواضع.

و لا يسعنا في المقام إلا أن نعبر عن خالص شكرنا و امتناننا العميق لعائلتنا "إقنان" و "موسوني" التي كانت لنا السند و الداعم الحقيقي، و التي وفرت لنا الأجواء المناسبة و المحفزة للاستمرار و المضي قدما في مسيرتنا العلمية.

و لا يفوتنا أن نعبر عن امتناننا العميق للأستاذة المشرفة " ولد يوسف حياة " لما بذلته من جهد متواصل و ما قدمته من دعم، و توجيهات ثمينة ساعدتنا في وصول إلى المستوى المطلوب.

كما نتوجه بجزيل الشكر و التقدير إلى قسم الأرطفونيا، على ما وفره لنا من بيئة تعليمية محفزة ، و دعم متواصل، و إشراف أكاديمي ساهم بشكل كبير في إنجاز هذا العمل، و نخص بالذكر الأساتذة الكرام الذين لم يبخلوا علينا بتوجيهاتهم الشديدة و ملاحظاتهم البناءة و مساهمتهم العلمية القيمة.

ختاما، كل الشكر و العرفان إلى كل من أسهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا المشروع، سائلين المولى عز و جل أن يوفق الجميع لما فيه الخير و الصلاح.

## الإهداء:

بعد مسيرة دراسية دامت سنوات حملت في طياتها الكثير من الصعوبات و المشقة و التعب. ها أنا اليوم أقف على عتبة تخرجي أقطعت ثمار تعبى وأرفع قبعتي بكل فخر. فاللهم لك الحمد قبل أن ترضى ، و لك الحمد إذا رضيت و لك الحمد بعد الرضا ، لأنك وفقتني على إتمام هذا العمل و تحقيق حلمي .

أهدي هذا العمل إلى من قال فيهما سبحانه و تعالى :

"واخفض لهما جناح الذل من الرحمة و قل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا "

<< أمي >>

إلى من جعل الجنة تحت أقدامها و سهلت لي الشدائد بدنائها،

الإنسانة العظيمة التي طالما تمنيت أن تقر عينها برؤيتي في يوم كهذا .

<< أبي >>

من كان قوتي عندما تسلل الضعف في لحظات التعب إلى قلبي ، الداعم الأول لي .

<< إخوتي >>

اللذان أمسكتا بيدي حين توقفت الحياة عن مد يدها لي.

<< صديقاتي >>

صديقات المواقف لا السنين، شريكات الدرب الطويل و الطموح البعيد.....إلى من أزالنا من

طريقي أشواك الفشل...من كانتا دوما موضع الاتكاء في مخزني حياتي .

<< ريمة >>

من كانت شريكتي في إنجازنا لهذا الموضوع فاللهم اجعله نهاية خير لبداية طريق أعظم

## الإهداء:

الحمد لله الذي ماتم جهد و لا ختم سعي إلا بفضلہ، و ما تخطيت هذه العقبات إلا

بتوفيقه

وألهمنا الصحة و العافية في إتمام هذا البحث العلمي، أهدى هذا العمل .

إلى من كلفه الله بالصيبة و الوقار ... إلى من علمنا العطاء بدون إنتظار .. إلى زوج  
أختي... أرجو من الله يرحمك و يتقبلك من الشهداء و يحفظك في جنته الفردوس ...  
ستبقى كلماتك نجوم أهدى بها اليوم و في الغد و إلى الأبد.

إلى من أفضلها على نفسي ، فلقد ضحت من أجلي ، و لم تدخر جهدا في سبيل  
إسعادي على الدوام ( أمي الحبيبة) . و إلى من أحمل اسمه بكل افتخار و أرجو من الله  
أن يمد في عمرك لتري ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار ( أبي العزيز) .  
و إلى إخوتي ، لمياء ، سيهام، ليدية .

إلى من انتظر هذه اللحظة ليقتخر بي إلى سدي و رفيقي و من دعمني في هذه  
المسيرة " أغيلاس "

إلى كل من جمعني بهم دروب الصداقة و المحبة و أخص بالذكر على قلبي صديقة  
الروح \* كنزة \* إلى شريكتي في هذا العمل \* زينة \* .

أهديكم هذا الإنجاز و ثمرة نجاحي الذي لطالما تمنيتہ ما أنا اليوم أكملت و أتممت  
مسيرتي الجامعية.

## فهرس المحتويات.

كلمة الشكر و التقدير.

الإهداء.

فهرس المحتويات.

فهرس الجداول.

الملخص.

المقدمة.....01

### الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية.

1-الإشكالية.....04

2-الفرضيات.....07

3-أهمية الدراسة.....08

4-أهداف الدراسة.....08

5-أسباب اختيار موضوع الدراسة.....09

6-تحديد مصطلحات الدراسة.....09

### الجانب النظري

### الفصل الأول: اضطراب طيف التوحد.

تمهيد.

1-البدايات التاريخية لاضطراب طيف التوحد.....11

2-تعريف اضطراب طيف التوحد.....13

3-الإشارات المبكرة لاضطراب طيف التوحد.....16

4-تصنيفات اضطراب طيف التوحد.....17

- 5-العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد.....18
- 6-نظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.....22
- 7-خصائص اضطراب طيف التوحد.....25
- 8-تشخيص اضطراب طيف التوحد.....33
- 9-اختبارات و مقاييس اضطراب طيف التوحد .....41
- 10-التشخيص الفارقي.....45
- 11-علاج و إعادة التأهيل اضطراب طيف التوحد.....49

خلاصة.

## الفصل الثاني: الفهم و الفهم الشفهي.

تمهيد.

### 1-الفهم

- 1-1تعريف الفهم.....58
- 1-2الجانب التشريحي لعملية الفهم.....59
- 1-3مستويات الفهم.....59
- 1-4درجات الفهم.....60
- 1-5أنواع الفهم.....61
- 1-6عوامل صعوبات الفهم.....62
- 1-7علاقة الفهم بالوظائف المعرفية.....63

## 2-الفهم الشفهي.

- 1-2تعريف الفهم الشفهي.....65
- 2-2استراتيجيات الفهم الشفهي.....66
- 3-2مستويات الفهم الشفهي.....68
- 4-2مراحل النمو الفهم الشفهي لدى الطفل السوي.....69
- 5-2خطوات الفهم الشفهي.....74
- 6-2الفهم الشفهي للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد.....76

خلاصة.

## الجانب التطبيقي

### الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية.

- 1-الدراسة الاستطلاعية.....81
- 2-منهج الدراسة.....81
- 3-الحدود المكانية و الزمانية.....82
- 4-عينة الدراسة.....83
- 5-خصائص عينة الدراسة.....84
- 6-أدوات الدراسة.....85

### الفصل الرابع: عرض و مناقشة النتائج.

- 1-عرض و تحليل نتائج الخام.....96
- 2-عرض و تحليل النتائج حسب الفرضيات.....100
- 3-مناقشة النتائج.....107
- 4-الاستنتاج العام.....110
- الخاتمة.....112
- قائمة المراجع.....115

الملاحق.

## فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
35	درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد	01
52	تسلل الأنشطة بحسب برنامج لوفاس	02
72	مراحل نمو اللغة الاستقبالية (الفهم) لدى الطفل السوي	03
84	خصائص أفراد العينة مع درجات مقياس CARS	04
96	عرض و تحليل نتائج الخام القبلية (القياس القبلي)	05
98	عرض و تحليل نتائج الخام البعدية(القياس البعدي)	06
100	يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند فهم التعليمات المكانية	07
101	يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند تسمية و تمييز الألوان	08
103	يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند التصنيف	09
104	يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند التمييز البصري للتماثل	10
106	يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند الفهم الشفوي للسياق	11

## الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية التمارين العلاجية المقترحة في تحسين مهارات الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، خاصة وأن صعوبات الفهم الشفهي تُعد من أبرز العوائق التي تحد من تفاعلهم اللغوي والاجتماعي. وتكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تستجيب لحاجة ميدانية ملحة تتمثل في إيجاد وسائل عملية لتنمية القدرات الاستقبلية لدى هذه الفئة، عبر توظيف تمارين علاجية مدروسة تركز على التفاعل الحسي والنشاط المعرفي.

انطلقت الدراسة من إشكالية مفادها: إلى أي مدى تُساهم التمارين العلاجية، المقترحة في تطوير الفهم الشفهي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد؟

لتحقيق أهداف الدراسة، تم اعتماد المنهج التجريبي ضمن تصميم شبه تجريبي، حيث تم العمل على عينة مكونة من خمسة أطفال وتم تقييم فعالية هذه التمارين من خلال مقارنة نتائج الأطفال في مرحلتي القياس القبلي والقياس البعدي. باستخدام اختبار Chuvrie Muller البند الخاص بالفهم

وقد أظهرت نتائج التحليل وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين، لصالح القياس البعدي، مما يعكس التأثير الإيجابي للتمارين العلاجية المقترحة في

-تحسن في فهم التعليمات المكانية

-تطور في مهارة التعرف على الألوان وتسميتها، وهو مؤشر مهم على الربط بين اللغة والحس البصري.

تحسين القدرة على التصنيف (مثل تصنيف الأشياء حسب الشكل أو اللون أو الوظيفة).

تعزيز التمييز البصري للتماثل، وهو جانب يرتبط بالمعالجة المعرفية للمثيرات البصرية.

تقدم ملحوظ في فهم السياق الشفهي، أي القدرة على استيعاب المعنى الكامن في الجمل والمواقف اليومية.

بناءً على هذه النتائج، توصي الدراسة بضرورة إدماج هذه التمارين العلاجية ضمن البرامج الأطفونية لما لها من فعالية في تحسين التواصل الاستقبالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد، الفهم الشفهي، التمارين العلاجية.

## **Résumé:**

Cette étude vise à évaluer l'efficacité des exercices thérapeutiques proposés dans l'amélioration des compétences de compréhension orale chez les enfants atteints de trouble du spectre de l'autisme (TSA), sachant que les difficultés de compréhension auditive figurent parmi les principaux obstacles limitant leur interaction langagière et sociale. L'importance de cette étude réside dans sa réponse à un besoin clinique urgent : trouver des moyens concrets pour développer les capacités réceptives de cette population, à travers des exercices thérapeutiques ciblés, fondés sur l'interaction sensorielle et l'activité cognitive.

La problématique de départ était la suivante :

Dans quelle mesure les exercices thérapeutiques proposés contribuent-ils à développer la compréhension orale chez les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme ?

Pour atteindre les objectifs de l'étude, une méthode expérimentale a été adoptée, dans le cadre d'un devis quasi-expérimental. L'échantillon était composé de cinq enfants. L'efficacité des exercices a été évaluée en comparant les résultats obtenus lors des phases de pré-test et de post-test.

L'épreuve de compréhension de Chuvrie Muller a été utilisée comme outil d'évaluation.

Les résultats de l'analyse ont révélé des différences statistiquement significatives entre les deux phases, en faveur du post-test, indiquant l'effet positif des exercices thérapeutiques sur les plans suivants :

Amélioration de la compréhension des consignes spatiales.

Développement de la capacité à identifier et nommer les couleurs, indicateur important du lien entre langage et perception visuelle.

Amélioration de la capacité de catégorisation (par forme, couleur ou fonction).

Renforcement de la discrimination visuelle de la symétrie, liée au traitement cognitif des stimuli visuels.

Progrès notables dans la compréhension du contexte oral, c'est-à-dire la capacité à saisir le sens implicite des phrases et des situations quotidiennes.

Sur la base de ces résultats, l'étude recommande l'intégration de ces exercices thérapeutiques dans les programmes d'intervention orthophonique, en raison de leur efficacité démontrée dans l'amélioration des compétences réceptives chez les enfants autistes.

Mots-clés : Trouble du spectre de l'autisme, compréhension orale, exercices thérapeutiques.

# المقدمة

## المقدمة:

في السنوات الأخيرة، تزايد الاهتمام باضطراب طيف التوحد، باعتباره من الاضطرابات النمائية الشاملة التي تؤثر بعمق على جوانب متعددة من نمو الطفل، خاصة في قدراته على التواصل والتفاعل الاجتماعي. ويُعرّف هذا الاضطراب من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2013) بأنه اضطراب عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتميز بصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي إلى جانب أنماط سلوكية متكررة ومقيدة. من بين أهم الصعوبات التي يواجهها الأطفال المصابون بالتوحد، تبرز مشكلة الفهم الشفهي، أي عدم القدرة على استيعاب وفهم المعاني التي تنطوي عليها اللغة المسموعة. هذه القدرة تُعدّ من الأسس الجوهرية لكل تفاعل لغوي فعال. ويُعرّف Pierce و Bartolucci (1977) الفهم الشفهي على أنه "القدرة على إدراك المعاني ضمن العبارات الشفوية، وربطها بسياقها اللفظي والموقفي"، وهو ما يُمكن الطفل من التواصل بشكل مفهوم داخل محيطه. أمام هذه التحديات، ظهرت التمارين العلاجية كأداة فعالة لتحفيز القدرات اللغوية والإدراكية لدى الأطفال التوحديين. حيث أكدت عدة دراسات، مثل تلك التي أنجزها Galloux و Bashi (2004) و TAPP (2004)، أن البرامج التي تعتمد على التحفيز السمعي والبصري، إلى جانب الأنشطة الحركية الموجهة، تُساهم بشكل فعّال في تطوير قدرات الفهم الشفهي لدى هذه الفئة، وتُحسن من مستوى تجاوبهم مع اللغة المنطوقة في مختلف المواقف التربوية والاجتماعية. وانطلاقاً من هذه المعطيات النظرية، ومن خلال ما تم رصده من تحديات واقعية خلال فترة التربص الميداني، إلى جانب المطالعات المتعمقة حول اضطراب التوحد، جاءت فكرة هذه الدراسة التي تهدف إلى استكشاف أثر التمارين العلاجية على تنمية الفهم الشفهي لدى الطفل التوحدي. وقد تم اختيار هذا الموضوع بناءً على أهمية هذه المهارة في تحسين نوعية الحياة والتواصل اليومي للأطفال المصابين بالتوحد، وكذلك نظراً لقلّة الدراسات التطبيقية



## الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية.

- 1-الإشكالية.
- 2-الفرضيات.
- 3-أهمية الدراسة.
- 4-أهداف الدراسة.
- 5-أسباب اختيار موضوع الدراسة.
- 6-تحديد مصطلحات الدراسة.

## 1- الإشكالية:

يعتبر النمو العصبي عملية حيوية و معقدة تتضمن تطور الدماغ و الجهاز العصبي من المرحلة الجنينية حتى مرحلة البلوغ، خلال هذا النمو يتعرض الجهاز العصبي لتغيرات هيكلية ووظيفية مستمرة تساعد على التعلم، التكيف و التفاعل مع البيئة و تعتبر أمراض النمو العصبي مجموعة واسعة من الحالات تؤثر على تطور الجهاز العصبي مما يؤدي إلى المشاكل في الوظائف العقلية و الجسدية و من بين أمراض النمو العصبي الشائعة نجد التوحد الذي يعرف انتشارا كبيرا في الآونة الأخيرة، و يعد ليوكاير أول من قدم عرض تشخيصي لاضطراب طيف التوحد التقليدي عام 1943 و الذي أطلق عليه في ذلك الوقت " التوحد الطفولي المبكر " من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة حيث يوضح كأخر النقاط التالية في تعريف التوحد مركزا على الصفة الأولى و الثانية، حيث حدد كانر أن هاتين الصفتين هما معيار لتشخيص اضطراب طيف التوحد و المتمثلة في النقص الشديد في التواصل مع الآخرين و حب الروتين و الكره الشديد لأي تغيير في برامج حياته اليومية ، التمسك الشديد غير المناسب للإشباع، و الطهور على شكل أصم أبكم و الإظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة و خاصة تلك المتعلقة بالتذكر و المهارات الأدائية ( ذبيحي لحسن،خشاب سعاد، دون سنة، ص138 ) كما تعرف الجمعية الوطنية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أنه اضطراب في مظاهر متعددة هي النمو، الاستجابات الحسية للمثيرات، التأخر الواضح في اللغة و الكلام و التعلق غير الطبيعي بالأشياء ( صحراوي فاطمة الزهراء ، 2022/2023، ص 61 ). كما تعرف التوحد على أنه حالة من الاضطرابات النمائية الذي يصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى و يحدث نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ ( عبد الله، 2001 ، ص 100). مما يجعل المصاب به يميل إلى الانطوائية و الثبات على الأشياء و عدم قبول التغيير فيما بينه كما يعرف أيضا أنه نوع من الإعاقات النمائية و أكثرها صعوبة بالنسبة للطفل و أسرته

حيث يعيق عمليات التواصل و التعلم و التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ( بوحدي هندا، ص92). فيعاني الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من قصور كمي و كيفي في التفاعل الاجتماعي و هي سمة تميز أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كافة ولكن ربما تختلف من طفل لآخر لدرجة غياب ارتباطه حتى لأبويه و ليس فقط للآخرين ففي طفولته غاب ما تدور عليها و جهة السمة أو توقع الفرح و التهليل عندما يلتقطه أو يحمله لو يحضنه والده أو والدته بالإضافة إلى أن سلوك الطفل التوحيدي محدود و ضيف المدى كما انه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة ( محمود حمدي شكري، 2020، ص21،19) ولعل من أهم ما يميز التوحيدين مشكلة ضعف التواصل مع العال المحيط بهم و ذلك نتيجة للصعوبات الجملة التي يواجهها الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في الاتصال اللغوي مع الآخرين حيث يظهرون تأخر في التواصل و تطوير اللغة، حيث تشير الدراسات إلى أن 50% من الأفراد التوحيدين لا يطور من اللغة بشكل طبيعي كما أنهم يقومون بتريد أو مصادرة لبعض المقاطع أو الكلمات دون فهم و المحافظة على نغمة و نبرة الصوت محددة مع شذوذ واضح في معدل الصوت و الإيقاع و أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبة في فهم الكلام الموجه له من قبل الآخرين. و من هنا نجد أن الطفل التوحيدي يجد صعوبات في إدراك فهم ما يحيط به و يعنى الفهم. فهذا الأخير هو قدرة إلى معنى الرسالة يمكن تغييره إلى حد أكبر أو أقل في حالة و جود آفة دماغية ( حنان بلخير، سامية عدائكة ، 2024 ، ص 159 ) فهو يعتبر من المهارات اللغوية و الاستقبالية حيث بعد وظيفة ذهنية تتضمن استراتيجيات معرفية لتحقيق الفهم العام لمواقف الاتصال اللفظي، و الغير اللفظي، أما كارول 1972، يعرف الفهم على انه عملية إدراك أو توقع معنى كل شيء كمعنى الكلمة و العبارة أو الاصطلاح و معنى الجملة أو المحادثة الطويلة. أما القاموس الأرففوني اللغوي 1997 فقد عرفه على أنه القدرة على تحقيق المعنى و دلالة الرسائل اللغوية سواء كانت مكتوبة أو منطوقة و هناك نوعين من الفهم و هما الفهم الكتابي و الفهم الشفهي ، فالفهم الشفهي هو تصور ذهني يهدف على إخراج المعنى المطلوب إلى السياق أو من

المواقف و إدراكها بصفة كلية من خلال التعرف على العلاقات الممكنة لها بطريقة تدريجية و منظمة و بالتالي الوصول إلى التفسيرات في بعض الأنشطة حاضر و مستقلا كما يتأثر الفهم بشكل عام باختلاف القدرات الفردية و الخبرات ( السعيد عواشيرية، 2005، ص 40 ) و بمعنى آخر هو عملية اشتقاق المعاني من الأصوات. وتبدو هذه العملية سهلة جدا للمستعملين فهي مهارة و خبرة مشتركة بين المتخاطبين إلا أنها أعمق وأعمق من مجرد عملية سطحية (بوحي هندا،ص95). فالفهم الشفهي عند أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يبدو كأنهم قد فهموا المضمون ولكن ذلك من خلال تحليلهم للوضعية و ليس اعتمادا على السياق اللغوي المقدم لهم. فهم يجدون صعوبة على هذا المستوى مما دفع المختصين و الباحثين إلى تطوير الأساليب العلاجية و البرامج التي تهدف إلى تنمية هذه الفئة على المهارات و قدراتهم اللغوية، و من بين الدراسات التي اهتمت بالجانب اللغوي عند هذه الفئة من الأطفال نجد دراسة فيرث Firth سنة 1989 أن الأطفال التوحديين منهم من يمتازون بدرجة عالية و أداء جيد في فك الشفرة و التهجنة و من جهة أخرى فإن هؤلاء الأفراد يعانون من صعوبات في فهم و استيعاب ما يقرؤون، أما نقل الكلام المكتوب إلى الكلام المنطوق فيرافقه فهم ضعيف للمعنى (أدافر لامية،2012،ص6). فاعتمادا على البرامج المقترحة و خلفيات نظرية في موضوع الفهم الشفهي ارتأينا بدورنا لاقتراح تمارين علاجية لتنمية هذه المهارة و انطلاقا منه نطرح التساؤل التالي:

- ما مدى فعالية التمارين المقترحة في تنمية الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى الفهم الشفهي؟

### التساؤلات الفرعية:

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى فهم التعليمات المكانية؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى تمييز و تسمية الألوان؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى التصنيف؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى التمييز البصري للتماثل؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى الفهم الشفوي للسياق؟

### 2-الفرضيات:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى فهم التعليمات المكانية.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى تمييز و تسمية الألوان.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى التصنيف.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى التمييز البصري للتماثل.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى الفهم الشفوي للسياق .

### 3-أهمية الدراسة:

-اقتراح تمارين علاجية تركز على تنمية مهارات الفهم الشفهي مع مراعاة الخصائص النمائية والمعرفية للفئة المستهدفة.

-تكمّن أهمية الموضوع في كونه يسجل ضمن الدراسات التي تبحث في توفير أدوات تطبيقية (تمارين علاجية) يمكن أن يستخدمها الأخصائيون الأَرطوفونيين وأولياء الأمور في تدريب الأطفال على الفهم الشفهي مما يساهم في تحسين تواصلهم اليومي وتفاعلهم الاجتماعي.

-تقديم إطار عملي مرجعي يمكن الأَرطوفونيين الاستناد إليه أثناء إعداد خطط التدخل الفردي للأطفال التوحديين.

### 4-أهداف الدراسة:

-اقتراح تمارين علاجية أَرطفونية تهدف إلى تنمية مهارات الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بما يساهم في تحسين كفاءته التواصلية و التقليل من مظاهر العجز اللغوي الاستقبالي.

-قياس مستوى الفهم الشفهي لدى أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد قبل وبعد تطبيق التمارين العلاجية.

\_دراسة فعالية التمارين العلاجية المقترحة ومدى إستجابة الطفل التوحيدي لها.

### 5-أسباب اختيار موضوع الدراسة:

تم اختيارنا لهذا الموضوع نظرا للحاجة الملحة التي يفرضها الواقع الميداني الأطفوني، حيث نلاحظ تزايد عدد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و الذين يعانون من قصور واضح على مستوى الفهم الشفهي مما ينعكس سلبا على قدراتهم التواصلية و الإجتماعية ويعيق اندماجهم في الوسط الأسري و التربوي. هذا القصور في الجانب الاستقبالي للغة يمثل تحديا رئيسيا في برامج التدخل الأطفوني و يستلزم إعداد تدخلات علاجية موجهة ودقيقة.

كما أن قلة الدراسات التي تتناول فعالية تمارين علاجية مخصصة للفهم الشفهي لدى فئة التوحد يجعل من هذه الدراسة مساهمة نوعية في سد هذا الفراغ.

### 6-تحديد مصطلحات الدراسة:

**اضطراب طيف التوحد:** يعتبر التوحد اضطراب نمائي يظهر قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، ويؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، ويتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي و التواصل، ويكون ذلك مصحوبا بالانطواء والسلوكيات النمطية.

