

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
فرع أرطوفونيا



مدى فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى
الأطفال التوحيديين.

دراسة ميدانية لـ 20 حالة تتراوح أعمارهم ما بين [8_12] سنة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في الارطوفونيا

تخصص علم النفس العصبي المعرفي

تحت إشراف الاستاذة:

بن ناصر سهيلة

من إعداد الطالبتين:

زادل سعدية

اوراد سوهيلة

السنة الجامعية: 2016 / 2017

فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال المصابين بالتوحد تتراوح أعمارهم ما بين [8-12].

يهدف البحث الحالي إلى تحقيق ومعرفة فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى التوحديين، وقد تكونت عينة البحث من (20) حالة من بينهم (12) ذكور و(08) إناث، وقد قمنا باختيار العينة المقصودة، ومستوى إصابتهم بمرض التوحد بين المتوسط والحسن.

ولتحقيق هدف البحث قمنا باستخدام مقياس تقدير الاتصال اللغوي المقتن من طرف الباحثة (سهى نصر أحمد أمين سنة 2002)، وقد توصلت إلى إيجاد صدق وثبات هذا المقياس التي تبرر استخدامه ضمن البحث الحالي.

لقد قمنا بتطبيق هذا المقياس بالتركيز على المنهج التجريبي القائم على القياسات القبليّة والبعدية، فالخطوة الأولى طبقنا المقياس للقياس القبلي على أفراد العينة بهدف التعرف إن وجدت فروق احصائية بين الجنسين (الذكور والإناث) على مستوى المقياس في مهارات التواصل اللغوي المتمثلة في (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) لحوالي ثلاثة (03) أشهر لمدة خمس (05) حصص في الأسبوع وحوالي ساعتين إلى ثلاث ساعات [2-3] في اليوم، وبعده بفترة حوالي خمسة عشر (15) يوماً عاودنا تطبيق نفس المقياس للقياس البعدي على نفس العينة بهدف تحديد الفروق الاحصائية بين الجنسين إن وجدت بين الجنسين (الذكور والإناث)، لحوالي شهرين ونصف (02) لمدة أربعة إلى خمسة حصص [4-5] في الأسبوع وحوالي ساعتين [2] في اليوم.

وبعد الانتهاء من تطبيق مقياس تقدير الاتصال اللغوي في القياسين القبلي والبعدي على الأفراد المصابين بالتوحد ومن أجل تحقيق صحة فرضيات البحث الحالي، اعتمدنا على المعالجة الاحصائية بواسطة الملاحظة والتحليل، هذا من شأنه التعرف على وجود أو عدم وجود فرق بين درجات القياسين البعدي والقبلي لدى المصابين بالتوحد أفراد عينة البحث.

فمن خلال نتائج المعالجة الاحصائية التحليلية قد تحققت الفرضية التي مفادها توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد، ومن تحقق الفرضية المطروحة استنتجنا أن مقياس تقدير الاتصال اللغوي له فاعلية في تنمية وتطوير التواصل اللغوي لدى الفئة التي تعاني من التوحد.

ومن التوصيات والمقترحات التي خرج بها هذا البحث:

- ضرورة تدريب أسر الأطفال المصابين بالتوحد على مهارات التواصل اللغوي لكي يتفاعلوا ويندمجوا بشك سليم مع أبنائهم.
- التحفيز والتعزيز.
- ضرورة تقديم الرعاية النفسية والتربوية لهؤلاء الأطفال من خلال إشراكهم في أنشطة الحياة اليومية حتى تضمن لهم تطور في النمو النفسي والاجتماعي والتربوي والمهني.
- الاهتمام بالكشف المبكر والتدخل المبكر لعلاج التوحد.
- وضع برامج تدريبية لتنمية التواصل اللغوي والاجتماعي والانفعالي، السلوكي للمصابين بالتوحد وهذا من شأنه التقليل من شدة الإصابة بهذا المرض.

شكر وتقدير

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك ونصلي ونسلم
تسليما كثيرا على أشرف خلق الله سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم
وعلى آله وصحبه أجمعين ومن ولاة إلى يوم الدين.

ولله الحمد والشكر على توفيقنا في إتمام هذا البحث بخير.

واعترافا بالفضل وتقديرا للجميل لا يسعنا إلا أن نتقدم أنا وزميلتي
في البحث بجزيل الشكر والامتنان إلى قدوتنا في درب اجراء البحث
والخير ونخص بالتقدير المشرفة علينا طوال فترة الانجاز الأستاذة
بن ناصر سهيلة التي قدمت لنا من وقتها، ومساعدتها في توجيهنا
وتوضيح منهجية اجراء البحث، وتصحيحها للأخطاء التي وقعنا فيها
فلها جزيل الشكر والاحترام والتقدير.

كما لا ننسى أن نتقدم بالشكر للمختصة الأرطوفونية الانسة علام
ثللي التي وفرت لنا الوقت والجهد لمساعدتنا طيلة العمل الميداني
واستقبالها لنا في عيادتها الخاصة.

ولكم أسمى معاني الاحترام والتقدير نخص بالذكر لجنة المناقشة
الذين تكرموا بالقبول على مناقشة موضوع بحثنا، لهم منا كل التقدير
والامتنان والشكر.

وفي الاخير نتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من وقف معنا وساندنا
حتى ولو بالكلام وامننا يد العون ويسر لنا طريق انجاز البحث
سواء من قريب أو من بعيد إلى هؤلاء تحية وشكر واحترام.

سهيلة - سعدية

الإهداء

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله، أولاً وقبل كل شيء أشكر الله عز وجل الذي وفقنا في إتمام هذا العمل بأفضل الأحوال.

أهدي ثمرة جهدي إلى أبي وأمي اللذان ربباني وعلمانى ولم يبخلا علي بدعوتهما أطال الله في عمرهما بصحة وعافية.

وإلى إخوتي وأخواتي الذين ساعدوني مادياً ومعنوياً، إلى صديقاتي اللواتي أتمنى لهن النجاح والتفوق والصحة والعافية.

إلى مشاركتي في اجراء هذ البحث على الجهود المبذولة. إلى كل من مد لي يد العون من قريب ومن بعيد. إلى كل من يطلب العلم.

سو هيلة

الإهداء



اللهم ما أمسى بي من نعمة أو بأحد من خلقك، فمناك وحدك
ل اشريك لك، فلك الشكر ولك الحمد والحمد صلي وسلم
وبارك على سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

أهدي ثمرة جهدي إلى أبي وأمي برا ووفاء

إلى أغلى أخ في حياتي "أخي توفيق" أتمنى له الصحة
والعافية.

إلى أ

إلى أعز الأصدقاء على قلبي.

إلى الصديقة والأخت التي شاركتني في انجاز هذا العمل
"أوراد سوهيلة" أتمنى لها حياة مليئة بالأفراح.

إلى كل الصديقات الوفيات: "صافية، ذهبية، ياسمين، ويزة،
نصيرة".

إلى كل من ساهم في توجيهي ومساندتي في اتمام هذا البحث
من قريب أو من بعيد.

سعيدة



كلمة شكر

الاهداء

ملخص البحث.....1- 2

مقدمة.....4- 7

الفصل التمهيدي: الاطار العام للإشكالية

1- الاشكالية.....9- 13

2- الفرضيات.....13

3- أهمية البحث.....13

4- أهداف البحث.....13

5- المفاهيم الاجرائية.....14- 15

الجانب النظري

الفصل الأول: التوحد

تمهيد.....17

1- لمحة تاريخية حول التوحد.....17 - 18

2- مفهوم التوحد.....18 - 19

3- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد.....20 - 25

4- سمات أطفال التوحد.....26 - 32

5- أعراض التوحد.....32 - 33

6- أنواع التوحد.....33 - 35

7- التوحد والتركيبية الدماغية.....35 - 40

8- تشخيص التوحد.....40 - 48

9- علاج التوحد.....49 - 57

خلاصة.....58

الفصل الثاني: مهارات التواصل اللغوي

تمهيد.....60

أولاً: التواصل.....60 - 71

- 1- مفهوم التواصل.....60 -61
 2- أنواع التواصل.....61
 3- عناصر عملية التواصل.....62 -63
 4- أهمية التواصل.....63
 5- مراحل نمو التواصل لدى الطفل العادي والطفل التوحدي.....63 -65
 6- طرق التواصل لدى الطفل التوحدي.....66

ثانيا: اللغة.....67 -79

- 1- مفهوم اللغة.....67
 2- أنواع اللغة67 -68
 3- مستويات اللغة.....68 -69
 4- أهمية اللغة.....69
 5- مكونات اللغة.....70
 6- وظائف اللغة.....70 -71
 7- مراحل النمو اللغوي لدى الطفل السليم.....71 -74
 8- العوامل المؤثرة على النمو اللغوي عند الأطفال.....75
 9- مراكز اللغة في الدماغ.....75 -76
 10- تأثيرات الاصابات الدماغية على اللغة.....77
 11- التواصل واللغة.....77 -79

ثالثا: مهارات التواصل اللغوي.....79 -84

- 1- مفهوم المهارة والتواصل اللغوي.....79 -81
 2- مشكلات التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي.....81 -82
 3- التدخل العلاجي لصعوبة التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي83

خلاصة الفصل.....84

الفصل الثالث: قياس وبناء الاختبارات والمقاييس في ميدان الارطوفونيا

تمهيد.....86

- 1- مفهوم الاختبارات والمقاييس.....86
 2- شروط الاختبارات والمقاييس86

- 3- كيفية بناء الاختبارات والمقاييس 87- 88
4- أهداف الاختبارات والمقاييس 88
5- تحديد الاطار النظري للمتغيرات المعنية بالاختبار والمقياس 89
6- تحديد الشكل الامثل للاختبار والمقياس وطرق التطبيق 89
7- التدقيق اللغوي للبنود والتعليمات 89
8- عرض الاختبار والمقياس على المختصين 90
91 خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهج البحث واجراءاته

- تمهيد 93
1- الدراسة الاستطلاعية 93- 94
2- منهج البحث 94- 95
3- عينة البحث 95- 96
4- الاداة المستخدمة في اجراء البحث 96- 97
5- خطوات اجراء البحث 98- 99
6- الأساليب الاحصائية المستخدمة 100

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

- تمهيد 102
1- عرض النتائج وتحليل النتائج 102- 104
2- مناقشة النتائج 104- 106
الاستنتاج العام 107
الخاتمة 108

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

62	- عناصر عملية التواصل.	الشكل رقم 01
79	- العلاقة بين التواصل واللغة والكلام.	الشكل رقم 02

فهرس الجداول

23	- دور ووظيفة النواقل العصبية في الإصابة بالتوحد	الجدول رقم 01
33	- أهم أعراض التوحد	الجدول رقم 02
35-34	- مفهوم الأنواع الخمسة التي أشار إليها DSM-IV-TR لاضطراب التوحد	الجدول رقم 03
46-45	- معايير التفريق بين اضطراب التوحد ومختلف أطيافه	الجدول رقم 04
72-71	- مراحل النمو اللغوي عند الطفل السليم	الجدول رقم 05
74-73	- التطور اللغوي مع المهارات اللغوية لدى الطفل العادي	الجدول رقم 06
94	- توضيح مجموع عينة البحث (السن، الجنس) والمراكز التي أجري فيها مقياس تقدير الاتصال اللغوي.	الجدول رقم 07
102	- عرض نتائج القياس القبلي على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي.	الجدول رقم 08
104-103	- عرض نتائج القياس البعدي على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي	الجدول رقم 09

فهرس المخططات

22	- الأمراض الوراثية المسببة للإصابة باضطراب التوحد	المخطط رقم 01
26	- العوامل والنظريات المسببة لاضطراب التوحد	المخطط رقم 02
32	- سمات أطفال التوحد	المخطط رقم 03
48	- خطوات تشخيص التوحد	المخطط رقم 04
57	- الطرق والأساليب العلاجية لاضطراب التوحد	المخطط رقم 05
61	- يلخص أنواع التواصل	المخطط رقم 06
75	- يوضح العوامل المؤثرة على نمو التواصل اللغوي لدى الأطفال	المخطط رقم 07
88	- أهداف الاختبارات والمقاييس	المخطط رقم 08

فهرس الملاحق

الملاحق رقم 01	- مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحيدي.
الملاحق رقم 02	- ورقة الاجابة على مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

من نعم الله تعالى على البشر أن خلق الانسان اجتماعيا بالفطرة، محبا للتواصل مع الطرف الآخر، ومن أجل ذلك وهب له الحواس الخمس (السمع، الرؤية، الشم، التذوق، اللمس)، كما وهبه العقل الذي يفكر به وهذا من أجل التعبير عن أفكاره ومشاعره من خلال القول والفعل والعمل، رغم ذلك تواجه الانسان بعض العقبات تعيق تواصله مع الآخرين، والتعبير عن حاجاته ورغباته، وهذه الهبة التي سخره الله عز وجل في كل فرد لم يكن بمقدوره الكشف عن أسرارها، وسمو الاضطرابات التي تجري فيها بالأمراض النفسية غير العضوية. ومن أعقد المشكلات غير عضوية التي تواجه الأسر والمجتمعات في كل مكان هي مشكلة التوحد.

إن التوحد حالة عصبية بيولوجية ، وهو اضطراب يؤثر على الأسلوب الذي يتعلم به الأطفال أن يكونوا كائنات اجتماعية، وأن يهتموا بأنفسهم والمشاركة في التفاعلات الاجتماعية، وعبرة عن حالة تتميز بمجموعة من الأعراض والمظاهر التي يغلب عليها الاضطراب في المهارات الاجتماعية واللغوية، وكذا الخلل في الاستجابات الحسية للمثيرات البيئية، إضافة إلى القدرة على التواصل مع الآخرين، كذا يتميز بغياب اللغة والكلام.

يشير الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV , 1994)، الصادر عن رابطة الطب النفسي الامريكية: «أن اضطراب التوحد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي:

* القصور في التواصل الاجتماعي،

* القصور في اللغة، و الكلام،

* وجود أنماط متكررة وثابتة من السلوك». (لينا بن صديق، ص02).

ومن جهته "دستيرلينج" (1994) أشار إلى: «أن التوحد هو ذلك الاضطراب الذي يشمل على عجز في القدرة على التواصل الانفعالي، وتأخر النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومحتوى الكلام، كذلك المصاداة وعدم القدرة على استخدام الضمائر بشكل صحيح بالإضافة إلى ذلك إصراره على القيام بسلوكيات نمطية آلية دون توقف».

كذلك أشار "يوسف سليمان، (2011)" إلى: «أن اضطراب التوحد هو ذلك الاضطراب الذي يعاني منه الطفل قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على الطفل في شكل انشغال دائم بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله، وضعف في الانتباه وفي التواصل، كما يتميز المصاب بالتوحد بنشاط حركي زائد ونمو لغوي بطيء، ويقاوم التغيير في بيئته مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره والتعلق به». (القحطاني، 2015، ص150).

أما عندما نتحدث عن الطفل التوحدي فإننا نتحدث عن طفل يتصف بفقدان في الخصائص والمميزات المتوفرة عند الطفل العادي، فالطفل التوحدي لا يستطيع التفاعل والتواصل مع الآخرين، كذلك الاندماج في المجتمع، ولا مشكلة لديه في البقاء لوحده طوال عمره، نجده يتميز بالانطوائية وتباعد المشاعر والأحاسيس، وشدة اضطراب التوحد تختلف من طفل لآخر، وفي هذا الصدد يشير (عادل عبد الله، 2001) إلى: «أن أطفال التوحد بحاجة ماسة إلى رعاية جيدة وتعليم، وكذا تنمية قدراتهم ومهاراتهم وتقوية سلوكهم، هذا من شأنه تعويدهم على التفاعل مع أقرانهم العاديين والانصهار في بوتقة المجتمع». (بلكيس داغستاني، 2011، ص83).

إن تشخيص اضطراب التوحد لا يزال موضع البحث والدراسة، لأنه يعد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في هذا المجال، وربما يرجع السبب في ذلك إلى تعدد وتشابه الخصائص والأعراض وتداخلها مع اضطرابات أخرى، لذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بشكل دقيق.

وتعد اضطرابات اللغة والتواصل التي يعاني منها أطفال التوحد من الاضطرابات الأساسية التي تؤثر سلباً على جوانب نموهم بشكل طبيعي، وعلى تفاعلهم الاجتماعي مع الآخرين، واندماجهم داخل المجتمعات، وتشمل هذه الاضطرابات لدى أطفال التوحد كلا من اضطرابات التواصل اللفظي (Communication verbal)، والتواصل الغير لفظي (Communication non verbal)، وقد أشارت عدة دراسات من بينها دراسة (سهى نصر أحمد أمين، 2002)، ودراسة (الشامي، 2004)، ودراسة (الزريقات، 2004) إلى: «أن هؤلاء الأطفال لا يفتقرون على اللغة المنطوقة فقط، بل يفتقرون إلى اللغة بجميع أشكالها، ويحاولون تعويضها باستخدام أساليب التواصل غير لفظي نحو: الإيماءات، والحركات والمحاكاة، كذلك يتميزون بالعجز في استخدام التواصل البصري». (ريما مالك فاضل، 2015، ص02).

اللغة تعبر عن شخصية الفرد، وهي أهم صفة تميزه عن غيره من الكائنات الحية، وتكمن أهميتها في أنها الوسيلة التي بواسطتها يتصل بها الفرد مع الطرف الآخر، وبها يقوم بإيصال المعلومات والأفكار إلى من حوله ويحصل عليها ممن حوله، والتواصل عبارة عن غرض هذا التبادل، لأن الانسان كائن اجتماعي بحاجة إلى التواصل مع المجتمع الذي يعيش فيه، ولكي يتم التواصل بشكل جيد يجب من توفر كل من المرسل والرسالة والمستقبل، من هنا فإن اللغة المنطوقة وسيلة للتواصل بين فرد وآخر، بين مجتمع ومجتمع آخر.

غالباً ما نجد الطفل المصاب بالتوحد غي قادر على فهم معنى التواصل، ولا على فهم التعبيرات التواصلية، فتصدر عنه سلوكيات سلبية، هذا ما أشار إليه "سيجل" (Siegel,)

(2003) إلى: «أن اضطرابات التواصل عبارة عن مجموعة من أنماط السلوك غير ايجابية كنبوبات الغضب». (علا كمال، 2015، ص03).

وللتغلب على صعوبات التواصل التي يعاني منها أطفال التوحد، فيجب القيام بعملية التدخل المبكر للحد من تطور هذه الصعوبات، ولا بد من العمل بمصداقية ودقة لتطوير قدرة هؤلاء على التواصل والتفاعل مع أقرانهم الأسوياء، فقد أثبتت دراسة "هادوين وآخرون" (Hadwin, et, al, 1999) على: «أن البدء في تدريب أطفال التوحد الصغار الذين تتراوح أعمارهم ما بين [4- 9] سنوات له تأثير واضح على تعلم هؤلاء الأطفال التواصل مع الآخرين، وذلك بتدريبهم على كيفية التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم، وهذا من خلال توفير البيئة المناسبة ليتعلم فيها الطفل مهارات التواصل بمختلف أشكاله».

فمن هنا يتمحور موضوع بحثنا هذا حول فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى المصاب بالتوحد، وتتمثل هذه المهارات في: التقليد، الفهم والتعرف، الانتباه، التعبير، التسمية، وهذا من أجل رفع مستوى الزاد اللغوي لدى هذه الفئة، وبالتالي تطوير القدرة على التواصل مع الآخرين، والاندماج في المجتمع وفهم المحيط من حولهم.

لقد تعددت فصول هذا البحث، حيث يحتوي على فصل تمهيدي من خلاله تناولنا الإطار العام للإشكالية، ومن جهة ثانية نجد الإطار النظري لموضوع البحث، في حين تكون من أربعة فصول متتالية، فالفصل الأول ركزنا فيه على ضبط مصطلحات البحث، والفصل الثاني تناولنا فيه التوحد من جوانب مختلفة، من أعراض، أسباب، نظريات، كذا علاقة الدماغ بالاضطراب، وعرض بعض الخطوات التي يتطلبها تشخيص التوحد، وفي آخر الفصل تطرقنا إلى بعض الطرق والأساليب العلاجية لاضطراب التوحد نحو: العلاج الطبي المتكون من علاج بالأدوية وعلاج بالحمية الغذائية والعلاج بالفيتامينات، العلاج النفسي، العلاج السلوكي، ومن جهة أخرى بعض البرامج العلاجية المنظمة علمياً نحو: نظام التواصل بتبادل الصور، العلاج بالحياة اليومية، برنامج لوفاس برنامج دوغلاس، برنامج ليب، وبرنامج تيتش.

أما الفصل الثالث قمنا بتناول موضوع التواصل اللغوي، حيث قسمناه إلى ثلاثة عناصر متتالية:

أولاً: كان حول التواصل من مفهوم وأهمية، وأنواع، وعناصر تقوم عليها عملية التواصل، ومراحل نمو التواصل عند الطفل السليم والطفل التوحدي، كذلك الطرق المختلفة التي بإمكان الطفل المصاب بالتوحد أن يتواصل من خلالها مع الطرف الآخر.

ثانياً: تناولنا اللغة من مفهومها وأنواعها، وأهميتها، ومكوناتها، ومراحل والعوامل المؤثرة في النمو اللغوي لدى الطفل، كذلك تطرقنا إلى المركز الدماغية المسؤولة عن اللغة، وتأثيرات الإصابات الدماغية على اللغة.

ثالثاً: يتمحور في مهارات التواصل اللغوي فقدمنا من خلال هذا العنصر الثالث مفهوماً للمهارة، للتواصل اللغوي، وحاولنا توضيح عدة مشكلات تواجه الطفل التوحدي، واستدرجنا بعض التدخلات العلاجية لصعوبة التواصل اللغوي لدى هذه الفئة.

وفي الفصل الرابع تناولنا موضوع قياس وبناء الاختبارات والمقاييس في ميدان الارطوفونيا، حيث وضنا مفهوم وشروط وخطوات لبناء الاختبارات والمقاييس، كذا وضحنا بعض الأهداف للاختبارات والمقاييس، وتحديد كل من الاطار النظري للمتغيرات وتحديد الشكل الأمثل للاختبار والمقياس، والتدقيق اللغوي للبنود والتعليمات، وأخيراً عرض الاختبار والمقياس على المختصين.

وبعد الجانب النظري يأتي الجانب التطبيقي حيث قمنا تقسيمه إلى فصلين، الفصل الخامس تناولنا فيه منهج البحث واجراءاته، أي المنهج المتبع في اجراء البحث وعرض عينة البحث، كذلك الأداة المستخدمة فيه، والمعالجة الاحصائية، والفصل السادس يتمحور في عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق المقياس في الميدان.

وفي الأخير توصلنا إلى الاستنتاج العام لنتائج فرضية البحث، وإلى خاتمة البحث، وقمنا بتقديم بعض التوصيات والمقترحات تخص فئة الأطفال التوحديين.

1- الإشكالية

يتعرض المجتمع البشري للأمراض واضطرابات وإعاقات مختلفة تمس جميع المهارات والقدرات، وقد تمس جميع فئات المجتمع سواء أطفال أو بالغين، وتتعدد الأسباب ومنها ما غير معروف أسبابه، وكان هذا منذ الأزمنة الفارطة ولا تزال إلى يومنا هذا ومنها من تمكن الباحثون من إيجاد تفسيرات وعلاج لها ومنها ما يبقى مجهول السبب. إن مرحلة الطفولة تعتبر من أبرز المراحل التي يمر بها الفرد، واهتمت مدارس علم النفس بسلوكيات الطفولة، فيرى أصحاب النزعة التحليلية أن الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد عامل أساسي في بناء الشخصية، أما أصحاب النزعة السلوكية إن ضمن العوامل التي تساهم في جلب السلوك هي الزاد الخبراتي والسلوكي، الذي يتعلمه الفرد خلال سنوات عمره.

ويؤكد أصحاب النزعة السيكتيرية أن دراسات الطفولة هي أهم فروع علم النفس، ويرى كمال مرسي أن الفترة من 8 شهور إلى 3 سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي للطفل العادي والغير العادي، ويجب الاهتمام بهذه الفترة لعدم التعرض لإعاقات في النمو العقلي والسلوكي.

إن رعاية الأطفال المعاقين والمضطربين من المشكلات الهامة التي تواجه المجتمعات، فإن كل مجتمع يواجه أفردته نوع من أنواع الإعاقات والاضطرابات التي تؤدي إلى قصور في تأدية أدوارهم بشكل سليم، ومن بين هذه المشكلات التي يعاني منها المجتمع حالياً وخاصة فئة الأطفال هو اضطراب التوحد.

كذلك هذه المرحلة تعد مرحلة اكتساب القيم والعادات والتقاليد والمهارات الحياتية، التي يحتاجها الطفل والتي تشكل شخصيته وتجعله يترجم المعرفة والقيم المكتسبة إلى قدرات فعلية، ومن خلال اكتسابه للمهارات الحياتية تتعدل سلوكياته من السلب إلى الإيجاب ويُلبي حاجياته ورغباته اليومية، هذا ما أشار إليه ليس وآخرون (Liss, et, al, 2001): «أن الطفل التوحدي يعاني من تلبية متطلباته اليومية»، ومن جهته سيلف (Self, et, al, 2007): «أنه من أهم أهداف تعلم الطفل التوحدي هو اكتسابهم مهارات وأدوات تفكير من أجل العيش باستقلالية». (بلقيس داغستاني، 2011، ص91).

إن التوحد حالة تتداخل مع التطور والنمو الطبيعي للدماغ، إضافة إلى التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل مع الآخرين، حيث أشار عثمان فراج (1996) إلى مصطلح التوحد: «أنه يصف إعاقة من إعاقات النمو، وتتميز بقصور في الإدراك، وتأخر أو توقف النمو، ونزعة انطوائية انسحابية، تعزل الطفل عن الوسط المحيط به، حيث يعيش منغلق على نفسه». (بيومي، 2008).

ومن أولويات الاهتمام البحث العلمي لنوعي اضطرابات التوحد التدخل المبكر للتكفل بهذه الفئة، فالتدخل المبكر يساعد في التخفيف من شدة وحدة الاضطراب، فقد قام كل من كاستو

الإطار العام للإشكالية

وماستر وبيري (Casto et Masteropieri, 1986): «بتحليل النتائج التي توصلت إلى 74 دراسة علمية فاستنتج أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن من مستوى متوسط في النمو المعرفي، واللغوي والاكاديمي للأطفال ذو الإعاقات المختلفة». (زينب محمد، 2009، ص88).

واضطراب التوحد ليس مشكلة حديثة فقد وجد بيننا منذ مئات السنين، لقد وردت قصص تاريخية عدة أشارت إلى وجود أفراد توحيدين أشهرها تجربة الطبيب النفسي جون مارك جاس بار ايتارد (1775-1838)، الذي حاول تعليم صبي يدعى فيكتور عاش وحيدا في الغابة بمعزل عن أهله وعن المدينة، تعلم هذا الصبي لكنه لم يتمكن من الاستقلال بذاته واستمرت لديه العديد من سمات التوحد إلا أن استخدم مصطلح التوحد، فعرف التوحد قبل 1943 بأنه مرحلة انتقائية لانفصام الشخصية، أو حالة اضطراب في التفكير، ويعتبر ليو كانر (Leo Kenner, 1943) أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وهذا من خلال دراسته على مجموعة متكونة من 11 طفلا لهم خصائص متشابهة ومتماثلة، فأطلق عليهم مصطلح التوحد الطفولي، واستخدمت عدة تسميات لوصف هذا الاضطراب نحو: الذاتوية، الاجترارية، التوحدية، الانغلاق الذاتي، الذهان، فصام الطفولة، الانغلاق الطفولي، وكل هذه التسميات سببها راجع إلى غموض وتعقد التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد.

ويعتبر كذلك من الاضطرابات النمائية الشاملة والمعقدة، حيث يعيق الطفل المصاب به من التواصل والتفاعل مع الطرف الآخر، ويظهر هذا الاضطراب خلال ثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون أعراضه واضحة حيث تبدأ بسلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات، هذا ما جاء في دراسة وولف (Wolf, 2005): «أن الطفل التوحدي يمارس أنواع سلوكية شاذة ونمطية ومتكررة تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي». (مليكة، عمار، ص295).

ويشير الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV): «أن اضطراب التوحد يتضمن ثلاث خصائص أساسية: القصور في التواصل الاجتماعي، في اللغة والمحادثة، وجود أنماط متكررة وثابتة من السلوك، وهذا يسبب ازعاج من حول الطفل وتتعكس آثاره سلبا على تواصله واكتسابه اللغة وأسلوب التعبير عن الرغبات والمشاعر والعواطف، إضافة إلى سلوكيات شاذة ونمطية، غير مقبولة اجتماعيا». (علا كمال، 2015، ص02).

كذلك إن التوحد اضطراب بالدماغ يؤثر على قدرة الطفل التوحدي على التواصل وتكوين علاقات والاستجابة للمثيرات البيئية من حوله، وفي هذا الصدد أشارت ليندة (Linda, 2008) إلى: «أن الأفراد ذوي اضطراب التوحد يواجهون تأثيرات على دماغهم مما يعيق

كيفية مواجهتهم للعالم الخارجي وتجارب الحياة المتصلة بنمو الدماغ». (Linda Geller, 2008, P01). وأظهرت دراسة تساي (Tsai, 1985): «أنه يوجد شذوذ في النشاط الكهربائي للمخ لدى 43 من 100 طفل توحدي، وهذا الشذوذ يعبر عن وجود أعصاب ونتوءات منتشرة أو موجات بطيئة، لقد أثبتت الدراسة أن الخلل في النشاط الكهربائي للمخ يصاحبه نوبات صرعية لدى المصاب بالتوحد». (قاسم عبد الله، 2001، ص85). وللحد من هذا القصور الذي يعاني منه أطفال التوحد هم بحاجة إلى عدة أساليب للتعامل معهم ورعايتهم، هذا ما أكدته نتائج دراسة حنان أبو منصور (2011)، وعبد الله متاحي أحمد الحميضي (2004)، على ضرورة تنوع الأساليب الملائمة للتعامل مع الطفل التوحدي وفقا لنوع الإعاقة والاضطراب.

وأظهرت نتائج دراسة بيرتون تونج (Berton Tong, 2004): «أن الأطفال التوحديين لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل، والمشكلات الاجتماعية، الانفعالية، والسلوكية». (طراد نفيسة، 2014، ص27).

وبما أن اضطراب التوحد يعيق ويقلل من قدرات المصاب به من التعلم فهو بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة والمتمثلة في العديد من البرامج والنشاطات المخططة والمعدة للحالة المرضية بالخصوص، إذ كشفت العديد من لدراسات على استخدام برامج علاجية من شأنها التحسن والتخفيف من السلوكيات المضطربة ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة نشوى عبد الحليم (2004)، أميرة بخش (2002)، ودراسة (Cree don, 1993). ومن جهة أخرى نجد أهم المشكلات التي يتعرض لها أطفال التوحد استخدام التواصل واللغة، ولأن التواصل يعد سلوك محوري في حياة المصاب بالتوحد استهدفناه في موضوع بحثنا، فتشمل اضطرابات التواصل واللغة لدى هذه الفئة كلا من التواصل اللفظي وغير اللفظي، فاللغة تعبر عن شخصية الفرد وتكم أهميتها في كونها الوسيلة التي تيم من خلالها إيصال المعلومات لمن حولنا والحصل عليها ممن حولنا، فتبادل الحديث بين الأفراد من أهم ما يربط العلاقات ويقويها.

وعرفت الجمعية الأمريكية للسمع والنطق واللغة أن اللغة نظام معقد ومتغير من الرموز الاصطلاحية المستخدمة بأشكال عدة في التفكير والتواصل. وأثبتت دراسة (Ellis, 1996): «أن عملية تعلم اللغة لا يؤدي إلى نتائج إيجابية إذا تمت بصفة صامتة وإنما الأفضل في تعلمها باستخدام الصوت لأن ذلك يرجع إلى تصميم برنامج تدريبي يؤدي إلى نتائج إيجابية وملموسة». (محمد الشريف، وليد خليفة، 2014، ص08). وهدفت دراسة كلاينديز وكورن (2000) إلى: «تنمية اللغة لدى المصابين بالتوحد عن طريق التعزيز، وذلك بسؤال الفاحص المفحوص عن لعبة مخفية داخل الصندوق، وفي حالة معرفة المفحوص ما بداخل الصندوق يتحصل على تعزيز إيجابي، وأثبتت هذه

الدراسة تحسن كبير في اللغة والتفاعل الاجتماعي لدى التوحديين». (سها حسين، علي مهدي، 2010، ص146).

أما التواصل فهو غرض هذا التبادل، والفرد كائن اجتماعي بحاجة إلى التواصل مع الآخرين، وهذه الحاجة تبدأ من الميلاد حيث يبدأ الرضيع بالتواصل مع أمه أثناء الرضاعة بمعنى طلب الطفل حليب أمه، يذكر (Potter et Whittker, 2001): «أن أطفال التوحد لا يبادرون بالتواصل بسهولة سواء باستخدام الكلام أو اللغة المعززة وغالبا ما يكون لديهم صعوبة في فهم الكلام ونتيجة لهذا القصور في تطور التواصل يكون واضح وسهل الاستخدام». (Potter et Whittker, 2001, P37).

أشارت دراسة دافيد وفيتش (Davidovitch, 2000) إلى: «أن الأطفال التوحديين عندهم تدهور في نمو التواصل اللفظي وغير اللفظي، وفي النمو الاجتماعي، بينما هذه الدراسة لم تبدي أي تدهور في القدرات الحركية عند التوحدي». (مصطفى، الخميسي، ص10). إن التواصل اللغوي عملية من خلالها يتم تبادل الأفكار والمشاعر والعواطف والآراء، والتواصل اللغوي غاية اللغة ووظيفتها، فهناك عدة دراسات تناولت هذا الموضوع نحو دراسة سهى نصر أحمد أمين (2001) التي أشارت نتائجها إلى: «انخفاض واضح في مهارات التواصل اللغوي نحو: التقليد، التعرف والفهم، الانتباه، التعبير، التسمية، وهذا باستخدام مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي»، والذي قمنا بدورنا بالاستعانة به لمعرفة فاعليته في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين باضطراب التوحد.

