

- تيزي وزو -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

العلوم الاجتماعية

تخصص الأرطوفونيا



دراسة الإدراك البصري والذاكرة البصرية لدى الأطفال
المصابين بالتوحد - درجة خفيفة -

06

(12 06)

مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في الأرطوفونيا

:

ولد مادي ليديا

من إعداد الطالبتين :

بن شعبان ديهية

حباس ظريفة

السنة الجامعية 2015/2014

كلمة شكر و تقدير

عملاً بقول الرسول (ص) : " من لم يشكر الناس لم يشكره الله "

نشكر الله عزّوجل الذي وفقنا و سدد خطانا لإنهاء هذا العمل المتواضع .

و عرفاناً بالفضل والجميل نتقدم بكل ما تحمله

" ليدي " التي لم تبخل علينا بالنصائح و التعليمات و التوجيهات القيمة .

كما أتفضل بالشكر الخالص إلى اللجنة المشرفة على تصحيح هذا العمل .

البيداغوجي " بذراع بن خدة " و " وبويرة "

لا يفوتني أن أشكر كل أساتذة و مسئولين إدارة قسم العلوم الإنسانية و الاجتماعية

خاصة فرع الأرطوفونيا .

معاني التقدير و المعاقين خاصة أطفال المركزين

الذين تعاملوا معنا بكل و التقبل بنا وسطهم و إلى كل من زرع الأمل في قلوبهم

الضعيفة و أعاد الحياة لأنفسهم و أوقد لهم شمعة بدلاً من لعن الظلام .

اهم في انجاز هذا العمل و لو بكلمة طيبة .

ديهية و ظريفة

الإهداء



أهدي هذ المتواضع إلى وردة قلبي و بهجة حياتي ، و إلى من

سهرت الليالي لمرضي و فرحي : " أمي الغالية "

و إلى أروع و أغلى شخص في الحياة الذي علمني الصبر و أمدني بالقوة لمتابعة

: " أبي الحبيب "

و إلى شريكات حياتي أخواتي : عيني و زوجها و أولادها ، كريمة و زوجها

طاوس ، ويزة ، زاهية ، ريمة . الصغيران "دينا و سالم"

و أخوايا : سليم ، و أحسن

إلى جدي و جدتي أطال الله في عمرهما

و إلى أعمامي : حموش ، ومهنى ، و عمتي فريدة

و إلى أعز و أحن شخص في الوجود :صديقي ، حبيبي وزوجي "بلعيد"

و إلى من ساعدتني و قاسمتني الحلو و المر في انجاز هذا العمل المتواضع

صديقتي : ظريفة

و إلى كل صديقاتي : سميرة1 ، سمير2 ، تسعديت ، نورة،ربيحة

و إلى كل من أتسع لهم قلبي و لم تسع لهم ورقتي

ديهية



الإهداء



الحبيبان

أهدي هذا العمل المتواضع

أطال الله في عمرهما.

شريكاتي حياتي سعيدة و أزواجهم و أولادهم ياسمين

حميد لتهم.

أطال الله في عمرها.

شريك حياتي وأعز شخص عندي الذي كان صبورا و متفاهما

الحبيب "

شريكتي في هذا العمل و كانت صبورة معي صديقتي "ديهية".

كل صديقات من بعيد و قريب.

والى الذين نسيهم قلبي ولم ينسأهم قلبي.

ظريفة



فهرس العناوين

الإهداء

14.....

لإشكالية

17.....1- تحديد المفاهيم الأساسية.