**الفهم:** هو حالة من الإدراك أو القصور الذهني يسمح للطالب بمعرفة ما يقال له، ثم إستعمال الأفكار و المعارف التي تلقاها دون إقامة علاقة بينهما، وإدراكها كليا.

**الفهم الشفهي:** هو القدرة على استيعاب وتفسير المعلومات المنطوقة من خلال عمليات عقلية تشمل تمييز الأصوات، إدراك الكلمات و الجمل، وربطها بالمعاني المناسبة بناء على السياق و الخبرات السابقة.

# الجانب النظري

## الفصل الأول: اضطراب طيف التوحد

تمهيد

- 1- البدايات التاريخية لاضطراب طيف التوحد.
- 2- تعريف اضطراب طيف التوحد.
- 3- الإشارات المبكرة لاضطراب طيف التوحد.
- 4- تصنيفات اضطراب طيف التوحد.
- 5- العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد.
- 6- النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.
- 7- خصائص اضطراب طيف التوحد.
- 8- تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 9- اختبارات و مقاييس اضطراب طيف التوحد.
- 10- التشخيص الفارقي.
- 11- علاج و إعادة تأهيل اضطراب طيف التوحد.

خلاصة.

**تمهيد:**

يعتبر اضطراب طيف التوحد أحد الاضطرابات النمائية المعقدة و الأكثر انتشارا في الوقت الراهن التي تصيب الأطفال و تعيق تواصلهم الاجتماعي اللفظي و الغير اللفظي، كما تعيق نشاطهم التخيلي و تفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة. ويظهر هذا الاضطراب خلال السنوات الأولى من عمر الطفل.

**1-البيدات التاريخية لاضطراب طيف التوحد:**

يعتبر **ليو كانر LEO KANNER** و هو طبيب نفس أمريكي أول من أشار إلى الذاتية "إعاقة التوحد" كاضطراب يحدث في الطفولة و قد كان ذلك عام 1943 م.

حيث لاحظ وجود 11 طفلا مضطربا يتصرفون بطرق غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو الفصامين و قد سمي كانر تلك الأعراض باسم الذاتية الطفلية الباكرة **Early Infantile Autism** لأنه لاحظ وجود وحدة ذاتوية متطرفة تغلق الباب أمام أي شيء يأتي للطفل من الخارج، و قد اعتبر ليو كانر "الوحدة الذاتية" أكثر الأعراض الأساسية ولكن وجد أيضا أن أولئك الأطفال كانوا عاجزين منذ بداية حياتهم عن التواصل مع الآخرين بالطرق المعتادة، و كانوا محدودي اللغة و لديهم رغبة حوارية كبرى أن يضل كل شيء حولهم كما هو دون تغيير.

وعلى الرغم من وصف كانر و آخرون للاضطراب مثل "ريملاند 1964" إلا أن إسم الاضطراب لم يتم قبوله في الإصطلاحات التشخيصية الرسمية حتى نشر DSM 3 في عام 1980، و في DSM5 تم تصنيف التوحد على أنه أحد اضطرابات النمو المنتشرة .Pervasive Developmental Disorders.

ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات كثيرة و مختلفة على سبيل المثال:

-فصام الطفولة المبكر Early Infantile Autism.

-إجترارية الطفولة المبكرة Early Childhood Autism.

-ذهان الطفولة Children Psychosis.

-النمو غير السوي (الشاذ) Atypical Development.

و يرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح "إعاقة التوحد" و اختلاف إهتمامات و تخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة و المهتمين بهذا الإضطراب.

بالإضافة إلى ذلك، فإن استخدام عدد من التسميات كان بسبب غموض و تعقد التشخيص الفارقي.

و من الناحية التاريخية، استخدم مصطلح التوحد في البداية في ميدان طب النفسي عندما عرف الفصام، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة أو فصام الطفولة **Childhood Schizophrenia**، وفي ذلك الوقت، كان يستخدم مصطلح الذاتوية "إعاقة التوحد" كوصف لصفة الانسحاب لدى الفصاميين، ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كإسم للدلالة على إضطراب الذاتوية "إعاقة التوحد" بأكمله ( محمد أحمد خطاب، 2005، ص 9،10 ).

## 2-تعريف اضطراب طيف التوحد:

لقد تعددت تعريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية و النظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

## تعريف ليو كانر:

يعد كانر أول من قدم عرض تشخيصي للتوحد التقليدي عام 1943 والذي أطلق عليه في ذلك الوقت « التوحد الطفولي المبكر» من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة.

ويوضح كانر النقاط التالية في تعريف التوحد مركزا على الصفة الأولى والثانية، حيث حدد أن هاتين الصفتين هما معيار لتشخيص التوحد:

-النقص الشديد في التواصل مع الآخرين.

-حب الروتين والكره الشديد لأي تغيير في برامج حياته اليومية.

-التمسك (التعلق) الشديد الغير المناسب في الأشياء.

-الظهور على شكل أصم أبكم.

-الإظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة و خاصة تلك المتعلقة بالتذكر و المهارات الأدائية (ذبيحي لحسن،خشاب سعاد، بدون سنة، ص138).

تجمع اضطرابات طيف التوحد، أو ما يسمى بالتوحد بشكل أكثر شيوعاً، عددًا معينًا من الأعراض المعروفة اليوم، ويرجع ذلك إلى العديد من الأبحاث والتطورات منذ القرن التاسع عشر.

يعتبر اضطراب التوحد حاليًا اضطرابًا في النمو العصبي، يُعرّف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، الطبعة الخامسة، اضطرابات النمو بأنها تظهر "عادةً في مرحلة مبكرة من النمو، غالبًا قبل أن يدخل الطفل المدرسة الابتدائية، وتتميز بعجز في النمو يؤدي إلى تغيير في الأداء الشخصي أو الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني" (Crocq et Guelfi, 2015, p 33).

وفقاً للمعهد الوطني للصحة والبحوث الطبية (INSERM)، فإن اضطراب طيف التوحد ينتج عن تشوهات في النمو العصبي. تظهر في وقت مبكر من مرحلة الطفولة المبكرة وتستمر حتى مرحلة البلوغ.

يحدد (INSERM 2018) أنه يمكن العثور على ميل إلى التكرار من حيث السلوك والكلام، كما يوجد إجماع عن التغيير، فضلاً عن وجود صعوبات في التفاعلات الاجتماعية في اضطراب طيف التوحد.

يعرفه الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD 10): بأنه "مجموعة من الإضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي متكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف وتنتشر بنسبة (10-15) طفلاً في كل عشرة آلاف ولادة حية" (Schwartz, 1992, p 19).

وعرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "اضطراب نمائي، تشمل أعراضه الأساسية: ضعف القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي، الاهتمامات والأنشطة النمطية والمتكررة، انخفاض القدرة الفكرية العامة" (WHO, 2013, p6).

إن الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA): تعرف هذه الجمعية التوحد على أنه إعاقة في النمو، تتصف بأنها مزمنة و شديدة تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلب على الدماغ (ذبيحي لحسن، خشاب سعاد، بدون سنة، ص139).

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (OMS,1993): فإنها تحاول التوصل إلى تعريف أكثر اكتمالاً من خلال تحديد: "تشمل اضطرابات طيف التوحد مجموعة من الحالات. وهي تتميز بدرجة معينة من التغيير في السلوك الاجتماعي والتواصل .

### 3-الإشارات المبكرة لاضطراب طيف التوحد les signes précoces de l'autisme:

رغم أن التشخيص يكون من 2 إلى 3 سنوات إلا أنه يبقى الجانب الإكلينيكي يؤكد على أن التعرف على الأطفال الذين يحملون إمكانية التعرض للتوحد يكون أفضل في وقت مبكر.

من 0 إلى 7 أشهر:

-الطفل هادئ نادرا ما يبكي لا يشكو أبدا حتى أنه يجعلنا أحيانا ننساه.

-غياب الكلام النغمي من 2 إلى 3شهور.

-غياب المناغاة.

-غياب التواصل البصري.

-اضطراب النوم.

-اضطراب في الغذاء.

-غياب الابتسامة ابتداءا من الشهر 3 مع وجه جاف.

من 7 إلى 12 شهر:

-هناك كل الإشارات السابقة تتأكد من خلال علاقة الطفل مع أمه.

-يظهر كذلك عدم الرغبة في الذهاب إلى الأم لما تمد له بذراعيها لتمسكه.

-غياب الإيماءات كأن الطفل دمية خشبية.

-رفض التواصل.

من 12 إلى 24 شهرا:

- غياب اللغة.

- إلى جانب هذا هناك عدة مؤشرات أخرى:

فالطفل غير عادي ليس كالأخرين والأولياء يشعرون أحيانا أن الطفل لا يتعرف عليهم إذ أنه لا بد من أن يشتكي الأولياء من عدم تفاعل أطفالهم معهم وعلى العياديين أن يبحثوا أكثر عن المؤشرات المبكرة للتوحد (الشامي، 2004).

#### 4- تصنيفات اضطراب طيف التوحد:

##### 4-1 التوحد الكلاسيكي:

وهو صورة سريريته تتميز بعدم قدرة الطفل منذ ولادته على إقامة إتصال عاطفي مع محيطه ويظهر هذا الاضطراب في وقت مبكر وقبل نهاية العامين الأوليين من الحياة. ويتميز بالعزلة الشديدة واللامبالاة وعدم الاهتمام العميق إزاء الناس والأشياء من الخارج وكذلك الرتابة والنمطية العشوائية بالإضافة إلى اضطراب اللغة.

##### 4-2 متلازمة أسبيرجر:

تتشرك متلازمة اسبيرجر في العديد من الأعراض مع التوحد ولكنها تظهر أقل شدة. و يشترك كلاهما في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والقيام بأعمال نمطية متكررة روتينية بها يتمتعون عادة بدرجة ذكاء طبيعية ولا يواجهون تأخرا في القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم ( جمال خلف المقابلة، 2016، ص70).

**4-3 اضطراب ريت:**

وهو اضطراب يحصل في الخمسة شهور الأولى من عمر الطفل ويمتد إلى أربع سنوات مصحوبا بإعاقة عقلية يصيب الإناث فقط وتتمثل أعراضه الرئيسية بفقدان حركات اليدين، فقدان الكلام، حركات نمطية، مشكلات في التنفس، القلق، مشكلات سلوكية (مدلل شهرزاد، 2015).

**4-4 اضطراب الطفولة التفككي:**

يظهر هذا الاضطراب لدى الذكور أكثر من الإناث ويبدأ الطفل بالتراجع من الناحية اللغوية والاجتماعية والمهارات الحركية ومرافق مع تأخر ذهني شديد.

**4-5 الاضطراب النمائي الشامل الغير محدد:**

يعرف الاضطراب النمائي العام أو الشامل غير محدد بالتوحد الغير النمطي وهو يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيصا بين الاضطرابات الشاملة. يتم تشخيصه عند وجود ملامح التوحد في الفرد وليست جمع معايير التشخيص في التوحد بالرغم من أنهم يواجهون صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل الغير اللفظي واللعب إلا أنها أعراض أقل شدة من التوحد (ريما مالك فاضل، 2015، ص19).

**5-العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد:****5-1العوامل الجينية و الوراثية:**

حيث يكون للطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة بالتوحد، و لقد أشارت الأبحاث الخاصة بالجينات بوجود ارتباط بين الإصابة باضطراب التوحد و أحد الكروموزومات، و أن هذا الكروموزوم موجود أيضا في حالات التخلف العقلي، و أن هذا الكروموزوم يسبب مشاكل

في اللغة و النمو الحركي كما تزداد نسبة الإصابة في حالة التوأم المطابق، أيضا تشير الدراسات إلى أن نسبة حدوث هذا المرض في التوأم المتطابقة قد وصلت % 100 في حالة إصابة أحدهما.

كما أن هناك من يعزى الإصابة باضطراب التوحد إلى خلل في بعض الجينات حيث ربطوا بين اضطراب التوحد و ضعف نوع معين من الكروموزومات، حيث أن باضطراب هذا الجين يسهم بنسبة % 16,5 من الإصابة باضطراب التوحد.

كما تبين أن من أسر الأطفال المصابين بالتوحد يعاني اثنان من أقاربهم من اضطراب التوحد، كما تبين أن ارتفاع نسبة إنتشار باضطراب التوحد بين التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية.

يتفق معه الظاهر في أنه بالفعل للذاتوية سبب جيني من خلال المقارنة بين التوائم المتطابقة و التوائم الأخوية، فقد وجدوا أن الذاتوية في التوائم المتطابقة أكثر بكثير من التوائم الأخوية، و قد يصل في الحالة الأولى إلى درجة عالية جدا و من المعروف أن التوأمين المتطابقين يتحسسان كان في نفس التركيبة الجينية.

كما تنقل الجينات الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون و الطول و الشكل و غيرها، بالإضافة إلى الكثير من الاضطرابات الحيوية.

و قد توصل العلم الحديث إلى معرفة البعض منها و معرفة مكانها على خارطة الكروموزوم، و لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي جين يكون سببا لحدوث التوحد (شرين البدرابي عبد التواب السعيد، 2017، ص390).

**5-2 العوامل الكيميائية:**

هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بالتوحد لإحتمال كونها سببا من أسباب الإصابة بطيف التوحد و تشمل العديد من الاحتمالات منها: التلوث البيئي الكيميائي، تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو الإشعاعات، التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي إلى تسمم عضوي، و تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل و للكحول (صحراوي فاطمة الزهراء، 2023، ص66،65).

**5-3 العوامل البيولوجية:**

تتخصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، و تعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل: نقص الأكسجين، استخدام الآلات في الولادة أو عوامل بيئية أو أخرى مثل تعرض الأم للنزيف قبل الولادة، أو تعرضها لحادثة أو كبر السن الأم، كل هذه العوامل قد تكون سببا في حدوث التوحد (فهد بن حمد المغلوث، 2006، ص56).

**5-4 العوامل المناعية:**

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص الذين يعانون من التوحد، فالعوامل الجينية و كذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى الذين يعانون من طيف التوحد.

و تشير بعض الأدلة إلى بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم و الجنين، قد تساهم في حدوث اضطراب طيف التوحد، كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين بطيف التوحد يتأثرون و هم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، و هي حقيقة

تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (أسامة فاروق مصطفى، كمال الشربيني، 2011، ص40).

### 5-5 العوامل الإدراكية:

يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن اضطراب التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة و التي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك فضلا عن اضطراب النطق و اللغة. ووجدت الباحثة **Leslie 1987** أن المشكلة الرئيسية بالطفل التوحدي هو افتقارهم للقدرة على فهم الناس الآخرين و فهم أنفسهم و معظم الأفراد الطبيعيين لديهم معلومات عن أنفسهم، كما أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار و معتقدات الناس الآخرين و بموجب هذه النظرية فإن أطفال التوحد ليس لديهم عالم حسي فضلا عن افتقارهم للجانب الاجتماعي و التواصل مع الآخرين و لديهم مشاكل في الجانب المعرفي و الاجتماعي (بن حمو محمد الهادي، 2021، ص61).

### 5-6 الأسباب الأيضية:

ترى أن سبب اضطراب التوحد يعود إلى عدم قدرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على هضم البروتينات، وخاصة بروتين الجلوتين الموجودة في القمح و الشعير ومشتقاتهما، بالإضافة إلى بروتين الكازين الموجود في الحليب، وهذا ما يفسر استقراغ الطفل لمادة الحليب و الأكزيما الموجودة خلف ركبتيه و الإمساك و الإسهال واضطرابات التنفس لدى الطفل، و من مظاهر اضطرابات الهضم لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر، و البكتيريا الموجودة في المعدة و الأمعاء، صعوبة هضم الأطعمة الناقلة للكبريت، ونقص بعض الأحماض و الإنزيمات في الجسم (جمال خلف المقابلة، 2016، ص27).

**5-17 الأسباب النفسية:**

يعتبر كانر **Kanner** أول من أشار إلى دور العوامل النفسية في حدوث اضطراب طيف التوحد، ووصف والدي الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد بالذكاء و الميل إلى الاستحواذ و الرغبة في الكمال و التعود على وضع قواعد جامدة، كما يتسم الوالدان بالبرودة العاطفية والقلق، وأطلق على هذه النظرية (البرود العاطفي) (وليد جمعة عثمان حسن، 2018، ص17).

ويرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة و أنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة (سوسن شاكر الجبلي، 2015، ص52).

**6- النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:****6-1 نظرية العقل:**

تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة، و تحتل مكانة أساسية في فهم، تفسير، التنبؤ و التعامل مع سلوك الآخرين فمعظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهرا من خلال الانشغال باللعب الرمزي و استعمال الأشياء لتمثيل أشياء أخرى غير الشيء الذي تمثله، مع عمر 3 سنوات، فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق أو التمييز بين الحالات العقلية الخاصة بهم و حالات الآخرين العقلية. يبدو أنهم يفهمون ماذا يدرك الآخريين و يعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون. و كما أنهم أيضا يظهرون سلوك التوقع للأحداث. و مع عمر أربع إلى خمس سنوات، فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة و يدركون الفرق بين الظاهر و

الحقيقة و يفهمون مفاهيم الرغبة و التوتر و يفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة للأفكار و معتقداتهم.

و تشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادرا على عزو أو فهم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يمكنه فهم و تتبؤ بسلوك ذلك الشخص و ربما يمكن رد هذا القصور في نظرية العقل إلى القصور السلوكي و الاجتماعي لدى الطفل المتوحد الذي يؤدي إلى عجز في عملية الفهم.

و يعرف **Firth 1989** نظرية العقل على أنها القدرة لتتبؤ العلاقات بين الحالات الخارجية للأحداث و الحالات الداخلية للعقل.

وتقول أيضا بأن الإعاقة في الجوانب الإجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأفراد المصابين بطيف التوحد تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل.

كما تقول بأن الشخص المصاب بطيف التوحد غير قادر على التتبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهه النظر الشخص الآخر بينما الأشخاص الآخرين العاديين لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين.

وخلاصة نظرية العقل هي أن العجز الاجتماعي عند الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم.

فالمشكلات الإجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل ويعتقد أكثر الباحثين أن طيف التوحد يبدأ ببعض القصور

الفطري الذي يعوق الوظيفة الإدراكية المعرفية للتوليد والقدرة على تفسير المثيرات والتعامل مع العالم المحيط ( صحراوي فاطمة الزهراء ، 2023 ، ص 69،70).

## 6-2 النظرية العضوية:

ترى أن هؤلاء الأطفال يأتون إلى العالم بعجز فطري ذا أساس بيولوجي يعوق نمو الإتصال العادي مع الناس لذا يمثل التوحد اضطرابات فطرية للاتصال الوجداني.

كما تتخذ هذه النظرية وجهة نظر وهي أنه يرى الباحثين والمهتمين بذلك الإضطراب على أنه يعد اضطرابا معرفيا واجتماعيا في الوقت ذاته وأن هناك أسباب بيولوجية متعددة وليست سببا واحدا حدث في وقت ما بين العمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن الملامح الأساسية المميزة لاضطراب التوحد.

## 6-3 النظرية البيئية:

تشير إلى أن الطفل التوحدي يعد عاديا من حيث الجانب العضوي غير أنه يتعرض لمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة من حياته تسفر عن لإصابته بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسؤولية تعرض الطفل لاضطراب على الوالدين بصفة خاصة و لقد لاحظ كانر أن معظم أولياء أمور هؤلاء الأطفال يتميزون بالوسوسة واللامبالاة و جمود المشاعر العاطفية.

ونظرا لأن تلك الأوصاف المبكرة لأولياء أمور الأطفال التوحديين تضمنت اتسامهم باللامبالاة وتبلد المشاعر والعزلة، لذلك فقد ظهرت وجهة نظر وهي الحرمان العاطفي العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد ويبدو أن هؤلاء الأطفال ينتمون إلى أسر تتميز بالبرود العاطفي أو التلقائية الحقيقية إلى حد كبير وكذلك إخفاق الأطفال التوحديون في

تتميه المشاعر الكافية للارتباط بالوالدين وأثر الانغلاق على أنفسهم و الارتباط بالأشياء أكثر من ارتباطهم بالناس (شرين البدراوي عبد التواب السعيد، 2017، ص404،402).

## 7- خصائص اضطراب طيف التوحد:

### 7-1 الخصائص السلوكية:

سلوك الطفل طيف التوحد محدود وضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات، فهؤلاء الأطفال يعيشون في عالمهم الخاص، لا ينتبهون ولا يركزون على ما هو مطلوب منهم، بل يركزون على جانب محدود لا يملون منه كتركيزهم على جزء صغير من آلة كبيرة (قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص45).

#### 1-1 السلوك النمطي والطقوسي:

إن الملاحظ لأطفال طيف التوحد أنهم ينغمسون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار والرتابة و الميل إلى النمطية سواء في الحركة أو الأداء ولا سيما في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة.

فسر العلماء أن الطفل المتوحد قد يلجأ لهذه الحركات كاستجابة لمشكلة يمر بها الطفل أو حدوث تجارب جديدة في محيط حياته أو كأسلوب من أساليب التواصل مع الآخرين أو كتخفيف لحدة الإحباط والتوتر الداخلي الذي يصيب هذه الفئة من الأطفال، في حين يرى فراج أن هذه الأفعال والأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل المتوحد ليست إستجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ و تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته المفردة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي ورغبته قلقه متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي (مصطفى نوري القمش، 2015، ص55،54).

وتصنف الجمعية الوطنية لأطفال طيف التوحد (2005) السلوكيات النمطية التكرارية للطفل المصاب بطيف التوحد إلى ثلاثة فئات وهي:

**-تكرار أنشطة تضمنت استخدام أشياء:**

كتدوير شيء ما، وتمزيق الورق إلى قطع، تجميع الحصى أو العبوات البلاستيكية...

**-تكرار أنشطة ذات روتين معين:**

كممارسة طقوس معينة قبل النوم أو الاهتزاز على لمس كل بلاطة في أرضية المكان أو من الجدران أو الأبواب و التحسس عليها.

**-تكرار أنشطة لفظية:**

كإصدار أصوات غريبة غير هادفة، الإصرار على أسئلة معينة مع تكرارها وانتظار الإجابات نفسها.

**1-2 السلوك العدواني:**

عدوان الطفل المصاب بطيف التوحد غالبا ما يكون نحو ذاته، لتخفيف الشعور بالقلق والتوتر، وقد يظهر السلوك العدواني للطفل المصاب بطيف التوحد أثناء اللعب مع الآخرين ويقوم بدفعهم بكلتا يديه أو أخذ الشيء ( اللعبة ) من يدي الطفل الآخر، فهذا يعد من وجهة نظر الآخرين عدوانا على الآخر، إلا أن هناك عدم القدرة للطفل المصاب بطيف التوحد على التفاعل المشترك أو الإجتماعي مع الآخرين مما ينتج عنه السلوك العدواني.

و من بين أهم السلوكيات العدوانية التي يمارسها الطفل المصاب بطيف التوحد نجد:

-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 أوكلتا يديه.

-يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض، تمزيق الكتب والملابس..... و إلقاء بعض الأدوات من النوافذ وتكسير لعبة أو أثاث المنزل (صحراوي فاطمة الزهراء، 2023، ص79).

-يسبب إزعاج مستمر للمحيطين به بكثرة الصراخ و عمل ضجة مستمرة وعدم النوم ليلا لفترات طويلة.

-يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات.

-يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة والحادة، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما يسبب صعوبة إلتئامها (مصطفى نوري القمش، 2015، ص58).

### 1-3 القصور في أداء بعض المهارات الإستقلالية والحياتية:

يبدو على الطفل المصاب بطيف التوحد القصور والعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أدائها الأطفال العاديون ممن هم في سنه ومستواه الإجتماعي والإقتصادي، ففي سن الخامسة أو العشر سنوات من عمره، قد لا يستطيع الطفل المصاب بالتوحد أداء أعمال يقوم بها الطفل عمره الزمني سنتين أو أقل، وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه، بل يحتاج لمن يطعمه، أو يقوم بخلع أو إرتداء ملابسه، وقد لا يهتمه عند إعطائه لعبة أن يلعب بها، بل يسارع بوضعها في فمه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطاء التي قد يتعرض لها، وتشيع لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق (صحراوي فاطمة الزهراء، 2023، ص80).