ونجد دراسة الظفيري (2005) حيث هدفت دراسته إلى: «التعرف على مظاهر ومستوى التواصل اللغوي لدى هذه الفئة». (ريما مالك فاضل، 2015، ص99). كذلك أكدت دراسة كل من (Robertson, 1999 ; Choi, 2000) على: «أن تعديل السلوك والتواصل اللفظي لدى التوحديين يحتاج إلى تدخل بعض الأساليب المساعدة مثل وجود فريق من المتخصصين في المجال اللغوي، دروس في مجال التخاطب وعيوب الكلام واللغة لفئة التوحد». (مصطفى صادق، الخميسي، ص20).

ومن هنا تشير سوسن الحلبي (2005) إلى: «أن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال التوحديين خاصة باللغة وتؤثر على التواصل لديهم، لهذا يجب التدخل بالبرامج التدريبية والعلاجية، وهذا من شأنه تطوير مهارات التواصل ومساعدة أطفال التوحد على تعلم أشكال بديلة للتواصل اللغوي». (سوسن الحلبي، 2005، ص33).

ومن خلال ما سبق ذكره تطرقنا في موضوع بحثنا إلى تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى مرضى التوحد بشكل خاص وهذا باستخدام مقياس تقدير الاتصال اللغوي بهدف التعرف على فاعلية هذا المقياس في تنمية المهارات المتمثلة في (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) بشكل خاص، ومرض التوحد بشكل عام، ومشكلة البحث تتمحور في

الإطار العام للإشكالية

فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال الذين هم مصابون بالتوحد، ومن خلال البحث الحالي سنحاول الاجابة على التساؤل التالي:

- هل توجد فروق في درجات القياسين القبلي والبعدي في فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد؟.

- الفرضية:

توجد فروق في درجات القياسين القبلي والبعدي في فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد.

2- أهمية البحث

تكمن أهمية البحث في كونه يسלט الضوء على بعض مهارات التواصل اللغوي لدى أطفال التوحد، ويسلط الضوء على فئة المصابين باضطراب التوحد خاصة مع ازدياد انتشار حالات التوحد مع ما تحتاجه من الجهد لفهمهم وتحسين مستواهم في مختلف جوانب الحياة الأساسية، وفي ظل ما تخضع له هذه الفئة من صعوبة التشخيص والفهم. وكون التوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة، وفي طبيعة المشكلة المستهدفة في البحث وهي مهارات التواصل اللغوي التي يعاني منها فئة المصابين بالتوحد، والتي تنعكس سلبا على معظم جوانب الداء.

3- أهداف البحث

تكمن أهداف البحث في: التعرف على فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين، وتنمية مهارات التواصل اللغوي لفئة المصابين بالتوحد بعد تطبيق المقياس، التعرف على الفرق بين القياسين القبلي والبعدي، والفرق بين الذكور والاناث على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

4- أسباب اختيار الموضوع:

- مدى أهمية دراسة مرض التوحد واكتشاف مختلف الاسباب المؤدية للإصابة به.
- تهميش فئة التوحد من طرف المجتمع بسبب عدم قدرتهم على التواصل اللفظي أو غير لفظي، ومحاولة تقديم المساعدة لهذه الفئة.
- وضع بصمتنا كباحثين في مجال الارطوفونيا وتقديم بحث يفيد هذ الميدان.

5- المفاهيم الاجرائية:

5-1- الفعالية:

مفهوم يشير إلى مستوى الذي يبين مدى تحقيق الأهداف بنجاح. وأثر مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) لدى أفراد عينة البحث المصابين بالتوحد.

5-2- المقياس:

اختبار يحدد بواسطة كمية ما يوجد في الشيء من الخاصية أو السمة التي تقاس، ويعبر عن هذه الكمية بالأرقام.

5-3- مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحدين:

مقياس مقنن من قبل الباحثة سهى نصر أحمد أمين (2002) مقسم إلى خمسة (05) أبعاد (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية)، بهدف تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد.

5-4- التوحد:

أ- لغة: تشتق كلمة التوحد من الكلمة الإغريقية AUT وتعني الذات أو النفس و ISM يعني الانغلاق والانطواء والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق حول الذات، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالباً يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم ويبدون قليلاً من الاهتمام بالعالم الخارجي. وهواضطراب انفعالي يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى، يتسم بالعجز في تكوين علاقات اجتماعية وعدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية حيث يؤثر ذلك بشكل ملحوظ في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللغوي، والسلوك كذا العناية بالذات.

5-5- التعريف العلمي للتوحد:

- أ- التوحد حسب ليو كانر: «اضطراب في التواصل والتفاعل الاجتماعي وفي التخيل، يظهر منذ الولادة».
- ب- التوحد حسب روتر: «إعاقة في العلاقات الاجتماعية واضطراب في النمو اللغوي، كذا في السلوكيات، يظهر قبل 30 شهراً من العمر». (عادل شبيب، 2008، ص17).

ج- التوحد حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-TR, 2000) :

«التوحد قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل الغير لفظي، عدم القدرة في مشاركة الآخرين في الاهتمامات، كذلك عدم القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي، تأخر في تطور الكلام أو فقدانه، استخدام متكرر أو ثابت للغة، عدم القدرة على اللعب التخيلي والمبادرة بالحديث، ظهور السلوك النمطي والتكراري، والتعلق والانشغال بأشياء محددة، ظهور على الطفل حركات جسدية نمطية وتكرارية مثل: هز الجسم بشكل متكرر، الررفة بالأصابع». (الفرحاتي وآخرون، 2010، ص14).

5-6- الطفل التوحدي:

يعرف الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR, 2000) الطفل التوحدي: « بأنه حالة من القصور المزمّن في النمو الارتقائي للطفل يتميز بانحراف وتأخر في الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه، الإدراك الحسي، النمو الحركي وتبدأ هذه الأعراض خلال سن الثالثة من عمر الطفل». (صديق لينا، 2005، ص08).

هو الطفل الذي يعاني في من قصور في التفاعل الاجتماعي، تأخر أو ضعف في مهارات التواصل، وغالبا ما يكون لديه مجموعة من السلوكيات الروتينية، وكل طفل تم تشخيصه بأنه لديه اضطراب التوحد باستخدام معايير الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR)، ومقياس تقدير التوحد (CARS) من قبل أخصائي بالتشخيص النفسي.

5-7- مهارات التواصل اللغوي:

عبارة عن مختلف الطرق المستخدمة في تبادل الأفكار والآراء والمعتقدات بين من خلال الأساليب الشائعة مثل: الكلام الشفهي واللغة المكتوبة والإشارات والإيماءات.

التواصل اللغوي: عملية مشاركة تجارب وعلاقات من الآخرين ومع البيئة الخارجية، والتي تتم عن طريق أفعال اتصالية رمزية تكون إما شفوية مثل الكلام غير شفوية مثل الإيماءات وحركات الوجه وتعبيراته وحركات الجسد المختلفة، ويحتوي الاتصال اللغوي الناجع على العديد من المهارات التي بها الفرد أثناء مراحل نموه وتسمى بدايات الاتصال اللغوي لدى الأطفال وهي (مهارة التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية).

ومهارات التوصل اللغوي عبارة عن الدرجة التي يحصل عليها الأطفال على مقياس تقدير الاتصال اللغوي المطبق على أفراد عينة البحث ذلك في كل من الأبعاد الخمسة المتضمنة في المقياس والتي تتراوح علامات كل بعد فيها ما بين (0-30) درجة.

تمهيد

يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً، ولقد تعددت تعريفاته لعدم وجود سبب واضح ومفسر له حتى الآن، وكثرة الأخصائيين العاملين في هذا المجال، ويؤثر على جوانب النمو بأنواعها، ويتسم بضعف القدرة على الانتباه، قصور في التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، إضافة إلى السلوكيات النمطية والتكرارية، كذا قصور في القدرة على الاختلاط بالواقع، وفي القدرة على استخدام اللغة والسلوك الحركي السوي، ومن خلال هذا الفصل سنحاول تناول موضوع التوحد بمختلف جوانبه.

1- لمحة تاريخية حول التوحد

يعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري ايجن بلولر (Eugen Bleuler,) (1911)، حيث استخدم التوحد ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسجمين عن الحياة الاجتماعية.

في عام 1943م: «نشر الدكتور ليو كانر (Leo Kenner)، ورقته المشهور عن التوحد ليكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث». (عادل شبيب، 2008، ص15).

وفي عام 1944م: «نشر الدكتور هانز اسبرجر (Hans Asperger) من فيينا ورقة شهيرة تصف حالة مشابهة للتوحد اطلق عليها فيما بعد متلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome) وتعتبر هذه الورقتان أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب». (شوقي غانم، 2013، ص31).

وعام 1964م: «اكتشف الدكتور برنارد ريملاند (Bernard Rimland) ادلة تؤكد ان التوحد حالة بيولوجية، ووافقه على ذلك اندرياس ريت (Andreas Ritte)، صاحب متلازمة ريت (Syndrome Rets)».

كذا في عام 1967م: «اشار كريك الى ضرورة توافر تسع خصائص مجتمعة في الطفل ليوصف بأنه يعاني من اضطراب التوحد وهي كالاتي:

- اضطراب في العلاقات الانفعالية.
- المحافظة على روتين معين، ورفض التغيير في البيئة المعتاد عليها.
- اضطراب في الهوية الذاتية بشكل غير مناسب للعمر.
- الانشغال بأشياء محددة.
- قلق وتوتر غير طبيعي ومتكرر.
- عدم القدرة على النطق او عدم اكتساب طبيعي وأساسي للغة.

- أنماط حركية شاذة.
 - ردود فعل غير طبيعية تجاه المثيرات الحسية.
- تباين شديد في نمو القدرات الذهنية». (عادل شبيب، 2008، ص16- ص17).

في عام 1951م: «اشارت الجمعية الامريكية للطب النفسي ان التوحد شكل من اشكال فصام الطفولة وذلك في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية».

وفي سنة 1977م: «اصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل التاسع لتصنيف الامراض (ISD-9) حيث فرقت بين التوحد وفصام الطفولة، وقسمت التوحد الى اربع فئات هي:

- توحد الطفولة.
 - اضطراب ذهني تفككي.
 - اضطراب عقلي طفولي نمطي.
 - اضطراب غير محدد».
- (عدوان، 2013، ص4- ص5).

وفي عام 1991م: «نشر الدكتور مكيل روتر والدكتورة كاترين لورد والدكتور آن لي كوتشر (Drs. Catherine lord, Michael Reutter et Ann L'écouteur) أول استبيان لتشخيص التوحد».

عام 1992م: «وضعت جمعية الطب النفسي الامريكية الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM-IV) معايير مقننة لتشخيص اضطراب التوحد». (مجدي غزال، 2007).

وفي ربيع عام 2013م: «تم اعتبار التوحد في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-V) بانه احد اشكال اضطراب طيف التوحد، الذي يضم اضافة للتوحد اضطراب اسبرجر، اضطراب الطفولة التفككي، اضطراب نمائي شامل غير محدد، وتم اعتبار اضطراب التوحد اضطراب في النمو العصبي. (شوقي غانم، 2013، ص32).

2- مفهوم التوحد

- التوحد حسب ليوكاير (Leo Kenner, 1943):

اضطراب يظهر منذ الولادة، ويعاني الاطفال المصابين به من عدم القدرة على التواصل باي شكل من الاشكال مع الطرف الآخر، وكذلك ضعف او انعدام اللغة لديهم، خاصة في المراحل العمرية الاولى، وان وجدت غالبا ما تتصف بالمصاداة، كما أنهم يتميزون

بالسلوك النمطي ومقاومة التغيير في البيئة من حولهم، وكذلك ضعف القدرة على التخيل، ويتصفون بنمو جسمي طبيعي مقارنة مع الاطفال من نفس المرحلة العمرية. (شوقي غانم، 2013، ص32).

● التوحد حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (2000)، (DSM-IV-TR):

التوحد يتضمن قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، يتمثل في قصور في استخدام التواصل غير اللفظي، فشل في تكوين علاقات مع الطرف الآخر، كذا فقدان القدرة التلقائية في مشاركة الآخرين في الاهتمامات، وفقدان القدرة على التبادل العاطفي او الاجتماعي، وقصور في التواصل وذلك في تأخر تطور الكلام او فقدانه، واستخدام متكرر وثابت للغة، كذلك فقدان القدرة على اللعب التخيلي والقدرة على المبادرة بالحديث، اضافة الى ظهور انماط سلوكية وتكرارية، ايضا محدودية في الانشطة و الاهتمامات وذلك يتمثل في التعلق غير طبيعي من جانب الطفل ببعض الاشياء، والانشغال المفرط بأدوات و أشياء في محيطه، وحركات جسدية نمطية و تكرارية مثل: هز الجسم بشكل متكرر، و الرفرفة بالأصابع. (الفرحاتي، وآخرون، 2010، ص14).

● التوحد حسب روتر (Reutter, 1978):

قدم أربع خصائص رئيسية أثناء تعريفه لاضطراب التوحد وهي كالتالي:

- أ- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.
- ب- نمو لغوي متأخر ومنحرف.
- ت- سلوك استحواذي وروتيني او الاصرار على التماثل.
- ث- بداية الحالة قبل بلوغ 30 شهرا من العمر. (عادل شبيب، 2008، ص17).

● التوحد حسب الجمعية الامريكية للطب النفسي:

التوحد إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ في التواصل اللفظي و التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الاعراض الدالة عليه وبشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلبا على أداء الطفل التربوي. (سها علي، علي مكي، 2010، ص142).

التوحد خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، يتم تمييزه من خلال ضعف مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي، والطفل التوحدي يمكن أن يكون منعزل، ولديه رغبة استحواذية تدفع به الى الابقاء على حالته الراهنة، كما يمكن أن يكون منغمس ذاتيا، والطفل ذوي اضطراب التوحد صعب التواصل، وغير قادر على التعلق بالطرف الآخر حتى

الوالدين. (أحمد سعيد، نزيه زكريا، 2013، ص85).

3- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد

تعددت النظريات التي قامت بتفسير الاسباب المؤدية للإصابة باضطراب التوحد، وسنقوم بعرضها على النحو الآتي:

3- أ- النظرية النفسية:

تعتبر هذه النظرية أول من قامت بتفسير اضطراب التوحد، فقد قدم ليو كانر افتراضا مفاده ان أحد الوالدين وخاصة الام يتحملان مسؤولية اصابة طفلها باضطراب التوحد وهذا لعدم احاطته بما يكفي من دفاء وحنان وهذه ما يترتب عليه حدوث اضطراب في العلاقة الانفعالية بينه وبين أمه و ما لها من آثار سلبية على النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتفاعل مع الطرف الآخر.

فالعامل النفسي يعتبر سبب أولي للإصابة بالتوحد، فإن التوحد حالة من العزلة والهرب من الواقع المؤلم الذي يعيشه الطفل، وذلك نتيجة الجمود و اللامبالاة في العلاقة بين الوالدين والطفل. (قحطان الظاهر، 2008، ص83).

3- ب- النظرية البيولوجية:

تكون الاصابة بمرض التوحد غالبا مصحوبة بأعراض عصبية او إعاقة عقلية او مشكلات صحية نحو الصرع، ومن حيث النظرية البيولوجية نجد ان التوحد يصيب الذكور اكثر من الاناث وينتشر في كل المجتمعات و الثقافات، ومن حيث الاعاقات المصاحبة للتوحد، فإنها تتمثل في الاعاقة العقلية، الصرع، وأعراض عصبية، صعوبات أثناء الحمل و الولادة. (البطاينة، وآخرون، 2009، ص590).

ويعتبر برنارد ريملان (Bernard Rimland, 1964) ، من أوائل المؤيدين للنظرية البيولوجية في تفسير اسباب اضطراب التوحد، فذهب الى ان الطفل التوحدي يعاني من تلف كلي في القدرة على الربط بين المثيرات الجديدة والمثيرات المخترنة من خلال الخبرات السابقة، وتعتبر هذه وظيفة هامة في جميع العمليات العقلية.

فإن الطفل التوحدي لا يكون بمقدوره تكوين مفاهيم ذات معنى، او تكامل الخبرات مع بعضها، فالخبرات بالنسبة للطفل التوحدي تعد فردية وعديمة المعنى، فيترتب على هذا عدم قدرته على ربط الخبرات العاطفية بمفاهيمها العقلية المناسبة.

وقد وصف ريملان ان الطفل التوحدي لا يربط بين مشاعر السرور ووجود الأم، وبالتالي لا توجد عاطفة نحو الأم، كذلك ذهب الى ان نظام التنشيط الشبكي للمخ يعتبر من المكونات

ذات العلاقة بالتوحد، فهو عبارة عن نظام عصبي، يعد تحكّم بمثابة نظام التحكّم الرئيسي الذي يضبط عملية الوعي بالمشيرات القادمة للمخ.

ومن جهة أخرى نجد (Philip Kendall, 2000,P139)، يرى بان الدراسات الحديثة قد كشفت عن حدوث شذوذات عصبية كما تظهر من خلال جهاز رسم المخ EEG، كما كشفت بحوث أخرى عن وجود انخفاض نسبي في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الطفل التوحد، لأن هذا النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة الهامة التي تعتبر المسؤولة عن حدوث التواصل.

هناك كذلك مكتب الانماء الاجتماعي (2000) يذكر بان النتائج من البحوث عن الاسباب والعوامل البيولوجية والعصبية للتوحد تبرز ان الطفل التوحد يبدي عجزا في القدرة على تنشيط المنبهات الحسية (السمعية والبصرية) الواردة اليهم، وتجهيزها في خبرات ذات معنى. (رضا عبد الستار، 2007، ص44-ص45).

3- ت- النظرية الوراثية:

الوراثة احد اسباب حدوث التوحد، وهذه النظرية ترى ان العامل الوراثي والخلل الجيني في فترة الحمل سبب مؤدي للإصابة بالتوحد عند الطفل، وفيما يلي بعض النقاط التي تطرقت اليها هذه النظرية المؤكدة على ان التوحد يعود الى اسباب وراثية:

- ارتباط حالات الاطفال المصابين بالتوحد بتشوهات في الكروموسومات خاصة الكروموسوم رقم (5-7-15-21)، وبالرغم من وجود مثل هذا الارتباط إلا أنها لا تظهر عند كل الاطفال، إنما عند البعض فقط.
- مرافقة عدة حالات التوحد باضطرابات جينية مثل:

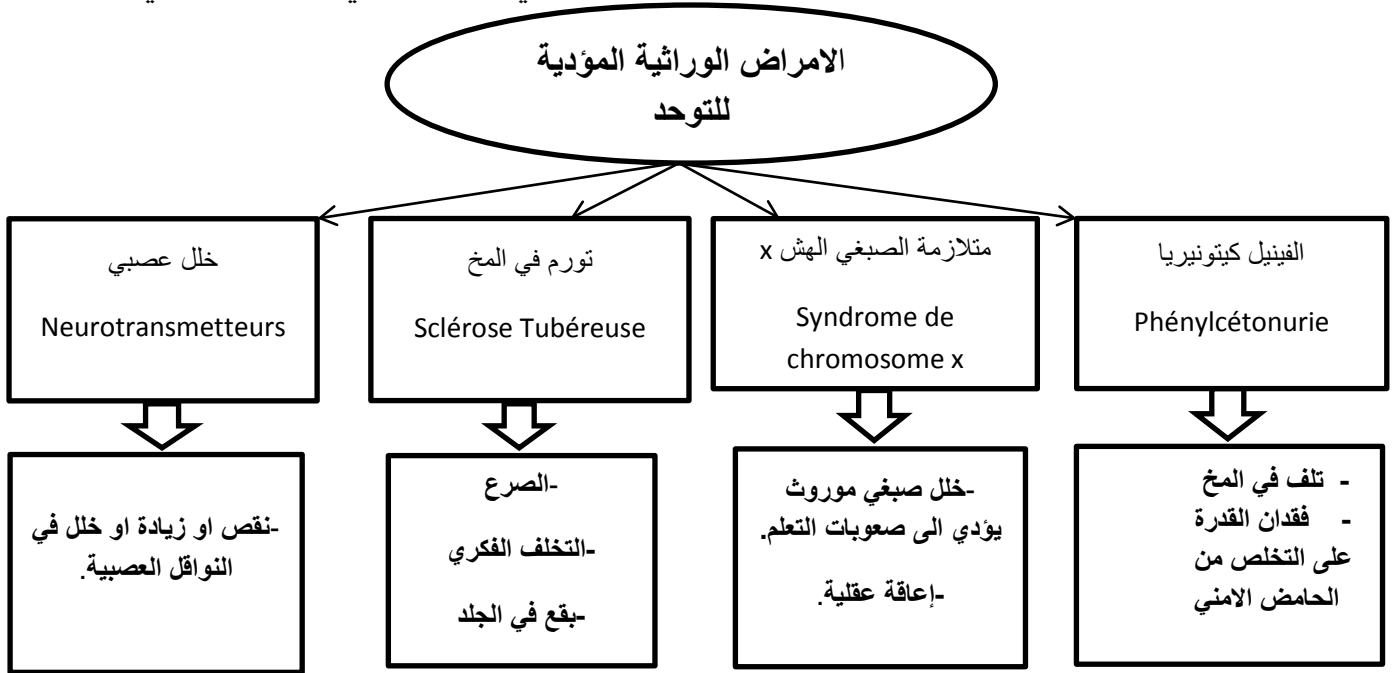
* متلازمة أن جلمان، متلازمة كلاي فنتر.

* الامراض العصبية الليفية.

* متلازمة الكروموسوم الهش X.

- وجود عند بعض الأطفال المصابين بالتوحد إصابات بالجلد تشبه حبات القهوة، فهي نتيجة خلل جيني موروث. (شوقي غانم، 2013، ص37).

وهناك عدة أمراض وراثية مؤدية الى الإصابة بالتوحد وهي موضحة في المخطط التالي:



- مخطط رقم 01: يوضح الأمراض الوراثية المسببة للإصابة باضطراب التوحد.

وفي دراسة روتر (Reutter) في بريطانيا، ودراسة ريتفو (Ritvo) في و.م.أ تشير إلى : «تطابق في التوحد عند التوائم المشابهة (Monozygotes)، مقارنة مع التوائم المتأخية (Bizgotes)، كذا هناك تطابق أكثر دلالة بين التوائم المشابهة في الإصابة بالذهان مقارنة بالتوائم المتأخية». (يوسف عدوان، ص16).

3- ث- النظرية البيو كيميائية:

في دراسة اجراها (Bootzin, Acocella, Alloy, 1993): «أن الأطفال التوحديين إذا تناولوا عقاقير تخفض من مستوى السير وتونين في الدم وهذا من شأنه تحسين القدرة على الكلام والسلوك الاجتماعي ودرجة الذكاء».

وقد أشار (Campbell, 1993) إلى: «أن الكثير من أعراض التوحد تقل مثل: سلوك إيذاء الذات والحركات النمطية عند تناول عقار يخفض من مستوى الدوبامين». (قحطان الظاهر، 2008، ص85).

فإن اصحاب النظرية البيو كيميائية يرون أن هناك نواقل عصبية تلعب دور هام في الإصابة بمرض التوحد وتؤثر على الدماغ وهذه النواقل هي:

- السير وتونين.
- الدوبامين.

- الببتيدان أوكسي توسين و فازوبريس.

وسنحاول توضيح دور ووظيفة كل ناقل من النواقل هذه في الجدول التالي:

الدور والوظيفة	النواقل العصبية
<p>- المسؤول في التحكم في السلوك الحركي. ووظيفته تتجلى في: الحد من السلوك الحركي المتهور مثل كبت الغضب، والسيطرة على الحركة الهادفة كأخذ قلم. - تتأثر به سلوكيات عدة نحو: * السلوك الجنسي. * النوم. * الإحساس بالألم. * الذاكرة. * الاكتئاب. * التفكير بالانتحار. (قحطان الظاهر، 2008، ص84- ص85).</p>	<p>1- السير وتونين (Sérotonine)</p>
<p>- ناقل عصبي يؤثر على مختلف الأنشطة الهامة: * الحركة. * الانتباه. * التعلم. - يعمل كوسيط في تحديد قيمة عوامل انبعاث الشعور بالراحة. - ينظم الحركة المفرطة، والسلوكيات النمطية، فقلته تسبب بعض السلوكيات التوحدية كالنمطية، والنشاط الزائد. (نايف الزارع، 2010، ص44).</p>	<p>2- الدوبامين (Dopamine)</p>
<p>- عبارة على مجموعة من الأحماض الامنية، متواجدة في الخلايا العصبية. - دورها يتجلى في عملية النقل العصبي. - يلعبان دور مهم في السلوكيات الاجتماعية، وحدث اختلال في التوازن بينهما يساعد في تفسير ظاهرة إصابة الذكور أكثر من الاناث. (ريما مالك فاضل، 2015، ص39- ص40).</p>	<p>3- الببتيدان أوكسيتوسين وفازوبريس</p>

- جدول رقم 01 : يوضح دور ووظيفة النواقل العصبية في الإصابة بالتوحد.

من خلال النظريات السابقة الذكر يمكننا استنتاج عدة أسباب مؤدية الى الإصابة بالتوحد، وهناك أيضا عدة بحوث ودراسات أشارت الى أن العوامل المؤدية الى حدوث هذا الاضطراب تعود الى عوامل نفسية، بيولوجية، وراثية ومن بين هذه البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب نجد: (عمر بن الخطاب خليل: 1994، سوسن الحلبي: 2005، ماجد عمارة: 2005، رشاد موسى: 2002، محمد خطاب: 2005). (لمياء بيومي، 2008، ص31).

وفيما يلي سنحاول ذكر العوامل التي أشارت اليها هذه النظريات في الإصابة بالتوحد:

أ- العامل النفسي: ويتمثل العامل النفسي في علاقة الطفل بوالديه وكذلك شخصية الوالدين كالأأم المتلبدة العواطف، والانعزالية، كذا الأمراض النفسية لدى الوالدين كانفصام الشخصية، والمشاكل العائلية.

ب- العامل البيولوجي: يتمثل العامل البيولوجي في خلل وظيفي لمراكز التحكم في المخ، كذلك صعوبات أثناء الحمل والولادة مثل:

- ارتفاع درجة الحرارة المؤثرة على الحمل.

- نقص الأكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ.

- خلل في أحد وبعض أجزاء المخ.

- خلل كمي وحجمي للخلايا العصبية.

ت- العامل الكيميائي: يتمثل في ارتفاع نسبة السير وتونين، وانخفاض أو زيادة نسبة الدوبامين.

ث- العامل الوراثي أو الجيني: يتجلى في الأمراض الوراثية المؤدية للإصابة باضطراب التوحد نحو:

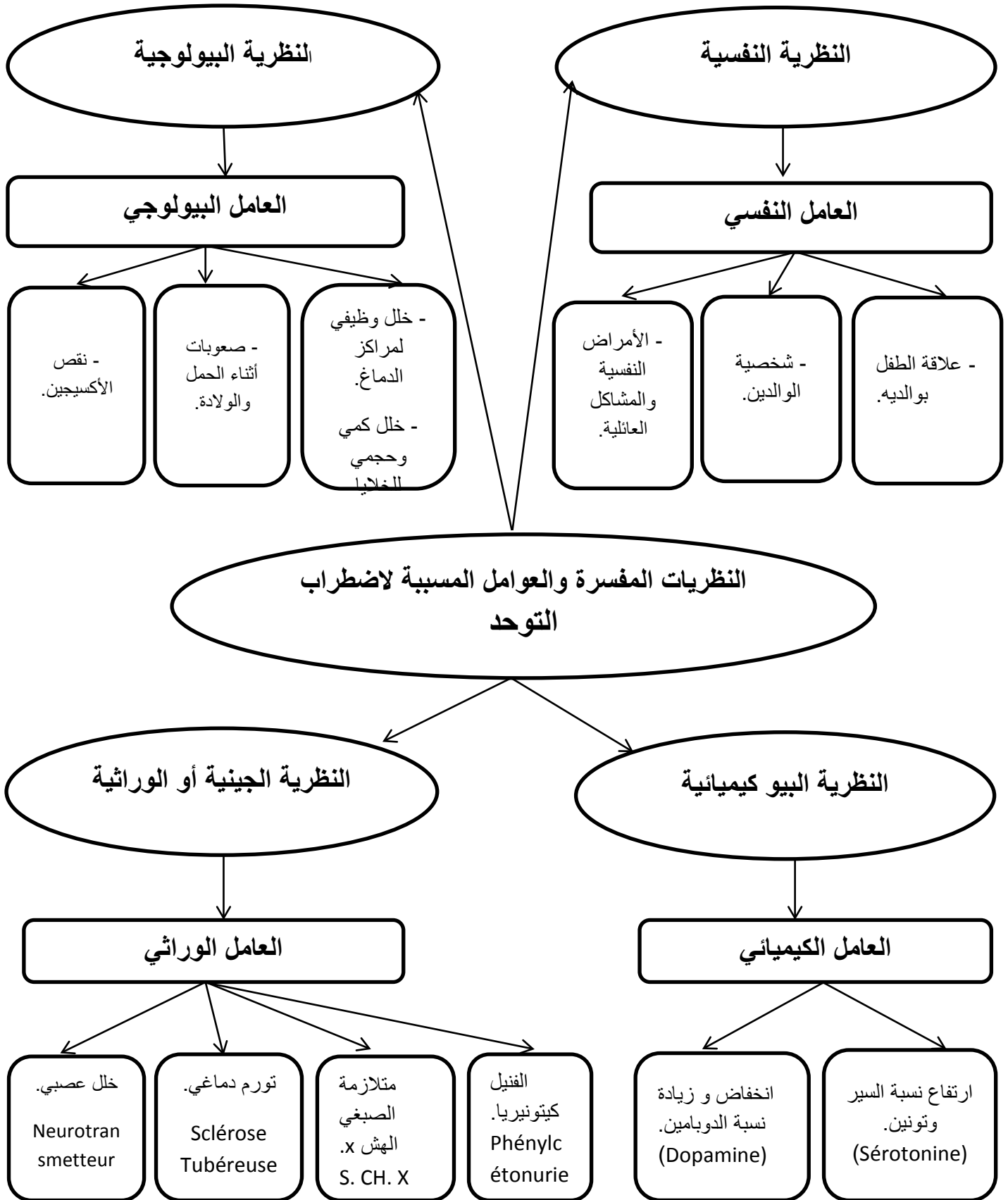
- الفينيل كيتونيريا.

- متلازمة الصبغي الهش X.

- التورم الدماغى.

- الخلل العصبى.

ومن هنا يمكننا توضيح هذه العوامل المسببة بالإصابة بالتوحد ملخصة في المخطط المقابل:



- مخطط تمثيلي رقم 02: يفسر النظريات والعوامل المسببة لاضطراب التوحد.

4- سمات أطفال التوحد

إن فئة الأطفال المصابين بالتوحد تعد فئة غير متجانسة في خصائصها، فقد يكون لطفلين توحيديين نفس التشخيص والتصنيف إلا أن الخصائص تختلف وتتنوع، فنجد بعضهم يبدون انعزالا كامل عن المحيط الاجتماعي ويميلون الى الوحدة، في حين يبدي البعض الآخر أنماطا من التفاعل، كما أن البعض الآخر يعاني من مشاكل سلوكية وحركات نمطية شديدة ومن أهم هذه الخصائص نجد ما يلي:

4- أ- الخصائص الاجتماعية.

4- ب- الخصائص السلوكية.

4- ت- الخصائص المعرفية.

4- ث- الخصائص التواصلية.

4- ج- الخصائص الحسية.

4- أ- الخصائص الاجتماعية:

إن الطفل التوحيدي يعاني من مشكلات في مختلف المهارات الاجتماعية، فمنذ الأشهر القليلة الأولى من عمره هناك صعوبة في إشراكه في تفاعلات اجتماعية عادية بين الطفل وأمه، لا يبادرون بتفاعلات اجتماعية متبادلة كما هو الحال عند الطفل العادي. (الشامي، 2004، ص38).

غالبا ما يظهر الطفل التوحيدي الانسحاب في المواقف الاجتماعية هذا ما أكدته دراسة كل من: (عبد الله، 2005)، (بخش، 2002)، (عمارة، 2005)، على أن الأطفال التوحيديين لديهم الانسحابية، وعدم التفاعل الاجتماعي، كذلك السلبية تجاه الطرف الآخر فهم يبدون عدم الرغبة في مشاركة الأطفال الآخرين في ألعابهم وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم، وكذا يتجنبون أي لقاء عائلي، قصور في الاستجابة للمثيرات البيئية. (ريما مالك فاضل، 2015، ص24).

الطفل التوحيدي يعاني من عدم القدرة على تفسير المثيرات بشكل عام، نجده يركز على أشياء معينة ويفقد الصورة الكلية من التفاعل الاجتماعي، فهذا ما يدفعه الى الانسحاب في جميع أشكال التفاعل، والتواصل الاجتماعي، وغير قادر على تكوين علاقات اجتماعية. (Johnson, 2007, 1183).

ويركز (James, 2008) في كتابه: «نشاطات فعالة لأطفال التوحد»، على أن السلوكيات المركزية أو المحورية بمثابة القاعدة أو الأساس لتطوير المهارات الاجتماعية واللغوية، و أي خلل يؤثر تأثير سلبي على هذه المهارات». ومن أبرز هذه السلوكيات هو التواصل

البصري، يعتبر سلوك يحدث في مرحلة مبكرة من النمو وهو سلوك مهم لتطوير المهارات الاجتماعية واللغوية والمعرفية. (James, 2008, P287).

كذلك نجد الطفل التوحدي يبدي عجزا في مهارات التقليد، لأنه يعاني من اضطراب في الانتباه والملاحظة، والتي تعد من ركائز مهارة التقليد.