182- إشكالية

20.....3- فرضية

214- أهداف البحث

21.....5- أهمية البحث

أ :

24.....تمهيد

25.....1-1- نبذة تاريخية حول ا

26.....2-1- ريف التوحد

28.....3-1-

28.....4-1- الأسباب المؤدية للتوحد

31.....5-1-

34.....6-1- لينيكية للتوحد

35.....7-1- تشخي

42.....	8-I- أدوات تقييم التوحد.
45.....	9-I- الطرق العلاجية.
55.....	10-I-
62.....	
: II	
64.....	تمهيد.
65.....	1-II- تعريف الإدراك.
66.....	2-II-
66.....	3-II-
67.....	4-II-
68.....	5-II-
69.....	6-II- تعريف الإدراك البصري.
69.....	7-II- ATKNSON SHIFFRIN
70.....	8-II- التنظيم الإدراكي البصري.
71.....	9-II- الإدراك البصري و علاقته بالتجهيز المعرفي
71.....	10-II- الإدراك البصري ومستويات معالجة الإدراك و معالجة المعلومات...
73.....	

III : الذاكرة البصرية.

- تمهيد.....75
- III - 1..... و الذاكرة البصرية76
- III-2- تعريف الذاكرة.....78
- III-3.....78
- III-4- تعريف الذاكرة البصرية79
- III- 5 - أنواع الذاكرة البصرية.....80
- III-6- مراحل الذاكرة البصرية.....81
- III-7- مكونات العين.....82
- III-8- كيفية الرؤية84
- III-9- مكونات الذاكرة البصرية.....84
- III-10- نماذج الذاكرة البصرية.....85
- III-11- استراتيجيات الذاكرة البصرية.....86
- III-12- مميزات ذاكرة المتوحدين.....87
-89

الجانب التطبيقي

IV : المنهجية للبحث

تمهيد.....	92
1-IV- الدراسة الاستطلاعية	93
2-IV- منهج البحث	93
3-IV-	94
4-IV- تقديم عينة البحث	94
5-IV- تقديم	95
6-IV- كيفية تطبيق وتنقيط الاختبار.....	97
.....	102

V : تحليل و مناقشة ا

1-V-	104
2-V- تحليل	110
3-V-	122
4-V-	129
.....	130
.....	131
.....	132

فهرس الجداول :

94	يمثل عناصر عينة البحث	1
104	يمثل نتائج نقل العناصر الرئيسية للحالات الستة	2
105	يمثل نتائج نقل التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية	3
105	يمثل نتائج نقل تقاطع العناصر الرئيسية	4
106	يمثل وضعية العناصر الثانوية للحالات الستة	5
107	يمثل استرجاع العناصر الرئيسية للحالات الستة	6
108	يمثل الرئيسية للحالات الستة	7
108	يمثل لرئيسية للحالات	8
109	يمثل نتائج استرجاع وضعية العناصر الثانوية للحالات	9
110	يمثل ()	10
112	يمثل نتائج نقل واسترجاع الأشكال للحالة الثانية (ياسين)	11
114	يمثل ()	12
116	يمثل نقل واسترجاع الأشكال للحالة الرابعة (أنيس)	13
118	يمثل ()	14
120	يمثل ()	15
127	يمثل	16

فهرس الأشكال :

86	يمثل نموذج "إتكسون وشفرين"	1
83	يمثل العين ومكوناتها	2
140	يمثل الو ه " " « figure de Rey »	3
141	() يمثل	4
142	() يمثل	5
143	يمثل نقل الأشكال للحالة الثانية (ياسين)	6
144	يمثل استرجاع الأشكال للحالة الثانية(ياسين)	7
145	() يمثل	8
146	() يمثل	9
147	يمثل الأشكال للحالة الرابعة (أنيس)	10
148	يمثل استرجاع الأشكال للحالة الرابعة (أنيس)	11
149	() يمثل	12
150	() يمثل	13
151	() يمثل	14
152	() يمثل	15

فهرس الملاحق:

153	يمثل جدول تنقيط إختبار Figure de rey (الوجه ب)	1
155	يمثل سلم تقييم درجة التوحد	2

المقدمة:

يعتبر التوحد من أهم المشكلات التي تواجه الفرد، فهو يؤدي إلى تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي من قصور واضح في مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية التي تعتبر ضرورية لكي يتمكن الطفل من العيش مع الآخرين وتحقيق التوافق والتكيف مع البيئة.