## 7-2 الخصائص اللغوية:

ومن الخصائص اللغوية التي يتصف بها الأطفال المصابون بطيف التوحد هي إعاقة التواصل حيث يتبادر إلى الذهن لأول وهلة عندما تلتقي هؤلاء الأطفال بأنهم « بكم » لأن الكثير منهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة وكذلك اللغة الغير المنطوقة كالتواصل البصري والابتسامات والإشارات والتوجيهات الجسدية.

ويعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لاضطراب طيف التوحد وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل لآخر، فيذكر كلا من ربتا جوردن وستيوارت بيول (2007) أنه يوجد لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد نقصا واضحا في اللغة، والإتصال اللفظي والغير اللفظي، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة والإيماءات التعبيرية، ولغة الجسم وموضع الجسم ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة. هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، الجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ، والجوانب العلمية للمعنى (صحراوي فاطمة الزهراء، 2023، ص83).

وفيما يلي أهم الخصائص اللغوية لدى المتوحدين:

-عندما يبدأ الطفل المتوحد في استخدام اللغة يمكنه تعلم أسماء الأشياء ولكن ذلك يكون محدودا باستثناء الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ذوي الأداء الوظيفي العالي فإنهم يمكنهم أن يطوروا مفردات كثيرة ويستخدمونها في الحديث مع الغير، مما يؤكد أن تطورهم للغة يعتمد على مستوى عمرهم العقلي.

-هناك صعوبات في النطق عند الطفل المتوحد ليست ناتجة عن الإصابة بطيف التوحد بل هي نتيجة للتطور الذهني المتأخر الذي يصاحب طيف التوحد في حالات كثيرة، حيث يوجد أطفال متوحدون لديهم نكاه طبيعي أو قريب من الطبيعي، ولكن لديهم صعوبات تعلم في

النطق مثل العاديين، هذا مما يدل على أن صعوبات النطق عند المتوحدين هي مثلها عند الطبيعيين.

-صعوبات في علم دلالات الألفاظ وتطورها.

-يستخدمون كلمات خاصة بهم حيث يغلب على الأطفال الذين لديهم طيف التوحد استخدام كلمة خاصة بهم للدلالة على أشياء معينة.

-ندرة استخدامهم لكلمات تشير إلى القدرات العقلية من قبل: يتذكر، يعتقد....

-التعبير اللغوي أسهل من الفهم اللغوي.

-قلب الضمائر فيستعمل ضمير أنت بدلا من أنا والعكس (نفس المرجع السابق، ص84).

### 7-3 الخصائص الحسية:

يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد استجابات غير عادية للخبرات الحسية وتختلف من طفل لآخر من حيث الدرجة والشدة وطريقة الإستجابة إليها.

وفيما يلي أهم هذه الاستجابات:

-استجابات غير عادية للمثيرات السمعية: يظهر بعض الأطفال التوحدين حساسية مفرطة لبعض الأصوات، وقد يغطي أذنيه أو يغضب أو ينزعج عندما يسمع أصوات معينة مثل صوت مكبرات الصوت أو الصراخ العالي أو المكنسة الكهربائية.

-استجابات غير عادية للمثيرات البصرية: حيث يظهر استجابات غير طبيعية للمثيرات البصرية، فبعضهم يضع يده على عينيه عند رؤيته لأضواء ساطعة.

-استجابات غير عادية للمثيرات اللمسية: حيث يعانون من حساسية للمثيرات الحسية اللمسية المتمثلة في حاسة اللمس، التذوق، الشم والإحساس بالألم والحرارة، فنجدهم يبتعدون

ويتجنبون لمس الآخرين أو يرفضون أن يلمسهم أحد، كما لا يشعر بعضهم بالألم عندما يتعرضوا للسقوط أو الأذى (محمود حمدي شكري، 2020، ص26).

#### 7-4 الخصائص الحركية و البدنية:

يصل الطفل التوحدي إلى مستوى النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس عمره مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية، فالأطفال التوحديون لهم طريقة خاصة بالوقوف، فهم في بعض الأحيان يقفوا ورؤوسهم منحنية، كما أن أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع. وعندما يتحركوا فإن كثير منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، فإنهم يكرروا حركات معينة، فهم يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو الخلف بشكل متكرر.

ومن أهم المظاهر الحركية ما يلي:

-غالبًا ما يكون المظهر العام مقبولًا مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات يكون أقصر طولًا من أقرانهم المساوين لهم في العمر وغير مصابين بالتوحد.

-من حيث الثبات في العمر المبكر في استخدام اليد اليمنى فقط أو اليسرى فقد وجد أنهم يختلفون عن الطفل السليم من حيث عدم الثبات والتردد في استخدام يد معينة.

-كما وجدوا أن لديهم اختلاف عن الطبيعي من حيث الجلد وبصمات الأصابع مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم.

-يتعرضون أيضا في طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال (نفس المرجع السابق، ص27).

## 7-5 الخصائص العقلية-المعرفية:

يغلب على الأطفال التوحديين انتقائية الانتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون فيها. كما أن حواس الطفل التوحدي ليست متميزة مثل حواس الطفل العادي. قد يغطي عينيه حين يسمع صوتا لا يحب أن يسمعه.....

كما أنه يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة غريبة. فهو في بعض الأحيان يتصرف كما لو كان ليس له خبرة بالأصوات والأشكال والروائح التي تحيط به، بل وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها. فقد لا يستجيب لصوت مرتفع، كما قد يبدي تجاهلا كاملا لشخص يعرفه جيدا من قبل.

وأیضا لا يبدي مبالاة للألم أو البرد بينما في أوقات أخرى قد تبدو حواسه سليمة لدرجة أنه يشعر بصوت خشخشة في الأوراق وقد يحملق بشكل مقصود إلى مصدر للضوء أو إلى مصباح مضاء، أو يقوم بيرم جزء من ورق مكررا ذلك عدة مرات ويذكر حسن مصطفى أن حوالي 40% من الأطفال المصابين بالتوحد نسب ذكائهم أدنى من 50\_55، 30% نسبة ذكائهم 70 أو أكثر. وتظهر الدراسات الإكلينيكية و الوبائية أن الخطورة بالنسبة لاضطراب التوحد يزداد بتناقص نسب الذكاء.

وحوالي (1/5) خمس الأطفال التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي عادي إذ تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحديين إلى أن تعكس مشكلات في مهارات التسلسل اللفظي أكثر من المهارات البصرية المكانية أو مهارات الاستظهار من الذاكرة وهذه النتائج تؤكد أهمية الخل المرتبط بالوظائف اللغوية.

ويرى روتر 1983 أن العديد من الدراسات التي تجمع على أن الكثير من أطفال التوحد لديهم قصور معرفيا يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه (كانر) سلوك العزلة الإجتماعية باعتبارها السبب لدى جميع أطفال التوحد لأن يكونوا معوقين عقليا: بينما الواقع

ليس كذلك ولذلك يرى ( روتر ) أن نسب ذكاء أطفال التوحد تعتبر ثابتة بشكل مناسب. وأنها ترتبط مع تحصيلهم الدراسي بشكل معقول، كما يذكر أنه حين أصبح هؤلاء الأطفال أكثر إجتماعية سواء نتيجة لاستخدام بعض أساليب التدخل أو أي شكل آخر. فإن نسب ذكائهم لم يطرأ عليها تغيير ملحوظ ويذكر (روتر) أن هناك تفسيرين محتملين للأداء المنخفض على اختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال:

**الأول:** أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة. ولكنه يتعمد تجنب إعطائها.

**الثاني:** أن أداء الطفل التوحدي يكون عادة محكوما بطبيعة موقف الإختبار، وليس بصعوبة المهمة المطلوبة منه (محمد أحمد الخطاب، 2005، ص32،31).

#### 7-6 الخصائص الاجتماعية:

قد درس أوزونوف وآخرون **Ozonoff, & als** طبيعة العجز الاجتماعي لدى أطفال التوحيدين، فوجدوا أن 80% من التوحيدين غير قادرين على التنبؤ بمعتقدات الآخرين، كما أنهم أقل قدرة من العاديين في التمييز بين السمات العقلية والجسمية وفهم الوظائف العقلية للمخ، ووجدوا أن الأطفال التوحيدين يمكنهم التنبؤ برغبات الآخرين في حالة كون هذه الرغبات مرتبطة بحاجاتهم وعواطفهم، و يتم ذلك بصعوبة بالغة (مصطفى نوري القمش، 2011، ص48).

وحسب أوزونوف فإن الطفل التوحدي يتصف بمجموعة من السمات التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الاجتماعي والتي نعرضها على النحو التالي:

-رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال البدني والعاطفي.

-قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.

-عدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم.

-عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بمن فيهم أسرهم.

-قصور في التواصل البصري.

-عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر.

-يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين (إحسان براجل، 2017، ص107).

## 7-7 مشكلات ثانوية:

هنالك بعض الخصائص الشائعة تظهر لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد لكنها ليست ضرورية لتشخيص التوحد و تتمثل في:

-مشكلات النوم: من حيث القلق و النوم المتقطع و غير المتواصل.

-مشكلات في الأكل و الشرب: حيث يتناول الأفراد الطعام بشراهة دون الشعور بالشبع، تناول أطعمة محددة وعدم تنوعها، تناول مشروبات معينة بكأس ثابت.

-مشكلات إدراكية: حيث تظهر لدى الأفراد مشكلات في عمليات التفكير و التعرف، الإدراك و التقليد.

-مشكلات في التعميم: عدم قدرة الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد على تعميم ما تم تعلمه من بيئة أخرى (جمال خلف المقابلة، 2016، ص32،33).

## 8-تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يعتبر تشخيص التوحد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا خصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين، فالتشخيص هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية و محددة

ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها ( الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة، فتشخيص التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا.

## تشخيص اضطراب طيف التوحد طبقا لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس-5-DSM :

قام علماء النفس والأطباء النفسيون بجمعية علم النفس الأمريكية بمراجعة معايير تقييم الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية، وفيها ظهرت معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد والتشخيص ذي الصلة باضطراب التواصل الإجتماعي وأصبح تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد. وهو يتضمن أربعة تشخيصات سابقة وهي التوحد، اضطراب أسبرجر، اضطراب الطفولة الانحلالي، اضطراب النمو المتعمم غير المحدد بشكل آخر(ذبيحي لحسن،خشاب سعاد، بدون سنة، ص143).

و يتصف اضطراب طيف التوحد بـ:

1. نقص في التواصل الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي:

2. محدودية و تكرار السلوك و الإهتمامات و النشاطات:

وإذا لم يتوفر وجود الصفات السلوكية المذكورة في البند الثاني فإن التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي وليس في طيف التوحد وتتضمن التغييرات الكبيرة في عدد من الحالات المحددة وكما هو مبين تاليا:

**A-قصور مستمر في التواصل و التفاعل الاجتماعي خلال السياقات:**

و منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

**-صعوبة في التبادل الاجتماعي و الإنفعالي:**

ويتراوح ما بين التعامل الإجتماعي غير الطبيعي والفشل في تبادل حوار اعتيادي مثلا إلى الفشل في المشاركة في الاهتمامات والعواطف والمزاج إلى الفشل في بدء تفاعل إجتماعي أو الإستجابة له.

**-قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي:**

ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي والغير اللفظي مثلا إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في فهم واستخدام التعبيرات الجسدية (الإيماءات) إلى الغياب الكامل لتعبيرات الوجه و التواصل غير اللفظي.

**-قصور في تنمية العلاقات و المحافظة عليها أو فهمها مما يتناسب و مستوى النمو:**

ويتراوح ذلك من صعوبات في السلوك التكيفي لئتناسب مع السياقات الإجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إنشاء الصداقات، إلى فقدان الاهتمام بالأقران.

**تحديد الشدة الحالية:** تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك

المحددة، المتكررة. والجدول التالي يوضح ذلك:

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات المتكررة	النمطية
المستوى الثالث يحتاج لدعم كبير جدا	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي و الغير اللفظي مسببا تدنيا شديدا في الأداء، مع بدء محدود جدا للتفاعل الاجتماعي، مع	انعدام المرونة في السلوك، وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء	

<p>في جميع المناحي. إحباط/صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل.</p>	<p>أقل الاستجابات لاستهلاجات الغير، مثلا شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح و الذي نادرا ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط و للاستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط.</p>	
<p>انعدام المرونة في السلوك، وصعوبة التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تظهر بتكرار كاف ليبدو ظاهرا للمراقب الخارجي و تتداخل بالأداء في العديد من السياقات. إحباط/صعوبة لتغيير التركيز أو الفعل.</p>	<p>عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي و الغير اللفظي،الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلاجات الغير فمثلا شخص يتكلم جملا بسيطة و تفاعلاته محددة باهتمامات ضيقة، و لديه تواصل غير لفظي غريب.</p>	<p>المستوى الثاني 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 لاستهلايات الغير، و قد يبدو انخفاض الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية. فمثلا شخص لديه القدرة على الكلام بجمل كاملة قد ينخرط باتصال و لكن محادثة من و إلى الآخرين ستفشل، و محاولاته لتكوين أصدقاء تكون غريبة و غير ناجحة عادة.</p>	<p>المستوى الأول يحتاج للدعم</p>
--	--	----------------------------------

**جدول يمثل درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد**

(أنور الحمادي، معايير DSM-5- TR، ص54-55)

**B-أنماط السلوك المتكررة و المقيدة، أو الاهتمامات أو الأنشطة:**

كما تظهر في اثنين من أربعة أعراض على الأقل مما يلي، سواء في المرحلة الحالية أو ما قبلها، و منها ما يلي:

### 1- النمطية و تكرار الكلام، و نمطية الحركات، و نمطية استخدام الأشياء:

مثل النمطية الحركية البسيطة، المصاداة، والاستخدام المتكرر للأشياء، وترديد عبارات خاصة غير ذات معنى.

1-1 الكلام النمطي المتكرر.

1-2 الحركات النمطية المتكررة.

1-3 الاستخدام النمطي المتكرر للأشياء.

### 2- التمسك المفرط بالروتين، و أنماط طقوسية للسلوك اللفظي و غير اللفظي و المقاومة الشديدة للتغيير:

مثل الطقوس الحركية، الإصرار على نفس الطريق، والتساؤل المتكرر، والغضب بشدة لأنفه الأسباب أو للتغيير البسيط.

2-1 التمسك بالروتين.

2-2 أنماط طقوسية غير طبيعية للسلوك اللفظي و غير اللفظي.

2-3 مقاومة مفرطة للتغيير.

2-4 التفكير الجامد.

### 3- قيود شديدة في الحدة و التركيز و إهتمامات مركزة غير عادية:

مثل التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء الغير الاعتيادية أو الانشغال بالاهتمامات المفرطة و المحصورة.

3-1 لديه نطاق ضيق من الإهتمامات.

- 3-2 باستمرار مشغول التفكير و متوسوس.
- 3-3 لديه كلام تحفظي.
- 3-4 يركز على نفس الأشياء القليلة من الموضوعات والأنشطة.
- 3-5 الانشغال بالأرقام و الحروف والرموز.
- 3-6 اهتمامات غير عادية من حيث التركيز.
- 3-7 التركيز المفرط في الأجزاء الغير المطلوبة أو غير الوظيفية في الأجسام كأن يركز في عجلات السيارة.
- 3-8 الاهتمام بالألوان، والجداول الزمنية والأحداث التاريخية.
- 3-9 يحمل ويمسك أشياء غير اعتيادية مثل مسك البطانيات، الحيوانات المحنطة،
- 3-10 خوف غير اعتيادي كأن يخاف من الناس الذين يلبسون حلق الأذن.
- 4-4 ردود فعل مفرطة تجاه المدخلات الحسية، واهتمامات غير اعتيادية في الجوانب الحسية للبيئة:
- مثل اللامبالاة الواضحة إزاء الألم، الحرارة، البرودة أو الإستجابة المعاكسة لأصوات معينة، أو فرط في الشم ولمس الأشياء أو الإنبهار من الأضواء الساطعة.
- 4-1 تحمل عالي للألم.
- 4-2 يفتقأ عينيه.
- 4-3 الانشغال باللمس أو الملمس.
- 4-4 اكتشاف بصري غير اعتيادي للأنشطة.

4-5 في مجال المحفزات الحسية (الصوت والرائحة، الطعم والنظر):

- لديه استجابة غريبة للمدخلات الحسية ( يتضايق للصوت الشديد).

- لديه تركيز شاذ ومستمر في المداخلات الحسية.

**C- يجب أن تكون الأعراض موجودة في فترة النمو المبكرة و لذلك قد لا تصبح واضحة**

**تماما لحين أن تفوق المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة:**

- لم يعد ضروريا تقرير مقدمي الرعاية الأولية.

- تعتبر الطفولة المبكرة هي مرحلة العمر من 8 سنوات فأصغر.

**D- أعراض التوحد تضعف و تحد من الوظائف اليومية:**

- اختار مستوى واحد محدد لكل من التواصل الاجتماعي ومستوى واحد من الاهتمامات المقيدة ومن السلوكيات المتكررة.

- الحد الأدنى من الإعاقات الاجتماعية: بدون دعم في المواقع ، قصور في التواصل الاجتماعي بسبب إعاقات غير ملحوظة، لديه صعوبة في البدء بالتفاعلات الاجتماعية ويظهر أمثله واضحة من الاستجابات غير النمطية وغير الناجحة للمبادرات الاجتماعية لدى الآخرين، وقد تظهر انخفاض في الاهتمامات والتفاعلات الاجتماعية.

- الحد الأدنى من إعاقات الطقوس وسلوكيات المتكررة: تسبب الطقوس والسلوكيات المتكررة تداخل كبير في وظيفة سياق أو أكثر. تستند الخطورة على شدة إعاقات التواصل الاجتماعي وأنماط السلوكيات المقيدة (نفس المرجع السابق، ص145،144).

## 9\_ بعض الإختبارات و مقاييس اضطراب طيف التوحد:

### 9-1 مقياس تقدير التوحد الطفولي (C.A.R.S):

تم اقتراحه من طرف اريك شوبلر **Schopler**، روبرت جيه، ريتشيلر وباربرا رينر، الترجمة الفرنسية والتكيف للدكتورة برناديت روجي، مختصة نفسانية في مستشفى جامعة تولوز والتقنين والتعريب كان على يد الدكتور طارش بن مسلم الشمري والدكتور زيدان احمد السرطاوي من جامعة الملك سعود (بن حمو محمد الهادي، 2021، ص43).

مقياس تقييم التوحد في مرحلة الطفولة (C.A.R.S) يتكون من 15 وحدة سلوكية. وقد تم تطويره لتشخيص الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال المصابين باضطرابات النمو وبالإضافة إلى ذلك، فإنه يسمح بتمييز الأطفال الذين يعانون من التوحد بعلامات خفيفة إلى معتدلة، والأطفال الذين يعانون من توحد عميق، بنيت النسخة الأولى منذ أكثر من 15 عاما، للسماح للأطباء بوضع تشخيص أكثر موضوعية ودقة عن التوحد وفي شكل أكثر قابلية للاستخدام. يمكننا تلخيص أصل البنود فيما يلي:

-الأعراض الموصوفة في الأصل من قبل كانر.

-الأعراض الملاحظة من لدن كريك **Kreack**، والتي تخص العديد من الأطفال الذين يعانون من التوحد ولكن ليس في مجمل الحالات.

-عناصر إضافية لتحديد الأعراض المميزة للأطفال الأصغر سنا الذين يعانون من التوحد (Eric SCHOPLER Ph.D & al, sans année, p04).

يقدم المقياس من لدى الأخصائي النفسي الذي يتعامل مع الطفل، والوالدين لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الطفل وتصنف سلوكيات الطفل من (1) إلى (4) بحيث العلامة

(1) تعني تصرف عادي في عمر الطفل مع أقرانه الأطفال النموذجيين (العاديين)، والأقل ما يقال عن العلامة (2) أنه تصرف غير طبيعي بينما تدل العلامة (3) لسلوك غير طبيعي لكنه معتدل و أخيرا تدل العلامة (4) إلى سلوك وتصرف غير الطبيعي للغاية. بعد الإجابة عن جميع البنود نقوم بجمع كل المعلومات، سوف يتراوح المجموع ما بين 15 إلى 60 وتفسر كالاتي:

- (30) تكون بداية تشخيص حالة توحد خفيفة.

- وتشير المعدلات المتراوحة بين (30-37) إلى حاله توحد من الخفيفة إلى المعتدلة.

- في حين تشير المعدلات المتراوحة بين (38-60) إلى توحد شديد (بن حمو محمد الهادي، 2021، ص44).

## 9-2 قائمة التوحد للأطفال دون سنتين - المعدلة

### :(Modified-Checklist For Autism In Toddlers-M-CHAT)

والتي تم اشتقاقها من النسخة الأصلية الأولى وهي قائمة هطب التوحد للطفولة المبكرة (CHAT (Scambler, Rogers, et Wehner, 2001). وتتكون الصورة المعدلة من (23) فقرة، وفيها يتم سؤال الأسرة عن جوانب محددة لدى الطفل في المجالات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية و اللعب.

وتكون الإجابة بنعم أو لا. وهي مصممة للتعرف على التوحد في سن 18 شهرا، وذلك عن طريق قياس اللعب التظاهري، الإشارات التصريحية الأولية، والتحكم بالتحديق عن طريق تقارير الآباء وملاحظات الممارسين الصحيين، ومن خلال الاختبار المباشر (تامر فرح سهيل، 2015، ص147).

**9\_3 جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد:****Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)**

من إعداد: لورد و آخرون Lord, Rutter, Goodo, Heembsergen, Jordan, Mawhood and Schopler, 1989.

يتكون هذا المقياس من أربعة أجزاء، الجزء الأولان يستخدم فيهما الأداة، أما الجزئين الآخرين فهما عبارة عن عبارات تتم الإجابة عليها. ويتم الآن استخدام الجزئين الأولين من ADOS كأداة تشخيص تساعد في تشخيص الطفل التوحدي، وهو يطبق الآن في مراكز متعددة.

ومن الأفضل استخدام مقاييس الذكاء مثل وكسلر ستانفورد- بينه مع التوحديين ذوي الأداء الأفضل، بينما يفضل استخدام مقياس ADOS لأنه مقياس أدائي وطبيعة تطبيقه لا تتطلب لغة بين المختص والمفحوص، حيث إنه نظام ملاحظ مقنن، وخصائصه عبارة عن جدول تفاعلي، والفاحص هو شخص مشارك وملاحظ في آن واحد، والتقييم وفق ما حدث في الواقع على الطبيعة (أسامة فاروق مصطفى، كمال الشربيني، 2011، ص153).

**9-4 مقياس تقدير التوحد (Autism Rating Scale) ARS:**

صمم المقياس من قبل Gilliam et janes 1995 ليستخدم من قبل المعلمين و المهنيين والعائل في تحديد وتشخيص التوحد ولمختلف الأعمار الزمنية. اشتمت فقرات القياس بالاعتماد على الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية ووضعت الفقرات في أربع مجاميع و هي:

-السلوك النمطي.

-التواصل.

-التفاعل الإجتماعي.

-الإضطرابات النمائية.

وللمقياس ثلاثة درجات التي تصف وتقيس السلوك أما الاختبار الرابع والذي يقيس الإضطرابات النمائية فهو يتضمن مجموعة من البيانات التي تشمل تطور نمو الطفل خلال السنوات الثلاثة الأولى من الحياة (سوسن شاكر الجبلي، 2015، ص63،62).