ومن جهة أخرى المصابين باضطراب التوحد يعانون من مشاكل في اللعب مع الآخرين، ويتميز لعب التوحديين بالافتقار الى الخيال والمرونة والتجديد، لا يبدي الاهتمام بالألعاب كما هو الحال عند الطفل السليم، فهم يفضلون اللعب بالأشياء المحيطة به، والتي تعتمد بدرجة كبيرة على اللعب بالحواس كاللعب بالماء، التراب، والبعض الآخر يعتمد على فمه في الاتصال بالألعاب لذا نلاحظ أن الكثير يضع الألعاب في فمهم، لدي التوحديين صعوبة في تعلم كيفية اللعب، يعانون أيضا من مشاكل في اللعب التخيلي أو الرمزي ويرجع لورد (Lord, 2001)، سبب هذا الخلل الى وجود قصور في المقدرة اللغوية ومستوى الذكاء لديه. (ريما مالك فاضل، 2015، ص25-ص26).

4- ب- الخصائص السلوكية:

إن سلوكيات الطفل المصاب بالتوحد تتميز بالسذاجة والقصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية، حيث تكون لديه سلوكيات غير إرادية، وتتميز هذه السلوكيات كذلك بالعدوانية. (طراد نقيسة، 2013 ، ص17).

من أهم الخصائص السلوكية عند الطفل ما يلي:

ب-1- السلوك النمطي:

كل الأطفال المصابين باضطراب التوحد يبدون مجموعة السلوكيات النمطية المتكررة، وهذه السلوكيات تظهر في أشكال عدة، بعضها يرتبط بالحواس وبعضها يرتبط بحركة الأطراف، ومنها ما يرتبط بحركة الجسم، ومنها من لا ترتبط بالحركات، حيث يرتبط بالتفكير، ومن أمثلة هذه السلوكيات ما يلي:

- التحديق في الأضواء أو الأشياء اللامعة.

- رفرقة الأيدي.

- تدوير الأشياء حول نفسها.

- تذوق الأشياء مثل: لحس الأقلام أو النوافذ.

- القفز.

المشي على رؤوس الأصابع.

ب-2- السلوك الروتيني:

بمعنى الثبات على روتين معين ومقاومة التغيير الذي يطرأ عليه، أي أن الطفل يرفض مثلاً تغيير أي قطعة أثاث في المنزل حتى ولو لبضع سنتيمترات، كذلك تغيير مسلك الطريق الذي يسلكه للذهاب لمكان معين، نجد أيضاً رفضه لتغيير الأطعمة التي يتناولها، حيث يرفض تناول نوعين أو ثلاثة أنواع من الأطعمة، أو الإصرار على ارتداء نفس الملابس. (زينب محمد، 2009، ص31).

ب-3- الاهتمام بأشياء معينة والتعلق بها:

أغلب هذه الأشياء مادية غير انسانية، والتعلق بها يعتبر غير طبيعي ولفترة طويلة نسبياً، مما يجد من امكانية الطفل على التعلم والتواصل الاجتماعي، وهذا الارتباط قد يحدث بصورة سلوك انشغالي كالعاب بالرمل، أو النقر على الأشياء لفترات طويلة في اليوم، قد يتعلق بشيء معين يصعب أخذه منه مثل: المحارم، المفاتيح، الأوراق. (شوقي غانم، 2013، ص46).

ت-4- السلوك العدواني:

يكون هذا السلوك إما موجه نحو الطرف الآخر، أو سلوك موجه نحو الذات.

ب-4-1- السلوك العدواني الموجه نحو الطرف الآخر: إن معظم أطفال التوحد لا يشكلون خطراً لحياة الأشخاص الذين من حولهم، إلا ان هناك نسبة ضئيلة يبدون سلوكيات عدوانية تجاه الآخرين، وهؤلاء الأطفال يعانون من تأخر ذهني شديد الى جانب التوحد، يمكن انخفاض هذه السلوكيات عندما يوضع هؤلاء الأطفال في بيئات منظمة.

ب-4-2- السلوك العدواني الموجه نحو الذات: هناك نسبة قليلة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يقومون بإيذاء أنفسهم بشكل مستمر، فمن الممكن أن يضربوا رؤوسهم في الجدار أو ينتفون شعرهم، كذا عض الاصابع، جرح وتخديش الوجه وأجزاء في الجسم بأظافرهم.

وكل هذه السلوكيات تعود للمشاكل والصعوبات التي يعاني منها الطفل التوحدي، كصعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي، وصعوبات اللعب. (فهد المغلوث، 2004).

4- ت- الخصائص المعرفية:

تعتبر مهارات التفكير والانتباه و الفهم والادراك و الذاكرة من أهم الوظائف المعرفية التي يجب على الطفل اكتسابها وتعلمها، لأنه إذا حدث هناك خلل في أحد هذه المهارات فإنه يؤثر على أدائه وتعلمه، وتعتبر الخصائص المعرفية ميزة مهمة لاضطراب التوحد، ومن أهم هذه الخصائص المعرفية التي يتصف بها الطفل التوحدي ما يلي:

- صعوبات متنوعة في الانتباه، حيث يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الاستجابة للأشياء في بيئته.

- صعوبة التفكير والادراك، فالطفل ذوي اضطراب التوحد لا يستطيع استيعاب و ادراك الصورة الكلية للموضوع، حيث يكتفي بمعالجة أجزاء هذه الصورة دون القدرة على الحصول على نظرة شاملة للموضوع، كذا عدم القدرة على التنبؤ بسلوك الآخرين وتفسيره.

- صعوبة في تنظيم المعلومات وحل المشاكل.

- افتقاد أطفال التوحد الى الدافعية للقيام بالمهام الموجه اليهم.

- صعوبة في مهارة التقليد مقارنة بالطفل العادي من نفس عمرهم الزمني.

- صعوبة في التصرفات الحركية التي تتطلب مستويات معالجة عالية كالتخطيط والتنسيق والانتباه والتقليد وكذا تنفيذ حركات حسب تسلسل معين مثل: الرقص على انغام موسيقية، الوقوف على رجل واحدة. (فهد المغلوث، 2004).

4- ث- الخصائص التواصلية:

يعتبر التواصل من المشكلات الرئيسية التي يتسم بها أطفال التوحد، بحيث يعاني جميع هؤلاء الأطفال من صعوبات في اللغة والتواصل على الرغم من وجود فروق واختلافات في شدة هذه الصعوبات وطبيعتها، ويمكن تقسيم هذه الخصائص التواصلية لدى أطفال التوحد الى ثلاث مجالات

ث-1- السلوكيات غير اللفظية: تتمثل في الضعف في التواصل البصري مع الطرف الآخر، والقصور في استخدام تعبيرات الوجه المناسبة للحالة الانفعالية، كذا صعوبة في فهم التعبيرات الانفعالية للآخرين، كما يعاني ذوي اضطراب التوحد من قصور في استخدام الايماءات والحركات المرافقة للكلام، وفي استخدام الاشارة، اضافة الى ضعف بارز في مهارة التقليد.

ث-2- اللغة التعبيرية: يستخدم بعض أطفال التوحد صوامت قليلة، ومقاطع صوتية قليلة، كما يبدي البعض الآخر منهم تأخرا أو قصورا في تطوير اللغة المنطوقة، ويبدون الصمم والبكم لبعض الكلمات، ويظهر البعض الآخر لغة نمطية ومتكررة يقوم فيها الطفل بترديد

أصوات أو كلمات مفردة أو جمل لمواقف أو أحداث بسيطة وهذه اللغة المتكررة تسمى المصاداة (Echolalie)، التي قد تكون:

- مصاداة فورية: تتمثل في الإعادة الدقيقة للكلمات والعبارات بعد ثوان قليلة من سماعها.
- مصاداة متأخرة: تتمثل في الإعادة الحرفية الدقيقة ولكن بعد فترات زمنية معينة تستمر حتى عدة أيام.
- مصاداة مخففة: تكون إما فورية أو متأخرة، لكن العبارات المعادة لا تنطق كما سمعت بالضبط، وتكون ناقصة. (علي دلشاد، 2013، ص206- ص207).

ويمكن تصنيف صعوبات التواصل اللفظي لدى التوحدي في ثلاث مجموعات كالآتي:

- المجموعة الأولى: الأطفال الذين لا يتكلمون أو يعانون من تأخر واضح في اللغة المنطوقة وتظهر نسبتهم حوالي 50%.
- المجموعة الثانية: هم الأطفال الذين يظهرون لغة نمطية ومتكررة وغير وظيفي وتبلغ نسبتهم حوالي 25%.
- المجموعة الثالثة: تشمل الأطفال الذين يطورون مهارات اللغة الطبيعية مع ظهور بعض الصعوبات مثل كيفية البدء بالمحادثة أو المحافظة على استمراريتها أو كيفية التوقف وانهاء المحادثة وتبلغ نسبتهم حوالي 25% (ربما مالك فاضل، 2015، ص31).

ث-3- اللغة الاستقبالية: تعد اللغة الاستقبالية أفضل من اللغة التعبيرية لدى أطفال التوحد، لكن بالرغم من ذلك يعاني معظمهم مشكلات في اللغة الاستقبالية، وتشمل صعوبات في فهم لغة الآخرين، عدم فهم الأسئلة، أو متابعة التعليمات اللفظية الطويلة أو حتى البسيطة في الكثير من الأحيان، أو أنهم يفهمون اللغة في سياق خاص بهم أو يفهمون اللغة بحرفيتها. (علي دلشاد، 2013، ص208).

4-ج- الخصائص الحسية:

يعاني أطفال التوحد من مشكلات في حواسهم سواء السمعية أو البصرية أو الشم والتذوق أو اللمس، فمن هذه الحواس ما يكون عالي الحساسية (Hyper Sensitive)، أو منخفض الحساسية (Hypo Sensitive)، وفيما يلي نحاول تلخيص أهم هذه الخصائص الحسية لدى التوحديين:

4-ج-1- الاستجابة البصرية: يبدي ذوي اضطراب التوحد تجنباً للتواصل البصري مع كل من حوله من مثيرات سواء كانت أشخاص أو أشياء يمكن للطفل العادي أن يجذب إليها

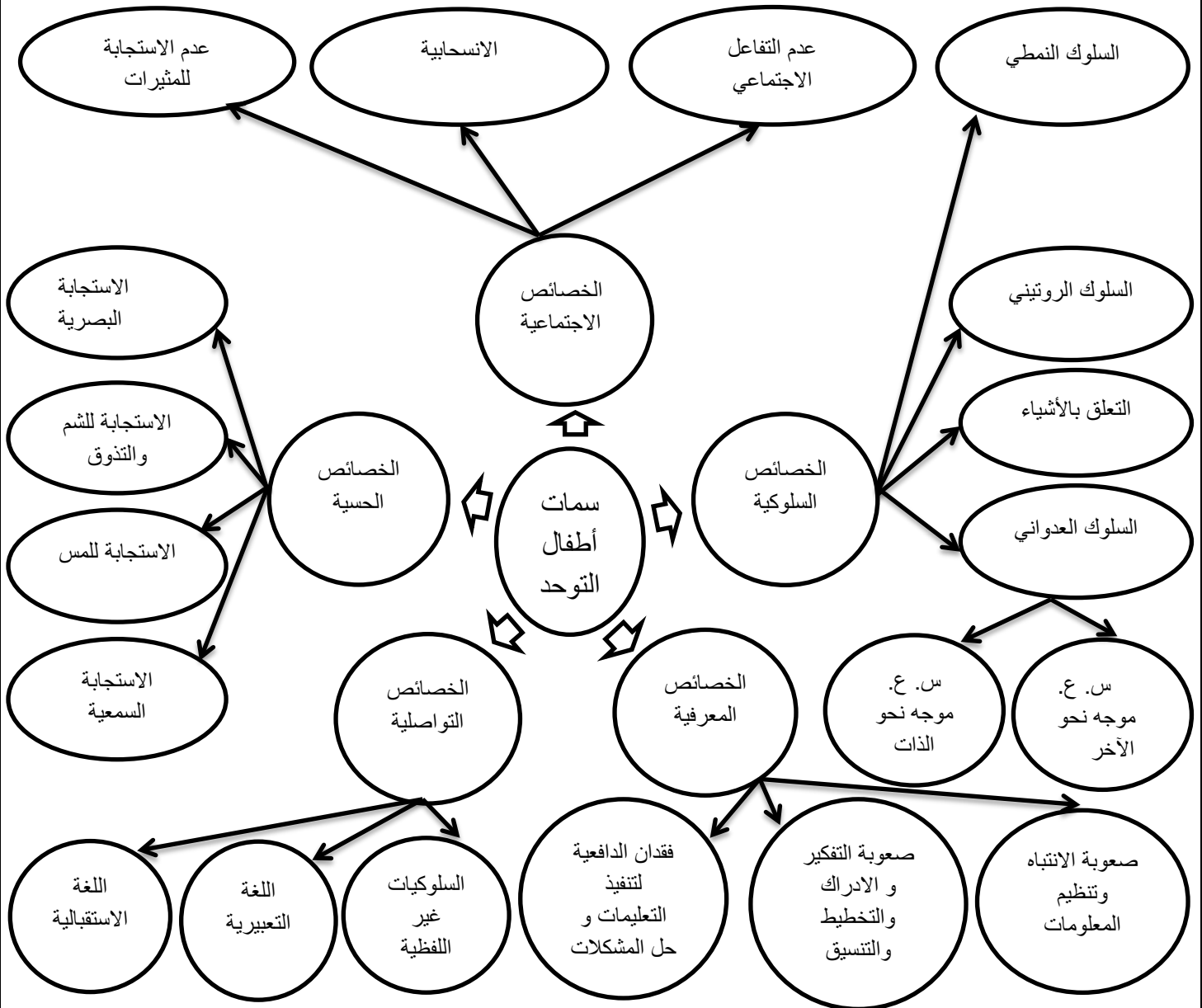
بسهولة، وكذلك يستجيب بطريقة شاذة كالتحديق لوقت طويل في الفراغ، كما أن بعض أطفال التوحد يظهرون حساسية تجاه بعض أنواع الإضاءة التي لا تعتبر ذات تأثير بالنسبة للطفل العادي.

4-ج-2- الاستجابة للشم والتذوق: يقوم بعض أطفال التوحد بالتعرف على البيئة من حولهم عن طريق شم ملابس أو أيدي الآخرين أو شم أنفسهم، كما يعانون من مشكلات في الطعام فنجدهم يصرون على طعام معين ويرفضون التغيير.

4-ج-3- الاستجابة للمس: لدي البعض حساسية جلدية كبيرة تجعله يبتعد عند ما يحاول أحد لمسهم أو معانقتهم، كما أن البعض الآخر يبدون أنهم لا يشعرون بالألم ولا يكون عندما يتعرضون للأذى، كذلك يبدون أنهم عديمو الإحساس بالبرودة والحرارة وعدم الاستجابة لأي منها بالشكل المناسب.

4-ج-4- الاستجابة السمعية: لدى الطفل التوحدي الحساسية السمعية تجاه الصوت، ومن مؤشرات السلوكية، وضع اليدين على الأذن للتخفيف من الصوت أو الضجيج و الهرب بعيدا عن مصدر الصوت والبكاء الشديد، يرجع الباحثون هذه السلوكيات الى شعور الطفل بالألم تجاه الأصوات، أو أنها تثير الرعب والخوف في نفسه. (الفرحاتي، وآخرون، 2010، ص33).

ويمكننا إجمال سمات أطفال التوحد في المخطط أدناه:



- مخطط رقم 03: يجمل مختلف سمات أطفال التوحد.

5- أعراض التوحد

أبرز أعراض التوحد تكمن في القصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي فبالتالي القصور في القدرة على التواصل، والتخاطب، التعلم، النمو المعرفي والاجتماعي، ويرافق ذلك الانطواء على الذات، مع جمود عاطفي وانفعالي. (مصطفى والشربيني، 2011، ص23 - ص24).

حدد المركز الطبي ديرويت الامريكية (1998) عدة أعراض يعاني منها الأطفال التوحديين وذلك في مجال السلوك، العمليات الادراكية والحسية، العلاقات الاجتماعية، والتواصل. (علا كمال، 2015، ص22).

وسنحاول عرض اهم هذه الأعراض في الجدول التالي:

أعراض التوحد			
التفاعل الاجتماعي	التواصل	السلوك	الادراك الحسي
- العزلة وعدم التواصل مع الأقران، - تجاهل الآخرين حتى يضمنون أن الطفل التوحد أصم، - قصور في تحقيق التفاعل الاجتماعي المتبادل، - عدم الرغبة في تكوين علاقات مع الطرف الآخر، - عدم القدرة على اللعب مع أقرانهم، - اللامبالاة الاجتماعية.	- بطئ في نمو اللغة، - الكلمات قد تكون غير مترابطة بمعانيها، - صعوبة في فهم الإشارة، ومشاكل في فهم الأشياء المرئية، - عدم القدرة على التعبير عن الرغبات والاحتياجات، - ترديد الكلام (المصاداة Echolalie)، - الاستخدام المضطرب للكلمات، - قصور في استخدام الضمائر، - عدم القدرة على البدئ في المحادثة مع الطرف الآخر.	- سرعة الانفعال، - الاصرار والتمسك بأشياء محددة، كالأطعمة والملابس - عدم الاحساس بمصادر الخطر على نفسه، - الانغماس لفترات زمنية طويلة في أداء سلوك غير هادف، والميل الى النمطية، - اصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر، - الضرب بالقدمين على الارض، والدوران حول نفسه، - هز الجسم للأمام أو الخلف.	- الاستجابة للأحاسيس بصفة عامة غير طبيعية، الحساسية الجلدية، اللمس، وتتاثر حواس السمع، البصر، الذوق، والشم بدرجات متفاوتة. - الخوف الشديد من الأشياء العادية. - صعوبة في استخلاص المعاني من الأصوات، - عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم التقدير للمخاطر.

(البطايينة وآخرون، 2009، ص578-579، الفرحتي وآخرون، 2010، ص33).

- الجدول رقم 02: يعرض أهم أعراض التوحد.

6- أنواع اضطراب التوحد

لقد أشار الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR)، إلى خمسة أنواع متعددة للتوحد، تتمثل في:

6- أ- اضطراب التوحد، Autisme

6-ب- متلازمة اسبرجر، Syndrome Asperger

6-ت- متلازمة ريت، Syndrome Rets

6-ث- اضطراب الانتكاس الطفولي،

6-ج- الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة.

من خلال الجدول التالي نقدم مفهوم كل نوع من هذه أنواع اضطراب التوحد:

النوع	المفهوم
6-أ- اضطراب التوحد (Autisme)	* إعاقة نمائية في التفاعل الاجتماعي والتواصل كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة، إضافة إلى اهتمامات محددة. (صديق، 2005، ص07).
6-ب- متلازمة اسبرجر (Syndrome Asperger)	* إعاقة تطويرية عصبية، تظهر بعد سن الثالثة، الذكاء يكون متوسط أو فوق المتوسط، الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر لا يعاني من تأخر في النطق، لكن لديه ضعف في فهم العلاقات الاجتماعية، لا يحب التغيير سواء في نوع الملابس أو الأطعمة، يتميز هذا النوع بضعف في التناسق الحركي، وضعف في التركيز. * هناك فرق بين التوحد ومتلازمة اسبرجر تتمثل في: - الطفل التوحدي يتميز بقصور لغوي، وفي تكوين حصيلة لغوية، بينما الطفل ذوي متلازمة اسبرجر لديه حصيلة لغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب، والتعبير. - الطفل التوحدي منغلق على نفسه، أما الاسبرجر يحس بمن حوله ويتعرف عليهم، رغم عجزه على تكوين علاقات مع الآخرين. (البطانية، 2009، ص583).

<p>* اضطراب يظهر خلال الأشهر الخمس الأولى من عمر الطفل، يمتد إلى أربع سنوات مصحوب بإعاقة عقلية. * اضطراب يصيب البنات فقط. * تتمثل أعراضه في: - فقدان حركات اليدين. - فقدان الكلام. - حركات نمطية. - مشكلات في التنفس. - القلق. - مشكلات سلوكية. (ريما مالك فاضل، 2015، ص19).</p>	<p>6-ت- متلازمة ريت (Syndrome Rets)</p>
<p>* يظهر بعد سن الثالثة، يتميز بتأخر ذهني شديد، يظهر لدى هؤلاء الأطفال تطور طبيعي في النمو من عمر 3 إلى 5 سنوات وأحياناً إلى 10 سنوات. يتميز بتراجع لغوي شديد. ما بين [2-4] سنوات عدم وجود اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادرة في الكلام أو المحافظة على السلوكيات النمطية المتكررة للغة. (علا كمال، 2015، ص31).</p>	<p>6-ث- اضطراب الانتكاس الطفولي</p>
<p>* عبارة عن مجموعة من الاضطرابات تتميز بوجود ضعف عام أو شديد في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل أو التواصل اللفظي أو التواصل غير اللفظي، أو عندما توجد نشاطات واهتمامات محددة وسلوكيات نمطية. (ريما مالك فاضل، 2015، ص19).</p>	<p>6-ج- الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة</p>

- الجدول رقم 03: يشرح مفهوم الأنواع الخمسة التي أشار إليها DSM-IV-TR لاضطراب التوحد.

7- التوحد والتركيبية الدماغية

يفسر العلماء غموض التوحد عن طريق محاولو دراسة البنية الداخلية لمخ الطفل التوحدي، وهذا من أجل معرفة متى وأين تحدث التفاعلات الجينية والبيئية التي تسبب التصرفات التوحدية.

*الدماغ: هو النسيج العصبي الموجود داخل الجمجمة ويتكون من ثلاثة أجزاء: المخ، المخ الأوسط، المخيخ.

أ- المخ: Cerveau

يعتبر اكبر جزء في الدماغ الأمامي وهو المسؤول عن العمليات العقلية المعقدة وينقسم إلى ثمانية فصوص نذكرها على هذا الترتيب:

أ-1- الفصان الجبهيان: Lobes Frontale

هما الفصان المتواجدان وراء الجبهة ويعملان بصفة متواصلة مع الفصان الخلفيان والجهاز الطرفي والمخيخ وعند تجميع المعلومات يقوم الفصان بدور المسؤول التنفيذي يعمل على جمع المعلومات وانتقاء السلوك المناسب وأهم العمليات التي تحدث فيها هي كالاتي:

- التخطيط لخطوات العمل والاحتفاظ بهذه الخطوات في الذاكرة العاملة والمؤقتة.

- اتخاذ القرارات بشأن ما سنقوم به.

- التعلم من الاخطاء.

- منع النفس من التخريب، أو التحكم في السلوك.

وهذه عند الطفل العادي، أما عند الطفل ذوي اضطراب التوحد يظهر خلل من حيث الطريقة التي تربط بها الخلايا العصبية المخ بأجزاء أخرى من الجسم، بالإضافة إلى وجود نشاط كهربائي أقل من المستوى الطبيعي في هذان الفصان أثناء قيامهم بمهام يفترض أن ينشط من خلالها، ويرجع هذا الخلل في النشاط بسبب الخلل في الارتباط بين الفصين وباقى الجسم، ونمو هذان الفصان لدى الطفل التوحدي يكون متأخرا وهذا راجع إلى وجود مشاكل في:

* التخطيط والتذكر.

* معالجة المعلومات.

* وجود سلوكيات تكرارية.

* كثرة التوقف في انجاز المهام.

(طراد نفيسة، 2013، ص15).

أ-2- الفصان الجداريان: Lobes Pariétale

هذان الفصان بدورهما مسؤولان على معالجة:

* المعلومات الحسية.

* السيطرة على الذاكرة اللفظية قصيرة المدى.

فإن أطفال التوحد يعانون من خلل في استقبال المعلومات الحسية وعدم وجود اضطرابات في الفصان الجداريان، وهذا دليل على أن حدوث الخلل يتم على مستوى استقبال المعلومة قبل ارسالها للمعالجة في هذا الفصان. (نايف الزارع، 2010، ص36).

أ-3- الفصان الصدغيان: Lobes Temporale

المسؤولان على:

* تفسير المعلومات الصوتية (السمعية).

* التحكم في القدرة على الكلام.

* ترجمة اللغة.

ومن مكونات هذان الفصان نجد:

أ-3-1- الجهاز الطرفي: جهاز يحوي اللوزتان وقرن آمون، وظيفته تذكر الخبرات الحديثة.

أ-3-1-1- اللوزتان: هما اللتان تسيطران على العواطف والعوانية، وبعض جوانب السلوك الاجتماعي.

أ-3-2- قرن آمون: المسؤول عن:

* التعلم.

* الذاكرة.

* بعض الجوانب الاجتماعية.

أجرت "بيشا فلييه" تجربة على القرده، حيث قامت بمراقبتها حين أزيل قرن آمون من أدمغتها فأخذت القرده سلوكيات شبيهة بالتوحد حيث انزلت عن المحيط الاجتماعي وأظهرت سلوكيات متكررة، وعندما تقدمت بالعمر ظهر عليها بعض التحسن، ويظهر على من أزيل منه اللوزتان ردود فعل غير طبيعية وصعوبة في التعرف على الوجوه كما يصعب تذكر المضمون العاطفي للقصص ويصبح لديهم أنماط انتباه غير طبيعية، وعجز عن الربط بين المعاني العاطفية والاحداث، مثال: إذا أصيب أحد بحادث سيارة فإن قرن آمون سيتذكر الواقعة والسيارة التي كان فيها والناس الذين معه، والموقع وما حدث، أما اللوزتان فسيذكر ما أصابه من توتر وخوف وقت الحادثة، ثم يأخذ المخ المعلومات ويعالج الموقف، ويقدم استجابة حيث يتجنب الأوضاع التي تسبب الحادثة، فإن الطفل التوحدي قد تظهر عليه سلوكيات عدوانية تجاه نفسه وقلة في الانفعال، الانسحاب الاجتماعي، قصور في التعلم من المواقف الخطرة، كذا صعوبة في الاستجابة للأضواء والأصوات والحرارة،

وفي المثيرات الانفعالية المتصلة بالخوف، وكل ذلك مرتبط ارتباطا كبيرا اللوزتان وقرن آمون. (نايف الزارع، 2010، ص36- ص37).

أ-4- الفصان القذاليان: Lobes Occipitale

هما الفصان المتواجدان في مؤخرة الدماغ مسؤولان على معالجة المعلومات البصرية مثل: الأشكال والألوان، الحركات وهذان الفصان سليمين عند الطفل التوحدي، لأن المعالجة البصرية للأشكال والألوان والتمييز البصري سليمة.

ب-المخيخ: Cervelet

يلعب دور مهم في:

* التناسق الحركي.

* نقل الانتباه من مثير لآخر.

* تعلم مهارات جديدة.

* حل المشكلات.

وتوصل (Courchesne, et, all, 1988) من خلال الفحص بالرنين المغناطيسي للمخ إلى: «أن الطفل المصاب بالتوحد لديه أجزاء ضامرة في المخيخ، ووظيفته تتجلى في:

* التوازن.

* حركات الجسم.

* العضلات المستخدمة في الكلام.».

في دراسة نشرها "إريك" (1988): «أوضح فيها أن معظم المصابين بالتوحد لهم مخيخ أصغر حجما. ومن الصعوبات التي تواجه الطفل التوحدي هي:

- إعاقة في قدرة الفرد على تحويل انتباهه من شيء لآخر بسرعة كافية دون أن يفوته أي معلومة.

- خلل في استقبال المعلومات وإرسالها إلى الأجزاء الأخرى في الدماغ بشكل جيد.» (قحطان الظاهر، 2008، ص87).

ث- جذع الدماغ:

يتواجد جذع الدماغ أعلى العمود الفقري المسؤول على:

*تنظيم بعض المهام الرئيسية مثل:

- التنفس.

- الهضم.

- التمثيل الأيضي.

* تنظيم ومعالجة المعلومات سواء كانت بصرية أو سمعية.

* تنظيم ردود الفعل النمطية والحركة.

وأي خلل فيه يؤدي إما إلى استجابة مفرطة أو استجابة ضعيفة للمعلومات الحسية.

وأشارت بعض الدراسات التي تناولت جذع الدماغ لدى مجموعة من الأطفال ذوي اضطرابات نمائية أن الخلل الموجود في جذع الدماغ لديهم ينتج عنه:

* قصور في الاستجابة للمعلومات السمعية، وتحليلها بشكل طبيعي.

* صعوبة في ترجمة وتحليل المعلومة البصرية. (نايف الزارع، 2010، ص41).

ث- الخلايا العصبية:

من الأطفال التوحديين من يكون لديهم النشاط العصبي زائد ومنهم من يكون ناقص عن المستوى الطبيعي، كما يقل عدد وحجم الخلايا العصبية الموجودة في المخ، إضافة إلى تفرعاتها مقارنة بالأطفال العاديين، والخلايا العصبية في الجهاز الطرفي أقل حجماً وأقل كثافة، ينمو دماغ الجنين منذ الميلاد، ويبدأ هذا النمو بعدد قليل من الخلايا التي تكبر وتتقسم إلى بلايين الخلايا، وتسمى النيرونات (Neurons) أو الخلايا العصبية. وتلعب البحوث التي يريها المعهد الوطني للصحة النفسية دور مهم في توضيح كيفية تموضع الخلايا في منطقة معينة من الدماغ وتقوم بوظائف محددة، وعندما يتموضع في منطقة الدماغ، تقوم كل خلية عصبية بإرسال نبضات إلى الخلايا الأخرى عن طريق ألياف عصبية تربط بينهما، وبهذه الطريقة يتكون الاتصال بين مختلف مناطق الدماغ وبين المخ وسائر الجسم، وعندما تستقبل كل خلية إشارة تطلق مواد كيميائية معينة تدعى النواقل العصبية (Neurotransmetteurs)، التي تنقل هذه الإشارة إلى خلية عصبية أخرى. (محمد ابو حلاوة، 1997، ص25-ص26).

فحاول العديد من العلماء في دراساتهم حول تركيب البنية الداخلية للدماغ للتوصل إلى إشارات ودلالات توضح اختلاف مخ الطفل التوحدي عن أقرانه العاديين.

ففي دراسة الدكتور "باتريشا" أخصائية علم الأجنة في المدرسة الطبية، جامعة روشي ستر، أوضحت: «بأن الخلل المخي في التوحد يحدث ما بين [20-24] يوم من الولادة كما أنها تثبت أن الجينات المعينة في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ تسمى: هوكس (Houx gènes) هي متغيرة في الطفل التوحدي».

أما في دراسة "مارجريت بومان" اختصاصية الأعصاب، جامعة هارفارد، فقد أشار إلى: «أن الخلل المخي في الطفل التوحدي يحدث قبل منتصف 3 أشهر الأولى من الحمل». في حين أوضح الدكتور إريك كورتي شسن، عالم الأعصاب في جامعة كاليفورنيا، سان دياغو حيث قال: «إن المشكلة تحدث بسهولة بعد الولادة حيث أن المخ يستمر في النمو». (محمد علوات، 2007، ص72-ص73).

وأجريت دراسات أخرى لاستكشاف الفرق بين الرسائل العصبية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين، فوجد مستويات مرتفعة في الناقل العصبي المسمى السير وتونين (Sérotonine) لدى عدد من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فإذا حدث خلل في النواقل العصبية التي الرسائل العصبية إلى الدماغ يمكن حدوث خلل في الاحساسات المرافقة للتوحد.

وقام المعهد الوطني للصحة النفسية باستكشاف وفحص الفروق في الوظيفة الكلية للدماغ، وهذا من خلال التصوير بأشعة الرنين المغناطيسي (MRI)، فلاحظ باحثو المعهد في دراسة تكونت من ذكور مراهقين يعانون من التوحد لم يكونوا أقل نجاحا من أقرانهم العاديين في أداء المهام فقط، بل أظهرت نتائج أشعة التصوير المغناطيس أن أدمغتهم كانت تعمل بمستوى نشاط منخفض بصورة ملحوظة، وفي دراسة على الأطفال الصغر فلاحظوا، وجود مستويات منخفضة من النشاط في المناطق الجدارية للدماغ وفي الجسم الجاسئ. (محمد ابو حلاوة، 1997، ص27).

8- تشخيص التوحد

يرى الروسان (2002)، أن موضوع قياس وتشخيص الأطفال الغير عاديين يعتبر أمرا بالغ الأهمية في ميدان التربية الخاصة، لأنه الخطوة الأولى والمهمة للمساعدة في تحويلهم للمكان المناسب ووضع البرنامج المناسب لحالتهم. (مجدي غزال، 2007، ص05).

إن عملية تشخيص التوحد تعد من أكثر العمليات تعقيدا وصعوبة، وذلك راجع إلى تباين الأعراض من حالة مرضية إلى أخرى من ذوي اضطراب التوحد، كما تعود صعوبة تشخيص حالات التوحد السلوكي، وهناك تطور بالنسبة لأدوات التشخيص وشابه أعراضه مع عدة اضطرابات أخرى نحو: التخلف العقلي، فصام الطفولة، متلازمة اسبرجر، ونجد من جهة أخرى عجز العلم للوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المؤدية للإصابة بالتوحد،

خاصة العوامل العصبية.

والتشخيص يتطلب فريق عمل متعدد التخصصات في الجانب الطبي، النفسي، الاجتماعي، التربوي، وهناك تطور بالنسبة لأدوات التشخيص والتقييم للحالات التوحدية، والتي من خلالها يمكن تغطية هذه الجوانب المتعددة للاضطراب سواء كانت طبية أو سلوكية والتربوية، ويمكن تقسيم عملية التشخيص إلى ثلاث أنواع مهمة وهي:

أولاً: التشخيص الطبي،

ثانياً: التشخيص السلوكي التربوي،

ثالثاً: التشخيص الفارقي. (رضا عبد الستار، 2007، ص24- ص25).

أولاً: التشخيص الطبي:

أ- التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل: هذا من خلال طرح عدة أسئلة للوالدين تتعلق بفترة الحمل والولادة، والتطور اجسمي والحركي للطفل، والأعراض التي تظهر عليه خلال الشهر الأولى من عمره ومن بين هذه الأسئلة حول الطفل تتجلى في:

- إن لم يتقوه بأي أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12
- إن لم تنمو عنده المهارات الحركية نحو: (الإشارة، التلويح باليد، امسك الأشياء)، في سن 12 شهراً؟.

- إن لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهراً؟.

- إن لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهراً؟.

ومن الأسئلة التي تتعلق بفترة الحمل والولادة نجد:

- إن تعرضت الأم لأي حوادث نحو:

* النزيف الرحمي؟.

* الحصبة الألمانية؟.