كان يعتبر التوحد قديما مع الحالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم أو البكم وغيرها، حتى اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي "كانر" "Kenner" عام 1943 من بين مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الذين يتعامل معهم حيث تميز احدي عشر طفلا بأعراض تأخر وقصور في القدرات المختلفة وظل ينظر إليها على أنها شبيه بحالة الفصام، ومن بين أعراضها مظاهر الهلوسة التي تعتبر إحدى الأعراض المميزة للفصام ولذا اعتبرت بعد ذلك فئة إعاقة مختلفة عنه أطلق عليه مصطلح التوحد.

ومنذ أن تم تحقيق تقدم في التشخيص علاج التوحد وتحديد الأعراض الخاصة بها والتي تميزها عن الحالات الأخرى، توصل الباحثون إلى أن التوحد يمكن أن ينتج عن أسباب عصبية و بيوكيميائية، بدأ المعالجون النفسيون الأروطوفونيون في استخدام أساليب وتقنيات أكثر تقدما في محاولة تطور المهارات بتعلم مكثف وبرامج تربوية بيداغوجية ،حيث ظهر أول تشخيص مستقل لها في الطبعة الثانية المعدلة في الدليل التصنيف التشخيص والإحصائي للأمراض العقلية والاضطرابات العقلية (DSM II) .

ثم في الطبعة الرابعة من ذلك الدليل (DSM IV 1987) ، هذا الاهتمام كان ناجحا يظهر ذلك بعدد الدراسات حول التوحد مثلا هناك دراسة "Kohein" (1971) و"Domyer" (1972) التي تحاول التعرف على التوحد.

- دراسات Rutter (1971، 1978)، Arnitz (1987)، Ritvo (1978) التي تقترض وجود سبب عضو راجع إلى شذوذ وراثي، دراسات أخرى حول وجود اضطراب في الوظائف النفسية أو نفسية فيزيولوجية وتنظيم دماغي مختلف.

وهناك دراسات أخرى أمكنت خلال السنوات الأخيرة الاقتراب أكثر فأكثر من تلك الفئة ومعرفة المزيد من المعلومات.

والمصابون بالتوحد يواجهون صعوبات عديدة تعيقهم عن التعلم واكتساب الخبرات الأساسية، هذا النقص في قدراتهم المعرفية بما فيها الذكاء، التخيل، الإدراك، الذاكرة عامة والإدراك البصرية والذاكرة البصرية خاصة، ولهذين الأخيرين أهمية كبيرة في معالجة المعلومات البصرية بما فيها الألوان والأشكال.

دراسة التي قام بها "سبيرلينغ" عام 1960 بتركيز اهتمامه علي تأثير مدة ظهور المثير على قدرة التذكر خاصة الإدراك البصري والذاكرة البصري، حيث تلعب دور في عملية التعلم من خلال التعرف على صورة الأشياء وتخزينها ثم استدعائها عند الحاجة (وليد سيد أحمد خليفة، 2006 ، ص117).

ونظرا لما يلعبه والإدراك البصري والذاكرة البصرية من دور في اكتساب الطفل المعارف والخبرات التي تساهم في تنمية مهاراتهم اخترناه كموضوع لبحثنا ،إضافة إلى قلة بحوث التخرج حول هذا الموضوع كما يسمح لطلبة التعرف أكثر على فئة المتوحدين والتقرب أكثر من أطفال هذه الفئة والتعرف على طرق التعامل معهم وكيفية الاهتمام بهم.

فقمنا ببحث المتمثل في دراسة الإدراك البصري والذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد (درجة خفيفة)، وقد تمت دراستنا إلى جانبين، الجانب النظري والجانب التطبيقي ، لكن قبل ذلك تعرضنا لمقدمة، الإطار العام للإشكالية.