### 9-5 المقابلة التشخيصية للتوحد (الطبعة المراجعة) ADI-R:

هو من تصميم **Rutter, Lecouteur, et Lord, 2003** يتم الحصول على معلومات هذه المقابلة من خلال أسر ذوي الأطفال المشتبه بأنهم لديهم اضطراب طيف التوحد، وتعتمد هذه المقابلة في داخلها على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المراجعة، حيث يعتبر المختصون في هذا المجال أن المقابلة التشخيصية هذه دقيقة إلى حد كبير، حيث يستغرق تطبيقها على الأقل ساعة ونصف لمن هو متمرس في هذا المجال وعلى دراية بهذه الأداة.

ويجب أن يكون المقيم مدرباً على إجراء المقابلات، ويتطلب كل من إدارتها وتسجيل الملاحظات حوالي 1.30 إلى 2.30 ساعة، وغالبا ما تأخذ 90 دقيقة. ويمكن استعمالها مع الأطفال البالغين من العمر العقلي فوق سنتين.

أدوات التشخيص في هذا المقياس هي عبارة عن مقابلات شبه منظمة للآباء، لتحديد كل من التوحد و متلازمة أسبرجر و الاضطرابات المجتاحة للنمو الأخرى. يركز هذا المقياس على السلوك الحالي ويسأل إذا كانت السلوكيات تظهر في وقت إلى آخر. يرمي هذا المقياس للإمام بقدر الإمكان على المعلومات في ثلاث مجالات:

-التفاعلات الإجتماعية المتبادلة.

-الإتصال و اللغة.

-السلوكات النمطية والتكرار (بن حمو محمد الهادي، 2021، ص45).

## 10-التشخيص الفارقي:

على الرغم من وجود محكات دقيقة لتشخيص التوحد وعلامات مميزة لهذا الإضطراب من خلال مراحل مبكرة من العمر، إلا أن مازالت هنالك صعوبة في الوصول لتشخيص دقيق لاضطراب طيف التوحد، و السبب يعود إلى التشابه بين أعراض اضطراب طيف التوحد و إعاقات أخرى عديدة، و للوصول إلى تشخيص دقيق لا بد من إيضاح الفروق الجوهرية بين اضطراب التوحد و غيره من الإعاقات.

## 10-1 التوحد و التخلف العقلي:

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالإعاقة العقلية، كما تتشابه أو تختلط بعض أعراضها و لا سيما إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من (20) شهرا ويتشابه اضطراب طيف التوحد مع التخلف العقلي في السلوكات النمطية و القهرية، صعوبات في الكلام و التخاطب.

أما الفروق بينهما فهي كثيرة، و يمكن إيضاحها على النحو التالي:

-الأطفال المعوقون عقليا يتعلقون بالآخرين، وهم نسبيا لديهم وعي إجتماعي، و لكن لا يوجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعلق بالآخرين حتى ذوي الذكاء متوسط لديهم.

-القدرة على المهمات غير اللفظية و خاصة الإدراك الحركي و البصري و مهارات التعامل موجودة لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و لكنها غير موجودة لدى الأطفال المعوقين عقليا.

-اللغة و القدرة على التواصل مختلفة بين المجموعتين: فكمية و استخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء الأطفال المعوقين عقليا، و لكن لدى أطفال التوحديين يمكن أن تكون اللغة غير موجودة و إن وجدت فإنها تكون غير عادية.

-نسبة وجود العيوب الجسمية في التوحد أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى الأفراد المعاقين عقليا (جمال خلف المقابلة، 2016، ص109، 110).

## 10-2 التوحد و اضطرابات التواصل:

يرى العديد من الباحثين إلى أننا نتوقع وجود تشابه بين التوحد و الإضطرابات اللغوية ذلك أن اضطرابات اللغة و الكلام و الجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص اضطراب التوحد و بسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحيانا بين التوحد و هذه الاضطرابات. وقد أشارت الدراسات إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية و اضطرابات اللغة التي يظهرها أطفال التوحد، ولكن يمكن التمييز بين أعراض الاضطرابين. وهذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات و بتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر أطفال التوحد أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة. وقد تظهر المجموعتان في إعادة الكلام و ترديده غير أن أطفال التوحد مميزين بترديدهم للكلام و خاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر. و في حين يخفق أطفال التوحد في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغويا أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية و الرموز غير المحكية و يحاولون التواصل مع الآخرين.

وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم أو القابلية للتعلم و القدرة على التعامل مع الرموز على أنها قدرات فارقة و مميزة بين أطفال التوحد و الأطفال المضطربين لغويا (سوسن شاكر مجيد، 2010، ص68).

**10-3 التوحد و الإعاقة السمعية:**

نظرا لأن الطفل التوحدي غالبا يكون صامتا، أو قد لا يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فإنه قد يظهر غالبا أنه أصم وفيما يلي توضيح ألهم الفروق بين التوحد والإعاقة السمعية:

-معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيراتها في حالات التوحد.

-حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية بعكس حالات التوحد.

-في حالات الإعاقة السمعية نستطيع تحقيق تواصل غري لفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد.

-سهولة في تشخيص ذوي الإعاقة السمعية بالفحص الطبي بأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظرا لعدم وجود أدوات مقننة لهذا الغرض.

-يمكن للتوحد تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم.  
-يميل التوحد للانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعيا (نعيمه بوعامر، 2022، ص98).

**10-4 التوحد و اضطراب أسبرجر:**

يتشابه اضطراب أسبرجر مع التوحد في غياب كل من التواصل اللفظي و الغير اللفظي، ومحدودية النشاطات و الاهتمامات، و لكنه يختلف معه في أن نسبة ذكاء أسبرجر قريبة من العادية في حين أغلب حالات التوحد يرافقها إعاقة عقلية، كما أن اضطراب التوحد يبدأ في الظهور في عمر الثلاث سنوات أي في مرحلة الطفولة المبكرة أما أسبرجر فيبدأ خلال مراحل الطفولة المتأخرة.

**10-5 التوحد و متلازمة ريت:**

يتشابه التوحد مع اضطراب ريت في كونه نمو طبيعي خلال السنتين الأولى و الثانية من العمر، ثم يليه فقدان جزئي أو كلي للمهارات اللغوية و الاجتماعية بالإضافة إلى تأخر في النمو المعرفي و اللغوي وربما فقدان الكلام كلياً، و لكنهما يختلفان في كون اضطراب ريت يرافقه إعاقة عقلية شديدة بينما %40 من أطفال اضطراب التوحد نجد أن نسبة الذكاء لديهم تقل من 50° درجة بالإضافة إلى أن اضطراب ريت يصيب الإناث فقط أما التوحد فإنه يصيب كلا من الذكور و الإناث (ريما مالك فاضل، 2015، ص20).

**10-6 التوحد و الفصام:**

كان التوحد يستخدم لوصف أحد الأعراض الرئيسية للفصام، والوحدة، والانسحاب، لذلك كان الباحثون يسمون التوحديين بالفصاميين.

إن اضطراب الفصام و التوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما لهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي لبس أو غموض يدور حول تشخيصهما حيث أن هناك فروقا حديثة نسبياً بين التوحد و الفصام أهمها:

-الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، بينما التوحديون غير قادرين على ذلك.

-التوحديون لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة، بينما الفصاميون يمكن أن يطوروا علاقات اجتماعية و يمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم.

-الهلاوس و الأوهام توجد في الفصام، ولكنها غير موجودة في التوحد.

-بدء الاضطراب في التوحد قبل الشهر (30) من العمر، و لا يحدث بعد ذلك.لذلك هو أفضل عامل للتمييز بين التوحد و الفصام، حيث يظهر الفصام عادة في بداية المراهقة، أو في عمر متأخر من الطفولة (خولة أحمد يحيى، 2000، ص229،228).

## 11-علاج و إعادة تأهيل اضطراب طيف التوحد:

### 11-1العلاجات السلوكية و المعرفية (التربوية):

### 11-1-1 نظام التواصل بتبادل الصور بكس ( P.E.C.S (Picture Exchange Communication System

لقد طور هذا البرنامج من قبل لوري فروست والدكتور أندرو بوندي. ويستخدم مع الأشخاص غير الناطقين الذين لديهم استخدام قليل وغير وظيفي لمهارات التواصل. ولقد حظي هذا البرنامج بشهرة عالمية نظرا لأنه يتطلب موادا غالية أو معقدة ويمكن أن يقوم به كل من الأخصائيين وأفراد الأسرة ولا يشترط أن يكون الطفل قد اكتسب مهارات التقليد أو لديه مفردات سابقة ويستند هذا البرنامج إلى إجراءات تعديل السلوك وتشكيل وإطفاء وتعزيز. ويتم تطبيق هذا البرنامج من خلال ست خطوات:

-التبادل الجسدي **Physical Exchange**: وتهدف هذه المرحلة إلى إعطاء الطفل صورة الشيء الذي يحبه إلى معلمه.

-التنقل بعفوية **Expanding Sontaniety**: وهو أن يتوجه الطفل بتلقائية إلى معلمه ويعطيه صورة الشيء الذي يحبه.

-تمييز الصور **Picture Discrimination**: وهنا يتعلم الطفل تمييز صورة الشيء الذي يحبه من بين عدة صور وإعطائه لمعلمه.

-بناء الجملة **Sentence Structure**: هنا يقوم الطفل بإعطاء معلمه صورة الشيء الذي يريده موضوعة على شريطة ومسبوقة بكلمة " أنا أريد " .

-الاستجابة إلى ماذا تريد **Responding to what do you want**: وهنا يسأل المعلم ماذا تريد وعلى الطفل أن يعطيه شريط الجمل بناء على سؤال المعلم.

-التعليق الاستجابي و التلقائي **Responsive and Spontaneous**

**Commenting**: أن يجيب الطفل على أسئلة المعلم من نوع: ماذا تفعل؟، ماذا ترى؟، ماذا تسمع؟. و أجرى فروست و بوندي (Frost et Bondy 1994) دراسة لقياس مدى فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور على مهارات التواصل عند عينة مكونة من (66) طفلا توحديا وأظهرت النتائج أن (95%) من أفراد العينة تمكنوا من استخدام صورتين من نظام تبادل الصور بعد شهر واحد من التدريب، وأن (62%) تمكنوا من استخدام مجموعة من المفردات اللغوية على شكل كلمات بشكل تلقائي، وأن(20%) من الأطفال تمكنوا من استخدام الصور والرموز المستخدمة في هذا النظام (ريما مالك فاضل، 2015، ص60).

## 11-1-2 طريقة تيش TEACH:

أسس هذا البرنامج إيريك شوبلر ( Eric Schoplar ) عام 1964 في جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية، ويعتبر برنامج تيش من البرامج المهمة في مجال التوحد حيث يطبق بشكل كبير في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا وبعض البلدان العربية. يقوم هذا البرنامج على ضرورة الاعتماد على المثيرات البصرية كونا تساعد الطفل التوحد على الاستجابة للتدريب بشكل أفضل من المثيرات اللفظية، ولذلك يهتم برنامج تيش بضرورة ترتيب الغرف الصفية بحيث تتسم بالأمان والراحة والجاذبية والأركان التعليمية المنظمة التي يستخدمها الطفل المتوحد في برنامجه الدراسي اليومي، والذي يتم ترتيبه بناء على استخدام

جدول غني بالمشيرات البصرية التي تمكنه من التعرف على جدولته الدراسي بشكل استقلالي وسهل تمكنه من الانتقال من نشاط لأخر بعملية منظمة.

يعتمد برنامج تيش على التوافق والتكامل بين النظرية السلوكية والنظرية المعرفية التي تأخذ بعين الاعتبار ضرورة استخدام التعليمات والمعززات المناسبة دون إهمال الفروق في النمو، وينمي هذا البرنامج الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين (أدافر لامية، 2012، ص95).

### 11-1-3 برنامج لوفاس LOVAS:

أنشئ هذا البرنامج في جامعة كاليفورنيا في مدينة لوس أنجلوس الأمريكية UCLA عام (1970) من قبل الطبيب النفسي إيفار لوفاس Ivar Lovas. وقد اعتمد لوفاس في برنامجه على نظرية تعديل السلوك وتحليل السلوك التطبيقي وتتضمن الطرق التي استخدمها ما يعرف بالتدخل السلوكي المكثف والتسلسل الحرفي أو المقنن لأنشطة التعلم من خلال تقديم أمر للطفل وتعزيزه أو مكافأة في كل مرة يستجيب فيها بصورة صحيحة. ويحدد لوفاس (3) من الشروط للقبول في البرنامج وهي:

- أن تتراوح أعمار الأطفال بين (2،5-5) سنوات.

- يمكن للأطفال من عمر (6) سنوات أن ينضموا إلى البرنامج شرط أن يظهروا الصدى الصوتي Écholalie.

- يخضع الأطفال إلى منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب (ريما مالك فاضل، 2015، ص49،50).

منهج المبتدئين ويشمل:	المنهج المتوسط ويشمل:	المنهج المتقدم ويشمل:
الانتباه. التقليد. اللغة الاستقبالية. اللغة التعبيرية. الاعتماد على النفس.	الانتباه. التقليد. اللغة الاستقبالية. اللغة التعبيرية. الاعتماد على النفس.	الانتباه. التقليد. اللغة الاستقبالية. اللغة التعبيرية. الاعتماد على النفس.
المجال ما قبل الأكاديمي. المجال الاجتماعي.	المجال ما قبل الأكاديمي. المجال الاجتماعي.	
التحضير لدخول المدرسة		

جدول يمثل تسلسل الأنشطة بحسب برنامج لوفاس

### 11-1-4 نظام ABA المعرفي و السلوكي:

هو مصطلح من المدرسة السلوكية و يعني تطبيق مبادئ سلوكية معينة لخلق ارتباطات تؤدي إلى حدوث التعلم أو خلق ارتباطات جديدة، و تطبيق كل ذلك في الحياة الواقعية و التعامل مع مشكلات الأطفال السلوكية إلا أنه مع أطفال بالتوحد و ذوي اضطرابات النمو غالبا ما يستخدم ABA كإستراتيجية التدريس.

و يطبق ABA في المنزل في السن الصغير نظرا لأهمية التدخل المبكر و يطبق أيضا في المدرسة بكل ما يتضمن من تقنيات ومنهج، غالبا ما تعتمد طريقة ABA على التطبيق الفردي، و تتراوح ساعات تطبيق البرامج ABA فيما بين 30-40 أسبوعيا، كما تركز طريقة

ABA على تعزيز السلوك الإيجابي بدلا من التوبيخ و التعنيف و العقاب، و تغطي برامج ABA جميع المهارات من أكاديمية اجتماعية، التواصل، الرعايا الذاتية، مهارات اللعب اشتراك الأسرة في تطبيق طريقة يساهم إلى حد كبير في تحقيق النجاح.

إن الهدف الرئيسي من طريقة ABA هو تعميم التعلم المكتسب في الجلسات الفردية ليستخدمه الطفل في مواقف و أماكن مختلفة و مع أشخاص مختلفين، ولتحقيق ذلك فإن منهج ABA الجيد يتطلب تنوع الأنشطة (اللعب، مهارات الحركية الكبرى، مهارات اجتماعية...). يتطلب أيضا تنوع في أماكن العمل (غرفة الجلسات، المنزل، السيارة، الشارع..)، وتنوع المعمين و الأخصائيين. و كنتيجة لهذا التطبيق سيكون لطفل بعض المهارات اللغة، و بعض المفاهيم و المهارات عن طريق الملاحظة و التقليد والمحاولة والخطأ) (بن حمو محمد الهادي، 2021، ص64).

### 11-1-5 برنامج ماكتون Macton Program:

هذا البرنامج طوره مارجريت ووكر **Margret Waker 1976** و يهدف إلى تحسين المهارات اللغوية لأطفال مضطربي التوحد وغيرهم من الذين يعانون من قصور لغوي ومهارات القراءة والكتابة.

وقد صمم البرنامج ليشمل الذين يعانون من اضطرابات لغوية كمضطربي التوحد والمعاقين عقليا، وذوي الاضطرابات الكلامية و اللغوية. و يتكون البرنامج من مفردات أساسية تحتوي ما يقارب 450 مفهوم لغوي موزعة على ثماني مراحل أساسية ورموز إضافية أخرى تتدرج من السهل إلى الصعب، ويشمل التدريب على هذا البرنامج ثلاث مراحل هي:

-مرحلة التعرف على الإشارة.

-مرحلة ربط الإشارات بالرموز.

-مرحلة ربط الإشارات بالكلمات والجمل البسيطة (نجات عيسى إنصورة، 2018، ص158).

## 11-2 العلاج بالفيتامينات:

إن الكثير ممن يعانون من التوحد لديهم نقص في بعض المواد الغذائية ومن بينها الفيتامينات والمواد المعدنية، وبذلك يمكن التخفيف من أعراض التوحد عن طريق إعطاء كميات إضافية من الفيتامينات التي تحدث بعض الاختلالات الكيماوية لأن الأمعاء عند التوحديين منفذة.

وفي دراسة أجراها بيرنارد ريملاند (Bernard Rimland) عام 1987 بإعطاء (200) شخص توحدي أنواعا متعددة من الفيتامينات وبعد مرور أربعة أشهر لوحظ أن (30%-40%) من الأطفال قد أظهروا تحسنا من فيتامين ب6 مع مغنسيوم، وكانت النتيجة أن أبدوا تحسنا واهتماما بالمحيطين من حولهم، وتحسين الالتقاء البصري وأشكال النمو وانخفاض سلوك إشارة الذات وانخفاض النشاط المفرط وحدوث تحسن في النطق، وقد بينت الدراسات أن أقل من 50% اظهروا بعض التحسن في السلوك من تعاطي فيتامين ب6 مع مغنسيوم، ويشير بعض الباحثين إلى عدم وجود أثر لفاعلية هذه الأدوية أو وجود تحسن على حالات التوحد (تامر فرح سهيل، 2015، ص199).

## 11-3 العلاج بالسكرتين:

ذكر بيكر (Baaker 1999) أن السكرتين هو هرمون يوجد بشكل طبيعي في الجسم يعمل على تنبيه البنكرياس والكبد بوصول الطعام في المعدة حتى يفرزان المواد الهضمية التي تساعد على هضم وامتصاص المواد التي تدخل الجسم. أصبح هذا الهرمون يمثل الكلمة السحرية لإيقاظ الأمل لآلاف من أولياء أمر التوحديين. بدأ الاهتمام بالسكرتين عام 1966 عندما استعمل Kaviloy Hovarth حقن السكرتين في العرق أثناء فحص طفل

المتوحد يشكو من الإسهال المزمن وبعد عدة أسابيع استطاع الطفل ذو الثلاث سنوات التحدث والتواصل البصري.

وخلافا لما يعتقد بعض الأهل بأن Secretin ليس له دور في علاج المصابين بالتوحد وقد انتشرت في العام 1999 وبشكل ملفت وعبر وسائل لإعلام عن مدى تأثير هذا الدواء الذي تمت معالجة الصعوبات التواصلية والسلوكية بطرق الصدفة أثناء خضوع أحد المصابين بالصرع إلى تناول هذا العقار لمعالجة اعتلالات معوية في الجهاز الهضمي. وتبع ذلك هوس كبير وطلب متزايد على هذا العقار، ولجأ الكثير من الأهالي إلى وسائل متعددة للحصول على ذلك العقار. وقد ثبت لاحقا أنّ ليس للسكرين أية علاقة بتحسين التواصل اللغوي والاضطراب السلوكي مما يوجب تجنب وصفه للمصابين بالتوحد وهذا ما لحظناه من خلال الخبرة الميدانية مع أطفال التوحديين (عبد اللطيف، 2001، ص30).

## 11-4 العلاج بالحمية الغذائية:

يعتقد بعض المعالجين إنه قد تكون أعراض التوحد ناتجة عن تحليل غير سليم لمادتي الجلوتين Gluten والكازين Casein لدى مضطربي التوحد، والجلوتين هو بروتين موجود في القمح والشوفان والشعير، أما الكازين فهو بروتين موجود في الحليب ومشتقاته، ويعتقد أن مضطربي التوحد يقوم جهازهم الهضمي بهضم هذه البروتينات بشكل طبيعي في عملية الاستقلاب وعليه تكون هذه البروتينات مضرّة لهم، وتدخل هذه البروتينات مجرى الدم عن طريق الأمعاء الدقيقة، ثم تدخل إلى الدماغ فتحدث تأثيرا عند انتقال المعلومات من وإلى الدماغ و ينتج عنه نقصا في الإحساس بالألم وزيادة في سلوك إيذاء الذات.

ويؤكد بعض الآباء الذين جربوا هذا النظام إلى نجاح جيد بعد إخضاع أولادهم التوحديين لنظام غذائي من الجلوتين و الكازين في تخفيف بعض مظاهر الاضطراب، ويمكن عمل تحليل بولي للتأكد من نسبة "البيتايد" إذا كانت عالية، ويوضح هذا التحليل ما إذا كانت

هناك حاجة لتجربة إخضاع الطفل مضطرب التوحد للنظام الغذائي الخالي من عنصرى الجلوتين و الكازين، ويعتبر العلاج بالحمية الغذائية إحدى النظريات التي تفسر اضطراب التوحد فهي مرتبطة بنظريات أخرى ذات علاقة، خاصة ما يحدث من اضطرابات داخل المعدة و الدماغ لدى الطفل التوحدي (خولة أحمد يحيى، 2000، ص173،174).

### خلاصة:

اضطراب طيف التوحد يعد من أكثر الاضطرابات شيوعًا لدى الأطفال، ويتميز بتأثيره العميق على شخصية الطفل ككل. تظهر سمات الطفل المصاب بالتوحد في جوانب متعددة: سلوكيًا من خلال الحركات النمطية والمتكررة، اجتماعيًا بما في ذلك الانعزال والعجز عن بناء علاقات طبيعية، ومعرفيًا من خلال بعض القدرات الاستثنائية أحيانًا أو محدودية المعرفة في أحيان أخرى. ورغم شيوعه وانتشاره المتزايد عالميًا، يبقى هذا الاضطراب غامضًا، حيث تختلف الأسباب المؤدية إليه، مما يجعل تشخيصه وعلاجه تحديًا كبيرًا.

## الفصل الثاني: الفهم و الفهم الشفهي.

تمهيد.

### 1- الفهم.

1-1 تعريف الفهم

1-2 الجانب التشريحي لعملية الفهم.

1-3 مستويات الفهم.

1-4 درجات الفهم.

1-5 أنواع الفهم.

1-6 عوامل صعوبات الفهم.

1-7 علاقة الفهم بالوظائف المعرفية.

### 2- الفهم الشفهي.

2-1 تعريف الفهم الشفهي.

2-2 استراتيجيات الفهم الشفهي.

2-3 مستويات الفهم الشفهي.

2-4 مراحل نمو الفهم الشفهي لدى الطفل السوي.

2-5 خطوات الفهم الشفهي.

2-6 الفهم الشفهي للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد.

خلاصة.

**تمهيد:**

يعرف الفهم أنه عملية معرفية نشطة تدمج بين اللغة و الإدراك و الذاكرة و الانتباه. و تكتسي هذه العملية أهمية بالغة في ميدان الأطفونيا ، حيث تشكل قاعدة أساسية في تشخيص و تأهيل الاضطرابات اللغوية و الفهم الشفهي لدى الأطفال.

**1- الفهم:****1-1 تعريف الفهم:**

**لغة:** هو حسن التصور المعني و جودة الاستعداد الذهني للاستنباط.

**الفهم:** هو المعرفة بالشيء أو مواقف أو حدث أو تقرير لفظي و يمثل و المعرفة الصريحة الكاملة بالعلاقات و المبادئ العامة

**الفهم من الناحية السيكلوجية:** هو معرفة العلاقات القائمة في موقف يواجه الفرد و إدراك هذا الموقف ككل مترابط

**الفهم من الناحية العلمية:** هو التكيف الناجح لموقف يواجه الفرد. و هذا التكيف الناجح لا يأتي إلا نتيجة لفهم العلاقات القائمة في الموقف و تمييز العناصر البعيدة عن الهدف

**الفهم حسب مادي لحسن 1995:** حالة من الإدراك و التصور الذهني يسمح للطالب بمعرفة ما يقال له ثم استعمال الأفكار و المعارف التي تلقاها دون إقامة علاقة بينهما أو إدراكهما كلياً.