* أخذ الطعم الواقي أثناء الحمل؟.

* أخذ مادة التوكسوبلازموس؟.

* الإدمان على الكحول؟.

- طريقة الولادة ومدتها ومدة الحمل؟.

- وزن الطفل عند الولادة؟.

كذا طرح الأسئلة فيما يتعلق بالمشاكل في التفاعل الاجتماعي نحو:

- كيف هي العلاقة بين الوالدين؟.
- نوع شخصيتهما؟.
- كيفية التعامل مع طفلهما؟.
- الأصول الوراثية، فالعامل الوراثي يمكن أن يعد سببا في حالة التوحد؟.
- (علا كمال، 2015، ص25- ص26).
- ب- الفحوصات الطبية: من المهم إجراء عدة فحوصات التي يوصي بها الطبيب مثل:
 - تخطيط المخ EEG.
 - الأشعة المقطعية للمخ CT scan .
 - الأشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRI .

وهناك كذلك فحوصات طبية أخرى ضرورية ينبغي إجرائها على ذوي اضطراب التوحد وهي كالاتي:

- فحص الحمض النووي.
- الفحص الأيضي للبول والدم.
- فحص الكروموسومات.
- التخطيط الدماغي للدماغ.
- فحص السمع، Test Auditive.
- فحص النظر، Test Visuelle.
- فحص الحساسية لدى الطفل لكل من:
 - * الفلوتين.
 - * الكاسين.
 - * الخمائر.
- فحص مستوى المكونات الغذائية عند الطفل مثل:

* المعادن.

* الفيتامينات.

وكل هذه التحاليل من شأنها استبعاد أمراض أخرى مصاحبة أو مشابهة لاضطراب التوحد. وهدف هذه الفحوصات الطبية التأكد من وظائف الجسم والدماغ لدى الطفل وهل يوجد أي اضطراب أو خلل عضوي لديه. (الفرحاتي وآخرون، 2010، ص44- ص45).

ويمكن الذكر بأن عملية التشخيص من منظور طبي يستطيع أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل طبيب أطفال وطبيب الأعصاب، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات عند الطفل.

ثانياً: التشخيص السلوكي والتربوي:

لكي نصل إلى تشخيص تكاملي لحالة التوحد والوقوف على الخصائص والمشكلات المختلفة لديه، فغنه يجب التطرق إلى الجانب السلوكي والتربوي لأنه الجزء المكمل في عملية التشخيص، ويجب التركيز على الملاحظة، التي هدفها وصف السلوك الذي يقوم به الطفل التوحدي وتنقسم الملاحظة إلى قسمين هما:

- الملاحظة المباشرة.
- الملاحظة غير مباشرة.

والتشخيص السلوكي يعتمد إذاً على الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل في التواصل مع الطرف الآخر، وملاحظة مستوياته في النمو، وتعتبر الملاحظة طريقة أكثر استخداماً في تشخيص التوحد، وهذا من خلال الخصائص والمظاهر الخارجية للطفل ذوي اضطراب التوحد. (علا كمال، 2015، ص26).

ومن بين هذه السلوكيات التي تلاحظ على الطفل التوحدي نجد:

- اصدار أصوات بشكل نمطي وتكراري.
- الاصرار على شيء محدد ومألوف لديه مثل: الطعمة، الألبسة.
- ردود فعل غير طبيعية ناحية المثيرات الحسية.
- الرفرفة بالأيدي.
- سلوك إيذاء الذات.

ثالثاً: التشخيص الفارقي:

يعتبر التشخيص الفارقي للتوحد مقارنة سلوك المتوحد مع سلوك الذي يعاني من اضطرابات أخرى لكنها تحمل نفس الأعراض كما هو في التخلف العقلي، مشكلات اللغة والكلام، الفصام، وكذلك التوحد بأطيافه المختلفة.

أ- التوحد والتخلف العقلي: ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي للمراض النفسية والعقلية (DSM-IV)، الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994): «أن التخلف العقلي حالة تتسم بتدني في الداء العقلي للطفل وعادة يكون مصحوب بخلل في السلوك التكيفي خلال السنوات النمو، فالطفل المتخلف عقلياً يختلف عن الطفل التوحدي، فإن التوحدي يتسم بتباين في مظاهر النمو، أما المتخلف عقلياً يميل إلى أن يكون متأخراً في

جميع جوانب النمو»، ومن الدراسات التشخيصية الفارقة بين التوحيدي والمتخلف عقليا دراسات(عادل عبد الله محمد،1999، 2000) والتي أشارت إلى: «وجود بروفيل خاص بكل فئة من هاتين الفئتين يمطن توضيحها كما يلي:

- تفوق الطفل الذي يعاني من تخلف عقلي على أقرانه التوحيديين في مستوى النمو اللغوي.
- الطفل التوحيدي أقل تفاعل مع الآخرين وأكثر انسحابا في المواقف والتفاعلات الاجتماعية، مقارنة مع أقرانه المتخلفين عقليا.
- تفوق المصاب بالتخلف العقلي على المصاب بالتوحد في المهارات الاجتماعية، حيث لديه وعي اجتماعي نسبي وقدرة نسبية على التعلق بالطرف الآخر، كذلك حصيلة لغوية ضئيلة.
- الطفل المتوحد أقل عدوانية من الطفل المتخلف عقليا، وكذا النشاط الزائد».

(رضا عبد الستار، 2007، ص25- ص26).

أ- التوحد والفصام:

أظهرت الدراسات والأبحاث أن هناك فرق بين الفصام والتوحد، حيث أن التوحد اضطراب سلوكي أما الفصام فهو اضطراب ذهني.

حيث تبدأ أعراض التوحد بظهور خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، بينما الفصام يبدأ في الظهور في الخمس سنوات من عمره، كما أن اللغة تتطور بصعوبة أحيانا لا ينطق بشيء، أما الفصاميين تطور اللغة لديهم بشكل أفضل.

(الزريقات، 2004، ص82).

ب- التوحد ومشكلات اللغة والكلام:

إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات اللغة ليس لديهم صعوبة في الانسحابية للمثيرات الحسية كما هو الحال لدى الأطفال التوحيديين، إضافة إلى ذلك المضطرب لغويا بمقدوره استخدام لغة الإشارة للتواصل مع الطرف الآخر على عكس التوحيدي فإنه يجد صعوبة في ذلك، حيث دعم هذه الفكرة سميث وآخرون (1990): «أنه من الممكن التمييز بين الطفل التوحيدي والطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية، ذلك لأن الطفل الذي يعاني من اضطرابات اللغة يحاول التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه، أما الطفل التوحيدي لا يظهر تعبيرات انفعالية مناسبة، ويفشل في استعمال اللغة كوسيلة للاتصال بدون تدريب». (رضا عبد الستار، 2007، ص26).

التوحد وأطيافه المختلفة:

وسنقوم بتوضيح معايير التفريق بين التوحد وأطيافه حسب الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس (DSM-V , 2013)، مبينة في الجدول التالي:

الاضطراب	معايير التفريق رقم 01: العمر عند ظهور الاضطراب
التوحد	قبل سن الثالثة
اسبرجر	بعد سن الثالثة
اضطراب التفكك الطفولي	بعد سنتين وقبل 10 سنوات
اضطراب نمائي شامل غير محدد	غير محدد
الاضطراب	معايير التفريق رقم 02: الذكاء
التوحد	يترأوح من فوق أو متوسط غلى تخلف ذهني شديد
اسبرجر	درجة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط
اضطراب التفكك الطفولي	تأخر ذهني شديد
اضطراب نمائي شامل غير محدد	يتفاوت بين تأخر ذهني بسيط إلى درجة ذكاء فوق المتوسط
الاضطراب	معايير التفريق رقم 03: النمو
التوحد	تأخر واضح خلال السنة الأولى من عمر الطفل
اسبرجر	لا يتأخر الطفل في تعلم والمهارات الادراكية
اضطراب التفكك الطفولي	تطور طبيعي في النمو حتى عمر [3-5] سنوات، وأحياناً إلى 10 سنوات يرافقه فقدان للمهارات
اضطراب نمائي شامل غير محدد	غير محدد

الاضطراب	معيار التفريق رقم 04: الخصائص الجوهرية
التوحد	قصور في التفاعل والتواصل الاجتماعي
اسبرجر	قصور في جانبي التفاعل الاجتماعي والسلوك، ولا يوجد تأخر في القدرات المعرفية
اضطراب التفكك الطفولي	اضطراب في التفاعل الاجتماعي واللغة واللعب، والمهارات الحركية، ويتميز بمشكلات في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية
اضطراب نمائي شامل غير محدد	قصور في التفاعل الاجتماعي، وقصور إما في التواصل أو السلوك وليس الاثنين معا
الاضطراب	معيار التفريق رقم 05: المظاهر الطبية
التوحد واضطراب التفكك الطفولي والاضطراب النمائي الشامل غير محدد	لكل هذه الاضطرابات حدوث نوبات صرعية بصورة شائعة على غرار الاسبرجر تحدث هذه النوبات بصورة غير شائعة

(شوقي غانم، 2013، ص60).

- الجدول رقم 04: معايير التفريق بين اضطراب التوحد ومختلف أطيافه.
إضافة إلى التشخيص الطبي والتشخيص السلوكي والتربوي وكذا التشخيص الفارقي هناك تشخيص التواصل لدى الطفل التوحدي.

- تشخيص التواصل:

من المهم تقييم مدى مهارات التواصل، منها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه، أو حركات جسمية، أو الإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة.

ومن أول خطوات التقييم التشخيصي للتواصل لدى الطفل هي فحص سمعه، ثم فحص الأعصاب الحركية للإجابة على عدة أسئلة متعلقة بهذه الفحوصات نذكر منها:

-هل يعاني الطفل من اضطرابات في النطق؟ مثل:

*عدم قدرة الطفل على تنسيق حركات الفم، والفك لإصدار أصوات مفهومة ومتسلسلة؟.

-هل يعاني الطفل من ضعف في عضلات الفم؟.

-إذا كان الطفل لا يتكلم فيمكن تقييم مثل هذه الاضطرابات من خلال أداء الطفل لمهارات نحو: البلع، المضغ، النفخ؟.

بعد ذلك يأتي التقييم النفسي للغة والتواصل، وذلك من خلال:

- ملاحظة كيفية تواصل الطفل في بيئات مختلفة، ومع الطرف الآخر كالوالدين.

- جمع المعلومات من خلال مقابلة الوالدين أو المعلمين المسؤولين عليهم.

وتحديد المستوى اللغوي بشكل دقيق لا يكون من خلال مقابلة الالدين فقط، ولا من خلال مراقبة الطفل في أوضاع مختلفة، فالوالدين يمكن أن لا يتذكروا تفاصيل معينة، أو يقدمان معلومات غير موضوعية. (الفرحاتي وآخرون، 2010، ص49).

وتشير "أمال باضة" (2001) إلى: «إمكانية التمييز بين أطفال التوحد وأطفال ذوي اضطراب التواصل، حيث يبدي أطفال ذوي اضطراب التواصل تواصلًا بالإيماءات وتعبيرات الوجه، عوض الكلام، بينما التوحديين لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة».

كما أوضح من جهة أخرى "عبد الرحمان سليمان" (2000) بعض الفروق بين الطفل التوحدي والطفل ذوي اضطرابات التواصل وهي كالاتي:

1- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى التوحدي، بينما ذوي اضطراب التواصل يتعلم معاني مفاهيم اللغة لمحاولة التواصل مع الطرف الآخر.

2- لا يظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة، أو وسائل غير لفظية مصاحبة، وذوي اضطراب التواصل يمكن أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه عوض الكلام.

كلاهما بإمكانهما إعادة الكلام إلا أن التوحدي يبدي إعادة الكلام متأخرا من الجمل والعبارات عكس ذوي اضطراب التواصل. (عبد الرحمن سليمان، 2000، ص78).

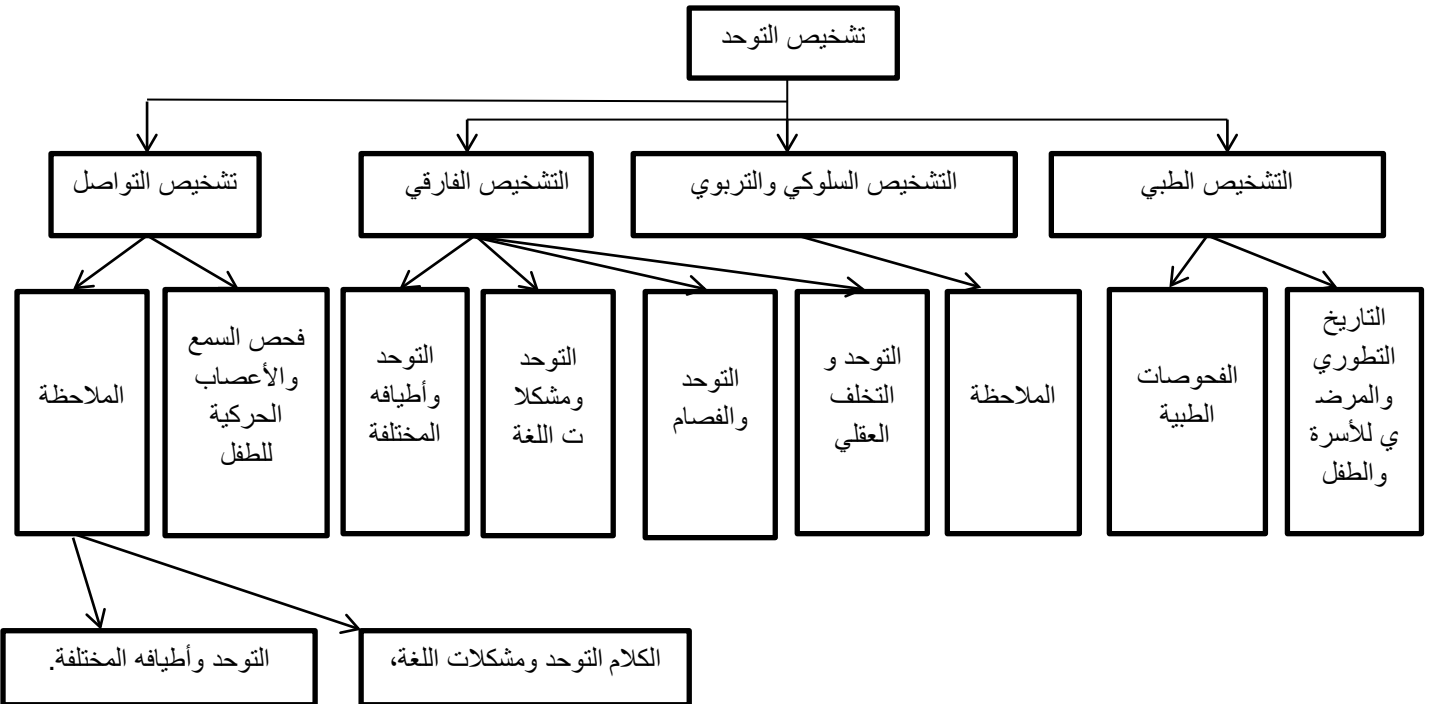
- ملاحظة:

إن عملية تشخيص التوحد ليست سهلة، وليست بالعملية المعقدة إذا تم الالتزام بالخطوات التالية:

- تبني مبدأ التشخيص من خلال فريق تشخيص متعدد التخصصات، نحو أخصائي أعصاب (Neurologue)، أخصائي نفسي أو طبيب نفسي (Psychologue)، طبيب أطفال متخصص في النمو (Pédiatre)، أخصائي علاج اللغة وأمراض النطق، أخصائي علاج مهني، وأخصائي تعليمي.
- توافر الخبرة العلمية والمعرفة العلمية للأطراف المشاركة في التشخيص.
- حسن اختيار الأدوات واختبارات التشخيص وفق عمر الطفل.
- توافر الخبرة الإكلينيكية لفريق التشخيص.
- الدقة في تفسير النتائج علمياً وبصفة دقيقة.

والهدف من تشخيص الطفل هو الربط بين نتائج التشخيص والبرامج الفعالة التي سيتلقاها الطفل فيما بعد وليست فقط اعطاء تصنيف لاضطراب التوحد.

سنقوم بتلخيص مختلف خطوات تشخيص التوحد من خلال المخطط المقابل:



- مخطط رقم 04: يلخص مختلف خطوات تشخيص التوحد.

9- علاج التوحد

التوحد اضطراب معقد وشامل لا يمكن علاجه من خلال دواء معين، ونجد انه لا يوجد علاج أو أسلو أو طريقة محددة وفعالة لعلاجه، والعلاجات الجيدة هي التي تستهدف المشكلة الاساسية في التوحد نحو: ضعف التواصل الاجتماعي، الكلامي، الجسدي، ومن هنا نحاول تلخيص بعض الطرق لعلاج التوحد وهي على النحو الآتي:

9-1-1- العلاج الطبي: ويتمثل في:

9-1-1-1- العلاج الدوائي،

9-1-1-2- العلاج بالحمية الغذائية،

9-1-1-3- العلاج بالفيتامينات،

9-1-1-4- العلاج بهرمون السكرتين.

9-2- العلاج النفسي.

9-3- العلاج السلوكي.

9-4- البرامج العلاجية المنظمة علميا: تتمثل فيما يلي:

9-4-1-أ- نظام التواصل عن طريق تبادل الصور،

9-4-1-ب- العلاج بالحياة اليومية،

9-4-1-ت- برنامج لوفاس،

9-4-1-ث- برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية،

9-4-1-ج- برنامج ليب،

9-4-1-ح- طريقة تيتش.

9-1- العلاج الطبي: أوضحت دراسة كونتيان وآخرون (Quintana, et, al,1995): «إن العلاج الطبي الذي تم إعطاؤه للتوحيدين عينة الدراسة لقد أدى إلى الحد من نشاطهم الزائد الذي يعانون منه».

وأوضحت دراسة جوردون وآخرون (Gordon, et, al, 1993): «أن العلاج الطبي قد أدى إلى الحد من الطقوسية القهرية التي تعكسها سلوكياتهم التي كانوا يأتون بها». (زينب محمد، 2009، ص67).

9-1-1- العلاج الدوائي: يتمثل في استخدام العقاقير، التي من شأنها التحكم في نوبات الصرع، الغضب، السلوك العدواني، النشاط الحركي الزائد، ومن هذه الأدوية نجد:

*الهالوبيريديول.

*فنفل ورامين.

*الليثيوم.

9-1-2- العلاج بالحمية الغذائية: تزويد الطفل بمادة السير ند التي تساعد على زيادة هضم البيبتيدات الناتجة عن بروتيني الكازين والجلوتين، أو عن طريق تقديم لهم طعام خالي من البروتينين الكازين والجلوتين.

9-1-3- العلاج بالفيتامينات: تقديم الطفل التوحدي الفيتامين B6 والمغنيسيوم حيث أن الفيتامين B6 يقوم بالتقليل من النشاط المفرط والسلوك العدواني أما المغنيسيوم له دور مهم في المجالات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية. (ريما مالك فاضل، 2015، ص43).

9-1-4- العلاج بهرمون السكرتين:

وضح ورنر (Warner, 2000)، أنه بعد أن قام بإعطاء جرعات من هرمون السكرتين لحالات التوحد التي تعامل معها وجد حوالي 80% من هذه الحالات حصل فيها تحسن، لهذا هذا الهرمون يساعد التوحديين على جعلهم في وضع أفضل مما يهيئهم للاستفادة من الخدمات التربوية والتأهيلية الخاصة. (Webb .T, 2000).

وهذا الهرمون يفرزه الجهاز الهضمي ويساعد في عملية الهضم. (شوقي غانم، 2013، ص63).

9-2- العلاج النفسي:

ذكر (ليو كانر 1943): «أن سبب التوحد يرجع إلى قصور العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (خاصة الأم) والطفل، لاحظ أن الوالدين سبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أبنائهم.

ولقد اعتمد التدخل النفسي في علاج التوحد على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التطور في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حلة من التواصل والانفعال الجيد السوي في العلاقة مع الأم.

ويركز العلاج النفسي على أهمية أن اجبار الطفل على إقامة علاقات نفسية وانفعالية جيدة ومشبعة مع الأم.

من رواد هذا الأسلوب نجد (ميلاني كلاين Melany Klein)، (وبرونو بتلهم Bruno Bettelheim)، (ومرشانت Merchant) أشاروا إلى: «وجود تحسن كبير لدى حالات التي عولجت باستخدام الأساليب النفسية، ويقوم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء أطفال التوحد على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة إصابة أبنائهم باضطراب التوحد». (عادل شبيب، 2008، ص38).

9-3- العلاج السلوكي:

يعد العلاج لسلوكي الكثر استخداما في العالم حيث يركز هذا النوع من العلاج على تعديل سلوك الأطفال التوحديين باستخدام العديد من الأساليب نحو: التعزيز، التشكيل، التلقين، الإخفاء، العقاب، التصحيح، التغذية الراجعة، وهذا للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد، كالعنف، نوبات الغضب، إيذاء الذات، التي تشكل ضغطا على الوالدين والمتعاملين مع الطفل التوحدي، بهدف تحسين التفاعلات والعلاقات مع الطرف الآخر.

ففي دراسة جمال محمد (1998، 523) هدفت الدراسة إلى: «التعرف على فاعلية أساليب التعديل السلوكي في خدمة الفرد في تعديل السلوك الطفل التوحدي، إذا أوضحت النتائج فعالية أساليب تعديل السلوك من خلال زيادة التواصل وقلة النشاط الزائد». ومن أهم الفنيات التي يركز عليها العلاج السلوكي في تدريب الأطفال التوحديين موضحة كالاتي:

9-3-أ- التعزيز Refinancement

عبارة عن عملية سلوكية تشمل على تقوية السلوك، وفي هذه العملية يتبع المثير البيئي (حدث، شيء، خبرة)، السلوك مباشرة بعد حدوثه، فيؤدي إلى زيادة احتمالية هذا السلوك في المستقبل وفي المواقف المشابهة، ويسمى المثير البيئي الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى زيادة احتمالية حدوثه ثانية بالمعزز.

وهذا المعزز يكون سواء معزز غذائي مثل الشكولاتة، أو معزز اجتماعي مثل: الابتسام، أو معزز رمزي نحو: النجوم، أو معزز نشاطي نحو: اللعب.

وهذا ما أشارت إليه دراسة دونلاب وفوكس (Dun lap, et Fox, 1999): «بأن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنويع المكافأة وتغييرها يجعل التعزيز أثر جيد في سلوك الطفل التوحيدي، كما وجد أنه يجب الابتعاد عن العقاب للسلوكيات غير الملائمة الصادرة عن الطفل».

كذلك يتفق كل من عادل عبد الله (2002)، ولويس مليكة (1998) في: «أن المعززات يجب استخدامها عند ما يقوم الطفل بالاستجابات الصحيحة، حتى تكون بمثابة مكافأة له على تلك الاستجابات، وان تعطى له عقب قيامه بالاستجابات الصحيحة، كما يجب التنوع في نع المعززات». (لمياء بيومي، 2008).

9-3-ب- التلقين Prompt، والإخفاء Faction

التلقين: عبارة عن نوع من المشاهدة التي تقدم للفرد بعد طرح المثير وقبل استجابة الفرد لزيادة احتمال قيامه بالسلوك المستهدف، أي الاستجابة بشكل صحيح.

وينقسم إلى عدة أنواع نحو: * تلقين جسدي.

* تلقين إيمائي.

* تلقين لفظي.

أما الإخفاء: أسلوب منظم لتقليل التلقين بأنواعه بشكل تدريجي كلما أصبح المتعلم قادرا على تأدية السلوك باستقلالية.

9-3-ت- التشكيل:

عبارة عن اجراء الذي يتضمن تعزيز أي أسلوب يقترب تدريجيا من السلوك النهائي. (الشامي، 2003، ص225).

9-3-ث- النمذجة (التعلم بالتقليد):

عبارة عن إتاحة نموذج سلوكي مباشر (الشخص) للمتدرب، حيث يكون الهدف توصيل معلومات حول نموذج سلوكي معروض للمتدرب بقصد إحداث تغيير في سلوكه واكسابه سلوكا جديدا، والنمذجة أنواع نذكر منها:

● نمذجة مباشرة: تتمثل في:

* قدوة فعلية: فرد يؤدي نموذج سلوكي مطلوب إتقانه.

* قدوة رمزية: من خلال فيلم أو مجموعة من الصور بطريقة متسلسلة تكشف عن خطوات أداء السلوك.

- نمذجة ضمنية: حيث يتخيل المفحوص نماذج تقوم بالسلوكيات التي يرغب الفاحص أن يلقنها للمفحوص.
- نمذجة بالمشاركة: عرض السلوك المرغوب بواسطة نموذج، كذلك أداء هذا السلوك من جانب المفحوص مع توجيهات تقويمية من جانب آخر.
- نمذجة حية: تأدية السلوكيات المستهدفة بوجود الشخص الذي يراد تعليمه تلك السلوكيات، وفي هذا النوع من النمذجة لا يطلب من المفحوص تأدية سلوكيات النموذج وإنما مجرد مراقبتها فقط.
- نمذجة رمزية أو مصورة: يقوم المفحوص بمشاهدة سلوك النموذج فقط من خلال الأفلام أو القصص أو الكتب. (ريما مالك فاضل، 2015، ص47).

9-4- البرامج العلاجية المنظمة علمياً: تتمثل في:

9-4-أ- العلاج عن طريق تبادل الصور:

من أشهر أساليب التواصل البصري مع الأطفال التوحيديين وذو اضطرابات لغوية، ويهدف هذا الأسلوب إلى تدريب الطفل على تعلم طريقة التواصل، وذلك عن طريق تبادل الصور بحيث يدرّب الطفل على إعطاء الفاحص الصورة التي تعبر عن احتياجاته ورغباته باستخدام صور تكون على شكل بطاقات صغيرة ويتم تدريب الطفل عليها بمراحل عديدة تبدأ بمبادرات الطفل على تبادل البطاقات مع المحيطين به، وتنتهي بتدريبه على تكوين جملة كاملة عن طريق ترتيب البطاقات الخاصة بهذه الجملة. (مجدي غزال، 2007).

وفي دراسة كل من بوندي وفوست (Bondy, et Faust, 1994) أشارت إلى: «أنه بعد سنتين من تدريب 66 طفل دون سن المدرسة على هذا النظام، كانت النتيجة كما يلي:

- 95% من أفراد العينة تمكنوا من استخدام صورتين من نظام تبادل الصور بعد شهر واحد من التدريب.
- 62% تمكنوا من استخدام مجموعة من المفردات اللغوية على شكل كلمة بشكل تلقائي.
- 20% من الأطفال تمكنوا من استخدام الصور والرموز المستخدمة في هذا النظام».

يتم تطبيق النظام وفق مراحل خمسة كالتالي:

- 9- 4- أ-1- التبادل الجسدي: هدفه إعطاء الطفل صورة الشيء الذي يحبه.
- 9- 4- أ- 2- التنقل بعفوية: بمعنى توجه الطفل من تلقاء نفسه للفاحص وإعطائه صورة الشيء الذي يحبه.
- 9- 4- أ- 3- تمييز الصور: بمعنى إعطاء الطفل للفاحص صورة لشيء يحبه من خلال تمييزها من بين عدة صور.
- 9- 4- أ- 4- بناء الجمل: يقصد بها وضع الطفل صورة لشيء يرغب فيه ضمن شريط مكتوب فيه: أنا أريد، وبعدها يقوم بإعطائها للفاحص.
- 9- 4- أ- 5- الاستجابة إلى ماذا يريد: بمعنى يقوم الفاحص بسؤال المفحوص ماذا يريد، وعلى الطفل أن يعطيه شريط الجمل بناء على سؤال الفاحص.
- 9- 4- أ- 6- التعليق الاستجابي والتلقائي: إجابة الطفل على أسئلة الفاحص من نوع:
*ماذا تفعل؟
*ماذا ترى؟
*ماذا تسمع؟ (شوقي غانم، 2013، ص65).
- 9- 4- ب- العلاج بالحياة اليومية: يعتمد العلاج بالحياة اليومية على خمسة مبادئ أساسية هي:
- 9- 4- ب- 1- التعلم الموجه للمجموعة: حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطا عليهم.
- 9- 4- ب- 2- تعليم الأنشطة الروتينية: وهذا من خلال جداول الأنشطة.
- 9- 4- ب- 3- تدريب الأطفال الاعتماد على أنفسهم في جميع جوانب حياتهم.
- 9- 4- ب- 4- تقليل مستويات النشاط غير الهادف.
- 9- 4- ب- 5- تمثل التربية الرياضية الرياضية دعامة أساسية في البرنامج حيث أن التمرينات الرياضية تؤدي إلى التقليل من مشاعر القلق والسلوك العدواني.
- يؤكد اسماعيل بدر (1997، 730)، على فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات التوحد، حيث حقق البرنامج نتائج ايجابية على أبعاد قائمة على المظاهر السلوكية الأربعة

التالية: الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات الاجتماعية، الاضطرابات اللغوية، وأنماط السلوك النمطية. (لمياء بيومي، 2008).

9-4- ت- برنامج لوفاس:

سمي ب: لوفاس نسبة إلى مبتكره (Ivor Lovas, 1978)، ويسمى كذلك هذا البرنامج بالعلاج التحليلي السلوكي، أو تحليل السلوك، وهو قائم على النظرية السلوكية، فلا يجب أن تقل مدة العلاج عن 40 ساعة في الأسبوع لمدة عامين على الأقل.

يركز هذا البرنامج على تنمية مهارة التقليد وكذا التدريب على مهارات المطابقة واستخدام المهارات الاجتماعية والتواصل. (محمد أبو حلاوة، 1997، ص21).

وهنا نقدم مثال عن هذا البرنامج:

فعند تعليم طفل الجلوس وهو هادئ على الكرسي، ربما سيمسكه الفاحص من بدنه ويضعه أمام الكرسي ويطلب منه الجلوس، فإن لم يستجيب الطفل يدفعه الفاحص في اتجاه الكرسي للاقتراب منه، ويطلب منه الجلوس وبمجرد استجابة الطفل وجلوسه يقوم الفاحص بمكافاته فوراً وتعزيز سلوكه بصورة مباشرة أو بطريقة أخرى، كأن يقدم له عليّة شكولاتة أو يعانقه ويهنئه وغيرها من اساليب الاستحسان، ويكرر هذه العملية مرات عدة ولفترات طويلة ومع التكرار قد يبدأ الطفل في الاستجابة لتعليمات أو أوامر الفاحص دون دفع أو غ إجبار، من هنا نستنتج أن العلاج بطريقة لوفاس يجعل الكثير من الأطفال يعدلون سلوكياتهم ويقترّبون من السلوك العادي.

9-4- ث- برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية:

تأسس هذا البرنامج عام 1972 حيث يقدم المساعدات للأشخاص التوحديين من عمر [30-62] شهراً والذين تتراوح درجة ذكائهم ما بين [36-105] درجات، وينقسم هذا البرنامج إلى ثلاث مراحل:

- فصل التحضير: حيث يتم تدريب المفحوص بشكل فردي طوال هذه المرحلة.
- فصل المجموعات الصغيرة: تتراوح النسبة من فاحص لكل طفلين إلى فاحص ومساعد لكل ستة اطفال.
- فصل الدمج: يحتوي على ثمانية أطفال طبيعيين وستة لأطفال ممن يعانون من التوحد وثلاث فاحصين. ويعتمد برنامج دوغلاس على علاج اللغة والمهارات الاجتماعية في البداية ثم ينتقل إلى تعلم مهارات حركية وإدراكية ومهارات الاعتماد على النفس. (ريما مالك فاضل، 2015، ص50-51).

9-4-ج- برنامج ليب (Leap, 1982):

ظهر كأول برنامج يقوم على دمج الأطفال العاديين مع أطفال التوحد ممن هم في عمر [3-5 سنوات ضمن صفوف بيئية عادية].

يسمى كذلك هذا البرنامج ببرنامج خبرات التعلم البديل، يعتمد على خمسة مبادئ توجه البرنامج:

- يجب تضمن كل من المنزل والمجتمع على تحقيق الفائدة من عملية التدخل.
- أن كل الأطفال يمكن أن يستفيدوا من وجودهم في البيت أو المراكز.
- ضرورة المشاركة بين الوالدين والمتخصصين.
- الأطفال العاديين يمكن أن يعلموا الأطفال التوحديين من خلال النمذجة والتقليد.
- يجب أن يكون المنهج مناسباً نمائناً بغض النظر عن نوع الإعاقة. (بلفيس داغستاني، ص93).

9-4-ح- برنامج تيتش (Tache, 1966):

عبارة عن نظام تعليمي خاص بالأطفال التوحديين أو اضطراب التواصل، يمتاز بمستوى تنظيمي عالي.