ثم في الجانب النظري الذي يشمل ثلاث فصول: التوحد، الإدراك البصري والذاكرة البصرية، أما الجانب التطبيقي الذي يشمل على فصلين: الفصل الرابع المخصص لمنهجية البحث والفصل الخامس عرض وتحليل النتائج، إضافة إلى الاستنتاج العام وختمنا بحثنا بخاتمة ، الإقتراحات ثم المراجع وأخيرا الملاحق.

1-تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا:

التوحد:

يمكن تعريف التوحد إجرائيا بأنه إعاقة شاملة متعلقة بالنمو وتؤثر على الوظائف العقلية (ذاكرة، إدراك، انتباه...) مع شذوذ في السلوك خلال مرحلة النمو العادي .

الذاكرة:

يمكن تعريف الذاكرة إجرائيا أنها الوظيفة التي تتمثل في استعادة حالة شعورية وهي عملية بناء وتخزين الخبرة السابقة، ليتم استخدامها في نشاط ما، واستعادتها في مجال الوعي، وتربط الذاكرة بماضي شخص و بحاضره ومستقبله، فهي وظيفة معرفية هامة تحدد التطور والتعلم.

الإدراك:

يمكن تعريف الإدراك إجرائيا أنه مقدرة الفرد على تنظيم التنبهات الحسية الواردة إليه عبر الحواس المختلفة، ومعالجتها ذهنيا في إطار الخبرات السابقة والتعرف عليها وإعطائها معانيها ودلالاتها.

2- الإشكالية:

من أبرز الخصائص التي يمتاز بها الإنسان امتلاكه للقدرات العقلية التي تعتبر من أهم وظائف الجهاز العصبي مثل الذكاء، الانتباه، الذاكرة، القراءة، الكتابة والتخيل... فالله عز وجل ميزنا بكل هذه الملكات العقلية عن سائر المخلوقات الأخرى، لكن فئة أخرى تتميز بنقص أو قصور في هذه القدرات الذي تطلق عليه بالمتوحدين، الذي هو من الاضطرابات العقلية الشائعة في عصرنا الحالي حيث يحتل المرتبة الرابعة عالميا من بين الاضطرابات العقلية، مع إصابة فئة الذكور بشكل أكبر من الإناث، لأسباب مختلفة منها البيولوجية العصبية، البيوكيميائية.

لقد تزايد في الآونة الأخيرة الاهتمام بمشكلة الإعاقة العقلية التي تدرج ضمنها حالات التوحد، حيث سعت أغلب المؤتمرات ولقاءات العلمية على الصاعدين الدولي والوطني العاملة في مجال صحة الطفل وتربيته لمحاولة التصدي لهذه المشكلة باعتبارها تعيق نموه السليم، مما سمح بتعمق في هذا الاضطراب لاكتشاف أسبابه والعوامل المؤثرة فيه.

قد أثبتت الصور الإشعاعية المقامة على الدماغ لدى المصابين بالتوحد على وجود اختلاف في فيزيولوجية الدماغ، مما يفسر وجود اختلاف في القدرات المعرفية العليا كالانتباه، الإدراك والذاكرة ويعتبر هذين الأخيرين عمليتان ضروريتين في استمرار الحياة في حالتها العادية، حيث تسمح الذاكرة بتخزين واسترجاع مجمل الخبرات اليومية في مختلف الأوقات و الحالات التي تستدعي ذلك، ولإدراك الذي يتم نتيجة لترجمة المعلومات الحسية الواردة إليه عبر الحواس المختلفة ومعالجتها ذهنيا، وخاصة إذا اقترنت هاتين الوظيفتان بوظيفة أخرى كالبصر .