انطلاقاً من التعريفات يمكن القول إن الفهم يشير إلى الطريقة التي توظف بها التفسيرات القارئ أو المستمع ( دجال سهام، 2005، ص 61) .

**1-2 الجانب التشرحي لعملة الفهم:**

إن الدراسات الحديثة تبين بوضوح الفرق بين نصف الكرة المخية اليمنى و نصف الكرة المخية اليسرى، فقد كشفت أن الصف الكرة المخية اليسرى عي المسؤولية عن وظيفة الفهم و إنتاج اللغة فهي تهتم بمعالجة و تحليل المعلومات، بالإضافة إلى ذلك فهي تتبادل للإيقاع و تقوم بالتنظيم الزمني و المنطقة المسؤولة عن الفهم اللغة متواجدة في الفص الصدغي و أن مركز الكلمات المسموعة يقع بالقرب من المنطقة السمع، أما مركز الكلام يقع بالقرب من منطقة الحركة، و بين هاتين المنطقتين توجد أعصاب موصولة تربطها و لان اللغة المنطوقة تتطلب عادة استخدام المنطقتين و تعونهما فإنه إذا ما أصاب مركز الكلام المسموع تلتفا فإن الإنسان لا يستطيع فهم معنى الكلمات المسموعة و لو أنه يسمع الأصوات كلها و إذا ما أصاب تلف مركز الكلام فلا يتمكن الفرد من الكلام و لو انه يفهم ما يسمع (عبد الله عبد الدائم، 1996، ص32).

**1-3 مستويات الفهم:**

هنالك ثلاث مستويات نلخصها في:

**1-3-1 مستوى معاني الكلمات:** هذا يعنى انه يوجد هناك ارتباط بين سعة القاموس اللغوي للفرد و مستوى الفهم الشفهي أي انه يمكن أن تكون للكلمة معنى واحد بالخبرات السابقة للمتعم فان الفرد لديه قدرا كبيرا من المعاني و لا بد أن يرجع للسياق كي يفهم المعنى.

**1-3-2 مستوى معاني الجمل:** تعمل الجملة معتنى الكلمات التي تكونها حيث يتم فهم المعنى التام للجملة انطلاقا من ترتيب الكلمات و السمات النحوي للكلمات في الجملة، و

صيغ الزمن النحوي، و في الأفعال الموجودة في الجملة والضمائر و الروابط لذا تنقسم عملية الفهم الجملة إلى فهم التراكيب وفهم المعنى:

**-فهم التراكيب:** يتم من خلال التركيبي للجملة و هذا التركيز على المفاهيم قواعد التحويل و البنية السطحية للجملة و بنيتها العميقة يقصد بالبنية السطحية بالتقسيم الهرمي للجملة إلى وحدات تسمى أشباه الجمل إما البنية العميقة فهي تشير إلى الشكل التحتي الذي يتضمن معظم المعلومات الضرورية للمعنى ( المعنى الحقيقي ).

**-فهم المعنى:** يتم الحصول على معنى الكلمة عن طريق فحص المرجع العقلي الذي تخزن فيه المعاني كما يحدث في القاموس اللغوي فمن المعتقد أو المعجم يحوى الشفرة الصوتية للكلمات و لبناء المر فيمي، الفئة التركيبية و معناها.

**1-3-3 مستوى معنى الفقرة:** تتابع سلسلة من الجملة متضمنة فكرة واحدة تكون فقرة حيث تكون الجملة منظمة مرتبطة ببعضها، يعتمد فهم النص على المعلومات الخاصة بالموضوع و تكوين الخطط و يعالج معنى النص كافتراضات مترابطة في نظام هرمي (العيسوي عبد الرحمان، 2001).

#### 1-4 درجات الفهم:

يوضح الباحث ماي لحسن أن للفهم درجات تتلخص فيما يلي:

**1-4-1 التحويل:** يظهر في قدرة المتعلم على شرح إرسالية ما أو قدرته على التعبير اللفظي عن شيء معين كأن يكون المتعلم قادرا مثلا على تحويل رسم بياني إلى لغة مفهومة أي أنه يقوم بتحويل لغة إلى أخرى أو التعبير عنه بشكل من أشكال التواصل مع الأمانة و الدقة عن المضمون دون تأويل أو تحريف للمعنى الأصلي.

**1-4-2 التاويل:** هي درجة ثانية من الفهم إذ تأتي بعد تمكن الفرد من عملية التحويل فهي عملية عقلية تجاوز مستوى الشرح أو المعنى الحرفي للإرسالية فالتاويل هنا معناه إدراك العلاقة الموجودة بين عناصر الإرسالية أو من خلال وجهة جديدة و هذه العملية لا يمكنها أن تتم إلا بحصول أولا المعرفية، ثم فهم محتواها و قدرة التعبير عنها بشكل أو بآخر.

**1-4-3 التعميم:** هي درجة راقية من الفهم، و يتطلب الوصول إليها تمكن الفرد من التحويل و التاويل و يعنى التعميم الانتقال من مفهوم أو نظرية من استعماله الأصلي إلى توسيع استعماله على مظاهر أو مجالات أخرى معروفة مع إدراك الفرد بجديد التعلم انطلاقا مما سبق فان الفهم يبدأ بالتحويل ثم التاويل أخيرا ينتهي بالتعميم و هذه الأخيرة تعتبر درجة راقية من الفهم (Rondal. J, 1999).

## 5-1 أنواع الفهم:

هنالك نوعان من الفهم و الكل يكمل الآخر و نلخصها فيما يلي :

**1-5-1 الفهم التركيبي:** إن عملية التركيب هو علم دراسة نظام الكلمات و بنية الجمل و الألفاظ التي تتخذها العبارة في اللغة و دراسة العلاقات الموجودة بين الوحدات اللسانية . و يبحث في أنواع الجمل، أما الفهم التركيبي فهو فهم النظام الخاص بالكلمات داخل الجملة لتحقيق الفهم العام للجملة مثلا: الجملة "رأيت بائع التفاح " تختلف في معناها عن " رأيت تفاح البائع ".

لذا يستوجب معرفة تركيبات الجمل من الفعل و فاعل و مفعول به فالطفل يعتمد على ترتيب الكلمات و العلامات الصرفية في فهم العلاقات الموجودة بين عناصر الجمل.

**1-5-2 الفهم الدلالي:** يهتم علم الدلالة بدراسة المعاني و الدلالات المترابطة بالمفردات والجمل و التعبيرات اللغوية فهو يسعى إلى تحديد و فهم العملية العقلية التي يستخدمها

المستمع في تمييز الأصوات المسموعة و عمليات ترميزها كما يهتم بدراسة الشروط الواجب توفرها في الرمز اللغوي لكي يكون قادرا على إعطاء معنى معين إما عملية فهم المعنى أو تحقيق ما يسمى بالفهم الدلالي فيتطلب معالجة مهمة لمعاني المفردات و الجمل المتضمنة في النصوص اللغوية و معانيها المرتبطة بها و يشتمل هذا المعجم العقلي على الشفوية الصوتية للكلمات و بنائها المورفيمي و الفئة التركيبية و المعاني بحيث يتم إحرار المعاني المعجمية من خلال عمليات التمثيلي الصوتي للمفردات. إذا الفهم يكون على المستوى التركيبي و على المستوى الدلالي بهما يستطيع الفرد التوصل إلى الفهم الجيد للجملة (الزغلول و الزغلول، 2003) .

### 1-6 عوامل صعوبات الفهم:

إن اللغة معقدة بطبيعتها، لذا فإن فهم مختلف قواعدها، تراكيبيها وصيغتها أحيانا خاصة إذا كانت هناك عوائق و عوامل تؤدي إلى عدم الوصول إلى ذلك و من بين هذه العوامل نجد:

-صعوبة المفردات و طول الجملة، كثرة مقولات الجملة، المكونات الجمالية المتقطعة.

-التركيب المعقد، عدم وقوع المكون الجملي في موقعه الطبيعي، تعدد معنى الجملة، التعبير عن المعنى بمختلف عن الطريقة الطبيعية في الملاحظة و التفكير، التعبير عما يخالف توقعات السامع، عدم التالف بين مفردات الجملة، صعوبة فهم الأعداد، عدم القدرة على فهم الرموز، صعوبة فهم الكلمات و الجملة.

و من العوامل أيضا التي تؤدي إلى ظهور صعوبات الفهم اللغوي هناك وجود تأخر لغوي بمختلف أقسامه، تأخر الفهم اللغوي أو تأخر التعبيري للغة و التأخر اللغوي في فهم و التعبير سواء كان السبب عضوي أو وظيفي (العثوم عدنان يوسف، 2004، ص276).

**7-1 علاقة الفهم بالوظائف المعرفية:**

إن الفهم مرتبط بمجموعة من الوظائف التي تساهم في التوصل إلى الفهم الصحيح و بطريقة سليمة من أهمها:

**1-7-1 علاقة الفهم بالإدراك: يرى الباحث ( سيد جمعة يوسف 1990 ) أن العديد**

من الدراسات النفسية في ميدان فهم اللغة تخط بين الفهم و الإدراك حيث يميل البعض الآخر يميل إلى استخدامها كمفهومين لهما نفس المعنى، فالإدراك الكلام هو استقبال السامع للكلام و تمييزه له. و هو ما يبحثه علم الأصوات السمعية أما الفهم فهي عملية معرفية تشمل تحصل المفاهيم و هي تمثل في حد ذاتها جريدات عن الأشياء المدركة معناه أن الإدراك المرتبطة بالمنبهات في العالم الخارجي أما الفهم فهو مرتبط بالعمليات التي تجرد فيها المفاهيم من سياقاتها المختلفة و تنظيم في تراكيب موحدة، و فهمنا بما سمعه الآخرين أو ما نقرأه يشمل أكثر من مجرد معاني الكلمات المختلفة التي تذكرها حيث يميل الباحث سيد جمعة يوسف إلى تفضيل الرأي الذي يقول أن الإدراك و الفهم مختلفات و لكنهما غير منفصلا حيث أن عملية الفهم للغة و مصطلح الإدراك للكلام.

**1-7-2 علاقة الفهم بالاستحضار: حسب GARADERIE أنه في عملية الفهم ليس**

الإدراك البصري أو السمعي أو الحسي الحركي هو الذي ينتج لنا الفهم في الواقع على امتداد الإدراك يحصل الاستحضار بسرعة فائقة بحيث أنها تغلت من كل وعي و منه يكون الشرط اللازم و الكافي لإحداث الفهم و هناك حالتين يجب أن تأخذ بعين الاعتبار:

- عندما يكون الموضوع معقد أو جديد لا يقوم الإدراك للإحداث الاستحضار تلقائياً و بالتالي لا يتكون الفهم هو إذن ذو طابع استحضاري إذ يعتمد على فعل ذهني للإعادة التعبير عن المعلومات المقدمة من طرف الإدراك، أن مشروع التوصل إلى المعنى في عملية الفهم هو

إنشاء الاستحضار التي تستمد لنا الفهم لما هو مقدم لفهمه و يجب أن تكون هذه الاستحضار ترجمات لأمر الذي هو محل الفهم.

### 1-7-3 علاقة الفهم بالانتباه و الذاكرة: إذا كانت وسيلة الانتباه تجعل الحاضر

حاضرا و إن كانت وسيلة الذاكرة تجعل الغائب حاضرا فإن وسيلة الفهم في الحقيقة هي نتيجة تصادم بين هاتين الوظيفتين أي تلك التي تخص الانتباه يجب أن تكونا حاضريتين معا، أي تتداخل في عمليات كل واحد منهما و تكملان بعضهما.

### 1-7-4 علاقة الفهم بالحلقة الفونولوجية: تتمثل وظيفة الحلقة الفونولوجية في

المحافظة و المعاكسة للمادة اللفظية التي تأتيها من الناحيتين السمعية و البصرية و التي تخزن في سجل التخزين الفونولوجي القصير المدى بحيث لتتجاوز الثانية و التي يمكن إعادة تنشيطها بواسطة عملية التكرار اللفظي و عندما ترد المادة اللفظية من القناة السمعية إلى الحلقة الفونولوجية تمر بعملية التحليل إلى وحدات فونولوجيا و التي تعرف بمرحلة فك الترميز التي تسمح للفرد أن يتعرف عليها ثم تحول التخزين الفونولوجي أين يتم تخزينها لفترة وجيزة من الوقت، قد تعدى الثانية بعد ذلك تزول و تمحى من الذاكرة و لكن هناك إمكانية بواسطة عملية الترميز الفونولوجي إذ تلعب الحلقة الفونولوجية دورا هاما في عملية الإدراك و الفهم بالخصوص عند إدراك جملة طويلة و معقدة سواء كانت مقروءة أو مسموعة، عموما فإن مكونات عملية التفكير يتطلب جميعا القدرة على تنظيم المفاهيم و تجزئة المعرفة و ربطها فيما بعضها من أجل الوصول إلى هدف ما أو تحصيل مستوى جديد من الفهم فمن أهم عملية التفكير هي الحكم المقارنة، العمليات الحسابية، التساؤل الاستدلال لتقويم التفكير النافذ، حل المشكلة و غيره ( لعمارة، محمد إسماعيل، 2008، ص 93-95).

من خلال ما سبق فإننا نستخلص بأن عملية الفهم معقدة تتطلب العديد من الوظائف المعرفية الأخرى كالإدراك، الاستحضار، الانتباه، إضافة إلى علاقتها بالحلقة الفونولوجية و التفكير.

## 2- الفهم الشفهي:

### 2-1 تعريف الفهم الشفهي:

هنالك عدة تعاريف للفهم الشفهي و من بينها نذكر:

**الفهم الشفهي** هو القدرة على الوصول إلى معنى الرسالة اللغوية، يتطلب ذلك مهارات متعددة خاصة اللغوية و المعرفية، و يتم صقلها أثناء نمو الطفل في البداية مرتبط جدا بالسياق، ينفصل الفهم تدريجيا عنه حيث يتقن الطفل قواعد لغته (حنان بلخير، سامية عدائكة، 2024، ص160).

عرفت **نادية عبد السلام الفهم الشفهي** بأنه ما يتعلق بفهم الألفاظ و معاني الكلمات و العلاقات بينهما، و يكون هذا العامل منذ بداية تعلم الطفل لمبادئ اللغة و رموزها حيث يرتبط كل رمز لغوي بمعنى معين لدى الطفل (بعيطاوي جميلة، محمد بن قطاف، 2022، ص24).

يعرفه **(Guilford.J.1977)** على أنه القدرة على إدراك معاني الكلمات أو الأفكار و هو أحد عوامل مصفوفة العوامل في النموذج النظري لبناء العقل.

أما **سيد خير الله و محمد زيدان** فيعرفه على أنه عامل يتعلق بالقدرة على فهم الكلمات، و يقاس هذا العامل بالكشف عن مستوى معرفة الفرد لمعاني الألفاظ المختلفة (دحال سهام، 2005، ص64).

حسب وفاء عبد الخالق (1985) فتعرف الفهم الشفهي على أنه إدراك الواعي لمعاني الألفاظ و العبارات حيث أن هناك نوعين من الإدراك إدراك تلقائي لا شعوري و هو لا يزيد عن مجرد محاكاة و استرجاع غير إرادي لما يسمعه الطفل و إدراك واعي شعوري و هو ما يطلق عليه الفهم.

أما Plaza, 1999 فتعرفه على أنه ذلك النشاط الذي يخفي حقيقية النشاطات الذهنية، حيث أن عندما يكون الأطفال في حالة الإنصات فهم في حالة نشاط ذهني دائم، و ذلك لان الفهم الشفهي يتطلب عمليات ذهنية عليا و معقدة (نفس المرجع السابق، ص64).

## 2-2 إستراتيجيات الفهم الشفهي:

### 1-2-2 الفهم الفوري:

تسمح هذه المرحلة من الفهم الفوري بالتعرف على المستوى المعجمي اللساني للطفل و لتقدير مستوى الفهم الفوري للطفل يجب تقييمه على ثلاث إستراتيجيات وفق المخطط المقترح من طرف الباحث عبد الحميد خمسي 1987.

### 2-2-2 الإستراتيجية المعجمية:

تسمح هذه الإستراتيجية بفهم الحادثة انطلاقا من التعرف على الكلمة و بوضعها على العلاقة مع سياق الكلام حتى يتمكن الطفل من فهم معنى النص و التمكن من الإجابة، يكتسب الطفل هذه الإستراتيجية عندما يبلغ من العمر 4سنوات و 4 سنوات و نصف.

### 3-2-2 الإستراتيجية الصرفية النحوية:

تهتم هذه الإستراتيجية بمعالجة الوحدات اللسانية المعقدة (الجملة) من الناحية الصرفية النحوية فعلى الطفل أن يكون واعيا بكل التحولات التي لابد من القيام بها.

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

#### 4-2-2 الإستراتيجية القصصية:

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

#### 5-2-2 الفهم الكلي:

وضعت هذه المرحلة بهدف التعرف على سلوكيات الطفل انطلاقا من إستراتيجيات وضعت من طرف الباحث "عبد الحميد خميسي" و هي علاقة بالفهم الفوري و التي من خلالها يمكن وصف و تقييم القدرة على استعمال إستراتيجيات الفهم الشفهي و قد قسمت هذه الأخيرة إلى 3 إستراتيجيات و هي كالتالي:

-**سلوك المواظبة:** نجد هذا السلوك عند الأطفال الأصغر سنا و التي توافق عدم القدرة على التركيز في سياق الكلام للعرض الأول للحادثة هذا يدل على عدم التأكد من الإجابة الصحيحة و بالتالي عجز على المستوى اللساني المعرفي و هي إستراتيجية تهدف من خلالها إلى معرفة ما إذا كان قد توصل إلى فهم محتوى الحادثة.

-**سلوك تغيير التعيين:** يمكن للطفل أن يكتسب هذا النوع من السلوك انطلاقاً من تحليل ثاني للحادثة أو سياق الكلام ما يمكن أن يكتسبه من سلوك اجتماعي انطلاقاً من الراشد هذا يسمح بتدخل إستراتيجية أخرى ألا و هي إستراتيجية معرفية - إجتماعية و التي تتدخل في إنتاج و معالجة السلوك الذي يطلب من الطفل تغيير التعيين في حالة الإجابة خاطئة. إذن هذا النوع من السلوك لا يتطلب معارف جديدة بل يحتاج على معارف إجتماعية.

-**سلوك التصحيح الذاتي:** يتطلب هذا النوع من السلوكيات اكتساب السلوك الإجتماعي الذي يضبط هذا الأخير، يسمح هذا السلوك للطفل من المرور من إستراتيجية معجمية إلى الإستراتيجية الصرفية-النحوية و بالتالي إلى الإستراتيجية القصصية، إن اضطراب هذا المسلك يؤدي بالضرورة و إلى الفهم الفوري للحادثات.

إن نجاح الطفل في إستراتيجيات الفهم الفوري يؤدي إلى اتخاذ السلوك أمام أي مشكل تواجهه و بالتالي تطوير المستوى اللساني المعرفي لديه، هذا ما يمكنه من الانتقال إلى إستراتيجيات أعقد (جنان قالي، محمد الصالح جعلاب، 2022، ص 283، 282).

## 2-3 مستويات الفهم الشفهي:

**2-3-1 مستوى معاني الكلمات:** الكلمة الواحدة قد لا تحمل في طياتها معنى واحد و إنما لها أكثر من معنى و دلالاته، فمعنى الكلمة يفهم من خلال السياق الموجود أو المستعمل فيها حيث نجد ارتباط المعنى بالخبرات السابقة للمتعلم و كيفية توظيفها. ففيما يخص الطفل لديه قدراً من المعاني ولزماً عليه أن يرجع للسياق لكي يستوعب و يفهم المعنى.

**2-3-2 مستوى معاني الجمل:** فهم معنى الجمل يتم من طريق ترتيب الكلمات و السمات النحوية للكلمات في الجملة و صيغ النحوية و الضمائر و الروابط.

**2-3-3 مستوى معنى الفقرة:** يتم في هذا المستوى ترتيب عدة كلمات و جمل تحمل نفس المعنى أو حكمة معينة و تكون منظمة و مرتبطة و دالة للمعنى (محمد ميرود، 2008، ص143).

## 2-4 مراحل نمو الفهم الشفهي لدى الطفل السوي:

إن اللغة بطبيعة الحال هي صلة الوصل بين الطفل و الراشد و هي الأداة المثلى التي يتم بواسطتها هذا الاحتكاك، إلا أنها لا تكتسب بصورة تلقائية، و ليست هبة يضيفها الإنسان إلى ما يملكه، فلا بد من التدريب على النطق و التعلم.

إن الصرخة الأولى التي يطلقها الطفل لدى الولادة هي أول بادرة من بوادر قدرته على التصويت و هي نقطة البداية في نشوء اللغة، إذ سرعان ما يكتشف الطفل أنه يستطيع الصراخ و أن يعبر عن مختلف رغباته و حاجاته، فيمكن من خلاله أن يعبر عن الإحساس بالجوع و الألم، أو الانزعاج من وضعية غير مريحة، ثم ينتقل الطفل من الصراخ إلى مرحلة المناغاة و التي تمتد أحيانا من 6 شهور إلى 12 شهرا، فيهمهم الطفل بأصوات مثل "دادا" أو "بابا". و بفعل اهتمام المحيط بأصواته يبدأ الطفل في ضم الأصوات التي يصدرها الراشدون إلى نظامه الخاص في النطق. فيكرر الطفل مجموعة أصوات بشكل ثابت. و يبدوا أنه يستمتع من استماعه لهذه الترددات و يكون العائد السمعي بمثابة تدعيم لإصدارها (أدافر لامية، 2012، ص15).

عندما يتعلم الطفل النطق تأتي مرحلة بداية تثبيت المعاني على الألفاظ، و الذي يتحقق عن طريق التقليد و التعلم. فعندما ينطق الطفل حرف "با" نجد أن الأم تشجعه، فيكرر الصوت فتتطرق هي كلمة "بابا" و تشير إلى أبيه فيربط اللفظ بمدلوله أو بمعناه، فإذا رأى الطفل أباه ينطق لفظ "بابا"، و تأخذ الكلمة تدعيما بفرحة الكبار عند نطق الطفل للكلمة. و هكذا يتم ميلاد الكلمة. عندما يبلغ السنة الثانية تقريبا يبدأ في استعمال كلمة واحدة للدلالة على ما

يريد التعبير عنه، و قد تكون هذه الكلمات ذات مقطع واحد أو أكثر. و بعد منتصف السنة الثانية تقريبا يأخذ الطفل في توظيف الأسماء بكثرة، بينما يعوده استعمال الأفعال و الحروف كحروف الجر و الضمائر.

و يبدأ الأطفال مع نهاية السنة الثانية بتطوير الجمل القصيرة و البسيطة للتركيب، حيث يربطون كلمتين أو ثلاث كلمات أساسية لتكون جملة ذات معنى. و لكن بدون مراعاة لقواعد اللغة، كما شبهها بعض الباحثين بلغة البرقيات مثال " طارت طيارة "، ثم يأخذ الطفل في الانتباه إلى الكلمات المنطوقة ثم يلتفت إلى مصدر الصوت و يقوم بعملية ربط بين أشياء أو إشارات معينة و بين سماع الصوت، كأن يربط بين صوت فتح الباب و دخول الشخص، و تدريجيا يصل الطفل إلى عملية الفهم التي تبدأ بالتعميم ثم التمييز و ترى الباحثة "مكارثي" أن وصول الطفل لمرحلة الفهم و التمييز يستغرق ثلاثة أشهر على الأقل قبل أن يبدأ باستعمال كلام له دلالة. فالطفل قبل أن يتلفظ لفظة واحدة يكون قد جمع ثروة لا يستهان بها من الألفاظ و العبارات يفهمها و لكن لا يستطيع التلفظ بها(تنساوت صافية، 2017، ص95).