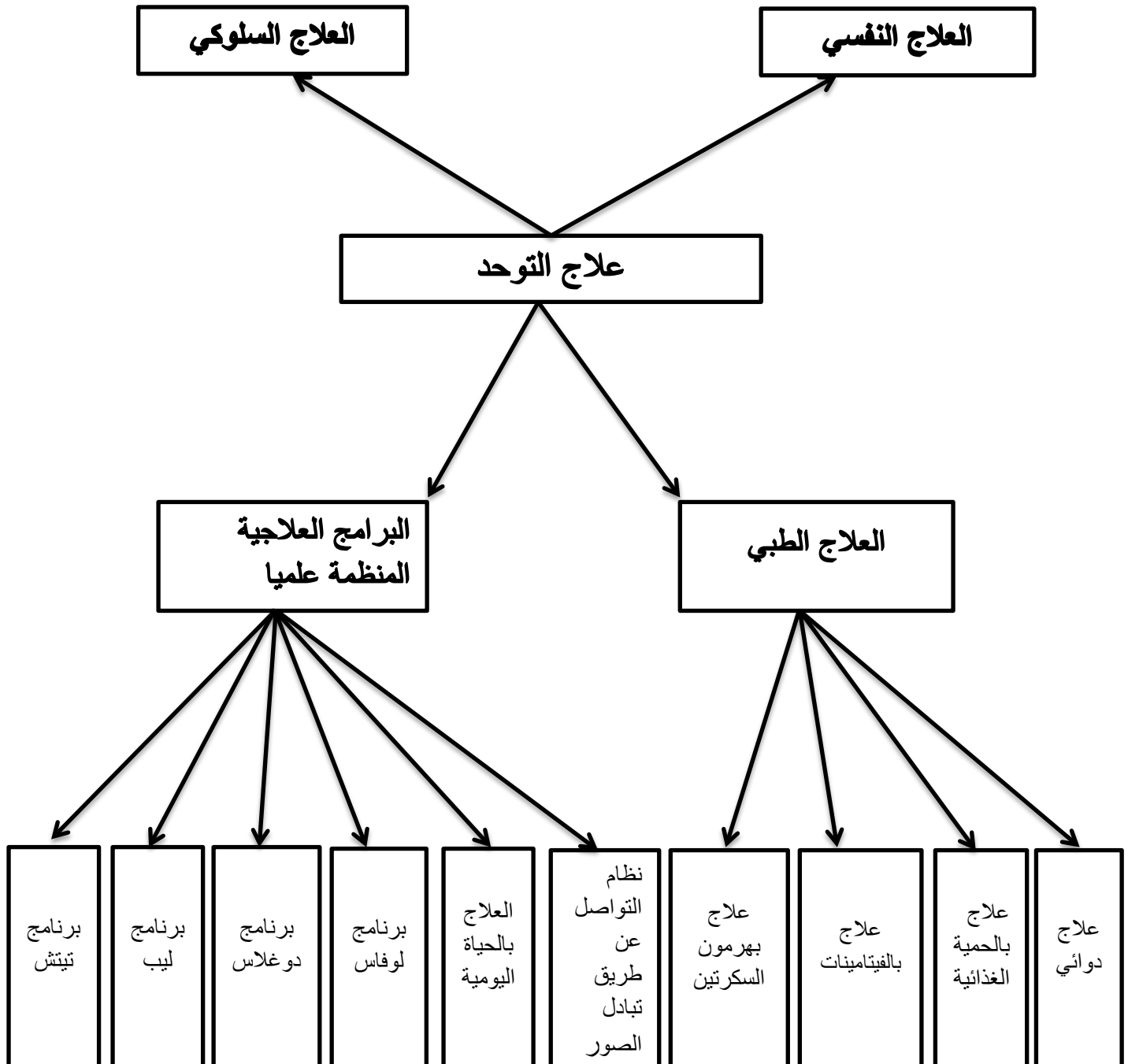
يركز هذا البرنامج على الطفل التوحدي وتطوير برنامج حول المهارات الفرد واحتياجاته واهتماماته التي تتفاوت. (بلفيس داغستاني، ص93).

ويعتمد برنامج تيتش على مجموعة من المبادئ كالاتي:

- تحسن التكيف: من خلال خطتين لتحسين المهارات عن طريق التعليم وتعديل البيئة لتتوافق مع أوجه القصور.
- تعاون الآباء: ذلك بهدف أن تستمر نفس الأساليب في البيت.
- التقييم من أجل العلاج فردي،
- التعليم المنظم: حيث أن الأطفال التوحد يستفيدون من البيئة التعليمية المنظمة أكثر من المناهج الحرة.
- تدعيم المهارات.
- العلاج المعرفي السلوكي.
- تدريب الأخصائيين والعاملين.

ويعتمد كذلك هذا البرنامج على نظام التعليم المنظم المرئي من خلال صور فوتوغرافية، حيث يتم تنظيم البيئة من خلال وضع صور على الأماكن التي يرتادها الطفل في البيت أو المراكز وذلك ليسهل على الطفل التعريف على الأماكن والتحرك فيها. (علاكمال، 2015، ص35- ص36).

وفي الأخير نحاول توضيح كل هذه الطرق والأساليب العلاجية لاضطراب التوحد من خلال المخطط الآتي:



- المخطط رقم 05: يوضح بعض الطرق والأساليب العلاجية لاضطراب التوحد.

خلاصة الفصل

إن اطفال التوحد بإمكانهم التحسن إذا استطعنا بدورنا كمختصين أو معلمين الاقتناع بقدراتهم الباطنية والظاهرية، والتعامل معه وفق خطط مدروسة، وبأخلاقية مع تقديم الحب والتقدير والقبول لهذه الفئة، وهذا الحب والتقدير لا يكون بالعطف والحنان وتقديم الأطعمة له فقط، ولكن باتباع برامج تربوية وسلوكية، لاكتشاف ما يميز هؤلاء الأطفال عن غيرهم، رغم صعوبة التواصل معهم إلا أنه يمكن بناء برنامج تربوي ناجح وهادف يعتمد على الجانب النفسي في تقبل الطفل التوحدي واحترام قدراته، على أمل الارتقاء بالسلوك للأحسن وكذا اعتماده على نفسه.

تمهيد:

تعد اضطرابات اللّغة والتواصل التي يعاني منها الاطفال ذوي اضطراب التوحد من الاضطرابات المحورية والاساسية التي تأثر سلبا على جوانب نموهم الطبيعي وتفاعلهم الاجتماعي مع الآخرين، وتشمل هذه الاضطرابات لدى اطفال التوحد كلا من اضطرابات في التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، وقد أشارت عدة دراسات مثل دراسة (سهى نصر أحمد أمين 2002) ودراسة (الشامي 2004)، ودراسة (زريقات 2004)، الا أن هؤلاء الاطفال لا يفتقرون إلى اللّغة المنطوقة فقط وإنما يفتقرون للّغة بكل أشكالها، كما يفتقرون إلى قواعد اللّغة ومهاراتها، وحين يحاولون التعويض باستخدام أساليب التحاور غير اللفظي كالإيماءات أو الحركات أو المحاكاة. ومن خلال هذا الفصل سنحاول تناول التواصل واللّغة عند الطفل المصاب بالتوحد والمشكلات، وكذا مراحل نمو اللّغة والتواصل عند هؤلاء الأطفال.

أولاً: التواصل (Communication)

1- مفهوم التواصل:

التواصل عبارة عن عملية يتم من خلالها نقل و انتقاء المعلومات والاتجاهات بين اطراف مؤثرة ومتأثرة، ويشمل على اللّغة الاتصالية سواء كانت منطوقة أو غير منطوقة نحو الإشارات، الإيماءات والحركات ويترتب عليه تغير في المواقف والسلوك لدى الفرد. (مصطفى، السيد. ص3).

التواصل نشاط يتضمن ارسال واستقبال ما يرغب به الفرد من غيره وهو استخدام الكلام (Parole) للتعبير عن الأفكار والمشاعر والحاجات بين فرد وآخر، وهذا التواصل سلوك يتميز به الإنسان عن باق الكائنات الحية. (البطينة و آخرون، 2009، ص507)

مفهوم التواصل حسب (Jack Scott, et, al, 2000, p11) :

هو عملية المشاركة في المعلومات من شخص إلى آخر، كما أنّ الكلام (Parole) واللّغة (Langage) ما هما إلا أجزاء من عملية التواصل، فالكلام يشير إلى الاساليب اللفظية ويتضمن تراكيب صوتية، وطبيعة الصوت، بينما اللّغة تشير إلى الشفرة الاجتماعية لبعض المفاهيم إضافة إلى سلسلة من رموز التواصل غير اللفظي، التي تعتبر أجزاء في عملية التواصل، وتتمثل في: لغة الجسد، الإيماءات، التحديق بالعين، اللمس. (رضا عبد الستار، 2007، ص68).

مفهوم التواصل حسب (Frédérique, Brin , et al, 2004) :

التواصل عبارة عن كل طريقة لفظية أو غير لفظية مستعملة من طرف الفرد من شأنه تبادل الافكار، والمعارف، والمشاعر مع الطرف الآخر، وينقسم إلى نوعان هما:

- التواصل اللفظي: (الشفهي أو الكتابي)،
- التواصل غير اللفظي: (الحركات، الإيماءات، تفسيرات الوجه).

(Frédérique. BRIN, et, al, 2004, P54)

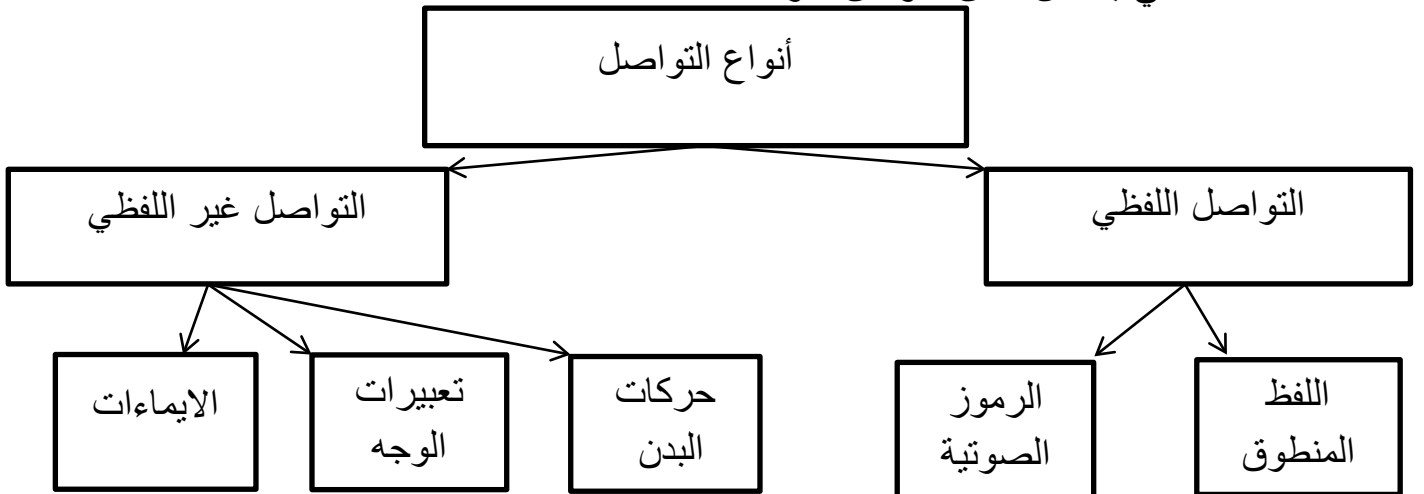
2- أنواع التواصل:

ينقسم التواصل الانساني إلى نوعين مختلفين وهما كالآتي:

2- أ- التواصل اللفظي: الاجراء الذي يتم فيه تبادل اللغة المنطوقة بين أطراف الاتصال، أي التواصل اللفظي يتضمن كل أنواع التواصل الذي يستخدم فيه اللفظ كوسيلة لنقل الرسالة من المصدر إلى المتلقي، وهذا اللفظ يكون لفظ منطوق فيدركه المستقبل بحاسة السمع، ويجمع التواصل اللفظي بين الألفاظ المنطوقة والرموز الصوتية. (مصطفى، السيد، ص 9).

2- ب- التواصل غير اللفظي: عرّفه (Mussel white et Luis, 1992, p35): مصطلح يصف الأفراد الذين لا يتواصلون عبر اللغة الشفهية، كذلك على أنه تواصل غير رمزي، فإنه عبارة عن استخدام كل من الإيماءات والتعبير الوجهي، وحركة البدن، والنظرة المحدقة. ويطلق على التواصل غير اللفظي بالتواصل البديل والإضافي لأنه نظام مصمم لتعزيز القدرات التواصلية لدى الأفراد الذين لا يتمتعون بقدرات لفظية أو كلامية مفهومة وواضحة. (علا كمال، 2015، ص45- ص45).

المخطط التالي يلخص هذان النوعان للتواصل:



- مخطط رقم 06: يلخص أنواع التواصل.

3- عناصر عملية التواصل:

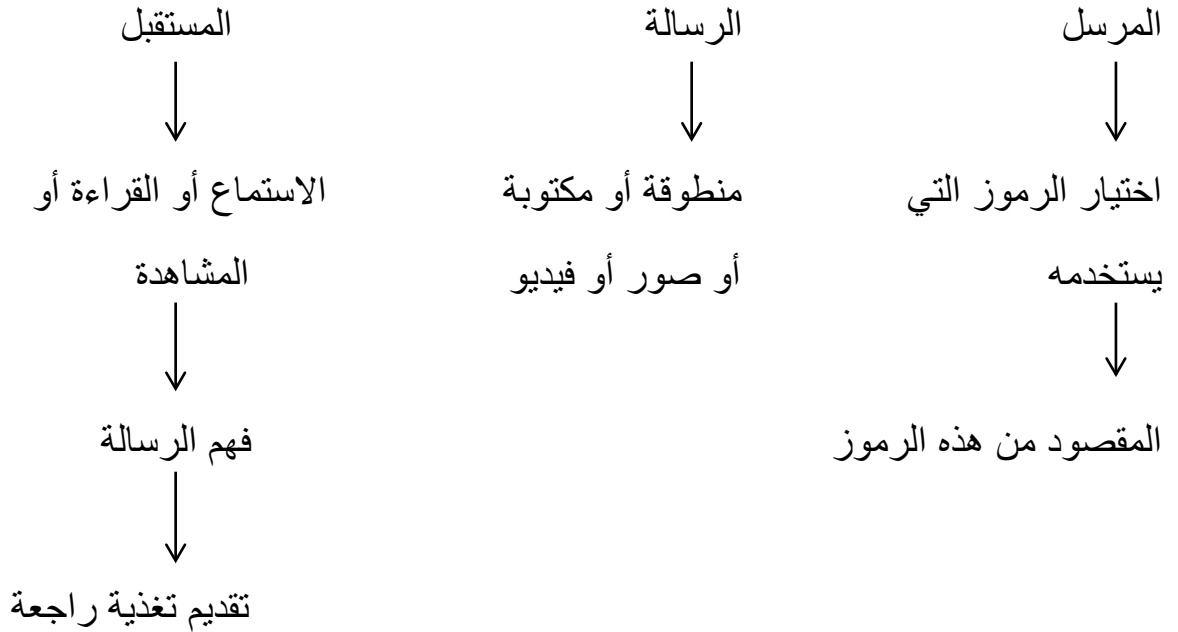
تتكون عملية التواصل من ثلاث عناصر رئيسيه و مهمة في بين الأفراد وتتمثل في: المرسل، الرسالة والمستقبل؛ وإذا حدث أي خلل في هذه العناصر الثلاثة سيعيق عملية التواصل بين فرد وآخر.

أ- المرسل: هو الذي يقوم بترميز الرسالة.

ب- الرسالة: يمكن أن تكون منطوقة أو مكتوبة، أو صور أو فيديو.

ت- المستقبل: هو الفرد الذي يستقبل الرسالة، ويعمل على فك رموزها، و بعدها يقدم تغذية راجعة للمرسل. (ريما مالك فاضل، 2015، ص59- ص60).

ويمكن توضيح هذه العناصر الثلاثة لعملية التواصل في الشكل الآتي:



(فتحي يونس، 2009، ص13- ص14).

الشكل رقم 01: عناصر عملية التواصل.

من خلال الشكل نستنتج أن عملية التواصل تتكون من ثلاث عناصر أساسية تتجلى في: المرسل، الرسالة والمستقبل، وهذه العناصر مترابطة ومتكاملة فيما بينها، حيث يقوم المرسل بإرسال الرسالة، وهذا بعد اختياره للرموز المستخدمة والمقصود منها، وهذه الرسالة تكون إما منطوقة أو مكتوبة، أو عبارة عن صور أو فيديو؛ ترسل لكي يتلقاها المستقبل سواء يقوم بالاستماع للرسالة المنطوقة، أو قراءة الرسالة المكتوبة، أو المشاهدة عن طريق الصور أو الفيديو، وهذا الأخير يقوم بتقديم تغذية راجعة للرسالة وبنفس الطريقة التي ترسل الرسالة من المرسل إلى المستقبل، ترسل من المستقبل إلى المرسل، وإذا حدث

خلل في مرحلة من هذه المراحل فإن الرسالة تصل من المرسل إلى المستقبل أو العكس بشكل غير صحيح، فيسبب ذلك الخلل اضطراب في التواصل بين الأفراد.

4- أهمية التواصل:

- التواصل يمنح الكائن الحي شعورا بأنه جزء منتمي إلى المحيطين به وأنه شخص مثل باقي الأشخاص يتفاعل معهم حيث يؤثر فيهم و يتأثرون به.
- بالتواصل يتم اشباع الرغبات والمطالب، وتحقيق المزيد من الإنجازات، والبداية تكون بعلاقة الفرد مع أمه وهذا للحصول على الغذاء، الأمان والراحة اللازمة.
- يساعد على اكتساب أفكار ومعارف جديدة، وتعديل الخبرات المكتسبة قبلا.
- التواصل ينمي المهارات اللغوية المسموعة والمقروءة، وكذا المهارات الاجتماعية.
- يعمل على تنمية العمليات العقلية الأساسية مثل: الإدراك، الانتباه، التفكير، التخيل والتذكر.

5- مراحل نمو التواصل لدى الطفل العادي و الطفل التوحدي:

أولاً: الطفل العادي:

1. نمو التواصل اللفظي و التواصل غير اللفظي:

1- أ- التواصل اللفظي: يمرّ التواصل اللفظي عند الطفل بمرحلتين أساسيتين:

المرحلة الاولى:

1- أ- 1- المرحلة ما قبل اللغوية: فتمتاز هذه المرحلة في الأساس بظواهر صوتية تتجسد في:

- الصراخ: هو عبارة عن رد فعل الطفل اتجاه مثير محدد،

- المناغاة: هي ناتجة عن عمل الحنجرة والتجاويف الفمية والأنفية، حيث يتلذذ الطفل بسماعها، تأخذ شكل لعب صوتي، ويجدر الإشارة إلى أنّ المناغاة يمر بها حتى المتخلفين عقليا، والمصابين بالصمم والبكم، إن المناغاة تتمايز بين طفل وآخر

- التقليد: حيث يقوم الطفل بتقليد الاصوات مثل: (با، دا، ما) ومقاطع صوتية، يبدي الطفل كذلك الإيماءات والإشارات مثلا يشير باليد للتعبير عن رغباته وحاجاته.

المرحلة الثانية:

1- أ- 2- المرحلة اللغوية:

- مرحلة الكلمة وتتميز ب:

- نطق كلمات تتضمن مقاطع عادة تكون اتحاد للأصوات الساكنة مع أخرى متحركة مثل: (بابا، ماما)، وتدرجياً ينطق الطفل ببعض الكلمات البسيطة لأسماء أو أشياء، أو أشخاص من حوله إما بصفة صحيحة أو خاطئة. وفي السنة الثانية من عمره تظهر الوظيفة الرمزية فيصبح قادر على الجمع بين الدال والمدلول.

- مرحلة النحو التراكيب:

بمعنى أن الطفل قادر على التمييز بين الأنا والأنت، وبين الماضي والحاضر، ويكون جملاً من عدة كلمات، وفي بداية السنة الرابعة من عمره تكون اللغة الشفهية مكتسبة بصفة منظمة في شكلها العام. (البطينة و آخرون، 2009، ص507، د. هلا السعيد، 2014، ص38).

1- ب- التواصل غير اللفظي:

- إنَّ الطفل العادي تظهر عليه عدّة مؤشرات دالة على وجود لغة تواصلية سليمة لديه، وهي عبارة عن تواصل غير لفظي فتتمثل هذه المؤشرات في:
- تعبيرات الوجه.
- الصوت.
- الإيماءات.
- يعبر الطفل السليم عن احتياجاته ورغباته عن طريق البكاء وهو مقتبل عمره، والأم هي الوحيدة التي بإمكانها تمييز حالة طفلها إن كان جائع أو مريض وهذا من خلال نبرة بكائه.
- اكتساب قدرة ذاتية على التواصل مع الطرف الآخر وهذا من خلال تبادل النظرات والإيماءات، والابتسامة في وجه الآخرين، وعند الشعور بالسعادة، والبكاء عند الغضب.
- يظهر عند الطفل العادي الاتصال القصدي الذي يتحقق عن طريق الإشارات، حيث يتعلم الطفل إذا أراد شيء محدد أن يشير إليه كلعبته المفضلة ويفهم الطرف الآخر ماذا يريد. (ريما مالك فاضل، 2015، ص66- ص67).

ثانياً: الطفل التوحدي:

- 1- نمو التواصل اللفظي و التواصل غير اللفظي:
- 1- أ- التواصل اللفظي: هناك تمايز وتفاوت في نمو التواصل اللفظي لدى الطفل العادي والطفل التوحدي، حيث يبدي الطفل ذوي اضطراب التوحد اثناء مناعته مدى ضئيل من الصوت، كما أنه لا يطور مرحلة تقليد الأصوات.

إنّ القدرة على الكلام والتخاطب لديه ضعيفة وغير متطورة، أحيانا تنمو اللّغة وتكون لديه ثرثرة أو كلام غير مفهوم خلال ثمانية أشهر الأولى من عمره، يتكلم كلمة أو كلمتين خلال 12 شهرا لكن فجأة يتوقف عن الكلام.

وخلال السنتين من عمره او ثلاث سنوات تتضح هذه المشكلة على غرار الطفل العادي الذي يستجيب بنعم او لا عند ذكر اسمه، كما يفهمون بعض المفاهيم المجردة الحصة بالولد او البنت و يتبعون بعض اساليب التواصل، ونجد ذوي اضطراب التوحد يتكلمون كالبيغاء و لديه قصور تام في الحديث. وأشارت (Lorna Wing, 1979, p120) إلى: «أنّ المشكلة المركزية لدى معظم أطفال التوحد هي صعوبة التعامل مع الرموز وهذا بدوره يؤثر على اللغة والتواصل اللفظي لديهم، بمعنى أن الطفل التوحدي يظهر عليه صعوبة في فهم الرموز، والمعاني منها». (رضا عبد الستار، 2007، ص89، علا كمال، 2015، ص49).

1-ب- التواصل غير اللفظي:

قد قام (ستون و زملائه (Stone, et al,1997)) بدراسة هدفت ب: «التعريف على أشكال التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي وتكونت عينة الدراسة من 14 طفل مصاب بالتوحد، و 14 طفل مصاب بإعاقة نمائية تراوحت أعمارهم ما بين [2-3.5] سنوات، كانت هذه الاشكال كالاتي: التحديق بالعين، الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه والحركات الإيمائية». وتم قياس أشكال التواصل غير اللفظي لدى عينة الدراسة بتصميم قائمة تتضمن 16 عبارة تصف أنماط السلوك غير اللفظي لديهم، وتكونت من مستويين:

- المستوى الأول: يهتم بسلوك قدرة الطفل على الطلب.
- المستوى الثاني: يهتم بقدرة الطفل على التعليق على مواقف معينة.

وكانت نتائج الدراسة على أنّ المصابين بالتوحد أحرزوا درجات منخفضة في الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، والتحديق بالعين والحركات الإيمائية مقارنة بالمصابين بإعاقات نمائية اخرى، ولكن أحرزوا نسب مرتفعة في المسك باليد وأخذ الشخص إلى الشيء المرغوب فيه. (صديق لينا، 2005 ص11).

إنّ معظم الأطفال التوحدين يواجهون صعوبة كبيرة في التواصل مع الآخرين بطريقة غير لفظية فيبدون استخدام الإيماءات والإشارات واصدار الأصوات والتحديق بالعين، الاستمرار بالبكاء لفترات طويلة، كما أنهم غالبا يخفقون في استخدام الإيماءات والتواصل البصري عند تفاعلهم مع الطرف الآخر. وتظهر عليهم نوبات الغضب وهذا نتيجة اخفاق الطفل في التعبير عن نفسه بالإيماء أو بالكلام حتى يفهمه الآخرين. (الشامي، 2004، ص191).

6- طرق التواصل لدى الطفل التوحدي:

الطفل العادي يستخدم عدّة سلوكيات تواصلية ابتداءً من نهاية عامه الأول من العمر نحو الإشارة باليد اتجاه الشيء، أو الإمساك بشيء يريده و يلوح به لمن حوله كإشارة تعبر عن رغبته أو اهتمامه به. أما التوحدي فهو غالباً يلتقط الأشياء التي يريدها حتى ولو كانت في أيدي غيره بطريقة تبدي قدراً من عدم المبالاة، وهناك عدة أساليب من خلالها يمكن أن يتواصل الطفل التوحدي مع الآخرين تتمثل في:

6- أ- لغة الإشارة.

6- ب- التواصل بالصور.

6- ت- التواصل الميسر.

6- أ- لغة الإشارة: عبارة عن سلوك وحركات تهدف الى التعبير وشرح نماذج معينة، وتنقسم إلى قسمين:

6- أ-1- الإدراك المسبق: بمعنى أنّ الطفل ذوي اضطراب التوحد باستطاعته فعل الشيء بمفرده، ولكن لا يرغب القيام به بمفرده، فيشير إلى الطرف الآخر معه للقيام بالمهام.

6- أ-2- المشاورة باليد: أطفال التوحد بدل الإشارة باليد للشيء المراد، يأخذ بيد غيره إلى ذلك الشيء كاللعبة، أو الأظعمة، وتعتبر المشاورة باليد بالنسبة له وسيلة للتواصل. (آسيا جبارة، تواليث ربيحة، 2015، ص64- ص65).

6- ب- التواصل بالصور: المعنى من وراء التواصل بالصور أنّ الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم القدرة على استخدام المعلومات البصرية بطريقة سهلة عن المعلومات السمعية، وإذا لم تكن الصور واضحة للتواصل فإنّ قدرته ضعيفة.

6- ت- التواصل الميسر: تتمثل في استعمال الشخص لوحة مفاتيح تشبه لوحة مفاتيح الكمبيوتر، بها أزرار متعددة سواءً أحرف، أو صور معينة يعبر فيها عما يريد حيث هذه الأزرار تحدث أصواتاً مسجلة، والطفل التوحدي عندما يستعملها يتلقى دعماً ومساعدة حركية من المسؤول بهذه اللوحة مثل: حركة اليد أو الذراع، وهذا ما أشار إليه ، إلى إذا استطاع المصاب بالتوحد يتعلم أساليب وطرق بديلة لإيصال "أوليفر" (1990) نفس الرسالة سواء كانت هذه الأساليب عبارة عن ألفاظ أو إشارات، أو إيماءات أو رموز أو اللمس، أو حتى الضغط على مفتاح كهربائي صغير، يكون التواصل مناسب وقابلاً للزيادة، في حين تنخفض المشكلات السلوكية لديه. (رضا عبد الستار، 2007، ص88).

ثانياً: اللغة (Langage)

1- مفهوم اللغة:

اللغة نظام يتكون من رموز صوتية ومجموعة من علاقات ذات دلالة مشتركة تستخدم للتواصل الانساني، وللتعبير عن الافكار والمشاعر والحاجات، ويتسم هذا النظام بالضبط والتنظيم طبقاً لقواعد محددة، ووسيلة من وسائل الاتصال الاجتماعي والنمو العقلي والمعرفي والانفعالي، وتشمل اللغة صور التعبير نحو: الرسم، الموسيقى، النقش. اللغة حسب "العمارة وموسى" (2000، 20): «اللغة نظام من الرموز التوفيقية تستخدمه مجموعة بشرية للتواصل فيما بينها».

اللغة نظام رمزي صوتي ذو مضامين محددة، تتفق عليها جماعة معينة من الناس ويستخدمه أفرادها في التفكير والتعبير والاتصال. (السرطاوي، 2000، ص34).

اللغة حسب "الجمعية الأمريكية للسمع والنطق": «اللغة نظام معقد ومتغير من الرموز الاصطلاحية المستخدمة بأشكال عديدة في التفكير والتواصل». (خليل، 2005، ص31).

اللغة حسب "دوسوسير": «اللغة عبارة عن نظام لها قواعد وخصائص، وتعتمد على نظام صوتي متفق عليه من طرف مجموعة من الأشخاص، ويتحقق هذا النظام بواسطة جهاز التصويت، فاللغة تستعمل لغرض الاتصال بين الناس وتعتبر الوسيلة المثلى للتعبير والابلاغ عن افكار وعواطف في كل اللغات».

اللغة نظام من الرموز يسمح لنا بالتواصل، ونظام بمعنى التأثير بين عناصرها في الكل وتأثير الكل في العناصر المكونة. (موفق الحمداني، 2004، ص18).

2- أنواع اللغة:

حسب "الروسان" (2000)، للغة مظهران رئيسيان هما:

أ- اللغة الاستقبالية Langage Réceptive

ب- اللغة التعبيرية Langage Expressive

أ- اللغة الاستقبالية Langage Réceptive: قدرة الفرد على سماع اللغة وفهمها وتنفيذها دون نطقها. ويعبر على هذا النوع باللغة غير لفظية، تتمثل في استقبال الرسائل اللغوية، وتحليلها وفهمها واستيعابها.

ب- اللغة التعبيرية Langage Expressive: قدرة الفرد على نطق اللغة وكتابتها. ويعبر على هذه اللغة باللغة اللفظية، وتتمثل في قدرة الدماغ على انتاج الرسائل

اللغوية لإتمام عملية التواصل، ويتم ذلك عن طريق تحديد الرسائل المناسبة ثم ارسالها إلى العضلات المسؤولة على تشكيل الكلمات، فهي قدرة الفرد على التعبير عما يريده باستخدام الكلام، وتتكون اللغة التعبيرية من ثلاث عناصر متداخلة فيما بينها وهي:

- الشكل: يتألف الشكل من علم الاصوات (Phonologie)، وعلم القواعد (Morphologie)، والنحو (Syntaxe).

- المحتوى: يتضمن المعاني والدلالات (Sémantique).

- الاستعمال: يتضمن الوظيفة النفعية للغة (Pragmatique). (حمدي الريماوي، 2009، ص16).

أما اللغة التعبيرية أو اللغة اللفظية تتكون من خمسة مستويات هي كالآتي:

ب-1- المستوى الفونولوجي (Phonologie): وينقسم إلى مستويين هما:

ب-1- أ- المستوى الصوتي: دراسة أصوات الكلام من حيث مكان وطريقة تشكيلها وكيفية ادراكها.

ب-1- ب- المستوى الفونولوجي: يركز على تنسيق الاصوات، ويشتمل على كل ما يتعلق بمعالجة وادراك الاصوات والتمييز بين الفونيمات اللفظية. (السرطاوي، 2000، ص38).

إن أطفال التوحد يظهرون مستويات جيدة من حيث النطق والطلاقة، فالتطور الفونولوجي لديهم يتبع نفس مراحل النمو عند الأطفال العاديين، ولكن أطفال التوحد لديهم مشكلة في تنعيم الكلام من الناحية الانتاجية والادراكية.

ب-2- المستوى النحوي (Syntaxe): يحدد مكان الكلمة في الجملة وبتغيير مكان الكلمة في الجملة في الجملة يتغير معناها. (الزريقات، 2004، ص115- ص116).

نجد هنا أطفال التوحد يعانون من تأخر في اكتساب بناء الجملة الكلامية، وصعوبات في استخدام الضمائر، والخلط بين المفردات. (البطينة، 2007، ص587).

ب-3- المستوى الصرفي: يهتم بدراسة البناء الداخلي للكلمة، وحتى تتخذ الكلمة دلالة النوع الذي ينتمي إليه يجب أن يكون لها بناء خاص وهو عبارة عن قالب توضع فيه لتأخذ الشكل المطلوب. (السرطاوي، 2000، ص63).

إن اكتساب القواعد الصرفية لدى أطفال التوحد نفس المراحل عند الأطفال العاديين مع بعض الفروقات البسيطة. (الزريقات، 2005، ص301).

ب- 4- المستوى الدلالي: يهتم بتحليل المعنى للألفاظ اللغوية ووصفها، ولا يقتصر فقط على معاني الكلمات ولا على معاني الألفاظ فقط، بل على معاني الجمل كذلك. (علي، 2004، ص11).

يعاني أطفال التوحد من صعوبات في تنظيم المعلومات وفق لتصنيف واستعمال هذه المعلومات في التفكير، وحل المشكلات، وتعتبر هذه الصعوبات الدلالية من أكثر خصائص التوحد. فالأطفال التوحديين لديهم صعوبات في استعمال المفاهيم الدلالية في المواقف الطبيعية.

ب- 5- المستوى البراغماتي (Pragmatique): يشير إلى معرفة الشخص بكيفية استخدام وتفسير اللغة بشكل مناسب وصحيح، ضمن سياق الكلام الطبيعي والاجتماعي: وهذا يتطلب معرفة القواعد الاجتماعية من قبل كل من السامع والمتحدث من أجل تفسير الكلام ضمن سياقه الاجتماعي الصحيح، كما يشمل كلا من السمات اللفظية وغير اللفظية للتواصل نحو: الإيحاء، تعابير الوجه، التنغيم، الإيقاع. (عليما وميرفت، 2012، ص35).

إن أهم المشكلات التي يواجهها أطفال التوحد من الناحية البراغماتية هي الفشل في أخذ الدور أثناء المحادثات المتبادلة كما يعانون من صعوبات في الفهم الحرفي للغة وتقدير النكتة. فقد أشارت "مارتين وآخرون" في دراساتهم إلى: «أن أطفال التوحد غير قادرين على استعمال السياق الاجتماعي في ترجمة المعنى الحقيقي للنكتة الساخرة من الناحية البراغماتية هو الأكثر قصورا لدى أطفال التوحد».

- ملاحظة:

إن أطفال التوحد يعانون من قصور في مختلف مستويات اللغة ولكنه يتفاوت بين مستوى وآخر، فنجد أن أقلهم تأثرا المستوى الفونولوجي، أما المستوي البراغماتي فهو الأكثر تأثرا.

3- أهمية اللغة:

- اللغة وسيلة للتعبير عن الأفكار والمشاعر والعواطف.
- اللغة أداة للتواصل بين الافراد وبين المجتمعات.
- إبداعية بها يتمكن الانسان من توليد عدد لامتناه من العبارات والجمل.
- من خلال اللغة يتم ترجمة الافكار والمشاعر والآراء، ونقلها إلى الآخرين من خلال الرموز الصوتية وغير صوتية.
- اللغة تعمل على تزويد الاجيال الانسانية بالأدوات الفعالة للتقدم والتطور.
- اللغة سمة إنسانية، وترتبط بنموه اجتماعيا، واقتصاديا وفكريا. (قتحي يونس، 2009، ص6).

4- مكونات اللغة:

إن اللغة مكونة من عدة عناصر سواء منطوقة أو مكتوبة أو الاشارات، وهذه العناصر مجتمعة تكون اللغة التي بها نعبر عن افكارنا والتواصل مع الآخرين، لهذا تحتاج اللغة إلى أربع عناصر أساسية نستدرجها على النحو التالي:

4- أ- الفونيمات أو الاصوات: (Phonèmes): عبارة عن أصوات مختلفة تتكون منها اللغة، والفونيم أصغر جزء من الكلمة أو أصغر وحدة من وحدات الكلام، مثلا نأخذ كلمة (ولد) فهذه الكلمة تتطلب ثلاثة أصوات (و. ل. د)، وعندما نقول كلمة (كتاب) فنحن بحاجة إلى أربعة أصوات، فكل لغة لها وحدات صغيرة تتطلب الفونيمات.

4- ب- المورفييمات أو المقاطع: (Morphème): هي أصغر الوحدات اللغوية ذات المعنى مثل: السوابق (Préfixes)، الحواشي (infixés)، اللواحق (Suffixes) (فتحي يونس، 2009، ص6).

4- ت- التراكيب والصيغ: (syntaxes): عبارة عن مجموعة من القواعد التي تمكننا من تكوين جمل نتواصل بواسطتها مع الطرف الآخر، ويسمى هذا بعلم دلالات الالفاظ، الذي هو مجموعة من القواعد تستخدم لاستخراج معاني من الحروف والكلمات وأحيانا من الجمل.

4- ث- الدلالات: تتضمن معرفة دلالات الكلمات المعبرة عن الأشياء والعلاقات التعبيرات والكلمات، أو تركيب الجمل فيرجع إلى ترتيب الكلمات بطريقة ما لتكون الجملة. (محمد الريحاوي وآخرون، 2008، ص402).

5- وظائف اللغة:

5- أ- الوظيفة الفكرية: لا يمكن التفكير بدون اللغة فاللغة وسيلة لإبراز الفكر كما أنها عماد التفكير والتأمل فلولا اللغة لما استطاع الانسان من استخراج حقائق عند تسليط عليها أضواء فاللغة ترتبط بالتفكير من ناحيتين:

5- أ-1- ناحية الأفكار: فالأفكار يتم التعبير عنها بالألفاظ والسياقات.

5- أ-2- ناحية الاتجاهات الفكرية: ويتم التعبير عنها بالتعبيرات اللغوية المختلفة.

5- ب- الوظيفة النفسية: اللغة عبارة عن أداة يعبر الفرد بها عن حاجاته ورغباته وانفعالاته ومشاعره، بواسطتها يمكن تحليل صورة أو فكرة ذهنية، ولا يطلق على الكلام لغة بالمعنى العلمي إلا إذا أدى وظيفة نفسية قائمة على التركيب والتحليل والتصوير الذهني. واللغة من

هذه الوظيفة هي قدرة ذهنية مكتسبة من رموز منطوقة يتواصل بها أفراد مجتمع ما ويعبر عن حاجاتهم ومشاعرهم.

5- ت- الوظيفة الاجتماعية: اللغة نظام معين من الرموز الصوتية ذات دلالة، وهي أداة انسانية للتفكير والاتصال الاجتماعي، وتبادل الأفكار بين الأفراد والمجتمعات. (ريمة دريوش، 2013، ص43).

6- مراحل النمو اللغوي لدى الطفل السليم:

ونستعرض هذه المراحل من خلال الجدول التالي:

السّن	المهارات اللغوية
عند الولادة	- الصراخ الأولي والصياح. - أصوات تلقائية تصاحب الشّهيق والزّفير على حد سواء.
من 1 إلى 2 شهرًا	- أصوات وصراخ عند الشعور ب: * الجوع أو الألم، * عدم الرّاحة، العطش.
من 2 إلى 3 اشهر	- أصوات من مقطع واحد (بأ، مآ، نأ). - تعابير الوجه.
من 3 إلى 4 اشهر	- ابتسامة وضحك فاطر + أصوات تدل على السرور. - المناغاة والاتصال بالعيون.
من 6 إلى 9 اشهر	- تعلم كل الأشياء المتعلقة بلغتهم في 6 اشهر. - في 7 اشهر يبدأ الطفل بتمييز اهم خصائص لغة البيت . - عدم القدرة على تمييز الأصوات الغريبة عن لغتهم. - اشتقاقه الكلمات المرادفة للأشياء في البيت. - سلسلة من الأحرف الساكنة والمتحركة المتكررة مثل: (بأ بأ، مآ مآ...) - سلسلة من الأحرف الساكنة والمتحركة الغير المتكررة مثل: (بآتآ، تآبآ) - ضحك بصوت عالٍ والتّعبير على السرور وتقليد الأصوات البسيطة.
من 10 إلى 12 شهرًا	- ظهور أول كلمة. - ظهور كلمة يعني بها جملة وقد يتّبع الكلمات بقاطع صوتية دون معنى.
من 12 إلى 15 شهرًا	- زيادة المفردات الى 20 كلمة معظمها اسماء. - يشير الى اشخاص يعرفهم. - يشير الى الأشياء ان سئل. - يقلد صوت الحيوانات، يعرف اجزاء من الجسم.

من 15 إلى 18 شهرا	- تكوين جملة من كلمتين (فعل + اسم). يكتسب الطفل الأفعال + الصفات + ظرف الزمان + ظرف المكان. - يردّد بعض الكلمات التي يسمعا من بيئته. - عدد المفردات تصل الى (25 و30) كلمة.
من 18 إلى 24 شهرا	- جمل بسيطة تتكوّن عادة من كلمتين. - يستعمل الضّمير (أنا)، وحروف العطف والجر. - زيادة عدد المفردات الى (150) مفردة.
من 2,5 إلى 3 سنوات	- استخدام عدّة كلمات وألفاظ صحيحة. - وجود بعض الاخطاء مثل التّعميم، واخطاء في صياغة الجمل. - تبادل الحديث. - وصف الصّور وصفاً بسيطاً. - الإجابة عن بعض الأسئلة.
من 3 إلى 4 سنوات	- زيادة عدد الكلمات الى (900) كلمة، وتكوين جملة من 6 كلمات. - يعرف الألوان. - ينفذ تعليمات من ثلاث طلبات. - يتكلم مع نفسه لوقّة طويل. - يستمع ويفهم قصّة، ويصف بعض الأحداث في حياته.
من 4 إلى 5 سنوات	- يستعمل كلمات تدل على الماضي والمستقبل. - يستعمل كلمة أمس وغداً بشكل صحيح، ويتكلم بطلاقة وبجمل كاملة.
من 6 إلى 12 سنة (مرحلة الاكتمال اللغوي)	- في 6 سنوات يعرف عدّة آلاف من الكلمات. - يستخدم الكلام بعدّة اشكال. - في 7 سنوات يصبح الطفل قادر على الكلام. - التّعبير في جمل من 6 كلمات بشكل مفهوم. - ما بين 8_9 سنوات يقدر الطفل على التعرف على جميع اصوات اللّغة وكيفية نطقها. - الاسترسال في حوار طويل. - معرفة النّكت والأمثال. - استخدام الزّمن في اللّغة بشكل واسع.

(البطانية، وآخرون، 2009، ص515- ص517).

- الجدول رقم 05: مراحل النمو اللغوي عند الطفل السليم.

كما صنف التطور اللغوي عند الأطفال عدة تصنيفات أخرى، وفيما يلي وصف يبين هذا التطور اللغوي مع المهارات اللغوية المفترض لدى الأطفال العاديين ممثلة في الجدول التالي:

العمر	المهارات اللغوية
من 1 إلى 2 شهر	- المناغاة. -التَّبسم استجابة لإشارة الآخرين. -الالتفات عند سماع الصوت العالي.
من 3 إلى 6 اشهر	- تكرار مقاطع صوتية (ما، با). - الضحك والرغبة في جذب الانتباه. -يتجه نحو الشخص المتحدث.
من 6 إلى 9 اشهر	- يضاعف المقاطع التي ينتجها (بابا، ماما). - يقلد الأصوات الساكنة و التصاريف. -ينظر الى المجسمات والصّور عند تسميتها له..
من 9 إلى 11 اشهر	-التقليد، ويظهر الإيماءات التّواصلية قبل اللفظية كالتأشير باليد وهز الرأس عند الرّفص. - اللّعب الثنائي بينه وبين الأم. - يرفع يده تمهيداً للحمل. -يفهم ويستجيب عند ذكر اسمه. - يفهم معنى كلمة (لا).
من 12 إلى 18 شهر	- ينطق كلمات خفيفة في هذه المرحلة من (3إلى20) كلمة قد تكون كلمات غير واضحة عادة. - يستخدم الأسماء . - يستخدم الطّفّل لغة خاصّة به تدعى اللّغة الغير المفهومة. - تجميع المقاطع لإنتاج جملة بلّغته الخاصة. - يتوقف عن التّقليد ونطق المقاطع. - يستخدم الإشارات والإيماءات بشكل افضل. - يستجيب للطلب، الاحتجاج والتعليق، التّحية والنداء. - يتّبع التّعليمات البسيطة ويميّز بعض اجزاء الجسم.

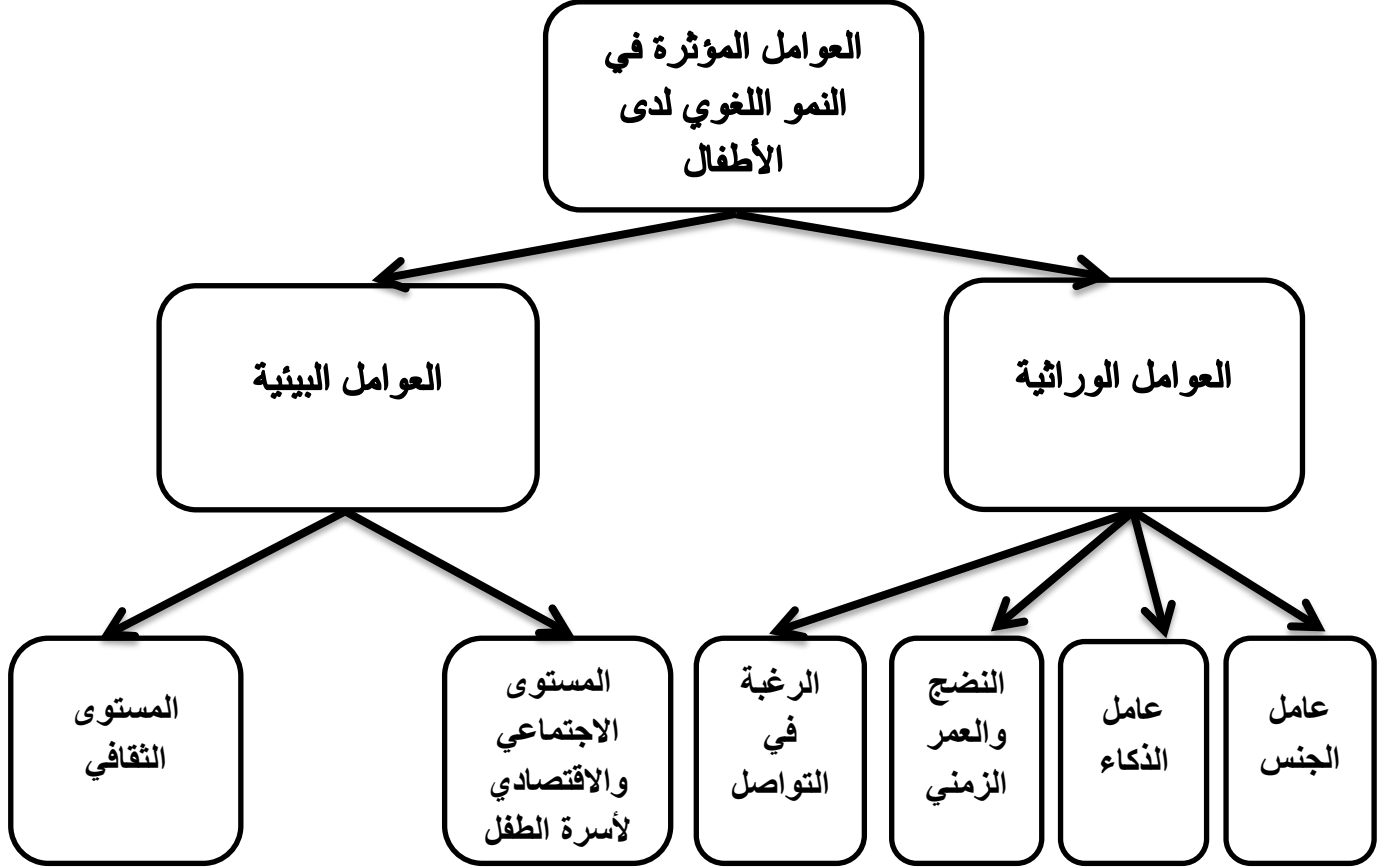
<p>- تكوين الجمل من كلمتين الى ثلاث كلمات. - يستطيع تسمية خمسة صور في الشهر 24. - وينطق اسمه بشكل صحيح. - يكون اسئلة، يتطور عنده مفهوم النغمة. - يستخدم الرّفص والملكيّة ومبادلة الأدوار، ويحب استماع للقصص.</p>	<p>من 18 إلى 24 شهر</p>
<p>- يستخدم جمل من ثلاث كلمات، كما يستعمل الضمائر والأفعال والأسماء، الى جانب اطرف الزمان والمكان. - يستطيع التعريف. - في سن 30 شهر يستخدم الطّف (400) كلمة تقريباً. - يبدأ باستخدام اللّغة الوظيفية. - يجيب على التساؤلات (ماذا، أين). - يستمع الى قصّة من 5 إلى 10 دقائق.</p>	<p>من 24 إلى 30 شهر</p>
<p>- يسأل أسئلة اساسية. - يستخدم الضمائر. - الإجابة على التساؤلات، التأشير إلى حوالي 10 مجسمات. - يدرك الفرق في الكمية (قليل، كثير). - يستخدم حوالي (500) كلمة.</p>	<p>من 30 إلى 36 شهر</p>
<p>- تطور ملحوظ في لغة الطفل مع وجود بعض الأخطاء. - يستخدم جمل مكوّنة من (5 إلى 7) كلمات. - يمكنه سرد قصّة صغيرة بأحداثها لكن دون مغزى، ومعرفة الشخصيات. - يتّبع تعليمات من 3 طلبات. - يستطيع أن يكمل حواراً لغوياً بسيطاً.</p>	<p>من 3 إلى 4 سنوات</p>
<p>- يكون جملة من (5 إلى 8) كلمات، يسأل عن ومعاني الكلمات. - يسرد قصّة طويلة نسبياً. - يستخدم الأفعال المستقبلية. - استخدام اللّغة التمثيلية.</p>	<p>من 4 إلى 5 سنوات</p>

(نايل العزيز وآخرون، 2009، ص19).

- الجدول رقم 06: وصف التطور اللغوي مع المهارات اللغوية لدى الطفل العادي.

7- العوامل المؤثرة في النمو اللغوي لدى أطفال التوحد:

هناك عوامل وراثية وكذا عوامل بيئية ومن خلال المخطط التالي نحاول توضيح هذه العوامل:



- المخطط رقم 07: العوامل المؤثرة في النمو اللغوي لدى الأطفال.

8- مراكز اللغة في الدماغ:

يتكوّن دماغ الإنسان من حوالي 10 بلايين من خلايا عصبية، كل خلية فيها منطقة بعدد من الخلايا يتراوح بين [1000_10000] خلية عصبية وكلّها تتشارك في إنتاج دوائر كهربائية دقيقة ينتج عنها إمكانية وجود الإدراك والتواصل إلى جانب الوظائف الجسميّة الأخرى كالتنفّس والهضم وغيرها.

يغلف الدماغ قشرة رمادية اللون (Cortex) تتكوّن من ملايين الخلايا العصبية تتركز فيها القدرات الإدراكية، ومن ضمنها المهارات اللغوية. وينقسم الدماغ إلى قسمين متماثلين:

* الفص الأيمن.

* الفص الأيسر.

ويتم التنسيق بينهما عن طريق الخلايا العصبية وأهمها الجسم الجاسئ (corpus coliseum). وقد كشفت الدراسات أنّ قسماً من الدماغ يتحكم في جسم الإنسان بشكل متعاكس، حيث:

- الفص الأيمن: يتحكم بوظائف الجزء الأيسر من الجسم، وظيفته التحكم في العواطف، والادراك البصري.
- الفص الأيسر: يتحكم بوظائف الجزء الأيمن من الجسم، وظيفته التحكم في معالجة وتحليل اللغة.

وتدعى هذه الظاهرة العلمية ب: Contra Latéralisation.

وكل فص من الدماغ متخصص في وظائف معينة، ويقوم النصف الأيسر بالتحكم والمعالجة اللغوية بحيث تتركز معظم مراكز اللغة فيه. (البطانية وآخرون، 2009، ص17- ص18).

لا شك أنّ المهمة الأولى في التعامل مع الكلام المنطوق هو سماع الكلام، لذلك فالمنطقة السمعية في الفص الصدغي (Lobe Temporale) لنصف الدماغ مهمة للغاية، أمّا إذا كان الكلام مقروء فإنّ المنطقة البصرية في الفص القذالي (Lobe Occipital) هي المنطقة ذات الشأن على الصعيد الحسي (قراءة) ، و يبدو أنّ هناك منطقتين مهمتين للسلوك اللغوي فهما وانتاجا هما منطقتا بروكا (Broca) وفرنيك (Wernicke) ، فإن:

- منطقة بروكا: هي منطقة عند أغلب الناس تتواجد في النصف الأيسر من الدماغ أي في الفص الصدغي إلى الأمام، وهي مسؤولة بالدرجة الأولى عن صياغة قواعد الكلام.
- منطقة فرنيك: كذلك هي في النصف الصدغي الأيسر إلى الخلف وهي مسؤولة عن فهم الكلمات.

وتتطلب اللغة التعامل مع الأفكار والمفاهيم والذاكرة وجميع هذه الوظائف متصلة بالمناطق الرابطة وهذه هي المناطق جميع اللحاءان باستثناء المناطق الحسية الحركية. ويتطلب النطق نشاط المناطق الحركية المسؤولة عن تحريك الشفتين الشفاه والفك الأسفل وغير ذلك من أعضاء النطق. وتتواجد هذه المنطقة في أسفل شق (رولاندو) في الفص الجداري (Lobe Par étale) على جانب الدماغ. (موفق الحمداني، 2004، ص30- ص31).

وافترض "بانسجام" (لهما 1993, Passingham) أنّ هناك منطقتين في الفص الأمامي علاقة باللغة و هي منطقة بروكا التي اعتبرها امتداداً للمنطقة الحركية الجانبية والمنطقة الأخرى هي المنطقة اللغوية الإضافية، والتي اعتبرها امتداداً للمنطقة الحركية الإضافية.

فمنطقة بروكا تختار الكلمات بناء على "Caus" تلميح أو إشارة، بمعنى أنّ الكلمة تسترجع على أساس شيء أو حرف أو معنى معين، في المقابل فإنّ منطقة اللّغة الإضافية فإنّها تستعيد الكلمات بدون تلميح، إشارات أو معلومات خارجية. المصابون بجلطة دماغية في منطقة بروكا تتأثر قدرتهم على انتاج الأفعال واستعمال لغة القواعد المناسبة (Agrammatismes) الإضافية وتمتد إلى المنطقة اليسرى الأمامية.

الوسطى فإنّ المرضى يصبحون بكم أو صامت (Mute) وعادة يستعيد المرضى لغتهم بعد عدّة أسابيع إذا كان التّلف في جهة واحدة (Unilatérale) ولكن ليس إذا كان التّلف ثنائيّ (Bilatéral). (محمد شقيرات، 2005، ص127).

إنّ المخ يتحكم في وظائف الجسم المختلفة ومن بينها اللّغة (سواء المفهومة أو المنطوقة) حيث إنّ كل جزء من الدّماغ يقوم بوظيفة محددة. ومركز اللّغة المنطوقة في الفص الأمامي الثالث «F3» من قسم المخ الأيسر وتسمى هذه المنطقة منطقة بروكا، بينما مركز اللّغة المفهومة في الفص الصدغي الأول «T1» من قسم المخ الأيسر وهي منطقة فيرنك. (البطانية، الجراح، وآخرون، 2009، ص517-518).

9- تأثيرات الإصابات الدماغية على اللّغة:

إنّ العجز في اللّغة الذي يتبع إصابة الدّماغ في الطّفولة يكون قصيراً، وعادة يكون الشفاء أو عودة الوظائف إلى طبيعتها واختفاء العجز يكون كاملاً.

وبالمقارنة مع الكبار فإنّ اضطرابات اللّغة المؤقتة على الأطفال الناتجة عن تلف النصف الأيمن من الدّماغ تكون أكثر شيوعاً، تصل إلى 8% عند الأطفال و2% عند الكبار،

كذلك وجدنا أنّ الطفل الذي يعاني من إصابة في النّصف من الدّماغ، هذه الإصابة تحدث

شلالاً نصفياً في الجهة اليمنى، فإنّ وظائف اللّغة تكون أكثر سلامة مقارنة مع نفس الإصابة عند شخص بالغ، وذلك بسبب أنّ وظائف اللّغة انتقلت إلى الجهة اليمنى، وقد تكون على حساب الوظائف البصرية المكانية، وبالمقابل فإن حدوث إصابة في النصف الأيمن من الدّماغ، يحدث شلالاً نصفياً في الجهة اليسرى من الجسم ولا تحدث أي عجز في اللّغة. (محمد عبد الرحمان شقيرات، 2005، ص240).

10- التواصل واللّغة: Langage et Communication

لدى المصابين بالتوحد يبدو عليهم نقص واضح في اللغة والتواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي.

فهناك أطفال توحديين يعانون بمن مشكلات لغوية / تعليمية حادة، الأمر الذي ينجم عليه عدم استخدام اللغة المنطوقة وعدم تطورها، ومن جهة أخرى توجد فئة من أطفال التوحد تتطور لديهم المهارات اللغوية، وتمكنهم مهارات النطق والقواعد من تعلم لغة الآخرين.

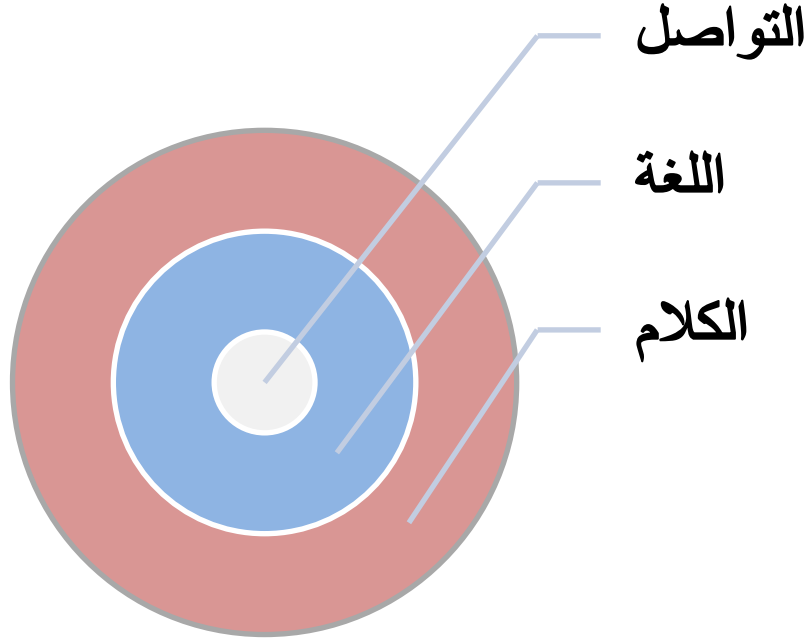
ومع اختلاف أساليب التواصل الأخرى، فإن الكلام له فائدة مهمة في إيصال الأفكار والمشاعر والآراء للآخرين بصورة مفهومة، وبما يتناسب مع قدراتهم وإمكاناتهم العقلية والثقافية والاجتماعية. (زينب محمد، 2009، ص101).

وتعني عملية الكلام العملية التي تتضمن إصدار الأصوات اللازمة للكلام، وتشكيلها بصورة تجعلها تتخذ أشكال رمزية معينة، ثم تنظيم هذه الرموز وفقا لقواعد محددة، يتفق عليها في الثقافة التي يعيش فيها الفرد، لكي تكون في الأخير مترابطة مع بعضها لتقدم معاني يفهمها المستمع، وتحدث في سياق مستمر للآخرين من خلال ذلك السياق من الرموز الشفهية (المسموعة) وهو ما يسمى بالكلام.

وعملية الكلام عملية معقدة تشترك فيها مجموعة من الأجهزة العضوية، وكل عضو يقوم بمهمة محددة، رغم ذلك كل جهاز لا يعمل بصفة مستقلة وإنما تشترك وتتفاعل وظائف جميع الأجهزة مع بعضها، وتكون متكاملة لكي تقدم في النهاية عملية الكلام بصورة صحيحة، ومناسبة للعمر الزمني للفرد. وكل الأجهزة التي تتمحور في جسم الإنسان لا تقتصر على عملية الكلام فحسب وإنما تجمع عدة وظائف في حياة الفرد، مثلا: الفم: عبارة عن عضو أساسي في عملية النطق، ولكن لديه مهام أخرى غير النطق نحو: التنفس، التغذية، التذوق، وتتم عملية الكلام في ثلاث مراحل رئيسية:

- الاستقبال.
- المعالجة.
- الإرسال. (زينب محمد، 2009، ص103).

الفرق بين التواصل واللغة والكلام تتوضح في العلاقة التالية:



- الشكل رقم 02: العلاقة بين التواصل واللغة و الكلام.

من خلال العلاقة الموضحة في الشكل السابق يتضح أن التواصل أولى من اللغة والطفل ينمي التواصل قبل اللغة.

فالتواصل عملية تبادل الأفكار، المعارف، الآراء والمشاعر، من خلال اللغة اللفظية أو غير اللفظية. واللغة طريقة في التواصل تستند إلى قواعد خاصة يتضمنها الفهم بشكل كبير، وقد تستعمل فيها الاشارات أو الرموز لتبادل الأفكار. أما الكلام انتاج صوتي للغة.

ثالثاً: مهارات التواصل اللغوي:

1- مفهوم المهارة والتواصل اللغوي:

1- أ- المهارة:

عبارة عن أداء دقيق ومتضمن وسهل، يؤدي بصفة شبه آلية وبأقصى المجهودات، وإن اكتساب المهارة اللغوية، ومهارة التواصل، يعد من الأمور المهمة من شأنها تحقيق النمو الشامل للفرد. (ريما مالك فاضل، 2015، ص65).

عرّفت (الجابري 1998) المهارة: " نظام متناسق من النشاط الذي يستهدف تحقيق هدف معين "

و عرّفها (الغزاوي، 2001) على أنّها: "قدرة الإنسان على القيام بأنشطة تستند أساسا الى قاعدة معرفية و صلبة تدعمها الخبرة و الاستعدادات الخاصة". (طراد نفيسة، 2013، ص21).

1-ب- التواصل اللغوي:

عبارة عن تبادل المعلومات والأفكار من فرد وآخر، بحيث هذه المعلومات والأفكار يمكن إرسالها كما يمكن استقبالها بعدة أساليب، تتراوح من الكلمة المنطوقة أو المكتوبة إلى ابتسام الصداقة والمودة، إلى حركات اليدين، إلى تعبيرات

الوجه، الإشارات والإيماءات، والتعبيرات الانفعالية واللغة، وهذا بهدف تبادل المعلومات والمشاعر والتعبير عن الحاجات والرغبات. (هلا سعيد، 2014، ص 32).

والتواصل اللغوي الجيد والنّاجح يتضمن عدّة مهارات يمر بها الفرد خلال مراحل نموه، وهذه المهارات تشير إلى مختلف الطرق المستخدمة في تبادل الأفكار والآراء والمعتقدات بين الأفراد، وأشارت الدكتورة: (سهى نصر أحمد أمين، 2001) إلى هذه المهارات أنها تتمثل في: مهارة التقليد، التعرف والفهم، التعبير، الانتباه، التسمية، واعتبرتها بدايات التواصل اللغوي. (سهى نصر، 2001، ص9-10).

يعرف كل من مهارة التقليد، التعرف والفهم، التعبير، الانتباه، التسمية كما يلي:

* التقليد:

قدرة الطفل على تنفيذ الحركات التي يقوم بها القائم بالتدريب، سواء في طريقة تنفيذ المهام والأنشطة أو في حركات الوجه والجسد والطفل التوحدي يبدي ضعف في هذه المهارة، وهذا بسبب مشكلات الانتباه ودقة الملاحظة، والتقليد يكون إما لفظيا أو حركيا. (علي دلشاد، 2013، ص201).

قد أشار كل من "داوسن وألبرت" (Dawson, et Albert, 1990): «أن قيام الأم أو الفاحص بتقليد الطفل التوحدي ومتابعة ما يقوم به يساعد على تحقيق تواصل بصري أكثر مع الطفل». (مجدي غزال، 2007، ص10).

* الانتباه:

عملية ادراكية تتضمن التركيز الانتقائي على مثير محدد في البيئة، وقدرة الطفل على تركيز انتباهه لفترة زمنية طويلة وكافية لتأدية مهمة مطلوبة منه، والطفل ذي اضطراب التوحد قد لا يعير اهتمام للمثيرات من حوله سواء قصدا او لا. (بشرى عويجان، 2012، ص07).

* التعرف والفهم:

يشير إلى القدرة على استخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة أو اللغة غير المسموعة، وأطفال التوحد يعانون من مشكلة الإدراك السمعي، مما يؤثر على قدرتهم على الفهم والتعرف وكذا على التواصل اللغوي مع الآخرين.

* التسمية:

عبارة عن قدرة الطفل على تسمية الأشياء أو اللعب بطريقة رمزية، فالمصاب بالتوحد يجد صعوبة في اللغة الرمزية مع الآخرين واللعب الرمزي

* التعبير:

القدرة على الحديث وبناء الجمل، من خلاله يعبر الطفل عن رغباته وحاجاته، عن طريق الكلام أو الإشارة، وأطفال التوحد يعانون من صعوبة في التعبير عن مشاعرهم وغير قادرين على التعبيرات الوجهية المناسبة للحالة الانفعالية أو للمواقف التفاعلية مع الطرف الآخر، ولديهم صعوبة في تنسيق مشاعرهم العاطفية مع لغة الجسد وتنظيم الصوت. (سهى نصر، 2002، ص84).

2- مشكلات التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي:

يعاني الأطفال التوحديين من عدة مشكلات تعيق عملية التواصل مع المحيطين به، وذلك نتيجة افتقارهم للمهارات الأساسية التي تساعدهم على التواصل مع الطرف الآخر، وهذا ما أشارت إليه "سوسن الحلبي" (2005)، أن هناك مشكلات تظهر لدى أطفال التوحد خاصة باللغة وتؤثر على تواصلهم الاجتماعي والانفعالي والعاطفي، ومن أهمها:

2-أ- المصاداة:

عبارة عن ترديد الكلام وهذه صفة شائعة في التوحد، هذا الترديد للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات أو مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة وتنقسم إلى ثلاثة أنواع وهي:

2-أ-1- المصاداة الفوريّة: عبارة عن إعادة الكلمات المسموعة مباشرة أي بعد ثوانٍ من سماعها.

2-أ-2- المصاداة المتأخرة: إعادة جزء من الكلام المسموع وهذه الإعادة قد تستمر أيام.

2-أ-3- المصاداة المخففة: يمكن أن تكون فورية كما يمكن أن تكون متأخرة لكن الكلام المعاد يمكن أن يكون ناقص وهذا النقص أمّا في بداية الجملة أو نهايتها أو جزء من الكلمة. (طراد نفيسة، 2013، ص18، غانم شوقي، 2013، ص45).

2-ب- عكس الضمائر:

فالطفل التوحيدي غالباً يقوم بعكس الضمائر، فعندما يتحدث عن نفسه يستخدم الضمير "أنت" بدلاً من الضمير "أنا".

2-ت- مشكلات في المهارات:

المهارات التي سبق وذكرناها بمعنى مهارة التقليد، الفهم والتعرف، الانتباه، التعبير، التسمية:.

2-ث- صعوبة المحادثة:

بمعنى صعوبة في بدئ المحادثة وانهاؤها، وكذلك صعوبة في المحافظة على موضوع المحادثة.

2-ج- اللغة المجازية:

الطفل التوحيدي يستخدم عبارات مجازية حيث من خلالها يعبر عن الأمر المرغوب فيه ولا يهتم بالمحيطين به كالوالدين، والمعلمين، والأقرب اليه.

2-ح- التساؤل المستمر:

عبارة عن أسئلة لفظية متكررة، حيث يقوم الطفل بطرح أسئلة وينتظر جواب من الآخرين حتى ولو أجابوه يقوم مرة أخرى بطرح نفس الأسئلة. (الشامي، 2004، ص120).

فالتواصل اللغوي يحتاج إلى القدرة على ارسال واستقبال رسائل لغوية مفهومة، وفي الطفل التوحيدي نجد هناك اضطراب في التواصل اللغوي، مما يؤدي إلى عدّة صعوبات نحو:

- صعوبة القدرة على التعبير عن نفسه.

- عدم القدرة على التواصل مع الطرف الآخر من حوله.

- عدم القدرة على التعلم والتدريب.