دراسات عديدة بحثت عن كيفية اكتساب الطفل لمعاني لغته، نخص بالذكر تجربة (NELSON 1973) حيث توصلت أن اكتساب الطفل للمعاني يسير عبر مراحل ففي البداية يميز الطفل شيئاً جديداً من مجموعة أشياء و لتكن مثلاً "كرة"، ثم يميز بعد ذلك بعض العلاقات الوظيفية ذات دلالة، "شخص يلعب بالكرة" مثلاً، هذا هو الإدراك الأولى لوظيفة الكرة. بعدها يلاحظ الطفل حالات أخرى تستخدم فيها الكرة، فينتقي الخصائص الثابتة التي تتميز بها الكرة عما سواها من أشياء، و توضع هذه الخصائص في المركز الدلالي للشيء. في النهاية يعطي الطفل اسماً لهذا الشيء، و هنا تصبح العلاقة تلازمية بين الدال و المدلول الذي يقترن به، و يظل مصاحباً إياه في اطراد دائم. يسمى هذا النموذج

في نظر NELSON بالنموذج المركزي الوظيفي في اكتساب المعاني عند الطفل (أدافر لامية، 2012، ص16).

كما تدل الدراسات العربية أن الطفل العربي يبدأ باكتساب أغلب الصيغ الصرفية في سن أربع سنوات و أن فهم الصيغ الصرفية و إنتاجها يتحسن تدريجيا بتقدم العمر، أما اكتساب صيغ الجمع فيبدأ بممارستها في سن الرابعة و يبدأ في التثنية في سن السادسة من العمر.

أما فهم معنى الكلمات يبدأ لدى الطفل في مرحلة السابقة لمرحلة التقليد إلا أن درجة فهمه تظل مدة طويلة ضعيفة و غير دقيقة، فهو يستخدم بعض الكلمات استخداما واسعا ما يدل على عدم دقته في فهم مدلولاتها، و هذا ما يجعله يعبر بها عن أمور لا صلة لها بمعناها الأصلي.

أنجزت أبحاث أخرى حول موضوع فهم التراكيب و الدلالة و الألفاظ نذكر البحث الذي أهتم فيه (1973) D.A.SLOBIN، بمعرفة الوقت الذي يستغرقه أطفال الثالثة و الرابعة في تحديد الصورة التمثيلية للأحداث التي تصفها جمل (مبنية للمعلوم، المجهول، الاستفهامية، المنفية)، و حسب النتائج فإن النمو العقلي أصبح يشكل في نظره القاعدة الرئيسية للاكتساب اللغوي، و بالتالي فإن الأولوية في فهم نظام اكتساب بعض المميزات اللسانية يجب أن تمنح إلى تعقيدها المعرفي عوض تعقيدها التركيبي. و في دراسة أخرى للباحثة **Bower Man** 1975، توصلت إلى أن المعارف الكامنة وراء ملفوظات الطفل، هي بالدرجة الأولى معارف دلالية و انطلاقا من هذه المفاهيم الدلالية تتولد المفاهيم التركيبية. كما تشير نتائج أخرى للباحثة "سنكلير 1970"، أن الطفل عند نهاية المرحلة الحسية الحركية، لا يضع أي حدود بين العالم الخارجي و العالم الداخلي، فلا يميز بين الفاعل و الفعل و المفعول به، إلا أنه و بفعل نموه المعرفي سيتمكن مستقبلا من التمييز بينهم و عندها فقط تظهر البني اللسانية لديه، و انه سيتمكن من إنشاء أنساق القواعد اللسانية بناء على الإستراتيجيات المولدة في تجارب المعرفة العامة (تنساوت صافية، 2017، ص96).

كما رأينا فيما سبق ذكره، فإن نمو الفهم اللغوي لدى الطفل يتم تدريجيا و عبر مراحل متكاملة و بما أن اللغة مستويات فإن فهمها سيتم تبعا لهذه المستويات، هذا ما سنوضحه فيما يلي:

مراحل النمو	اللغة الاستقبالية(الفهم)
المرحلة الأولى: منذ الولادة حتى 3 أشهر.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يهدأ عند سماعه صوتا مألوفا.</li> <li>- يبتسم استجابة للصوت المألوف.</li> <li>- ينظر مباشرة إلى وجه المتحدث.</li> <li>- يتوقع سماع أصوات مألوفة.</li> <li>- ينظر إلى عيني المتكلم لمدة قصيرة أثناء إطعامه و إرضاعه.</li> </ul>
المرحلة الثانية: من 3 إلى 6 أشهر.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يظهر خوفا من الأصوات الغاضبة.</li> <li>- يبتسم و يضحك لسماعه الكلام المفرح.</li> <li>- يحرك رأسه باتجاه الأصوات.</li> <li>- يستجيب عند مناداته باسمه.</li> <li>- يتوقف عن البكاء عند التحدث معه.</li> </ul>
المرحلة الثالثة: من 6 إلى 9 أشهر.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ينظر إلى بعض الأشياء المألوفة عند تسميتها.</li> <li>- يستجيب عند مناداته باسمه.</li> <li>- ينتبه نوعا ما إلى الموسيقى و يتفاعل معها لمدة قصيرة.</li> <li>- يبدو و أنه يتابع المحادثات بالإشارة بين الآخرين، و ذلك ينقل نظرة على كل متحدث.</li> <li>- يتوقف للحظات استجابة للنهي (لا، بس).</li> <li>- ينظر إلى الصورة التي يتحدث عنها شخص ما.</li> </ul>
المرحلة الرابعة: من 9 إلى 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يفهم بعض الأوامر (أعطني، أفتح فمك).</li> <li>- يفهم بعض الكلمات البسيطة.</li> <li>- يستجيب لأسئلة بسيطة.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- يستجيب للموسيقى بحركات جسدية.</li> <li>- تلفت انتباهه الأصوات و إن كان يمارس نشاطات أخرى.</li> </ul>	<p>أشهر .</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يعرف أعضاء الجسد و يشير إليها.</li> <li>- يعرف أسماء الأشياء المعتادة.</li> <li>- يشير إلى شيئين أو أكثر من مجموعة أشياء مألوفة أمامه.</li> <li>- يستمتع بالاستماع للنغمات و أغاني الأطفال.</li> <li>- يبدأ بالقدرة على تمييز بعض الصور الأشياء المألوفة و يشير إليها إذا طلب منه ذلك.</li> </ul>	<p>المرحلة الخامسة: من 12 إلى 18 أشهر .</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يدرك أعضاء الجسم و قطع الملابس.</li> <li>- يفهم أسئلة بسيطة الإجابة ( نعم، لا ).</li> <li>- يفهم فرق الدلالية بين الضمائر المنفصلة.</li> <li>- يفهم أمرين أو ثلاثة معا و ينفذها متتابعة.</li> <li>- يبدو كأنه يحاول فهم مضمون الكلام و الذي يصغى إليه.</li> <li>- يدرك العديد من الأشياء و الصور مألوفة.</li> <li>- يفهم معنى الكلمات التي تدل على المكان.</li> </ul>	<p>المرحلة السادسة: من 18 إلى 24 أشهر .</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يفهم الأفعال و النشاطات و القصص المصورة.</li> <li>- التعرف على الأعضاء الدقيقة في الجسم (ركبتيه...).</li> <li>- يعرف وظائف الأدوات المنزلية.</li> <li>- يدرك مفهوم الحجم ( كبير، صغير).</li> <li>- يدرك مفهوم الحيز أو المكان.</li> <li>- إدراك تسلسل و تنظيم النشاطات اليومية ( وقت الأكل، غسل اليدين، وقت النوم ).</li> <li>- التمييز بين الجنس ( بنت، ولد ).</li> </ul>	<p>المرحلة السابعة: من 24 إلى 36 شهرًا .</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- فهم بعض الصفات.</li> <li>- فهم العلاقات المكانية.</li> <li>- فهم صيغ الأسئلة</li> </ul>	<p>المرحلة الثامنة: من 36 إلى 48</p>

<p>- ينفذ أمرين يتضمنان فعلين مختلفين.</p>	<p>شهرًا .</p>
<p>- ينفذ ثلاث أوامر مختلفة بالتسلسل.          - يعين لونين أو ثلاثة ألوان أساسية بصفة دائمة.          - يدرك معنى المفاهيم.          - يدرك معنى مفاهيم الاتجاه.          - يفهم عدد من صيغ الأسئلة التي تستعمل فيها أدوات استفهامية مختلفة.</p>	<p>المرحلة التاسعة:          من 48 إلى 60          شهرًا.</p>
<p>- تعيين و معرفة كل الألوان الأساسية.          - يدرك مفهوم (متشابهة و مختلطة).          - يدرك مفهوم (أول، وسط، أخير).          - يدرك مفهوم (يمين، يسار).          - يدرك مفهوم المفردات المرتبطة بالوقت (قبل، بعد...).          - يفهم صيغة السؤال المشروط ( ماذا سيحدث لو...).</p>	<p>المرحلة العاشرة:          أكثر من 60          شهرًا.</p>

"جدول يمثل مراحل نمو اللغة الاستقبالية (الفهم) لدى الطفل السوي"

(أدافر لامية، 2012، ص18-20)

## 2-5 خطوات الفهم الشفهي:

حدد كلارك و كلارك 1977 خمس خطوات لتحقيق الفهم فهي:

أ- استقبال المعلومات المسموعة و الاحتفاظ بها في الذاكرة العاملة (القصيرة) لتحليله مكونات جمالية.

ب- يبدأ السامع بتحليل الألفاظ المتوفرة في الذاكرة العاملة إلى مكونات جمالية قصيرة تمهيدا لترميزها و استقبال المعلومات المسموعة من مصدرها (التتابع).

ج- تحويل المكونات الجمالية القصيرة إلى معاني ( عملية الترميز ) مع استمرار المرحلة الأولى و الثانية.

د- يقوم الفرد بتجميع معاني المكونات الجمالية القصيرة ليتكون معنى شمولي و تكاملي للجملة كاملة.

هـ- يتم التخلص من الصورة اللفظية للجمل، و يتم بعث معاني الجمل الكاملة و الكلية إلى الذاكرة الطويلة من أجل التخزين الدائم.

أما أندرسون 1995 ANDERSON، فيؤكد أن السامع يتخلص من النص الحرفي بعد تجاوز مرحلة الإدراك و تمثيل المعلومات، فالفهم يتحقق خلال ثلاث مراحل و هي:

- **مرحلة الإدراك:** إدراك النص كما تم ترميزه أصلا من خلال ممارسة عمليات الإدراك وفق نظام معالجة المعلومات في الذاكرة القصيرة، وقد يكون هذا الإدراك حرفيا للنص من خلال فهم معانيه المباشرة، أو يكون ضمنيا أي مراعاة للمعاني غير المباشرة للنص.

- **مرحلة التمثيل:** تمثيل معاني الكلمات و الجمل الواردة في النص المسموع أو المقروءة و تخزينها أو وضعها في حالة الاستعداد للاستجابة.

- **مرحلة الاستجابة:** استخدام المعاني التي تم تمثيلها في حالة أن النص يتطلب الإجابة على سؤال ما وجهه للسامع أو إتباع تعليمات معينة خلال أداء مهمة معينة للدلالة على الفهم.

- أما الباحث داود عبده فيرى أن السامع يمر بخطوات حيث يفهم ما يقوله المتكلم و هي:
- أ-تتلقى أذن السامع ما ينطقه المتكلم من أصوات، و يحتفظ بالصورة اللفظية لما يسمعه من كلام في الذاكرة العاملة لتحليلها إلى مكونات جملية.
- ب-يحلل السامع هذه الألفاظ التي دخلت الذاكرة العاملة إلى مكونات جملية في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الذاكرة العاملة عبر الأذن مزيدا من ألفاظ الجملة.
- ج-يحول كل مكون جملي إلى الفكرة التي تعبر عنها معناها في نفس الوقت الذي ستمر فيه الخطوتان السابقتان.
- د-يضم الفكر لمعاني مكونات الجملية شيئا فشيئا و يؤلف منها معاني مركبة لمكونات جملية أوسع إلى أن يتم تأليف الجملة الكاملة من معاني أجزائها.
- هـ-يتخلص من الصورة اللفظية للجملة و ينقل معناها إلى الذاكرة الدائمة (تساوت صافية، 2017، ص105،104).

## 2-6 الفهم الشفهي للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد:

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

إن دراسات "رومبيرغ و جونسون غيلبيرغ" سنة 1996 و دراسات "ريدل" سنة 1995 و "فآي" سنة 1980، تنص جميعها على أن الأطفال المصابين بالتوحد يدون صعوبات في فهم:

-كيفية توظيف الضمائر .

-تصريف الأفعال.

-الجملة المنفية و المبنية للمجهول.

-البنية التركيبية المعقدة و الطويلة.

-تقديم و تأخير الأفعال و تحديد أزمنتها.

-الكلمات المجردة.

في عام 1980 صرح « **FAY** » بأنه من الصعب إدراك سبب عدم فهم هذه الفئة من الأطفال للجملة المنفية.

من جهة أخرى في نفس السنة اظهر كل من "جاردن و باولغ" أن الأطفال التوحديين قادرون على تكرار فهم الجملة المتكونة من الألفاظ متداولة و اعتادوا على استعمالها و توظيفها أي أنهم على دراية بها و التي تتناسب مستوى قدراتهم التركيبية و التي يعبرون بها من خلال انتاجاتهم العفوية، و لكن لديهم تمييز سمعي ضعيف و مشاكل في الإدراك السمعي و بالتالي غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة و اللغة غير المسموعة، و هذا يؤثر على قدرة الأطفال التوحديين على الفهم و التعرف و بالتالي على الاتصال اللغوي مع الآخرين، و يجدون صعوبة في فهم جملة من نوع تركيبية معقد (بعيطاوي جميلة، محمد بن قطاف، 2022، ص42).

**خلاصة:**

يعرف الفهم بأنه إدراك العلاقات و المعاني و المفاهيم بشكل يسمح بالتفاعل مع المواقف المختلفة بشكل سليم ، يندرج الفهم عبر عدة مستويات و يتأثر بعدة عوامل ، و تعد صعوبات الفهم من أبرز التحديات لدى الأطفال المصابين بالطيف التوحد .حيث لديهم قصور في فهم التراكيب المعقدة و الضمائر و الأفعال.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية.

- 1- الدراسة الاستطلاعية.
- 2- منهج الدراسة.
- 3- الحدود المكانية و الزمانية.
- 4- عينة الدراسة.
- 5- خصائص عينة الدراسة.
- 6- أدوات الدراسة.

**1- الدراسة الاستطلاعية:**

تُعدّ الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية أساسية في إعداد البحث العلمي، إذ تهدف إلى جمع المعطيات الضرورية وتمهيد الطريق للخطوات المنهجية القادمة. وقد جاءت هذه المرحلة في سياق تكويني بعد التخرج مباشرة، حيث تم الشروع في العمل على الموضوع عقب نيل شهادة الليسانس، أي منذ ما يقارب السنتين.

وقد تم تنفيذ هذه المرحلة بالتعاون مع مؤسسة العصر للمتابعة والاستشارات النفسية- التربوية، حيث أجرينا قياسًا قبليًا على عينة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، باستخدام اختبار Chevy-Muller الذي يُعتمد لتحديد المهارات القاعدية والمظاهر السلوكية لدى الأطفال.

وقد ساعدتنا نتائج هذا القياس القبلي في ضبط البرنامج العلاجي المناسب، وتحديد التمارين العلاجية الأكثر توافقًا مع احتياجات الأطفال محل الدراسة. كما مكّنتنا هذه المرحلة الاستطلاعية من رصد فعالية التمارين العلاجية لاحقًا، ضمن منهج تجريبي مضبوط، بما يسمح بفهم أعمق لأثر البرنامج العلاجي على هذه الفئة.

**2- منهج الدراسة :**

يعتبر المنهج الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم، بواسطة مجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة (عبد الرحمان بدوي، 1977، ص5). وحسب طبيعة موضوع بحثنا الخاص بتحديد فعالية التمارينات العلاجية في تنمية الفهم الشفهي عند أطفال طيف التوحد، فإن المنهج المناسب لإتباع سيرورة موضوعنا هو المنهج التجريبي.

يعرف المنهج التجريبي أنه تغيير متعمد و مضبوط للشروط المحددة للواقع أو الظاهرة التي تكون موضوعا للدراسة، و ملاحظة ما ينتج عن هذا التغيير من آثار في هذا الواقع أو الظاهرة (محمد سرحان على المحمودي، 2019، ص65).

ولقد تم اختيارنا للتصميم الشبة التجريبي ذو المجموعة الواحدة وذلك لسهولة تطبيقه و أنو وسيلة سريعة لاختبار الفرضيات و لا يحتاج إلى عينة كبيرة، حيث يركز هذا الأسلوب على دراسة أثر متغيرات مستقلة معينة مثل طريقة من طرق التدريس أو فعالية برنامج إرشادي، و هكذا يمكن أن نحدد خصائص الأفراد من حيث الظاهرة موضوع الدراسة قبل إجراء التجربة، ثم نجرب المتغيرات المراد إدخالها، وتسجل خصائص الأفراد بعد التأثيرات التي أحدثها المتغير المستقل، والفارق بين الصورة القبلية(قبل إجراء التجربة) و الصورة البعدية (بعد إجراء التجربة) يكشف عن أثر المتغير المستقل في المتغير التابع (عبد الرحمان سيد سليمان، 2014، ص105).

### 3- الحدود المكانية و الزمانية:

#### 3-1 الحدود المكانية:

تتخذ مؤسسة “العصر للاستشارات والمتابعة النفسو-تربوية” من بلدية درارية بولاية الجزائر مقراً لها، حيث توفر فضاءً وظيفياً متكاملًا يراعي خصوصية النشاطات العلاجية والتربوية التي تقدمها. تتوزع المؤسسة على ثلاث مكاتب متخصصة: مكتب الأروطوفونية، مكتب العلاج النفسي، ومكتب العلاج النفسو-حركي والذي يشمل أيضاً أنشطة التأهيل الوظيفي (ergothérapie). كما تضم المؤسسة قاعة انتظار واسعة ومريحة مخصصة لاستقبال الأولياء والمرافقين، إلى جانب مطبخ وظيفي ومرحاض مهياً، بما يضمن تهيئة بيئة مناسبة ومتكاملة لاستقبال ومرافقة الأطفال والأسر في ظروف مريحة ومحفزة.

الاضطرابات المتكفل بها من طرف المؤسسة:

تُعنى مؤسسة “العصر للاستشارات والمتابعة النفسو-تربوية” بالتكفل الشامل والمتعدد التخصصات بعدد واسع من الاضطرابات النفسية، النمائية، الحركية، والتربوية التي يعاني منها الأطفال والمراهقون، وذلك من خلال فرق عمل متخصصة تضم الأروطوفونية، العلاج

النفسي، العلاج النفسو-حركي، والتأهيل الوظيفي (الأرغوتيرابي). وتشمل الاضطرابات اللغوية والنطقية كعسر النطق، التأتأة، اضطرابات اللغة الشفهية، عسر القراءة والكتابة، إلى جانب اضطرابات الصوت والتواصل، خاصة لدى الأطفال ضمن طيف التوحد. كما تتكفل المؤسسة بالاضطرابات النفسية والسلوكية مثل اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط الحركة (TDAH)، القلق، الاكتئاب، التقدير الذاتي المنخفض، والصدمات النفسية، إضافة إلى صعوبات التكيف المدرسي والاجتماعي. ومن الناحية النفسو-حركية، تركز المؤسسة على التكفل بتأخر النمو الحركي، اضطرابات التوازن والتناسق، الديسبراكسيا، وضعف الإدراك المكاني والزمني. كما يساهم قسم الأرغوتيرابي في دعم الأطفال الذين يواجهون صعوبات في الاستقلالية الحياتية، واضطرابات التكامل الحسي، أو التأهيل بعد إصابات عصبية. وتؤطر هذه التدخلات في إطار تشخيص دقيق ومتابعة فردية تهدف إلى تحسين نوعية حياة الطفل وتعزيز قدراته الذاتية والتربوية.

### 3-2 الحدود الزمانية:

قمنا بتناول هذا الموضوع و الاشتغال عليه مباشرة بعد نيلنا لشهادة ليسانس أي منذ ما يزيد عن سنتين.

### 4- عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على 5 حالات (ذكور و إناث)، كلهم مصابين بالتوحد. تم اختيارهم بطريقة قصدية.

### شروط اختيار العينة:

تم اختيار الحالات المصابين بالتوحد حسب:

-السن: من 4 سنوات إلى 8 سنوات.

-اختيار حالات لديها كفالة أرطفونية.

-شدة التوحد: تم إستعمال مقياس CARS لقياس شدة التوحد عند أفراد العينة.

-اللغة المستعملة: العربية (الدارجة).

-الجنس: تم اختيار الجنسين.

### 5- خصائص عينة الدراسة:

تتكوّن عينة هذه الدراسة من خمسة (05) أطفال تمّ تشخيصهم باضطراب طيف التوحد بدرجة خفيفة، وذلك وفقاً لمعايير مقياس ( Childhood Autism Rating ) CARS (Scale) المعتمد لتقدير شدة التوحد. وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية، بناءً على ملفهم واستعدادهم للمشاركة في برنامج التمارين العلاجية المقترحة. تتراوح أعمار الأطفال بين 4 و8 سنوات، وهي مرحلة حاسمة في نمو وتطور المهارات اللغوية. وتضم العينة (02) بنت وثلاثة أولاد (03). ويتميز جميع أفراد العينة بقدرات إدراكية وحسية أساسية تُمكنهم من التفاعل إلى حدّ مقبول، وهو شرط أساسي لتنفيذ الأنشطة العلاجية المعتمدة في إطار هذه الدراسة.

الدرجة الرقمية	درجة التوحد حسب CARS	العمر ( بالسنوات )	الجنس
31	خفيف	4	ذكر
29,5	خفيف	5	أنثى
30,2	خفيف	6	ذكر

ذكر	7	خفيف	32
أنثى	8	خفيف	28,7

جدول (04) يمثل خصائص أفراد العينة مع درجات مقياس CARS

## 6- أدوات الدراسة:

يلجأ كل باحث في أي دراسة علمية إلى إستعمال عدد من الأدوات و الوسائل التي ستساعده للحصول على البيانات التي تتناسب موضوع دراسته، و عليه اعتمدنا في دراستنا الحالية لمعرفة فعالية التمارينات المقترحة لتنمية الفهم الشفهي عند الأطفال المصابين بالتوحد على تطبيق أدوات بحث منهجية علمية محاولة من التأكيد على صحة أو عدم صحة محتوى الفرضيات و التي تعتبر كمنطق احتمالي لتحقيق الأهداف التي نسعى لتجسيدها و للوصول إلى نتائج موضوعية و التي تشمل كل من الملاحظة، المقابلة و مجموعة من الإختبارات و التمارينات العلاجية المقترحة.

## 6-1 الملاحظة:

هي نشاط يقوم به الباحث خلال مراحل بحثه كلها، فهو يلاحظ حين يجمع الحقائق، و هو يلاحظ حين يفترض الفروض.

وهي مشاهدة السلوك كما هو عليه في الواقع، سواء بالحواس المجردة أو بالاستعانة بآلات. ثم تسجيله بالكتابة أو التصوير، أو على أشرطة، أو مجرد التعبير عنه شفها (عبد الرحمان سيد سليمان، 2014، ص222).

**6-2 المقابلة:**

تعد المقابلة وسيلة من وسائل جمع المعلومات في عدة حقول علمية دقيقة أو علمية إجتماعية أو علمية أدبية حيث تسمح بالوصول إلى معلومات و بيانات تلعب دورا أساسيا في هذه الأبحاث من أجل فهم أوضح للظاهرة المبحوثة في جميع أبعادها و مؤشراتها (أحمد نقي، 2021، ص86).

**6-3 الإختبارات:****6-3-1 إختبار شوفري مولر " Chevy-Muller":**

-هو عبارة عن مجموعة من اختبارات الفحص الشفوي وضع سنة 1975 استجابة للضرورة

التي شعر بها العياديين للقيام بالفحص أو اختبار دقيق للقدرات اللغوية عند الأطفال.