- لا يكتسب الطفل التوحيدي اللغة حتى سن السادسة من عمره. (Laid Benchikh, p 21)

3- التدخل العلاجي لصعوبة التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي:

الطفل المصاب باضطراب التوحد قد يكون اكتسب مهارات لغوية، ومع تدهور حالته يفقد ما اكتسبه، وعلى الرغم من عدم وجود مشكلات في السمع إلا أن عدم تواصله مع من

يحيط به أو مجتمعه يفقده الكثير، من هنا تظهر مشكلات اللغة والكلام، وهذه تعتبر أهم المشكلات الرئيسية، ومعظم أطفال التوحد يتميزون بعدم القدرة على التعبير اللغوي المفهوم، وعند ما يكون بمقدورهم الكلام تكون لديهم بعض المشكلات في التواصل اللغوي، وهي التي تحدد نمو الطفل ذوي اضطراب التوحد، فيجب المساعدة على تطوير لغتهم، وفيما يلي بعض نقاط لخطوات المساعدة:

- التحدث مع الطفل باستمرار، ويكون في فترات مبكرة من عمر الطفل.
- مساعدة الطفل أثناء قيامه بأي عمل وبعد ذلك القيام بالتعليق على الاعمال التي يقوم بها مع التنوع في نغمة الصوت ومعدل الكلام، وكذا استخدام مفردات بسيطة وسهلة الفهم.
- التقليل من الاسئلة المباشرة للطفل مثل: ما هذا؟ ماذا تريد؟ لأن الاوامر والاسئلة تقيد تطور اللغة لدى الطفل.
- استخدام المعززات المختلفة بشكل ملائم ومناسب لزيادة مستوى الجملة ومستوى اللغة التلقائية لدى الطفل.
- جعل التواصل مع الطفل يتصف بالمرح والضحك بالابتسامة أثناء التواصل، والتحدث معه بصوت ممتع بهدف تشجيع التواصل لديه.
- استخدام الوسائل البصرية والصور للتواصل مع الطفل نحو:
 - صور لأفراد الأسرة.
 - صور للأنشطة و الأفعال المطلوبة منه.
 - صور للأشياء المحيطة به.
- استخدام التواصل بلغة الإشارة والإيماءات، إذا تعذر التواصل بالكلام، فتعتبر طريقة تساعد الطفل على التعبير عن أفكاره والتفاعل مع الآخرين.
- مساعدة الطفل التوحدي على التقليد مثل: تقليد صوت بعض الحيوانات في القفز، الصوت، والحركة.
- مساعدة الطفل المصاب بالتوحد على تنمية المفاهيم المرتبطة بإدراك العلاقات المكانية مثل: (فوق- تحت- أمام- خلف- جانب).
- تشجيع مهارات التواصل البصري بالألعاب. (الفرحاتي، وآخرون، 2010، ص131).

خلاصة الفصل

اللغة تؤدي دور مهم في الحياة الانسانية وفي التواصل الاجتماعي، وهذه الادوار تتمثل في: تنمية الفكر، المؤانسة والامتناع، تنمية القدرات التعليمية الدراسية، تبادل الفكر والرأي، وهي من أهم الظواهر الاجتماعية التي أنتجها التطور البشري، وقد عرف الانسان على أنه حيوان رمزي Symbolique أي لديه القدرة على استقبال الرمز اللغوي ونتاجه، كذا استخدامه، ويرى علماء الاجتماع أن لغة الحيوان غريزية وهي مجموعة من الاصوات والحركات والاشارات المحدودة، التي يعبر بها الحيوان عن حاجاته الضرورية وانفعالاته في المجتمع الواحد أو في المجتمعات المختلفة وإن لم تحدث اللغة استجابة في السامع فقدت وظيفتها.

والتواصل يعتبر عملية معقدة، تتمثل أهميته في توفير روابط إنسانية، لتعزيز الثقة بين الفرد ومن حوله، ومن خلاله يتم التعبير عن الرغبات والاحتياجات سواء باستخدام اللغة المنطوقة أي الكلام أو اللغة غير منطوقة نحو الاشارات ، الايماءات مثلا.

ومهارات التواصل اللغوي حسب البحث الحالي تتمثل في مهارة التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية حسب الباحثة نصر سهى أحمد أمين وهذا من شأنه تحسين قدرة الطفل على التواصل الطبيعي مع أقرانه العاديين، لكي يحقق له الكفاءة اللغوية العالية، وتواصل جيد معهم.

تمهيد

تعتمد عملية تصميم الاختبارات و المقاييس في مجال الارطوفونيا على القيام بعدة خطوات متسلسلة، تؤدي إلى تجنب الكثير من الاخطاء، وتكمن أهميتها في أهمية الموضوع المعالج، وتعتمد على اسس علمية يمكن استعمالها من طرف المختصين.

1- مفهوم الاختبارات والمقاييس

1-1- الاختبارات والمقاييس:

أدوات مقننة، تعالج مواضيع مختلفة ومتعددة، مثلا هناك اختبارات تعالج القدرات العقلية، وعبارة عن أدوات علمية مبنية على أدوات مقننة، تستعمل للحصول على نتائج لمعالجة عدة اضطرابات كالاضطرابات اللغوية والشفوية، وتتمثل هذه الأدوات العلمية في: المقابلة، الاستبيان، الملاحظات. (آسيا جبارة، ريحة توالي، 2015، ص21).

2- شروط الاختبارات والمقاييس

2-أ- مقنن: بمعنى الخضوع لشروط علمية أو تصنيفهم ضمن شروط علمية.

2-ب- التعميم: يجب أن تكون العينة المدروسة كبيرة للحصول على نتيجة صحيحة.

3-ت- الصدق والثبات:

3-ت-1- الصدق: مدى القدرة على قياس السمة التي أعد لقياسها وتختلف طرق التأكد من صدق المقياس ومنها:

*الصدق الظاهري.

*الصدق التنبئي.

*صدق المحتوى.

*الصدق العملي.

3-ت-2- الثبات: ضمان الحصول على نفس الدرجة لنفس الأفراد عند إعادة تطبيق الاختبار أو المقياس عليهم، غذا طبق على فرد ثم عند إعادة تطبيقه على نفس الفرد بعد فترة يقدم نفس الدرجة المتحصلة عليها سابقا تقريبا. (لطي محسن، 2006، ص158).

- ملاحظة:

نقول أن الاختبار ثابت إذا تحقق ما يلي:

- أن يعطي الاختبار نفس النتائج تقريبا إذا أعيد تطبيقه على نفس المجموعة من الأفراد، أي أن درجات الاختبار لا تتأثر بتغير العوامل أو الظروف الخارجية حيث أن إعادة تطبيق الاختبار والحصول على نفس النتائج يعني دلالة الاختبار على الأداء الفعلي أو الحقيقي للفرد مهما تغيرت الظروف.
- بناء على المفهوم السابق فإن الثبات الاختبار يعني أيضا دلالة على الأداء الفعلي أو الحقيقي للفرد.
- أن تكون هناك علاقة قانونية بين وحدات الاختبار فذلك يدل على التناسق في البناء الداخلي للاختبار، وهذا يعني أن معامل ثبات الاختبار سوف يتوقف على العلاقة أو الارتباط بين كل مفردة والمفردات الأخرى، كما يتوقف على ارتباط كل مفردة بالاختبار ككل، ويتضح من هذه أن تماسك الاختبار أو تناسق بنائه يدل على ثبات درجته.

3- كيفية بناء الاختبارات أو المقاييس

• الخطوة الأولى:

- تحديد الهدف: ما هو المدروس هل هو موضوع أو سلوك أو مشكل مثلا.
 - المميزات: يجب دراسة الموضوع المراد دراسته.
 - التركيز على ما يفعله الفرد في العينة المدروسة: مثلا: تقديم للطفل رسم رجل (Bonhomme)، فإذا رسمها فهو لديه امكانية الكتابة وإذا لم يرسم فإنه لا زال ليس لديه مؤهلات للكتابة.
 - الهدف لا يكون عام ولا خاص: مثلا: دراسة الكتابة عند أطفال أقل من 6 سنوات لا يجب أن يكون الاختبار أو المقياس محدد بطريقة قطعية.
 - يجب أن يكون الاختبار أهدافه مبنية على الواقع ومواضيع واقعية.
- #### • الخطوة الثانية:

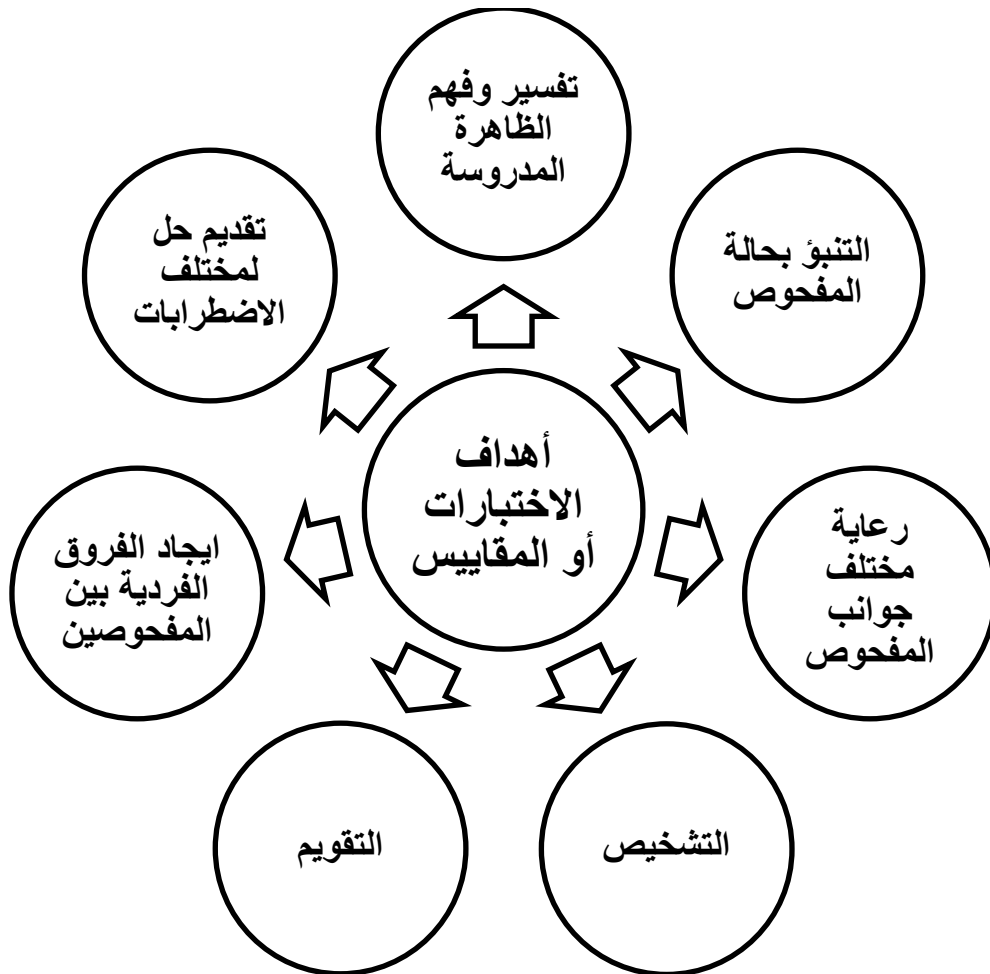
- تحليل المحتوى: والمحتوى هو كل ما يعالجه الاختبار أو المقياس.
- تحديد الهدف الذي يرمي إليه الاختبار.

- تحليل سلوك الأفراد في المهام التي يقومون بها.
 - لتكوين اختبار أو مقياس يجب أن يكون لفظي أو أدائي، ويكون إما فردي أو جماعي.
- الخطوة الثالثة:

- تحديد العمليات: بمعنى تحليل العمل بالدراسة العلمية المنظمة للتحديد ولمعرفة طبيعة وأهمية كل عملية.
- معرفة الخصائص والشروط التي يجب توفيرها بالمهام.
- حضر الواجبات الخاصة بكل وظيفة: وهذا يساعد على معرفة القدرات والاستعدادات لدى أفراد العينة.

4- أهداف الاختبارات والمقاييس

سنحاول توضيح مختلف أهداف الاختبارات والمقاييس في المخطط التالي:



- مخطط رقم 08: أهداف الاختبارات والمقاييس.

5- تحديد الإطار النظري للمتغيرات المعنية بالاختبار و المقياس:

لابدّ للخاصية المقاسة ان تستند الي اساس نظري يبرر مشروعية تناولها، و قد يكون المقياس معد في الاصل للتأكد من مدى جدوى النظرية التي تفسر الخاصية المقاسة. (لطي محسن، 2005، ص59).

6- تحديد الشكل الامثل للاختبار و المقياس و طرق التطبيق:

على الباحث أن يحدد ما إذا كان الانسب لمقياسه أن يكون من اختبارات أو مقاييس علمية أو إسقاطية، ويأخذ بعين الاعتبار ما اذا كان المقياس والاختبار يطبق بصفة فردية وجماعية.

6- أ- تحديد طبيعة و خصائص الافراد: تتعلق هذه الخطوة بتحديد طبيعة الافراد الذين يطبق عليهم المقياس نحو: السن، الجنس، المستوى الاجتماعي. ويستوجب توضيح ومبررات اختبار الافراد المستهدفين بالاختبار والمقياس. (علام ثيللي، 2015، ص94).

إنّ أي اختبار أو مقياس يتم تصميمه يتكون من مجموعة ب- الصياغة الفعلية للوحدات: 6- الوحدات أو الفقرات، حيث ينبغي اختيار كل وحدة بناء على دراسات نظرية وميدانية تثبت صلاحية الوحدة للقياس. (طه، 2006، ص190).

6- ت- تحديد شكل الاستجابة: توجد اشكال متعددة لاستجابة على الفقرات أو الوحدات التي يتكون منها المقياس، ويتوقف اختبار أي منها على هدف المقياس.

6- ث- صياغة تعليمات المقياس: وتنقسم هذه التعليمات الى قسمين:

6- ث-1- تعليمات المطبقين: وهم الذين يقومون بتطبيق المقياس، وتتضمن شرح للمقياس والخاصية التي يتم قياسها، واجراءات التطبيق والمدة، والطريقة التي تسجل الاستجابات وحدود الشرح والتوضيح المسموح به للمفحوصين.

6- ث-2- تعليمات المفحوصين: وتتضمن عدّة محاور منها:

- فكرة مبسطة عن الاختبار و المقياس و الهدف من تطبيقه.
- طريقة الاستجابة و الزمن المحدد.
- تقديم بعض النماذج.

7- التدقيق اللغوي للبنود و التعليمات:

يجب على مصمم المقياس أو الاختبار التدقيق في اللغة لتجنب الفهم الخاطئ للتعليمات اثناء التطبيق.

8- عرض الاختبار والمقياس علي المختصين:

يعد عرض الاختبار والمقياس علي المختصين خطوة هامة تحقق فوائد كمدى مناسبة البنود و قدرتها علي قياس الخاصية طبقا للتعريف و الهدف من القياس و الإطار النظري الخاص بالخاصية و الفئة المستهدفة. (لظفي محسن، 2006، ص158).

خلاصة الفصل

وتوصلنا اليها بأن بناء الاختبارات والمقاييس تعتمد على شروط من المهم أتباعها، ومن بين هذه الشروط الدّراسة السيكميتريّة التي تهتم بدراسة صدق وثبات الاختبار التي من واجب كل باحث أن يركز عليها في بحثه اثناء قيامه ببناء الاختبار ولكن تظل بعض الصعوبات من شأنها إعاقة القيام بالدراسة عند بناء الاختبار، وهذا يتجلى في صدق المحكمين، العملية التي تستغرق بعض الوقت وقتا، إلى جانب العينة العشوائية، لهذا يجب بناء اختبارات أو مقاييس دقيقة و صادقة، وبالتالي يكون التشخيص و الكفالة الأرطوفونية هادفة وجيدة.

تمهيد

بعد ما تطرقنا في الجانب النظري إلى البحث، وإعطاء صورة لأبرز المفاهيم التي تخص موضوع البحث جاء هذا الفصل لنستعرض من خلاله الجانب التطبيقي للجانب النظري، وهنا سنحاول تناول المنهج المتبع في اجراء البحث، كذلك العينة المدروسة والاداة المستخدمة فمعالجة الموضوع، الذي هو مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحيدي من حيث الهدف ومؤشرات الصدق والثبات، ونقدم المعالجة الاحصائية للتحقق من نتائج المقياس، ومدى صلاحيته لتحقيق العلاج الناجح.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من الجانب المنهجي والعلمي مرحلة تمهيدية من الواجب القيام بها، وهذا بهدف البحث والتعرف على الجانب الميداني من ظروفه وامكانياته، بحيث عرفها "مصطفى عشوي": "على أنها دراسة أولية تجري على مستوى ضيق، تمكن الباحث من ضبط مختلف التغيرات". وسنحاول في هذا البحث التعرف على 20 حالة تعاني من التوحد من بينهم اناث وذكور، فلقد قمنا بزيارة كل من مستشفى "فرنان حنفي" بواد عيسي، العيادة الخاصة بالمختصة الأرطوفونية "علام ثللي" بتزي وزو، حضانة "ايمان" بياكوران، بحيث ساندونا وساعدونا على تطبيق المقياس عليهم في القياسين البعدي والقبلي، وقد قامت كل المختصات الارطوفونيات المتواجدة في هذه المراكز بتقديم معلومات خاصة بهؤلاء الاطفال.

بحيث يرى "مصطفى شعوري (1999) "إن الدراسة الاستطلاعية تعتبر مساحة استكشافية إذا هي مرحلة هامة في البحث العلمي وذلك لارتباطها المباشر بالميدان و كل هذا يضيف صفة الموضوعية في البحث.

كما يرى "مجدي عبد عزيز ابراهيمي: (2002) " ان اميتها تكمن في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة المقابلة و تجعله يتأكد و يطمئن على مستوى سلامة الأسئلة و صياغتها. و الهدف من اجرائنا الدراسة الاستطلاعية التأكد من وجود مجموعة البحث في الميدان و معرفة إذا كانت و سائل البحث التي نعتمد عليها قابلة للتطبيق ميدانيا و محاولة رصد اكبر قدر ممكن من المعلومات عن موضوع الدراسة الحالية.

منهج البحث واجراءاته

العمر الزمني لأفراد العينة	مستوى الاصابة بمرض التوحد	عدد الاناث	عدد الذكور	عدد الأفراد	مكان إجراء البحث
بين [8- 12]	بين المتوسط والحسن	03	07	10	العيادة الخاصة ل: «الانسة علام ثيللي»، ولاية تيزي وزو.
		05	03	08	مستشفى «فرنان حنفي»، بواد عيسي، ولاية تيزي وزو.
			03	03	حضانة «إيمان»، باياكوران، ولاية تيزي وزو.
				20	المجموع الإجمالي

- جدول رقم 07: توضيح مجموع عينة البحث (السن، والجنس)، والمراكز التي طبق فيها مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

2- منهج البحث

المقصود من منهج البحث مجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحديد عملياته من أجل الوصول إلى نتيجة دقيقة وصحيحة، وهذا ما أشار إليه "ديكارت": «لا نستطيع أن نفكر في بحث حقيقة ما إذا كنا سنبحثها بدون منهج لأن الدراسات والأبحاث بدون منهج تمنع العقل من الوصول إلى الحقيقة». (طراد نفيسة عن مراد عبد المجيد، 2000، ص60).

بمأن طبيعة البحث هي التي تفرض على الباحث المنهج الذي سيتبعه، و بمأننا بصدد التعرف على «فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الطفل التوحيدي»، لقد اعتمدنا على المنهج الوصفي.

اعتمدنا على المنهج الوصفي بهدف التعرف على الخصائص العقلية لأطفال التوحد من وجهة نظر الآباء

ويقوم البحث الوصفي بوصف ما هو كائن وتفسيره، وهو يهتم بتحديد الممارسات الشائعة أو السائدة والتعرف على المعتقدات والاتجاهات . ولا يقتصر البحث الوصفي على جمع البيانات وتبويبها، إنما يمضي إلى ما هو ابعد من ذلك لأن هي تضمن قدراً من التفسير لهذه البيانات. إن عملية البحث لا تكتمل حتى تنظم هذه البيانات وتحلل وتستخرج منها الاستنتاجات ذات الدلالة والمعزى بالنسبة للمشكلة المطروحة.

وتستند الدراسات الوصفية إلى أسس منهجية أهمها التجريد والتعميم . وتنقسم الدراسات الوصفية إلى ثلاث أنواع هي:

- الدراسات المسحية (المسح المدرسي)، الدراسات المسحية للرأي العام، المسح الاجتماعي .

- دراسات العلاقات المتبادلة (دراسة الحالة)، الدراسات السببية المقارنة.

- دراسات النمو والتطور.

استخدم دراسة العلاقات المتبادلة(دراسة الحالة)وتعتمد على خطوات من تحديد المشكلة، خطوة جمع البيانات، صياغة الفرضية التي تفسر المشكلة ومن شأنها وتطورها، وهناك جوانب مهمة ينبغي للدارس أن يجمع بيانات عنها ومنها: (النمو الجسمي، التوافق المدرسي ، العلاقات الأسرية، القدرات العقلية والميول النفسية، التوافق النفسي الانفعالي). ومن خلال موضوع بحثنا هذا قام المنهج الوصفي

3- عينة البحث

لتحقيق أهداف البحث المتمثلة في التعرف على فاعلية مقياس تقدير الاتصال اللغوي المطبق على مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد، اعتمدنا على العينة المقصودة، التي تحدد مسبقا مواصفات وخصائص الأفراد الذين يجب أن تتضمنهم العينة.

تكونت عينة بحثنا من (20) حالة توحديّة مقسمين إلى الذكور والاناث تتراوح أعمارهم ما بين [8_12]، وشدة إصابتهم بالتوحد بين المتوسط والحسن، وقمنا بتطبيق مقياس تقدير الاتصال اللغوي قبلا ثم بعدا على أفراد العينة.

4- الاداة المستخدمة في اجراء البحث

مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي من اعداد سهى نصر أحمد أمين (2001).

لكي يتحقق هدف البحث الذي يتمثل في تحديد فاعلية البرنامج التدريبي اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد يجب الاطلاع على الجانب النظري وبعدها يتم اختبار المقياس على أطفال التوحد.

3-أ- وصف مقياس الاتصال اللغوي "لسهى نصر أحمد أمين" (2001)

يتكون المقياس من (50) عبارة موزعة على خمسة أبعاد كل بعد يمثل سلوك الاتصال وهي كالتالي:

- التقليد.
- الفهم والتعرف.
- التعبير.
- الانتباه.
- التسمية.

كل بعد عبارة عن عشرة (10) مواقف موزعة بالترتيب، كما توجد 04 اختيارات لكل موقف ويقوم المعلم باختيار الموقف المناسب لكل حالة وعند تصحيح المقياس يعطي الطفل الدرجة (03) للموقف (أ)، ودرجة (02) للموقف (ب)، ودرجة (01) للموقف (ج)، ودرجة (0) للموقف (د).

فمدى مجموع الدرجات يمتد من (0 إلى 150)، وكل بعد يمتد مجموع درجاته من (0 إلى 30)، فكلما ازدادت الدرجة قلت مشكلة التواصل اللغوي، والعكس صحيح.

قامت الباحثة (سهى نصر أحمد أمين سنة (2001))، بدراسة صدق وثبات هذا المقياس على عينة تكونت من (20) طفل توحدي وفيما يلي نتائج الصدق والثبات التي أجرتها سهى نصر أحمد أمين (2001):

3-أ-1- صدق المقياس

3-أ-1-1- صدق المحكمين:

منهج البحث واجراءاته

أجمع 90% من المحكمين على صلاحية المقياس ومناسبة عباراته وصلاحيته لقياس درجة مهارة التوصل اللغوي للأطفال ذوي التوحد.

3-أ-1-2- الصدق التمييزي:

قامت الباحثة سهى نصر (2001)، بحساب عدد الأفراد الذين يمثلون 27% الحاصلين على درجات مرتفعة، و27% الحاصلين على درجات منخفضة على المقياس، وتم حساب الفروق بين العينة المرتفعة والمنخفضة وذلك بتطبيق اختبار (ت) لحساب الدرجة الكلية على المقياس إذا كانت المجموعتين المرتفعة والمنخفضة وذلك يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

3-أ-2- ثبات المقياس

3-أ-2-1- ثبات تقدير الملاحظين:

استخدمت الباحثة سهى نصر أحمد أمين (2001)، معادلة كوبر (Copper)، لحساب مرات الاتفاق وعدم الاتفاق بين الملاحظين، وأشارت النتيجة إلى ارتفاع ثبات المقياس الخاص بمستوى مهارة الأطفال على الاتصال اللغوي وقد أوضحت النتائج أن متوسط النسب المئوية لاتفاق الملاحظين (96.82%).

3-أ-2-2- الثبات بطريقة إعادة الاختبار:

قامت الباحثة سهى نصر (2001)، بتطبيق الاختبار على العينة الاستطلاعية نفسها بعد خمسة عشر (15) يوما من التطبيق الأول وقامت بحساب معامل الارتباط بين التطبيقين وكانت النتيجة ثبات قدره (0.94).

3-أ-2-3- الثبات بطريقة الفاكرونباخ:

هنا طبقت الباحثة سهى نصر (2001)، معامل الفاكرونباخ على العينة الاستطلاعية وقد حصلت على معامل قدره (0.92).

3-أ-2-4- الثبات بطريقة سيبرمان- براون:

قامت الباحثة سهى نصر أحمد أمين (2001)، بتطبيق طريقة التجزئة النصفية سيبرمان- براون، وقد حصلت على النتيجة التالية: معامل ثبات قدره (0.93).

5- خطوات اجراء البحث:

بعد اختيار العينة المقصودة أي الأطفال المصابين بالتوحد المتكونة من (20) حالة (ذكور واناث)، وأعمارهم ما بين [8- 12] سنة كذلك شدة اصابتهم بالمرض يتراوح بين المتوسط والحسن، قمنا بتطبيق مقياس تقدير الاتصال اللغوي قبلًا ثم بعدا.

وقد قمنا بتطبيق المقياس لهذه العينة على أساس المتغيرات التالية:

1- حسب السن: هنا قمنا باختيار أطفال مستوى الاصابة بين المتوسط والحسن وتتراوح أعمارهم ما بين [8- 12] سنة.

2- حسب الجنس: كلا الجنسين (الذكر والانثى) معنيون، كلاهما يعانون من اضطراب التوحد.

3- حسب مستوى الاصابة: بين المتوسط والحسن.

أولاً: قمنا بتطبيق القياس القبلي على هذه الفئة وقد حصلنا على درجات تقريبا متساوية بين الذكور والاناث.

ثانياً: قمنا بتطبيق القياس البعدي بعد فترة زمنية من الانتهاء من القياس القبلي على مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

ثالثاً: تحديد الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير الاتصال اللغوي في أبعاده الخمس لدى عينة البحث المصابين بالتوحد في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي يتضمنها مقياس الباحثة سهى نصر أحمد أمين.

وقمنا قبل تطبيق القياس البعدي بتدريب هذه العينة المقصودة على هذا البرنامج الاتصالي اللغوي باستخدام عدة أنشطة ومع تكرار عدة محاولات حوالي [3- 6] محاولة، ومدة الجلسة الواحدة من ساعة غلى ساعتين ومن بين هذه الأنشطة:

- أنشطة تمهيدية.
- أنشطة ادراكية: الكرات الملونة، الصور، لعبة اللوتو، مطابقة الأفعال بالكلمات المناسبة، تركيب أجزاء دمية، الجرس.
- أنشطة حركية: مطابقة الأشكال، مطابقة أجزاء الوجه، تركيب أجزاء دمية، لعبة اكتشاف الجزء الناقص.
- أنشطة انفعالية: تعبيرات الوجه (حزين، سعيد، يضحك، يبكي).

ولتحقيق فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد، قمنا بوضع أهداف فرعية لكل مهارة من المهارات المراد تنميتها:

1- مهارة التقليد:

- أ- أن يقلد بعض الخطوات نحو: الذهاب إلى الحمام، غسل الوجه، الإفطار.
- ب- أن تعبيرات الوجه نحو: الحزن، السعادة، البكاء، الضحك.
- ت- أن يقلد مطابقة الصور مع الأفعال.
- ث- أن يقلد وضع الجزء الناقص في مكانه المناسب.
- ج- أن يقلد كلام وحركات الفاحص.

2- مهارة الانتباه:

- أ- أن ينتبه إلى الجزء الناقص من الصورة.
- ب- أن ينتبه عند مشاهدة فيلم كارتون ويعيد بعض الحركات التي شاهدها.
- ت- أن ينتبه إلى شيء خاص به وقد قمنا بإخفائه له في مكان معين.
- ث- أن ينتبه إلى جرس الباب.
- ج- أن ينتبه إلى لعبة تصدر صوتا وضوءا.

3- التعرف والفهم:

- أ- أن يطابق الطفل كل مجسم (دائرة، مربع) في مكانه الصحيح في العلبة.
- ب- أن يضع الطفل أجزاء الوجه في مكانها الصحيح.
- ت- أن يتعرف الطفل على الأجزاء الناقصة من الصورة ويضعها في مكانها الصحيح.
- ث- أن يميز الطفل بين التعبيرات الانفعالية (حزين، سعيد، يبكي، يضحك).
- ج- أن يطابق الطفل الفعل مع الكلمة.

4- مهارة التعبير:

- أ- أن يشير الطفل إلى كل مجسم (دائرة، مربع) في مكانه الصحيح في العلبة.
- ب- أن يشير إلى أجزاء الجسم بعد تسميتها.
- ت- أن يشير إلى الجزء الناقص في الصورة.
- ث- أن يشير إلى التعبيرات الانفعالية (الحزن، السعادة، البكاء، الضحك).
- ج- أن يعطي للفاحص الكرات المطلوبة منه في الحجم والسمك.

5- مهارة التسمية:

- أ- أن يسمي الطفل المجسمات (دائرة، مربع).
 - ب- أن يسمي الطفل أجزاء الجسم.
 - ت- أن يسمي الطفل الجزء الناقص.
 - ث- أن يسمي التعبيرات الانفعالية (الحزن، السعادة، البكاء، الضحك).
- أن يسمي الألعاب نحو (الكرة.... إلخ).

كذلك استعما المعززات مثل: الحلوى، العصير، الشكولاتة، التصفيق... إلخ، وهذ عند قيام الطفل بالأمر المطلوب منه بشكل صحيح.

6- الأساليب الإحصائية

اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على خبرة الباحث وملاحظاته وتفسيراته للمعلومات التي يحصل عليها من خلال المقابلة. علما بان الباحث لم يقم بأي عمليات إحصائية نظرا لأن الحالة المدروسة حالة وصفية بحتة تعتمد على الملاحظة والتحليل.

تمهيد

تعد النتائج والتفسير هما محصلة البحث، فتناولنا من خلال الفصل هذا السادس لموضوع بحثنا عرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الواقع الميداني للبحث.

1- عرض وتحليل النتائج:

أولاً: عرض وتحليل نتائج القياس القبلي على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) لدى المصابين بالتوحد موضحة في الجدول التالي:

الحالة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
الإبعاد																				
التقليد	10	6	10	5	9	12	9	8	7	11	6	6	7	12	11	8	9	11	8	11
م. د. التقليد	176																			
الانتباه	6	7	11	6	8	9	6	10	9	9	7	3	3	4	3	2	3	3	4	12
م. د. الانتباه	127																			
التعرف والفهم	9	12	8	4	6	6	10	15	10	12	5	8	8	12	10	7	8	8	7	7
م. د. التعرف والفهم	172																			
التعبير	12	9	11	12	11	11	7	9	11	8	3	3	14	17	12	11	13	12	11	8
م. د. التعبير	194																			
التسمية	6	8	9	6	10	7	8	8	10	5	7	5	3	4	3	2	2	4	5	12
م. د. التسمية	124																			
م. الاجمالي للأبعاد لكل حالة	43	42	49	33	44	45	40	50	47	45	28	25	35	49	39	30	35	38	35	50

- جدول رقم 08: عرض نتائج القياس القبلي على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

يلخص الجدول رقم (08) أهم النقاط حول الحالات الـ 20 الخاص بالأبعاد الخمسة لمقياس تقدير الاتصال اللغوي عند تطبيق المقياس القبلي، فإن نتائج هذا المقياس تبين بأن مهارة التعبير غير اللفظي في المرتبة الأولى بمجموع درجات تساوي (194) درجة، وتليه مهارة التقليد بمجموع درجات تساوي (176) درجة، وبعدها مهارة التعرف والفهم ب (172) درجة، ثم مهارة الانتباه ب (127) درجة، وتأتي في الأخير مهارة التسمية ب (124) درجة.

ثانياً: عرض نتائج المقياس البعدي على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) لدى المصابين بالتوحد موضحة في الجدول التالي:

الابعاد	الحالة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	التقليد	22	26	26	23	21	16	21	19	19	18	23	25	24	22	11	22	25	19	25	22
	م. د. التقليد	428																			
	الانتباه	19	20	19	18	18	8	14	18	16	12	19	19	21	22	12	17	20	17	21	21
	م. د. الانتباه	364																			
	التعرف والفهم	26	27	28	26	26	16	21	21	21	20	25	25	25	14	20	18	16	14	23	15
	م. د. التعرف والفهم	402																			
	التعبير	24	29	27	25	26	21	22	23	22	20	27	26	25	19	19	16	13	14	17	17
	م. د. التعبير	430																			

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

29	26	17	14	23	19	18	17	20	18	11	12	15	17	10	20	20	19	21	18	التسمية
361																				م. د. التسمية
104	112	81	88	86	81	95	112	115	112	81	90	96	95	71	111	112	119	123	109	م. الأجمالي للأبعاد لكل حالة

- جدول رقم 09: عرض نتائج القياس البعدي على مستوي مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

يلخص الجدول رقم (09) أهم النقاط حول الحالات الـ 20 الخاص بالأبعاد الخمسة لمقياس تقدير الاتصال اللغوي عند تطبيق القياس البعدي، فإن نتائج هذا القياس تبين بأن مهارة التعبير غير اللفظي في المرتبة الأولى بمجموع درجات تساوي (430) درجة، وتليه مهارة التقليد بمجموع درجات تساوي (428) درجة، وبعدها مهارة التعرف والفهم بـ (402) درجة، ثم مهارة الانتباه بـ (364) درجة، و ثم تأتي في الأخير مهارة التسمية بـ (361) درجة.

- المقصود من الحروف المستخدمة في الجداول:

م ← المجموع.
د ← الدرجات.

2- مناقشة النتائج:

هدف البحث هذا إلى التعرف والتحقق من فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد، بحيث اشتملت العينة على (20) حالة من بينهم (12) ذكور و(08) اناث والتي تتراوح أعمارهم ما بين [8- 12] سنة، وقمنا بتطبيق هذا المقياس قبلا وبعدا على أفراد العينة المصابة بهذا المرض.

وللتحقق من فعاليته كان تساؤل البحث الأساسي كالتالي:

- هل توجد فروق في فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى الأطفال المصابين بالتوحد؟.

ومن خلال تطبيق مقياس تقدير الاتصال اللغوي على أفراد العينة قد لاحظنا أن معظم الأفراد تتسم بدرجات عالية في مهارة التعبير حيث تراوحت النتائج في القياس القبلي ما بين [3- 17] درجة، أما في القياس البعدي كانت الدرجات أعلى حيث بلغت ما بين [13- 29] درجة، وفيما يخص مهارة التقليد كانت الدرجات متوسطة في القياس القبلي حيث تراوحت ما بين [5- 12] درجة، أما في القياس البعدي ارتفعت بقليل بلغت [11- 26] درجة، ومهارة التعرف والفهم قبل ما بين [5- 12] وبعد ما بين [14- 28] والانتباه في القياس القبلي تراوحت ما بين [2- 12] درجة، وفي القياس البعدي بلغت [8- 22] درجة، وفيما يخص مهارة التسمية في القياس القبلي كانت ما بين [2- 12] درجة، وفي القياس البعدي بلغت ما بين [10- 29] درجة، فمن خلال هذه النتائج للدرجات على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي نستنتج أن في القياس البعدي تحسنت كل نتائج المهارات الخمس من الضعيف إلى الجيد.

وبعد تدريب عينة البحث على الأنشطة التي قمنا بذكرها في منهج البحث واجراءاته، ومن خلال النتائج المتحصل عليها في مهارات التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) لدى أفراد العينة، في القياسين القبلي والبعدي، فيمكننا أن نرجع التحسن الحاصل في القياس البعدي على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي إلى العملية التدريبية القائمة على عدة أنشطة تدريبية وتعليمية (تمهيدية، حركية، انفعالية، ادراكية) ولقد ساعدته على الاندماج بشكل كبير في النشاط، وللأنشطة التمهيدية دور هام في إقامة علاقة تتسم بالمودة والألفة بين الفاحص والمفحوص.

وللتعزيز كذلك دور رئيسي من خلال تشجيع المفحوص ضمن الجلسة على كل استجابة صحيحة يبديها مهما كانت ناقصة وصولاً إلى اكتمالها بشكل سليم، والتلقين بدوره يساعد المفحوص على استخدام المفردات بمفرده وهذا بعد تلقينها له من طرفنا، والتشكيل الذي كان هدفه اكتساب الطفل التوحدي سلوك جديد عن طريق تعزيز السلوك الايجابي.

لاحظنا بأن العديد من أفراد العينة يواجهون مشاكل وصعوبات في التعلم والادراك والتفكير، كما أنه غير قادرين على اكتساب مفاهيم تساعدهم على الاتصال والتعامل مع الآخرين، وهذه الفئة تفتقر إلى القدرة على استخدام اشكال التواصل بطريقة سليمة تحقق لهم الاتصال بمن حولهم، وقد اثبتنا فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي على تحفيز اطفال التوحد على المبادرة في التواصل التلقائي، وهذا المقياس أو البرنامج

للاتصال اللغوي لدى المصابين بالتوحد يساعدهم على تعلم فنيات التواصل مع الطرف الآخر.

وبينما نحن بصدد اجراء البحث وجدنا بأن معظم أفراد العينة المتكونة من (20) حالة من بينهم (12) من الذكور و(08) من الاناث يستخدمون الاشارات عند الحاجة للتعبير عن حاجاتهم ورغباتهم وهذه الاشارات تتمثل في: الأخذ باليد نحو المرغوب فيه، النظرات بالعيون، البكاء عند السقوط وهذا يدل على الاحساس بالألم، دوران الوجه في حالة الرفض لشيء محدد، كما تتسم هذه العينة بالفهم لكن معظمها لا تبدي ردود الفعل فيما يخص ما فهموه.

كذلك لاحظنا ان هذه الأفراد التي طبقنا عليها مقياس تقدير الاتصال اللغوي تتسم بدرجة عالية في مختلف مهارات المقياس، فإن مهارة التقليد التي تضمنت أعلى الدرجات في كلا القياسين، بينما مهارتي التعرف والفهم كانتا متوسطتين في القياس القبلي وتحسنت نوعا ما من خلال القياس البعدي، أما مهارتي الانتباه والتسمية كانتا ضعيفتين في كلا القياسين القبلي والبعدي.

- الاستنتاج العام:

بعد عرض وتحليل ومناقشة النتائج التي تم الحصول عليها من خلال موضوع البحث هذا، المتكون من (20) حالة من بينهم (08) اناث و(12) ذكور، تتراوح أعمارهم ما بين [8- 12] سنة وذلك باستخدام مقياس تقدير الاتصال اللغوي الذي يشتمل على خمسة (05) ابعاد كالآتي:

- البعد رقم (01): التقليد.
- البعد رقم (02): الانتباه.
- البعد رقم (03): التعرف والفهم.
- البعد رقم (04): التعبير.
- البعد رقم (05): التسمية.

وكل بعد يحتوي عشرة (10) بنود على التوالي، والهدف من هذا الموضوع هو التعرف والتأكد من فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وهذا المقياس قد قامت الباحثة (سهى نصر أحمد أمين سنة 2002) من التأكد من صدقه وثباته وأنه يتميز بالمصداقية ويساعد التوحيدي من تطوير مهاراته التواصلية مع الطرف الآخر وقد قمنا بالإشارة إلى خطوات صدقه وثباته من خلال فصل منهج البحث واجراءاته، ولتحقيق الهدف الذي يسمو اليه البحث اعتمدنا على المنهج الوصفي، وتمت معالجة المعلومات المتحصل عليها من خلال المنهج الوصفي التحليلي، بواسطة الملاحظة والتحليل.

وتوصلنا من خلال مناقشة النتائج بين القياس القبلي والقياس البعدي إلى وجود تباين بين درجات القياسين لصالح القياس البعدي على مستوى الأبعاد الخمسة لمقياس تقدير الاتصال اللغوي ، حيث يظهر ذلك في ارتفاع درجات المحققة من طرف أفراد العينة في الابعاد الخمسة لمقياس تقدير الاتصال اللغوي بعد تدريبهم على عدة أنشطة تدريبية (تمهيدية، ادراكية، انفعالية، حركية) وكذا بعد تطبيق المقياس في القياس البعدي.

وفي الأخير بيينا بأن الفرضية التي مفادها توجد فروق في درجات القياسين القبلي والبعدي في فعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد قد تحققت، ومنها نستنتج بان مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحيدي له فعالية في تنمية وتطوير مهارات التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية).

من خلال الأبحاث والدراسات السابقة المذكورة أثناء تناولنا لموضوع هذا البحث المتعلق بفعالية مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد قد توصلنا إلى استنتاج بأنه توجد فروق بين درجات القياسين البعدي والقبلي على مستوى مقياس تقدير الاتصال اللغوي في تنمية مهارات التواصل اللغوي (التقليد، الانتباه، التعرف والفهم، التعبير، التسمية) لدى عينة البحث المصابة بالتوحد.

فلقد قسمنا هذا البحث إلى قسمين متكاملين هما:

1- القسم النظري: الذي قمنا من خلاله بتناول أربعة فصول متتالية إضافة إلى فصل الاطار العام للإشكالية.

2- القسم التطبيقي: من خلاله تناولنا فصلين مترابطين من أجل الاجابة على التساؤل المطروح سابقا والتحقق من صحة الفرضيات المقترحة.

ومن خلال الملاحظة والتحليل الوصفي، توصلنا إلى تحقيق صحة الفرضية المطروحة، وهذا يدل على تأكيدنا بأن مقياس تقدير الاتصال اللغوي له فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى المصابين بالتوحد.

فمن خلال بحثنا في هذا الموضوع ومدى أهميته في التفطن للتدخل المبكر وهذا ما أوضحه كاستو وماستر وبيري (Csto et Master péri , 1986) في دراستهم حول التدخل المبكر خاصة التشخيص المبكر من أجل تنمية مهارات الطفل المصاب بالتوحد سواء كانت: لغوية، أو اجتماعية، أو انفعالية، أو سلوكية، من شأنه اندماج هذا الطفل مع أقرانه العاديين، والتفاعل والتواصل معهم، وعلى تلبية مختلف الحاجيات اعتمادا على نفسه لا على غيره، كذا على التأثير بالبيئة المحيطة به والتأثير فيها.

وأخيرا وليس آخرا قد قمنا بتقديم التوصيات والمقترحات بناء على موضوع البحث الحالي، ولفتح آفاق البحث ارتأينا:

- ضرورة تدريب أسر الأطفال المصابين بالتوحد على مهارات التواصل اللغوي لكي يتفاعلوا ويندمجوا بشك سليم مع أبنائهم،
- التحفيز والتعزيز.
- ضرورة تقديم الرعاية النفسية والتربوية لهؤلاء الأطفال من خلال إشراكهم في أنشطة الحياة اليومية حتى تضمن لهم تطور في النمو النفسي والاجتماعي والتربوي والمهني.
- الاهتمام بالكشف المبكر والتدخل المبكر لعلاج التوحد.
- وضع برامج تدريبية لتنمية التواصل اللغوي والاجتماعي والانفعالي، السلوكي للمصابين بالتوحد وهذا من شأنه التقليل من شدة الاصابة بهذا المرض.

قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- إرينيه جوهانسون ترجمة د. أنس محمد قاسم (2009)، «النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة»، مركز الاسكندرية للكتاب.
- 2- البطاينة، أسامة، الجراح، عبد الناصر، غرائمة، مأمون، (2007)، علم نفس الطفل غير العادي، الطبعة الأولى. الأردن: دار الميسرة.
- 3- الحلبي سوسن شاكر (2005)، «التوحد الطفولي – أسبابه – خصائصه – تشخيصه - علاجه»، الطبعة الأولى مؤسسة علاء الدين، دمشق – سوريا.
- 4- ديديه يورو (1997)، «اضطرابات اللغة»، الطبعة الأولى، منشورات عويدات، بيروت- لبنان.
- 5- الزريقات ابراهيم (2004)، «التوحد الخصائص والعلاج»، الطبعة الأولى، عمان.
- 6- السرطاوي، عبد العزيز، أبو حلاوة، وائل والخشار، أيمن (2000)، «اضطرابات اللغة والكلام»، الطبعة الأولى، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- 7- الشامي، وفاء (2004)، «خفايا التوحد»، الطبعة الأولى، مركز جدة للتوحد، السعودية.
- 8- عبد السيد سليمان (2000)، «الذاتوية: إعاقة التوحد عند الأطفال»، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 9- عبد الله الصبي (2008)، «إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي»، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 10- علي، محمد يونس (2004)، «مقدمة في علم الدلالات والتخاطب»، الطبعة الأولى، دار الكتب الجديدة المتحدة، بيروت.
- 11- فتحي علي يونس (2009)، التواصل اللغوي والتعليم.
- 12- فهد بن حمد المغلوث (2004)، «كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد»، الطبعة الأولى، مطابع دار الرشاد، الرياض.
- 13- فهد بن حمد المغلوث (2006)، «التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه»، الطبعة الأولى، مؤسسة الملك خالد الخيرية، الرياض.
- 14- لطفي محسن (2006)، «القياس النفسي»، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 15- محمد أحمد حطان (2009)، «سيكولوجية الطفل التوحدي»، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- 16- محمد السعيد أبو حلاوة (2010)، «المرجع في اضطراب التوحد- التشخيص والعلاج في ضوء النظريات»، الطبعة الأولى، دار المعهد الوطني للصحة النفسية، و.م.أ.

- 17- محمد عبد الرحمن الشقيرات (2005)، «مقدمة في علم النفس العصبي»، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
 - 18- محمد عدنان عليوات (2008)، «الأطفال التوحديين»، الطبعة الأولى، دار اليازوري، عمان – الأردن.
 - 19- محمد عودة الريماوي (2000)، «علم النفس العام»، الطبعة الثالثة، دار الميسرة.
 - 20- محمد كمال أبو الفتوح (2010)، «الأطفال الاوتيستيك ، ماذا تعرف عن اضطراب الاوتيزم؟»، الطبعة الأولى، زهران للنشر.
 - 21- مروان عبد المجيد ابراهيم (2002)، «أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية»، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق، عمان.
 - 22- مصطفى أسامة فاروق، الشربيني السيد كامل (2011)، «التوحد - التشخيص - الاسباب - العلاج»، الطبعة الأولى، دار الميسرة والتوزيع والطباعة، عمان-الأردن.
 - 23- مليكة، لونيس (1998)، «الاعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية»، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
 - 24- موفق الحمداني (2007)، «علم نفس اللغة من منظور معرفي»، الطبعة الثانية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
 - 25- نصر سهى أحمد أمين (2002)، «الاتصال اللغوي للطفل التوحدي»، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.
 - 26- هلا السعيد (2014)، «اضطرابات التواصل اللغوي –التشخيص- العلاج، دليل الاباء والمختصين»، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
- قائمة رسائل الماجستير والدكتوراه:
- 1- جبارة آسيا، تواليت ربيحة (2015)، «محاولة تكييف رائز لتقييم الاتصال اللغوي عند الأطفال التوحديين الناطقين باللهجة القبائلية»، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة مولود معمري، تامدا.
 - 2- رضا عبد الستار رجب عبده كشك (2007)، «فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين»، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة الزقازيق.
 - 3- ريما مالك فاضل (2015)، «فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد»، كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة دمشق.

- 4- زياد احمد يدوي (2011)، «فاعلية برنامج تدريبي إرشادي قائم على فن القصة لخفض السلوك العدوانى لدى المعاقين عقليا القابلين للتعلم»، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 5- زينب محمد فضل محمد (2009)، «اثر التدخل المبكر على النمو اللغوي للأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمملكة العربية السعودية، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الخرطوم.
- 6- شوقي أحمد غانم (2013)، «تقنين مقياس لتشخيص اضطراب الأطفال دون عمر السادسة»، كلية الدراسات العليا، قسم التربية وعلم النفس، الجامعة الألمانية للعلوم والتكنولوجيا.
- 7- طلال عبد الرحمن الثقفي (1435هـ- 1436هـ)، «فاعلية برنامج تدريبي قائم على الانتباه المشترك لتنمية التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد بمحافظة الطائف»، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى.
- 8- عادل جاست شبيب (2008)، «ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء»، الأكاديمية الافتراضية للتعلم المفتوح، قسم علم النفس، بريطانيا.
- 9- علا كمال أبو حسب الله (2015)، «فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارة التواصل للأمهات الأطفال المصابين بالتوحد»، كلية التربية، قسم الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 10- علام ثيللي، أوصديق ليليا (2015)، «فاعلية بروتكول علاجي فونيمي فونولوجي في تصحيح الانتاج النطقي لدى حبسي بروكا الناطقين باللهجة القبائلية»، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة مولود معمري، تامدا.
- 11- لمياء عبد الحميد بيومي (2008)، «فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين»، قسم علم النفس، كلية التربية، العريش.
- 12- مجدي فتحي غزال (2007)، «فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان»، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- 13- محمد أحمد الشريف، وليد السيد أحمد خليفة (2014)، «فاعلية برنامج لتنمية مهارات التواصل اللفظي باستخدام تكنولوجيا الوسائط المعتمدة في تحسين الذاكرة العاملة الفونولوجية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعي الوظيفة»، كلية التربية، جامعة الطائف.

- 14- مصطفى أحمد صادق، السيد سعد الخميسي، «دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد»، كلية المعلمين بمحافظة جدة، جامعة الملك عبد العزيز.
- 15- يوسف عدوان، «مشكلة تشخيص التوحد من ليو كانر إلى DSM-V»، جامعة باتنة.

قائمة المجالات:

- 1- إيناس عليمات، ميرفت الفايز (2012)، «أثر برنامج تدريبي لغوي لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الاضطرابات اللغوية في عينة أردنية»، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد 08، العدد الأول.
- 2- دلشاد علي (2013)، «فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين»، مجلة جامعة دمشق- المجلد 29- العدد الأول.
- 3- عبد الله القحطاني (2015)، «فاعلية برنامج تعليمي قائم على الاستراتيجيات البصرية في تنمية بعض المهارات الحركية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد»، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 04، العدد الخامس.

قائمة المراجع باللغات الأجنبية:

- 1- Carol potter and Wet taker (2001): Enabling communication for children, London, Jessica, Kingsley.
- 2- Jams, k, Dennis, C, and Russo Walter, P, (2008), Effective Parotic for children with Autism, New york: Oxford University.
- 3- Johnson, CH, Myers, S. the cancel of children with dishabilles (2007), Identification and evaluation of children with Autism spectrum disorder, American Academy of Pediatrics.
- 4- Linda Geller (2008), Social Skills Groups: what do es the Research Tue Us?, Autism; spectrum; News, the Promise of Research, Vole 01.

القواميس:

القاموس الارطوفوني.

د	ج	ب	أ	رقم السؤال
				01
				02
				03
				04
				05
				06
				07
				08
				09
				10
				11
				12
				13
				14
				15
				16
				17
				18
				19
				20
				21
				22
				23
				24
				25
				26
				27
				28
				29
				30
				31
				32
				33
				34
				35
				36
				37
				38
				39
				40
				41
				42
				43
				45
				46
				47
				48
				49
				50

الملحق رقم 01

ورقة الاجابة المرفقة مع مقياس تقدير الاتصال
اللغوي لدى الطفل التوحدي

الملحق رقم 02

مقياس تقدير مهارات الاتصال اللغوي لدى الطفل
التوحيدي

فيما يلي عدة مواقف تصف سلوك أطفال التوحد، وهم الفئة الذين يعانون من مشكلة في التواصل بصورة عامة والتواصل اللغوي بصورة خاصة، وعلى المختص قراءة كل موقف أو عبارة من العبارات والاختبارات الأربعة على الوالدين للإفادة حول طفلهم لاختيار الإجابة المناسبة من بين الاختيارات (أ- ب- ج- د)، وذلك طبقاً لما يتصف به سلوك الطفل في الاتصال مع الآخرين.

ملاحظة:

- ليس هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة.
- كل الإجابات تعبر عن السلوك الاتصالي للطفل التوحيدي.
- عدم ترك أي موقف دون الإجابة عليه.
- عدم وضع أكثر من علامة أمام المواقف والاختبارات، فلكل موقف علامة واحدة.

تصحيح المقياس:

أ = 3

ب = 2

ج = 1

د = 0

- المدى من [0-150] درجة، كلما اقترب المجموع الكلي من 150 وقع الطفل ضمن نطاق الاتصال الطبيعي، وكلما قرب من الصفر كلما كان هناك مشكلة حقيقية في الاتصال.

ولتحديد أوجه الضعف يحسب كل بعد على حدى، حيث تكون الدرجة تقع بين [0 و 30].

- معلومات عامة:

اسم الطفل:

تاريخ الميلاد:

درجة اللغة: يستخدم اشارات ()

التعبير ()

الفهم ()

الاختبار:

- 1- تطلب منه تقليد دحرجة الكرة فإنه:
أ- يمسك الكرة ويدحرجها ويعطيها للمعالج
ب- يمسك الكرة ويبدأ بتحريكها
ج- يأخذ الكرة ويمسكها فقط
د- لا شيء مما سبق
- 2- عندما تطلب منه تقليد شرب الماء من الكوب فإنه:
أ- يأخذ الكوب ويشرب منه ويعطيه للمعالج
ب- يأخذ الكوب ويشرب منه
ج- يأخذ الكوب ويضعه أمامه
د- لا شيء مما سبق
- 3- عندما تطلب منه تمثيل خطوات موقف معين (يوم في حياة طفل) فإنه:
أ- يقلد جميع الخطوات (القيام من السرير، الذهاب إلى الحمام، تناول الإفطار)
ب- يقلد خطوتين فقط بالتدريب
ج- يقلد خطوة واحدة بعشوائية
د- لا شيء مما سبق
- 4- عندما تطلب منه تقليد حركة وصوت العصفور أثناء الطيران فإنه:
أ- يقلد جميع الحركات والصوت
ب- يرفع يديه ويحركها ويجري في المكان
ج- يرفع يديه جانبا
د- لا شيء مما سبق
- 5- عندما تطلب منه تقليد النقر بالعصا على المنضدة فإنه:
أ- يأخذ العصا وينقر على المنضدة
ب- يأخذ العصا ويلهو بها

ج- يأخذ العصا ولا يعرف ماذا يفعل بها

د- لا شيء مما سبق

6- عندما تطلب منه تقليد بناء برج بثلاثة قطع ملونة فإنه:

أ- يكون برجا من ثلاثة قطع مثل المعالج

ب- يأخذ القطعة الأولى ويحاول وضعها على الثانية

ج- يلهو بالقطعة الخشبية دون أن يفعل بها شيئا

د- لا شيء مما سبق

7- عندما تطلب منه تقليد القفز إلى أعلى مع التصفيق فغنه:

أ- يقفز ويصفق معا

ب- يقفز ويحاول وضع يديه ليصفق

ج- يقفز ولا يصفق

د- لا شيء مما سبق

8- عندما تطلب منه تقليد شكل الوجه وهو يضحك بالحركة والصوت فإنه:

أ- يبتسم ويضحك مع إصدار الصوت

ب- يبتسم ويبيدي صوتا

ج- يصدر أصواتا فقط

د- لا شيء مما سبق

9- عندما تطلب منه وضع قطعة المتاهة في المكان المناسب فإنه:

أ- يضع القطعة في المكان المحدد

ب- يمسك بالقطعة ويحاول وضعها

ج- يأخذ القطعة ويرميها جانبا

د- لا شيء مما سبق

10- عندما تطلب منه تقليد كلامك وحركاتك وأنت تأكل وتقول أنا جائع فإنه:

أ- يردد ما قلته ويقلد

ب- يحرك يده ناحية فمه

ج- يبدأ يحرك يديه ولا يعرف ماذا يفعل

د- لا شيء مما سبق

11- عندما يدق جرس الباب فإنه:

أ- ينتبه ويذهب يفتحه

ب- ينتبه للصوت فقط

ج- يقف ويحرك رأسه يمينا ويسارا باحثا عن مصدر الصوت

د- لا شيء مما سبق

12- عندما تطلب منه إخراج شيء جديد (صورة للطفل نفسه) فإنه:

أ- يذهب ويبحث هنا وهناك ويخرجها

ب- ينظر حوله ولم يتحرك

ج- يجري هنا وهناك دون انتباه

د- لا شيء مما سبق

13- عندما تطلب منه وضع الأكواب الموجودة أمامه على المنضدة بنفس الترتيب فإنه:

أ- يأخذ الأكواب ويضعها بالترتيب نفسه

ب- يأخذ الأكواب ويضعها فوق بعضها دون ترتيب

ج- يأخذ الأكواب ويلهو بها

د- لا شيء مما سبق

14- عندما تعرض عليه قصة مصورة وتطلب منه اختيار صورة تمثل إحدى الشخصيات في القصة فإنه:

أ- يشير إلى الشخصية

ب- ينظر إلى القصة ويحاول إخراج الشخصية

ج- ينظر ويحملق في الصور فقط

د- لا شيء مما سبق

15- عندما تدربه على أغنية حركية فإنه:

أ- يقوم بالحركات مع الأغنية

ب- يقوم بحركات عشوائية غير منسجمة مع الأغنية

ج- يقف ويتحول دون تركيز

د- لا شيء مما سبق

16- عندما تدق على طبله بطريقة معينة أي (ثلاث دقات) وتطلب منه عمل مثلها فإنه:

أ- يدق العدد نفسه على الطبله

ب- يدق على الطبله بعشوائية

ج- يمسك الطبله ولا يعرف ماذا يفعل بها

د- لا شيء مما سبق

17- عندما يشاهد فيلم كارتون فغنه:

أ- ينتبه إليه ويكرر بعض حركات الشخصيات الموجودة بالفيلم

ب- ينظر إلى الفيلم ويحملق فيه فقط

ج- غير منتبه لما يشاهد

د- لا شيء مما سبق

18- عندما تظهر اه عربية تضيء وتطفئ فتحدث صوتا فتوجهها ناحيته فإنه:

أ- يعطيها لك ثانيا بنفس الطريقة

ب- يمسك بالعربة ويصفق

ج- ينظر إلى العربة ويبتعد عنها

د- لا شيء مما سبق

19- عندما تخفي شيئاً مهما بالنسبة للطفل في مكان معين (مثل كوب الشرب اللخاص به) فإنه:

أ- يجري هنا وهناك يبحث عنه

ب- يقف ينظر في المكان

- ج- لا يبالي بالموضوع نهائياً
د- لا شيء مما سبق
- 20- عندما تخفي شيئاً مهما بالنسبة للطفل في مكان معين (مثل كوب الشرب الخاص به) فإنه:
أ- يجري هنا وهناك يبحث عنه
ب- يقف وينظر ففي المكان
ج- لا يبالي بالموضوع نهائياً
د- لا شيء مما سبق
- 21- عندما تعرض على الطفل مجموعة من الصور الممثلة للوجه (الضحك- الحزن- الدهشة) وتطلب منه أن يتعرف على هذه الأشكال ويقلد فإنه:
أ- يتعرف ويخرج كل شيء يطلبه المعالج ويقلده
ب- ينظر في الصور ويحاول إخراج الشكل المناسب للطلب
ج- يأخذ الصور ويبحث في يده ولا يعرف ماذا يفعل
د- لا شيء مما سبق
- 22- عندما تعرض على الطفل مجموعة من الأشياء المختلفة مثل (عروسة- قلم- كرة- سرير) وتطلب منه التعرف عليها وإخراجها عند الطلب فإنه:
أ- يخرجها كلها عند الطلب
ب- يمسك بها ويحاول إخراجها
ج- يمسك بالأشياء ويضعها جانبا دون الالتفات لكلام المعالج
د- لا شيء مما سبق
- 23- عندما تعطي للطفل تعليمات مكونة من ثلاث خطوات وهي (يذهب إلى الباب، ثم يقفله، ثم يعود إلى الكرسي) فإنه:
أ- يذهب الطفل وينفذ الثلاث تعليمات كما هو مطلوب منه
ب- يستعد بالقيام للذهاب إلى الباب
ج- يقف ولا يعرف ماذا تطلب منه
د- لا شيء مما سبق
- 24- تعرض له صورة بها القطعة الناقصة وعليه أن يضع الناقص مكانه فإنه:
أ- يبحث عن الجزء الناقص ويضعه في مكانه
ب- يبدأ في الحديث عن الجزء الناقص
ج- يمسك الأجزاء الناقصة ويحاول وضعها في أي مكان غير مناسب

- د- لا شيء مما سبق
- 25- عندما تطلب منه إخراج الأضداد من الصور بحد أدنى فإنه:
أ- يخرج ويضع الشيء المتضاد أمام الشيء المناسب له
ب- يحاول مسك الصور والنظر إليها للتعرف عليها
ج- يضع الصور أمام بعضها بطريقة عشوائية
د- لا شيء مما سبق
- 26- عندما تضع أمامه مجموعة من الأشياء، والأشياء التي لها علاقة بها
مثل (معلم- قلم- عصفور)، (طبق- كراسة- قفص) فإنه:
أ- يضع أمام كل شيء الشيء المناسب له
ب- يأخذ الشيء ويحاول وضعه في المكان المخصص له
ج- يأخذ الشيء ويلهو به
د- لا شيء مما سبق
- 27- عندما تطلب منه وضع الكرات داخل الصندوق، ومكعبات داخل
الصندوق، والطبق فوق المنضدة فإنه:
أ- فعل كل الأوامر الثلاثة
ب- يفعل أمرين من هذه الأوامر
ج- يضع كل شيء في مكان مختلف للطلب
د- لا شيء مما سبق
- 28- عندما تطلب منه الإشارة إلى أجزاء وجهه فإنه:
أ- يشير إلى الأجزاء المطلوبة
ب- يشير إلى جزأين فقط
ج- يشير إلى وجهه كله دون تمييز أي جزء
د- لا شيء مما سبق
- 29- عندما تعطي الطفل مجموعة من (الأقلام- الكرات- المكعبات) وتطلب
منه أن يصنفهم داخل العلب فإنه:
أ- يصنفهم كلهم، كل علبة على حدة وتحمل صنف واحد فقط
ب- يضع صنفا واحدا في العلبة الخاصة به
ج- يلعب بالأشياء كلها
د- لا شيء مما سبق
- 30- عندما تعطي الطفل مجموعة من الصور وتطلب منه مطابقتها مع
الأشكال المتشابهة فإنه:
أ- يضع كل الصور على الصورة المناسبة لها
ب- يأخذ الصور ويحاول النظر إليها ليضعها على مثيلاتها
ج- يحملق في الصور ويشير إليها فقط
د- لا شيء مما سبق
- 31- عندما يرى الطفل طبق به طعام وهو جائع فإنه:
أ- يذهب ويفتحه ويأكل منه

- ب- يأخذ يدك لتفتحه له
ج- يبكي ويضرب على الأرض
د- لا شيء مما سبق
- 32- عندما يعمل الطفل عملاً صحيحاً فتكافئه فإنه:
أ- يضحك ويصفق بيده
ب- يفق بيده لنفسه
ج- لا يظهر أي تعبير يدل على الفرح
د- لا شيء مما سبق
- 33- عندما يريد الطفل جذب انتباهه فإنه:
أ- يبكي ويرفع يده لتحمله
ب- يبكي ويستخدم أصوات صاخبة
ج- يجلس جانبا ولا يقترب من أحد
د- لا شيء مما سبق
- 34- عندما تطلب منه عدم الإزعاج سواء بالأصوات أو الكلام فإنه:
أ- يسكت
ب- يضع يده على فمه ويصدر صوتا
ج- لا يبالي بما تقول
د- لا شيء مما سبق
- 35- عندما يخرج الطفل إلى الخارج فإنه:
أ- يلوح بيده ويعني بها السلامة
ب- يرفع يده ولا يحركها
ج- يخرج ولا يفعل أي رد فعل
د- لا شيء مما سبق
- 36- عندما تنادي عليه فإنه:
أ- ينظر إليك ويأتي إليك
ب- ينظر إلى مصدر الصوت
ج- يجلس مكانه وكأنه لا يسمع
د- لا شيء مما سبق
- 37- عندما يفعل الطفل شيئاً غير صحيح فتقول له لا مع الإشارة بأصابعك لتعبر عن الرفض فإنه:
أ- يحرك رأسه يمينا ويسارا ليعبر عن النهي (مقلدا) ولا يفعل الخطأ
ب- يتوقف عن العمل غير صحيح
ج- يكمل ما يفعله
د- لا شيء مما سبق
- 38- عندما يريد أن ينام فإنه:
أ- يضع يده فوق بعضها ويغمض عينيه
ب- يغمض عينه

ج- ينام فجأة

د- لا شيء مما سبق

39- عندما يريد لعبة مرتفعة عنه فإنه:

أ- يصعد على الكرسي ويحضرها

ب- يأخذ بيدك ويذهب بك ويشير على اللعبة

ج- ينظر على اللعبة وإلى المعالج

د- لا شيء مما سبق

40- عندما يتألم الطفل من ألم في بطنه فإنه:

أ- يذهب إلى المعالج ويشير إلى بطنه ويبيكي

ب- يبكي فقط

ج- ينام الطفل على بطنه على الأرض

د- لا شيء مما سبق

41- عندما تطلب منه الإشارة إلى خمسة صور مثل (البنت- الكلب-

الشجرة- قلم- سيارة) فإنه:

أ- يشير إليها كلها

ب- يشير إلى جزء منها

ج- ينظر إلي الأشياء ولا يعرف ماذا يفعل بها

د- لا شيء مما سبق

42- عندما تطلب منه الإشارة إلى أجزاء جسمه فغنه:

أ- يشير إليها كلها

ب- يشير إلى جزء منها

ج- يشير على أشياء خاطئة

د- لا شيء مما سبق

43- عندما تطلب منه إحضار الصورة التي تتكلم عليها من خلال القصة

فإنه:

أ- يحضر الصورة

ب- ينصت إليك ولا يحضر شيئاً

ج- ينظر إليك فقط دون رد فعل

د- لا شيء مما سبق

44- عندما تطلب منه إخراج البطاقة المناسبة للصوت عند سماعه من شريط

التسجيل فغنه:

أ- يخرج البطاقات الملائمة لكل صوت

ب- يخرج البطاقة الملائمة بعد فترة

ج- يمسك البطاقات في يده ويسمع الشريط كلا على حدة

د- لا شيء مما سبق

45- عندما يريد الطفل الأكل فإنه:

أ- يتفوه بكلمة تدل على أنه جائع

ب- يحضر صورة تدل على الطعام

ج- يقف وينظر إلى الثلاجة والمطبخ

د- لا شيء مما سبق

46- عندما تطلب منه لمس أو الإشارة إلى ثلاث صور في كتاب عند

تسميتها فإنه:

أ- يشير إليها ويلمسها كلها

ب- يشير إليها دون لمسها

ج- ينظر إليها ويشير إلى أي شيء

د- لا شيء مما سبق

47- عندما تطلب منه إظهار الصورة المناسبة للشيء الموجود داخل الحقيبة

فإنه:

أ- يظهر جميع الصور الدالة على هذه الأشياء بعد التعرف عليها

ب- يلمس الأشياء ويخرج بعض الصور الخاصة بها

ج- يدخل يده ويلعب بالأشياء

د- لا شيء مما سبق

48- عندما تستخدم البطاقات لوصف الأوجه المختلفة (حزين- ضاحك-

بيكي- مندهش) فإنه:

أ- يخرج البطاقات المناسبة للوجوه المختلفة

ب- يخرج بعض البطاقات فقط مثل (يضحك- بيكي)

ج- يشاهد البطاقات المختلفة ولا يستطيع إخراج أي صور

د- لا شيء مما سبق

49- عندما يريد الطفل الذهاب إلى مكان معين يحبه فإنه:

أ- يخرج البطاقة الدالة عليه

ب- يشير إلى صورة موجودة له على الحائط

ج- يأخذ يدك تجاه المكان

د- لا شيء مما سبق

50- عندما تطلب منه أن يشير إلى ثلاثة أجزاء في العروسة على نفس

أجزاء جسمه فإنه:

أ- يشير إلى الأجزاء المقابلة في جسمه

ب- يشير إلى أجزاء جسم العروسة

ج- ينظر إلى العروسة دون استجابة

د- لا شيء مما سبق