يحتوي هذا الرائز على 4 اختبارات:

الاختبارات الثلاثة الأولى خاصة باختبار المستويات الوظيفية للغة ويحتوي على:

-المستوى النطقي.

-المستوى الفونولوجي.

-المستوى اللغوي اللساني.

أما الاختبار الرابع فهو خاص باختبار قدرة الاحتفاظ عند الطفل.

يحتوي الرائز على فئتين من الأطفال:

-الفئة الأولى: forme p من 4 سنوات حتى 5 سنوات.

-الفئة الثانية: forme g من 5 سنوات ونصف حتى 8 سنوات.

يحتوي هذا الرئز على مجموعة من الأدوات 28 صورة

والاختبار الفونولوجي فهما صورتان سوداوان تمثل أصبع وانف 5 أشياء ممحاة، شمعة،

سداة، عود كبريت، مرآة و 20 صورة خاصة بالتسمية 6 صور للتعين ، سلسلة من 5

صور تمثل قصة، 4 بطات (2برجلين و2 تسبح)، حوضين، 3 علب من القريصات (اختبار

الألوان).

الاختبار النطقي: يختبر قدرات الطفل في إعادة نطق الفونيم، اختيرت 6 أصوات

هي: (س-ز-ف-ش-ر-ل)

التعلية: نقول للطفل اعد ورائي/في حالة إخفاقه نعيد السلسلة مرة أخرى.

-الاختبار الفونولوجي: وفيه

التسمية: هدف هذا البند هو اختبار الإنتاج الكلامي على مستوى الكلمة.

الكلمة السهلة.

الكلمة الصعبة.

-تقديم الاختبار:

التعلية: سأقدم لك الصور وعليك أن تحكي ما فيها.

في حالة عدم الإجابة نساعد الطفل بإعطائه تعريف حول الصورة.

تكرار الكلمة البسيطة: نقدم للطفل قائمة للكلمات 46 كلمة.

التعلية: سوف أعطي لك كلمات وأنت تعيدها ورائي.

تكرار الكلمات الصعبة: هنا لا نعيد الكلمة مرتين إلا في حالة إخطاء الطفل.

في نطق الكلمة وهي 12 كلمة طويلة وصعبة ومعظمها لا تنتمي للقاموس

اللغوي للطفل ويطبق على الفئتين g/p على الصغار تستعمل 6 كلمات أما

الكبار كل الكلمات.

-شروط التقديم: كل كلمة يتلفظ بها الفاحص ببطء ودون تفريق بين المقاطع.

-الاختبار اللغوي:

أ/ الفهم: يطبق هذا الاختبار على الفئتين وهو كالتالي: p البند c/b/a وg البند e/d/c.

ب/الاسترجاع.

ج/الاحتفاظ: يطبق هذا الاختبار على الفئتين وهو كالتالي p البند b/a/ وg البند c/b.

د/اختبار الاختلاف: يطبق على الفئة الثانية.

هـ/اختبار التشابه: يطبق على الفئتين.

و بما أن موضوع بحثنا يركز على الفهم الشفهي، فقد قمنا بتطبيق فقط البنود الخاصة به و

المتثلة في: البط، الألوان، القريصات، التماثل، الفهم الشفوي.

#### 6-4 التمارين المقترحة:

عبارة عن مجموعة من النشاطات المعرفية و اللغوية.

ملاحظة:

استعملنا في كل البنود المقترحة التعابير التالية: أرني [Wëřili]. أعطيني [êṭini].

خذ [ëřfad]. ضع [ḥat].

وأخذنا بعين الإعتبار المساعدات التالية: مساعدة لفظية، مساعدة بالإيماءات (الإشارات).

البند الأول: التعرف على الجنس (مذكر / مؤنث) ومطابقة الصور.

### الجزء الأول: التعرف على الجنس

1-الهدف من التمرين:

-التفريق بين المذكر و المؤنث.

-تمييز مختلف الصيغ و تطبيقها بشكل صحيح عن طريق فهم التعليمات التالية:

أرني [Wəřili] / أعطيني [êĖġini] / خذ [ĕřfad]. / ضع [ħat].

2-التعليمات:

-أرني الطفل في هذه الصورة.

-أرني الطفلة في الصورة.

-أعطيني صورة الطفلة.

-أعطيني صورة الطفل.

-خذ الصورة المتعلقة بأدوات الطفلة ( شعر، مساسك....).

-ضع صورة الطفلة فوق الطاولة.

### الجزء الثاني: مطابقة الصور

1-الهدف من التمرين:

-التعرف على مختلف الأشكال لمطابقة كل منها مع ظلها.

2-التعليمة:

-أرني الظل الصحيح الذي يطابق الصورة.

3-الأدوات المستعملة:

-مجموعة من الصور ( الملحق رقم 1).

البند الثاني: فهم الألوان و الأحجام

الجزء الأول:فهم الألوان

1-الهدف من التمرين:

-يتعرف الطفل على مختلف الألوان الأساسية.

2-التعليمة:

-أرني أين هو اللون الأصفر / الأحمر / الأزرق.

-أعطيني اللون الأصفر / الأحمر / الأزرق.

الجزء الثاني: فهم الأحجام

1-الهدف من التمرين:

-يتعرف الطفل على الأحجام المختلفة.

2-التعليمة:

-صنف حسب اللون.

-صنف حسب الحجم.

-صنف حسب اللون و الحجم.

3-الأدوات المستعملة:

-هي عبارة عن مجموعة من أكواب ملونة بألوان الأساسية ( أحمر / أزرق / أصفر) ذو أحجام مختلفة.

البند الثالث: فهم المجموعات الضمنية ( تصنيف عن طريق تعيين الصور)

1-الهدف من التمرين :

-يساعد الأطفال على تعلم و التعرف على مختلف الخضر و الفواكه و الملابس. أدوات المدرسية ووسائل النقل.

-تطوير مفرداتهم اللغوية.

2-التعليمية:

-أرني البطاقة(نسميها).

-أعطني البطاقة(نسميها).

-ضع كل بطاقة في السلة المناسبة.

3-الأدوات المستعملة:

4-سلات: سلة خضر وفواكه / سلة أدوات المدرسية / سلة وسائل النقل/ سلة الملابس.

-بطاقات تحتوي على صور خضر و فواكه / أدوات مدرسية / وسائل النقل/ سلة الملابس(الملحق رقم 2).

البند الرابع: فهم ظروف المكان

1-الهدف من التمرين :

-التمكن من فهم ظروف المكان التالية:( تحت، فوق / أمام، وراء / يمين، يسار).

2-التعليلة:

-سماع التعليلة و التعيين على الصور.

3-الأدوات المستعملة:

-صور تحتوي على ظروف المكان ( الملحق رقم3).

**البند الخامس:فهم الأسئلة.**

الهدف من التمرين:

-تعمل على فهم ضمائر الاستفهام و تطوير اللغة.

**فهم سؤال "من؟"**

الجزء الأول: التعرف على الشخصيات بدون فعل.

1-الهدف من التمرين:

-تحسين القدرة على التعرف على الشخصيات و التفريق بينها(أبي-أمي)(جد-جدتي)(أخي-أختي).

2-التعليلة:

-من في الصورة؟ هنا في حالة ما لم يجيب الفاحص نعطي له مساعدة إما لفظية أو بالإشارة أو نعطي له صورة مطابقة.

الجزء الثاني: من يقوم بالفعل؟

1-الهدف من التمرين:

-التعرف على الأفعال المختلفة و كيفية تصريفها.

2-التعليلة:

-من يقوم بالفعل؟ (نسمي الفعل).

3-الأدوات المستعملة:

-مجموعة من الصور تحتوي على الشخصيات المألوفة لديه.

-صور تحتوي على أفعال مختلفة.

فهم سؤال "ماذا يفعل؟" "واش راه يدير؟"

1-الهدف من التمرين:

-من خلال الصور نعرف الطفل على الأفعال المصرفة في المذكر و المؤنث.

فهم سؤال "أين" "متى"؟

1-الهدف من التمرين:

-التمكن من فهم و التعرف على الوقت و المكان.

-مطابقة الأفعال مع الأزمنة.

2-الأدوات المستعملة:

مجموعة من الصور ( الملحق رقم 4 ).

البند السادس: فهم "نعم/لا"

1-الهدف من التمرين:

-فهم (نعم/لا) للإجابة على الأسئلة التي تحتل الإجابة بنعم أو لا.

-تعزيز الثقة.

2-التعليمية:

-سماع المفحوص لما يقول الفاحص و يجيب بنعم أو لا.

3-الأدوات المستعملة:

-علبة تحتوي على مجموعة من الصور.

## الفصل الرابع: عرض و مناقشة النتائج.

1- عرض و تحليل نتائج الخام

2- عرض و تحليل النتائج حسب الفرضيات

3- مناقشة النتائج.

4- الاستنتاج العام.

الخاتمة.

قائمة المراجع.

الملاحق.

## 1- عرض و تحليل النتائج الخام:

### 1-1 عرض و تحليل النتائج الخام القبلية ( القياس القبلي ) :

الحالات	التعليمات المكانية	النسبة المئوية	تسمية و تميز الألوان	نسبة المئوية	التصنيف	النسبة المئوية	التميز البصري للتماثل	النسبة المئوية	الفهم الشفوي للسياق	النسبة المئوية
1	30	17,14%	25	18,80%	33	19,53%	40	19,61%	20	16,00%
2	28	16,00%	27	20,30%	30	17,75%	42	20,59%	22	17,60%
3	35	20,00%	26	19,55%	32	18,93%	41	20,10%	25	20,00%
4	32	18,29%	24	18,05%	31	18,31%	39	19,12%	21	16,80%
5	33	18,86%	28	21,05%	29	17,17%	43	21,08%	23	18,40%

#### جدول (5) يمثل النتائج الخام القبلية (القياس القبلي)

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الأولى تحصلت في القياس القبلي في بند تعليمات مكانية على درجة 30 ما يعادل نسبة 17,14% أما في بند تسمية و تميز الألوان فقد تحصلت على درجة 25 ما يعادل نسبة 18,80% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على درجة 33 ما يعادل نسبة 19,53% أما في بند التميز البصري للتماثل فقد تحصلت على درجة 40 ما يعادل نسبة 19,61% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على درجة 20 ما يعادل نسبة 16,00%.

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الثانية تحصلت في القياس القبلي في بند تعليمات مكانية فقد تحصلت على درجة 28 ما يعادل نسبة 16,00% أما في بند تسمية و تميز الألوان فقد تحصلت على درجة 27 ما يعادل نسبة 20,30% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على درجة 30 ما يعادل نسبة 17,75% أما في بند التميز البصري للتماثل فقد

تحصلت على درجة 42 ما يعادل نسبة 20,59% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد  
تحصلت على درجة 22 ما يعادل نسبة 17,60%.

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الثالثة تحصلت في القياس القبلي في بند تعليمات  
مكانية على درجة 35 ما يعادل نسبة 20,00% أما في بند تسمية و تمييز الألوان فقد  
تحصلت على درجة 26 ما يعادل نسبة 19,55% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على  
درجة 32 ما يعادل نسبة 18,93% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد تحصلت على  
درجة 41 ما يعادل نسبة 20,10% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على  
درجة 25 ما يعادل نسبة 20,00%.

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الرابعة تحصلت في القياس القبلي في بند تعليمات  
مكانية على درجة 32 ما يعادل نسبة 18,29% أما في بند تسمية و تمييز الألوان فقد  
تحصلت على درجة 24 ما يعادل نسبة 18,05% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على  
درجة 31 ما يعادل نسبة 18,31% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد تحصلت على  
درجة 39 ما يعادل نسبة 19,12% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على  
درجة 21 ما يعادل نسبة 16,80%.

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الخامسة تحصلت في القياس القبلي في بند تعليمات  
مكانية فقد تحصلت على درجة 33 ما يعادل نسبة 18,86% أما في بند تسمية و تمييز  
الألوان فقد تحصلت على درجة 28 ما يعادل نسبة 21,05% أما في بند التصنيف فقد  
تحصلت على درجة 29 ما يعادل نسبة 17,17% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد  
تحصلت على درجة 43 ما يعادل نسبة 21,08% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد  
تحصلت على درجة 23 ما يعادل نسبة 18,40%.

## 2-1 عرض و تحليل النتائج الخام البعدي (القياس البعدي):

الحالات	التعليمات المكانية	النسبة المنوية	تسمية و تمييز الألوان	نسبة المنوية	التصنيف	النسبة المنوية	التمييز البصري للتماثل	النسبة المنوية	الفهم الشفوي للساق	النسبة المنوية
1	80	20,25%	70	19,44%	81	20,45%	85	20,00%	70	19,44%
2	75	18,99%	68	18,89%	76	19,20%	88	20,71%	72	20,00%
3	82	20,76%	71	19,72%	78	19,70%	90	21,18%	74	20,56%
4	77	19,51%	66	18,33%	80	20,20%	86	20,24%	73	20,28%
5	79	19,50%	72	20,00%	77	19,45%	89	20,94%	71	19,72%

### جدول (6) يمثل النتائج الخام البعدي (القياس البعدي)

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الأولى تحصلت في القياس البعدي في بند تعليمات مكانية على درجة 80 ما يعادل نسبة 20,25% أما في بند تسمية و تمييز الألوان فقد تحصلت على درجة 70 ما يعادل نسبة 19,44% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على درجة 81 ما يعادل نسبة 20,45% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد تحصلت على درجة 85 ما يعادل نسبة 20,00% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على درجة 70 ما يعادل نسبة 19,44%

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الثانية تحصلت في القياس البعدي في بند تعليمات مكانية على درجة 75 ما يعادل نسبة 18,99% أما في بند تسمية و تمييز الألوان فقد تحصلت على درجة 68 ما يعادل نسبة 18,89% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على درجة 76 ما يعادل نسبة 19,20% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد تحصلت على درجة 88 ما يعادل نسبة 20,71% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على درجة 72 ما يعادل نسبة 20,00%.

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الثالثة تحصلت في القياس البعدي في بند تعليمات مكانية على درجة 82 ما يعادل نسبة 20,76% أما في بند تسمية و تمييز الألوان فقد تحصلت على درجة 71 ما يعادل نسبة 19,72% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على درجة 78 ما يعادل نسبة 19,70% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد تحصلت على درجة 90 ما يعادل نسبة 21,18% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على درجة 74 ما يعادل نسبة 20,56%.

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الرابعة تحصلت في القياس البعدي في بند تعليمات مكانية فقد تحصلت على درجة 77 ما يعادل نسبة 19,51% أما في بند تسمية و تمييز الألوان فقد تحصلت على درجة 66 ما يعادل نسبة 18,33% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على درجة 80 ما يعادل نسبة 20,20% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد تحصلت على درجة 86 ما يعادل نسبة 20,24% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على درجة 73 ما يعادل نسبة 20,28%.

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الخامسة تحصلت في القياس البعدي في بند تعليمات مكانية على درجة 79 ما يعادل نسبة 19,50% أما في بند تسمية و تمييز الألوان فقد تحصلت على درجة 72 ما يعادل نسبة 20,00% أما في بند التصنيف فقد تحصلت على درجة 77 ما يعادل نسبة 19,45% أما في بند التمييز البصري للتماثل فقد تحصلت على درجة 89 ما يعادل نسبة 20,94% أما في بند الفهم الشفوي للسياق فقد تحصلت على درجة 71 ما يعادل نسبة 19,72%.

2- عرض و تحليل النتائج حسب الفرضيات:

1-2 عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

الدلالة الإحصائية	قيمة P	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس	فهم
دالة إحصائية عند $\alpha$		2,70	31,60	قبلي	التعليمات
$\alpha=0,05$					المكانية
لأن Pvalue<0,05	0,04	2,70	78,60	بعدي	

"جدول (07) يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند فهم التعليمات المكانية"

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط درجات العينة في بند فهم التعليمات المكانية قبل تطبيق التمارين العلاجية (القياس القبلي) بلغ (31,60) بانحراف معياري قدره (2,70)، بينما ارتفع هذا المتوسط بعد التطبيق (القياس البعدي) إلى (78,60) مع نفس قيمة الانحراف المعياري (2,70). وللتحقق من دلالة هذا الفرق، تم اعتماد اختبار ولكسون (Wilcoxon Signed-Ranks Test) للرتب خ. وقد أسفر هذا التحليل عن قيمة دلالة إحصائية  $p = 0,04$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة المحدد  $\alpha = 0,05$ ، مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي دال إحصائياً.

بالتالي، يمكننا قبول الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى فهم التعليمات المكانية، بالرجوع إلى المتوسطات الحسابية، نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي (78,60) يفوق بشكل واضح المتوسط الحسابي للقياس القبلي (31,60)، وهو ما يدل مبدئياً على وجود تحسن ملحوظ في أداء أفراد العينة بعد خضوعهم للتدخل العلاجي.

أما فيما يخص قيمة الانحراف المعياري فكانت منخفضة في كلا القياسين (2,70)، وهو ما يدل على أن تباين الدرجات بين أفراد العينة كان ضعيفاً، أي أن النتائج متقاربة فيما بينهم. هذا التقارب في الدرجات يعكس تجانس العينة المدروسة، ويعزز من موثوقية النتائج، إذ يشير إلى أن التحسن الملحوظ بعد تطبيق التمارين العلاجية لم يكن محصوراً لدى أفراد معينين فقط، بل شمل غالبية المشاركين بشكل متقارب.

## 2-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

الدلالة الإحصائية	قيمة P	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس	تميز و تسمية الألوان
دالة إحصائية عند $\alpha$	0,04	1,58	26,00	قبلي	
لأن Pvalue<0,05		2,41	69,40	بعدي	

"جدول (08) يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند تميز و تسمية الألوان"

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط درجات العينة في بند تمييز و تسمية الألوان قبل تطبيق التمارين العلاجية (القياس القبلي) بلغ (26,00) بانحراف معياري قدره (1,58)، بينما ارتفع هذا المتوسط بعد التطبيق (القياس البعدي) إلى (69,40) مع قيمة الانحراف المعياري قدرت ب (2,41). وللتحقق من دلالة هذا الفرق، تم اعتماد اختبار ولكسون (Wilcoxon Signed-Ranks Test) للرتب خ. وقد أسفر هذا التحليل عن قيمة دلالة إحصائية  $p = 0,04$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة المحدد  $\alpha = 0,05$ ، مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي دال إحصائياً.

بالتالي، يمكننا قبول الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى تمييز و تسمية الألوان بالرجوع إلى المتوسطات الحسابية، نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي (69,40) يفوق بشكل واضح المتوسط الحسابي للقياس القبلي (26,00)، وهو ما يدل مبدئياً على وجود تحسن ملحوظ في أداء أفراد العينة بعد خضوعهم للتدخل العلاجي.

أما فيما يخص قيمة الانحراف المعياري فكانت منخفضة في كلا القياسين، حيث بلغ قدره في القياس القبلي (1,58) و في القياس البعدي (2,41) وهو ما يدل على أن تباين الدرجات بين أفراد العينة كان ضعيفاً، أي أن النتائج متقاربة فيما بينهم. هذا التقارب في الدرجات يعكس تجانس العينة المدروسة، ويعزز من موثوقية النتائج، إذ يشير إلى أن التحسن الملحوظ بعد تطبيق التمارين العلاجية لم يكن محصوراً لدى أفراد معينين فقط، بل شمل غالبية المشاركين بشكل متقارب.

## 2-3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

الدلالة الإحصائية	قيمة P	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس	التصنيف
دالة إحصائية عند $\alpha$	0,04	1,58	31,00	قبلي	
لأن Pvalue < 0,05		2,07	78,40	بعدي	

"جدول (09) يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند التصنيف"

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط درجات العينة في بند التصنيف قبل تطبيق التمارين العلاجية (القياس القبلي) بلغ (31,00) بانحراف معياري قدره (1,58)، بينما ارتفع هذا المتوسط بعد التطبيق (القياس البعدي) إلى (78,40) مع قيمة الانحراف المعياري قدرت ب (2,07). وللتحقق من دلالة هذا الفرق، تم اعتماد اختبار ولكسون (Wilcoxon Signed-Ranks Test) للرتب خ. وقد أسفر هذا التحليل عن قيمة دلالة إحصائية  $p = 0,04$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة المحدد  $\alpha = 0,05$ ، مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي دال إحصائياً.

بالتالي، يمكننا قبول الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى التصنيف بالرجوع إلى المتوسطات الحسابية، نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي (78,40) يفوق بشكل

واضح المتوسط الحسابي للقياس القبلي (31,00)، وهو ما يدل مبدئيًا على وجود تحسن ملحوظ في أداء أفراد العينة بعد خضوعهم للتدخل العلاجي.

أما فيما يخص قيمة الانحراف المعياري فكانت منخفضة في كلا القياسين، حيث بلغ قدره في القياس القبلي (1,58) و في القياس البعدي (2,07) وهو ما يدل على أن تباين الدرجات بين أفراد العينة كان ضعيفًا، أي أن النتائج متقاربة فيما بينهم. هذا التقارب في الدرجات يعكس تجانس العينة المدروسة، ويعزز من موثوقية النتائج، إذ يشير إلى أن التحسن الملحوظ بعد تطبيق التمارين العلاجية لم يكن محصورًا لدى أفراد معينين فقط، بل شمل غالبية المشاركين بشكل متقارب.

## 2-4 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة P	الدلالة الإحصائية
التميز البصري للتماثل	قبلي	41,00	1,58	دالة إحصائية عند $\alpha$
	بعدي	87,60	2,07	لأن $Pvalue < 0,05$
			0,04	$\alpha = 0,05$

"جدول (10) يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند التمييز البصري للتماثل"

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط درجات العينة في بند التمييز البصري للتماثل قبل تطبيق التمارين العلاجية (القياس القبلي) بلغ (41,00) بانحراف معياري قدره (1,58)، بينما ارتفع هذا المتوسط بعد التطبيق (القياس البعدي) إلى (87,60) مع قيمة الانحراف المعياري قدرت ب (2,07). وللتحقق من دلالة هذا الفرق، تم اعتماد اختبار ولكسون (Wilcoxon Signed-Ranks Test) للرتب خ. وقد أسفر هذا التحليل عن قيمة دلالة إحصائية  $p=0,04$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة المحدد  $\alpha = 0,05$ ، مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي دال إحصائياً.

بالتالي، يمكننا قبول الفرضية الجزئية الرابعة التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى التمييز البصري للتماثل بالرجوع إلى المتوسطات الحسابية، نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي (87,60) يفوق بشكل واضح المتوسط الحسابي للقياس القبلي (41,00)، وهو ما يدل مبدئياً على وجود تحسن ملحوظ في أداء أفراد العينة بعد خضوعهم للتدخل العلاجي.

أما فيما يخص قيمة الانحراف المعياري فكانت منخفضة في كلا القياسين، حيث بلغ قدره في القياس القبلي (1,58) و في القياس البعدي (2,07) وهو ما يدل على أن تباين الدرجات بين أفراد العينة كان ضعيفاً، أي أن النتائج متقاربة فيما بينهم. هذا التقارب في الدرجات يعكس تجانس العينة المدروسة، ويعزز من موثوقية النتائج، إذ يشير إلى أن التحسن الملحوظ بعد تطبيق التمارين العلاجية لم يكن محصوراً لدى أفراد معينين فقط، بل شمل غالبية المشاركين بشكل متقارب

## 2-5 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

الدلالة الإحصائية	قيمة P	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس	الفهم الشفوي للسياق
دالة إحصائية عند $\alpha$		1,92	22,20	قبلي	الفهم الشفوي للسياق
$\alpha=0,05$					
لأن Pvalue<0,05	0,04	1,58	72,00	بعدي	

"جدول (11) يوضح قيمة P لدى المجموعة التجريبية في بند الفهم الشفوي للسياق"

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط درجات العينة في بند الفهم الشفوي للسياق قبل تطبيق التمارين العلاجية (القياس القبلي) بلغ (22,20) بانحراف معياري قدره (1,92)، بينما ارتفع هذا المتوسط بعد التطبيق (القياس البعدي) إلى (72,00) مع قيمة الانحراف المعياري قدرت ب (1,58). وللتحقق من دلالة هذا الفرق، تم اعتماد اختبار ولكسون (Wilcoxon Signed-Ranks Test) للرتب خ. وقد أسفر هذا التحليل عن قيمة دلالة إحصائية  $p = 0,04$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة المحدد  $\alpha=0,05$ ، مما يدل على أن الفرق بين القياسين القبلي والبعدي دال إحصائياً.

بالتالي، يمكننا قبول الفرضية الجزئية الرابعة التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مستوى الفهم الشفوي للسياق بالرجوع إلى المتوسطات الحسابية، نجد أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي (72,00) يفوق بشكل

واضح المتوسط الحسابي للقياس القبلي (22,20)، وهو ما يدل مبدئيًا على وجود تحسن ملحوظ في أداء أفراد العينة بعد خضوعهم للتدخل العلاجي.

أما فيما يخص قيمة الانحراف المعياري فكانت منخفضة في كلا القياسين، حيث بلغ قدره في القياس القبلي (1,92) و في القياس البعدي (1,58) وهو ما يدل على أن تباين الدرجات بين أفراد العينة كان ضعيفًا، أي أن النتائج متقاربة فيما بينهم. هذا التقارب في الدرجات يعكس تجانس العينة المدروسة، ويعزز من موثوقية النتائج، إذ يشير إلى أن التحسن الملحوظ بعد تطبيق التمارين العلاجية لم يكن محصورًا لدى أفراد معينين فقط، بل شمل غالبية المشاركين بشكل متقارب.

### 3- مناقشة النتائج:

#### 3-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى: فهم التعليمات المكانية

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى فهم التعليمات المكانية، وهو ما يعكس فعالية التمارين العلاجية في تنمية القدرة على إدراك المفاهيم المكانية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وقد أشار العديد من الباحثين، من بينهم Frith (2003) و Baron-Cohen & al (2000)، إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد يواجهون صعوبات في تمثيل العلاقات المكانية بسبب محدودية المهارات المعرفية والاجتماعية.

هذا التحسن يمكن تفسيره ضمن إطار النظرية المعرفية التي ترى أن التمارين الموجهة والتكرار المنهجي يعززان التمثيل الذهني للمفاهيم المجردة، وهو ما أشار إليه Rogers & Vismara (2008) عند الحديث عن فعالية التدخلات المبكرة القائمة على النشاطات البصرية والحسية.

### 3-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية: تمييز وتسمية الألوان

أثبتت النتائج فعالية التمارين العلاجية في تحسين قدرة الأطفال على تمييز الألوان وتسمية مفرداتها، وهو ما يتماشى مع نتائج (Klinger et al. 2007) الذين أشاروا إلى وجود ضعف في المعالجة اللغوية والذاكرة اللفظية لدى الأطفال التوحديين، مما يؤثر على قدرتهم على تسمية الأشياء حتى وإن تعرفوا عليها بصرياً.

التحسن المسجل في القياس البعدي يدعم ما توصل إليه (Schopler et al 2005) الذين أكدوا على أهمية استخدام البرامج التعليمية متعددة الحواس (multi-sensory programs) لتقوية الروابط بين الإدراك البصري واللفظي لدى هذه الفئة من الأطفال.

### 3-3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: التصنيف

أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في مهارة التصنيف بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهو ما ينسجم مع الطروحات النظرية التي تربط بين التصنيف والوظائف التنفيذية المرتبطة بالقشرة الجبهية. وقد أوضحت (Pellicano 2007) أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من قصور في تكوين الفئات الذهنية مما يعيق قدرتهم على التنظيم المعرفي.

هذا التحسن المسجل يتقاطع مع ما بينه (Lovaas 1987) من أن التعليم المنظم والقائم على التكرار يمكنه أن يعزز من القدرات المفاهيمية حتى في الحالات الصعبة من التوحد.

### 3-4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: التمييز البصري للتماثل

أظهرت نتائج القياس البعدي تحسناً كبيراً في التمييز البصري للتماثل، وهي مهارة ترتبط أساساً بالانتباه البصري والتركيز. وتشير دراسة (Plaisted et al. 1998) إلى أن أطفال التوحد يميلون للتركيز على التفاصيل الدقيقة دون القدرة على إدراك الصورة الكلية، وهو ما يبرر ضعف أدائهم في اختبارات التماثل البصري.

التحسن الملحوظ بعد التدخل العلاجي يعكس تطوراً في هذه القدرة، وهو ما يدعم نتائج Van der Hallen et al. (2015) الذين أثبتوا أن التمارين البصرية المكثفة تحسّن التكامل البصري لدى هذه الفئة.

### 3-5 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: الفهم الشفهي للسياق

أكدت النتائج وجود تطور كبير في قدرة الأطفال على فهم السياق الشفهي بعد التدخل، وخاصة في استخدام ضمائر الاستفهام والتفاعل مع الأسئلة، وهو مؤشر على تقدم في الكفاءة التواصلية واللغوية. وقد أظهرت دراسة (Tager-Flusberg et al. 2005) أن الأطفال التوحديين يعانون من ضعف في فهم البنية اللغوية للسياق، مما ينعكس سلباً على التواصل الفعال.

ويُعزى التحسن المسجل إلى الطابع التفاعلي والمتكرر للتمارين، كما أشارت إلى ذلك دراسة (Prizant & Wetherby 1998)، حيث تُعد الأنشطة الموجهة ضمن السياقات الطبيعية ذات أثر إيجابي في تعزيز اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

#### 4-الاستنتاج العام:

من خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة، يتبين أن التمارين العلاجية المقترحة كان لها تأثير إيجابي وفعال في تحسين مهارة الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي مما يدل على قدرة الطفل المصاب بالتوحد على التعلّم والتطور حين يتم توجيهه بأساليب مناسبة تتماشى مع خصوصياته.

لقد ساهمت هذه التمارين في تحفيز عدة جوانب لدى الأطفال، خاصة في مهام مثل فهم التعليمات، التمييز البصري، التصنيف، وتسمية الألوان، وهي كلها مهارات أساسية في تطوير الفهم الشفهي. وهذا ما يعكس أهمية تبني برامج علاجية قائمة على التدرج، التكرار، والتحفيز المتنوع (بصري، سمعي، حركي)، في إطار تدخل منظم وهادف.

كما أظهرت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ليسوا عاجزين عن التعلم، وإنما يحتاجون إلى طرق مختلفة في التلقين والتدريب، تراعي الفروق الفردية وتُشعرهم بالأمان والثقة. وعليه، فإن هذه الدراسة تؤكد أن التدخل المبكر والمنهجي باستخدام تمارين علاجية موجّهة يمكن أن يحدث فرقاً حقيقياً في قدراتهم التواصلية، ويمهد الطريق لاندماجهم الأفضل في الوسطين التربوي والاجتماعي.

الخاتمة

## الخاتمة:

و في ختام هذه الدراسة التي جاءت استجابة لحاجة ميدانية ملحة تتعلق بضعف الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الذي يعتبر أحد أبرز التحديات التي تواجه المختص الأروطوفوني في إعادة التأهيل اللغوي لهذه الفئة، و من خلال هذه الدراسة قمنا بإقتراح مجموعة من التمارين العلاجية لتنمية الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد تبرز أهمية التدخل المبكر في تحسين قدراتهم التواصلية. حيث انطلقت من إشكالية جوهرية تتعلق بمدى فعالية التمارين العلاجية لتنمية الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد. و كخطوة أولى تم تصديق محتوى التمارين العلاجية من طرف خبراء و مختصين في هذا المجال. ثم حاولنا التحقق من فعاليته فقمنا بتطبيقه على عينة بحث تكونت من 5 أطفال مصابين بإضطراب طيف التوحد تم اختيارهم بطريقة قصدية من مؤسسة العصر-للاستشارات و المرافقة النفسية التربوية بالجزائر العاصمة.

و لإجراء هذه الدراسة، اعتمدنا المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة بإستعمال اختبار Chevy-Muller كأداة للقياس القبلي و القياس البعدي، مما أتاح لنا إمكانية قياس التغيرات الحاصلة في مستوى الفهم الشفهي، كما تم تحليل نتائج الفروق باستخدام اختبار ولكسون (Wilcoxon Signed-Ranks Test) وهذا ما سمح لنا بتقييم مدى فعالية التمارين العلاجية و منح الدراسة مصداقية علمية.

و بينت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي، و هذا ما يؤكد فعالية التمارين العلاجية المقترحة في تحسين الفهم الشفهي لدى هذه الفئة من الأطفال و يعزز من صحة الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة.

وعليه تأتي هذه الدراسة لتؤكد على أهمية التدخل الأروطوفوني القائم على إعداد برامج و تمارين علاجية موجهة و متكيفة مع القدرات الفردية لكل طفل، بحيث أن التمارين العلاجية التي تعتمد على تبسيط التعليمات و استخدام الوسائط الداعمة مثل الصور، الأصوات تساهم

في تحسين الفهم في السياق اللفظي و الغير اللفظي، كما تعزز من القدرة على التفاعل مع المحيط و بناء علاقات إجتماعية أكثر فعالية و هذا ما يتماشى مع المبادئ الأساسية للتدخل الأرتو فوني الهادف إلى تطوير الكفاءة التواصلية لدى الطفل.

و في الأخير، يمكن القول أن مجال البحث العلمي حول اضطراب طيف التوحد و صعوبات الفهم الشفهي بحاجة مستمرة إلى دراسات و أبحاث و تقنيات متطورة، تساعد على تطوير برامج و استراتيجيات فعالة لتنمية هذه القدرات اللغوية. و مع ذلك تبقى هذه الدراسة محدودة نظرا لصغر حجم العينة، مما يجعل تعميم النتائج أمرا غير ممكن، ز مع ذلك يمكن اقتراح بعض التوصيات و الإقتراحات التي قد تسهم في تحسين الفهم الشفهي لدى فئة الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد:

- توسيع عينة الدراسة من أجل الوصول إلى حقائق جديدة و أكثر موضوعية.
- ضرورة إعداد برامج و تمارين علاجية مناسبة و ملائمة حسب القدرات المعرفية لفئة الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد لتحسين المهارات اللغوية لديهم.
- إجراء دراسات مماثلة على عينات أكثر و متنوعة من أجل تعزيز النتائج و تعميمها على نطاق أوسع.



# قائمة المراجع

المراجع:

بالعربية:

- 1-أدافر لامية(2011-2012). دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية. مذكرة الماجستير في الأرتوفونيا. قسم علم النفس و علوم التربية و الأرتوفونيا. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة الجزائر2.
- 2-آل إسماعيل حارم رضوان(2012). التوحد واضطرابات التواصل. ط1. عمان،الأردن: دار مجدولاي للنشر و التوزيع.
- 3-أحمد نقي(2021). المقابلة: الماهية، الأهمية، الأهداف، الأنواع. الجزائر: جامعة الجيلالي بونعامة بخميس مليانة.
- 4-أسامة فاروق مصطفى، كمال الشربيني(2011). التوحد: أسباب، التشخيص، العلاج. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- 5-أنور الحمادي، معايير DSM-5- TR.
- 6-إحسان براجل(2016-2017). علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد. مذكرة الدكتوراه في علم النفس المرضي للراشد. قسم العلوم الاجتماعية. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية بسكرة: جامعة محمد خيضر.
- 7-العيسوي، عبد الرحمان(2001). سيكولوجية اللغة و النمو اللغوي عند الطفل. ط1. بيروت: دار الرشاد الحديثة.
- 8-الشامي وفاء(2004). خفايا التوحد: أشكاله، أسبابه و تشخيصه. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- 9-بوحدي هندا(2022). استراتيجيات الفهم الشفهي لدى أطفال المصابين بالتوحد. مجلة البحوث التربوية و التعليمية. جامعة الجزائر.

- 10-بعيطاوي جميلة، محمد بن قطاف(2022). أثر التكفل النفسي الأرتوفوني في تعزيز نمو القدرات المعرفية (اللغة، الفهم الشفهي) لدى أطفال التوحد. المدية: جامعة يحي فارس.
- 11-بن حمو محمد الهادي(2021،2020). استراتيجيات الفهم الشفهي و علاقتها بالذاكرة الدلالية عند الطفل التوحدي. أطروحة دكتورة في علم النفس اللغوي و المعرفي. قسم الأرتوفونيا. كلية العلوم الإجتماعية. جامعة الجزائر2: أبو القاسم سعد الله.
- 12-تنساوت صافية(2017-2018). فاعلية برنامج تدريبي (لساني-معرفي) في تحسين فهم اللغة الشفهية لدى أطفال متلازمة داون. أطروحة دكتوراه في الأرتوفونيا. قسم الأرتوفونيا. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الجزائر2: أبو القاسم سعد الله.
- 13-تامر فرح سهيل(2015). التوحد: التعريف، الأسباب، العلاج والتشخيص. ط1. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر و التوزيع.
- 14-جمعة سيد يوسف(1990). سيكولوجية اللغة و المرض العقلي. ط1. الكويت: دار الثقافة و الفنون.
- 15-جمال خلف المقابلة(2016). اضطراب طيف التوحد: التشخيص و التدخلات العلاجية. ط1. دار يافا للنشر و التوزيع.
- 16-جنان قالي، محمد الصالح جعلاب(2022). تقييم استراتيجيات الفهم الشفهي لدى المتخلفين ذهنيا بدرجة بسيطة. مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية. الجزائر: جامعة العربي بن مهدي أم بواقي.
- 17-حنان بلخير، سامية عدائكة(2024). دراسة استراتيجيات الفهم الشفهي لدى أطفال متلازمة داون. مجلة السراج في التربية و قضايا المجتمع. الجزائر: الوادي.

- 18-خولة أحمد يحيى(2000). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. ط1. عمان: دار الفكر.
- 19-دحال سهام(2004-2005). دراسة و تحليل استراتيجيات الفهم الشفهي عند الطفل المصاب بصعوبات تعلم القراءة. مذكرة الماجستير في علم النفس اللغوي و المعرفي. قسم علم النفس وعلوم التربية و الأطفونيا. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية.
- 20-ذبيحي لحسن، خشاب سعاد(بدون سنة). تشخيص التوحد بين الطبعة الرابعة المعدلة DSM 4 و الطبعة الخامسة (APA,2013) DSM-5.
- 21-ريما مالك فاضل(2014-2015). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. مذكرة ماجستير في تقويم اللغة و الكلام. قسم التربية الخاصة. كلية التربية. جامعة دمشق.
- 22-رافع النصير الزغلول و عماد الرحيم الزغلول(2003). علم النفس المعرفي. ط1. عمان: دار النشر.
- 23-سوسن شاكر الجبلي(2015). التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. دار و مؤسسة رسلان للطباعة و النشر و التوزيع.
- 24-سوسن شاكر مجيد(2010). التوحد: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. ط2. دبيونو للطباعة و النشر و التوزيع.
- 25-شرين البدرابي عبد التواب السعيد(2017). التوحد لدى الأطفال. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. المجلد الرابع. العدد الثاني. جامعة المنصورة.
- 26-صحراوي فاطمة الزهراء(2022-2023). المخططات المعرفية غير المكيفة و علاقتها بالضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد. أطروحة الدكتوراة في علم النفس العيادي. قسم علم النفس و علوم التربية. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. ورقة: جامعة قاصدي مرباح.

- 27- عبد الله، محمد قاسم(2001). الطفل التوحدي أو الذاتوي حول الذات و معالجته (اتجاهات حديثة). الأردن: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
- 28- عبد اللطيف، عمر بن الخطاب خليل(2001). الأساليب الفعالة في علاج التوحد. مجلة معوقات الطفولة. جامعة الأزهر.
- 29- عبد الرحمان بدوي(1977). مناهج البحث العلمي. ط3. الكويت: وكالة المطبوعات للنشر.
- 30- عبد الرحمان سيد سليمان(2014). مناهج البحث. عالم الكتب.
- 31- عبد الله عبد الدائم(1996). أسس تعليم اللغة العربية و مهارات الفهم المختلفة. ط8. بيروت: دار النشر العلم للملايين.
- 32- فهد بن حمد المغلوث(2006). التوحد: كيف نفهمه و نتعامل معه. ط1. الرياض: إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- 33- قحطان أحمد الظاهر(2009). طيف التوحد. ط1. عمان، الأردن: دار وائل للنشر و التوزيع.
- 34- عواشيرية السعيد(2005). الفهم اللغوي القرائي و استراتيجيات المعرفية. منشورات المجلس الأعلى للغة العربية. الجزائر: مونديال كوم للطباعة.
- 35- لعامرة محمد إسماعيل (2007-2008). الصورة الذهنية و الحبسة تناول التسيير الذهني، رسالة ماجستير في الأرتوفونيا. قسم علم النفس و علوم التربية و الأرتوفونيا. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة الجزائر 2 .
- 36- مدلل شهرزاد(2015). الخصائص النفسية الاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المربية.

- 37- محمد أحمد خطاب(2005). الطفل التوحدي(تعريفها، تصنيفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي). ط1. عمان: دار الثقافة للنشر و التوزيع.
- 38- محمد سرحان على المحمودي(2019). مناهج البحث العلمي. ط3. دار الكتب.
- 39- محمد ميرود(2007-2008). استراتيجيات الفهم عند الطفل أحادي اللغة و الطفل مزدوج اللغة. أطروحة دكتوراه في علم النفس اللغوي المعرفي. قسم علم النفس و علوم التربية و الأرتوفونيا. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. جامعة الجزائر.
- 40- محمود حمدي شكري(2020). اضطراب طيف التوحد: مشكلات المعالجة الحسية و مشكلات تناول الطعام. ط1. دار نتيه للنشر.
- 41- مصطفى نوري القمش(2011). اضطرابات التوحد. عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- 42- مصطفى نوري القمش(2015). اضطرابات طيف التوحد: الأسباب، التشخيص و العلاج، دراسات علمية. ط2. عمان،الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- 43- نعيمة بوعامر(2021-2022). جودة الحياة و علاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد. شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي. قسم علم النفس وعلوم التربية الأرتوفونيا. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة غرداية.
- 44- نجاة عيسى إنصورة(2018). اضطراب طيف التوحد: المشكلة و المأل، الاستراتيجيات العلاجية. ط1. الهيئة العامة للثقافة.
- 45- وليد جمعة عثمان حسن(2014). فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير في تربية خاصة. كلية التربية. جامعة قناة السويس.

46-فهد بن حمد المغلوث(2006). التوحد: كيف نفهمه و نتعامل معه. ط1. الرياض: إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية.

### بالفرنسية:

1-American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.

2-Autism Inserm. (2018). La Science pour la Santé. INSERM.

3-Bashi, J., & Tapp, J. (2004). Behavioral Interventions and Autism: Strategies for Enhancing Communication. New York: Educational Resources.

4-Crocq, M.A., et Guelfi, J.D. (2015). DSM-5 - Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (5e éd.). Elsevier Masson.

5-Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M.D., Barbara Rothen-Renner, Ph.D. Échelle d'évaluation de l'autisme infantile (Childhood Autism Rating Scale : C.A.R.S).

6-Galloux, P. (2004). Le développement du langage chez l'enfant autiste: Pratiques et perspectives thérapeutiques. Paris: Dunod.

7-OMS (1993), Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Paris, Masson.

8-Pierce, S., & Bartolucci, G. (1977). Language comprehension in autistic children. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 7(1), 35–47.

9-Rondal, J. (1999). Trouble du langage, diagnostic et rééducation. Mardaga. Paris.

10-Schwartz, S. (2006). Case Studies in Abnormal Psychology. Wiley, Milton Austerely: National Library.

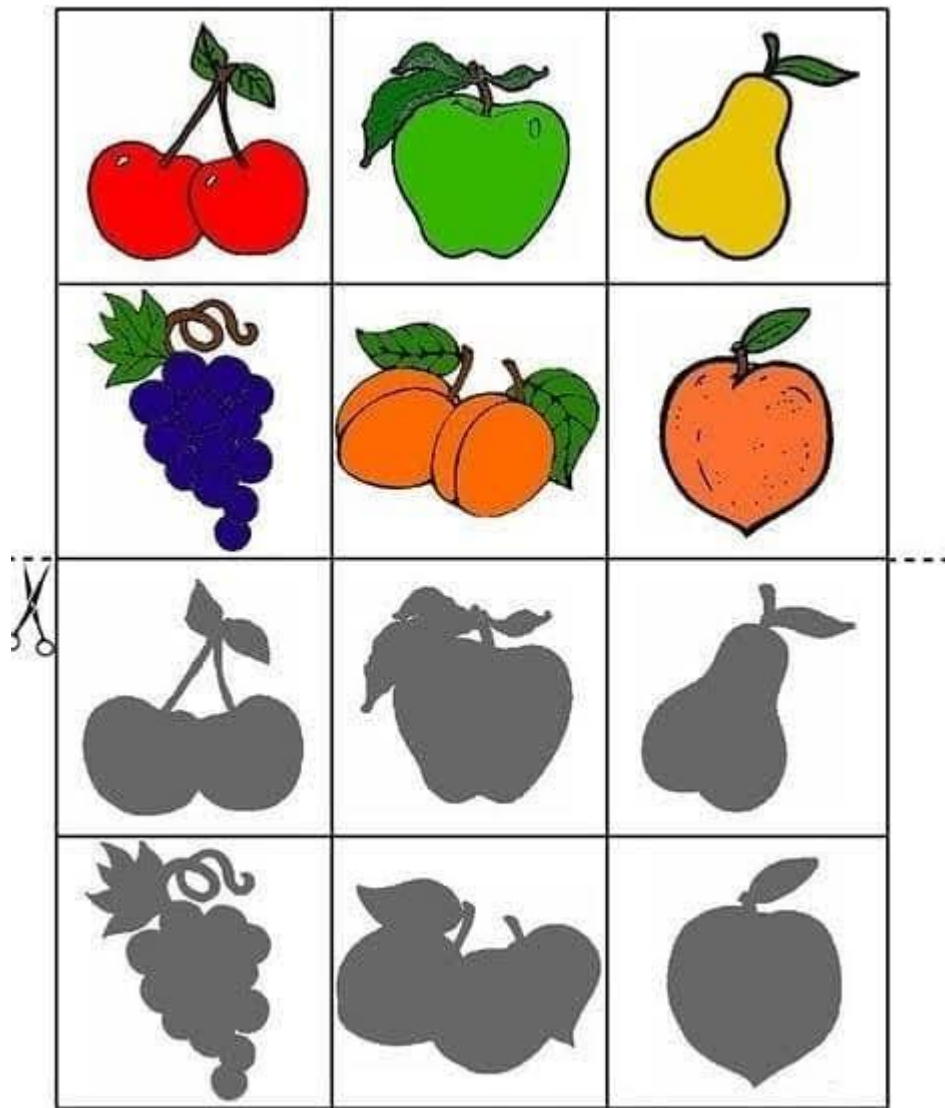
11-WHO (World Health Organization). (2013). Autism Spectrum Disorders and Other Developmental Disorders: Meeting Report From Raising Awareness to Building Capacity.

الملاحق

**الملحق رقم 1**







الملحق رقم 2







# وَسَائِلُ النُّقْلِ وَ الْمُواصَلَاتِ



بَاخِرَةٌ



طَائِرَةٌ



مِرْوَحِيَّةٌ



قَارِبٌ



دِرَاجَةٌ نَارِيَّةٌ



دِرَاجَةٌ

الملحق رقم 3



## ظرف المكان

أَمَلَا الفَرَائِغَات بِظَرْفِ مَكَانٍ مَنَاسِبٍ مِنَ الكَلِمَاتِ التَّالِيَةِ:

فوق

تحت

داخل

يمين



الطاولة      الدب



الطاولة      الدب



الطاولة      الدب



الصندوق      الدب

# الملحق رقم 4





0001