نظرا لأهمية موضوع الذاكرة ولإدراك أجريت عدة دراسات في مختلف الدول أهمها دراسة "مونثرو نلورو" "Montronlaurent" الذي قال غالبا ما يتمتع الأطفال المتوحدين بذاكرة بصرية ممتازة ومتميزة رغم معاناتهم من صعوبات في القراءة وتهجئة الكلمات، وفي

نفس السياق يقول تمكنهم هذه الذاكرة البصرية الممتازة من تذكر بعض الأشياء أو الأحداث رغم مرور وقت طويل على حدوثها، كما يساعده السند البصري ويحسن لذاكرتهم كيفية تتابع الأحداث، ونتوصل إلى القول أن الذاكرة البصرية لدى المتوحدين ممتازة حيث يتميزون بحفظ جيد وذاكرة قوية والعكس عند البعض، وهذا لتدخل عوامل أخرى كالانتباه والسند البصري. لكن هل ينطبق هذا على كل المتوحدين إذا ما أخذنا بعين الاعتبار الطبيعة العصبية المميزة لهم، بأنهم أفراد يعانون من اضطرابات وقصور على مستوى العمليات المعرفية. ويقودنا هذا إلى صياغة التساؤل التالي:

هل الإدراك البصري والذاكرة البصرية مضطربان لدى الطفل المتوحد (درجة خفيفة)؟

تناولنا في دراستنا عمليتان معرفيتان جد مهمتان ، المتمثلة في الإدراك البصري والذاكرة البصرية اللتان تعتبران أساس لتعلم الهادف خاصة عند الطفل ، وهذا ما دعانا لدراستها عند الطفل المتوحد ، فقمنا بصياغة الفرضية التالية :

3- صياغة الفرضية:

الإدراك البصري والذاكرة البصرية غير مضطربان لدى الطفل المتوحد من الدرجة الخفيفة.

4- أهداف البحث:

- دراسة الإدراك البصري والذاكرة البصرية عند الأطفال المصابين بالتوحد والتعرف على مميزاتها.
- محاولة التعرف أكثر على شريحة المتوحدين وإعطاء تفسيرات علمية حول هذه الفئة.
- فهم أفضل لهذه الشريحة بشكل يساهم في دمجها اجتماعيا .

5- أهمية البحث:

- إعطاء الأهمية اللازمة والمستحقة لفئة المتوحدين نظرا لتهميش والنقص الذي تعانيه هذه الشريحة من طرف العائلة والمجتمع.
- تقديم تفسيرات ومعلومات أكثر حول موضوع الإدراك البصري والذاكرة البصرية ومدى أهميتها .

تمهيد:

إن اضطراب التوحد من أشد الاضطرابات الارتقائية وأكثرها تطوراً حيث أن تأثير الاضطراب لا يقتصر على جانب واحد فقط من جوانب شخصية الفرد المصاب به، بل يمتد ليشمل جوانب مختلفة منها، المعرفي، الاجتماعي، اللغوي، الانفعالي، مما يؤدي إلى تأخر عام في عملية الارتقاء بأسرها بالتالي اختلفت الآراء وكثرت الأسئلة حول الأطفال المتوحدين وكيفية التعامل معهم.

سنحاول في هذا الفصل إعطاء صورة واضحة لاضطراب التوحد وفهم أسبابه وأعراضه وكيفية تشخيصه.

1-1- نبذة تاريخية حول التوحد:

مصطلح التوحد مصطلح يوناني الأصل "AUTOS" يعني انه استعمل لأول مرة من طرف الطبيب العقلي "بلولر" "BLEULER" عام 1911 لوصف الراشدين المصابين بالفصام والهروب من الواقع والانطواء على الذات.

(PIERRE FERRARI , 1999 , P .5)

وفي عام 1923 وصف التوحد على أنه فقدان التواصل مع الواقع .

(Mahmoud Ould Taleb,1999, p.14)

وكانت المحللة النفسانية "كلاين" "klein" أول من طبقت التحليل النفسي على طفل متوحد، ولم تستخدم مصطلح التوحد ولكن وصفت حالة الطفل صغير ذو 4 سنوات كانت أعراضه متطابقة مع أعراض التوحد، فقد لاحظت عند علاج ذلك الطفل أن تلك الفئة من الأطفال يعانون من صعوبة في التوصل إلى تكوين الرموز، ويعود الفضل إلى الطبيب العقلي الأمريكي "كانر" "kanner" عام 1943، لوصف هذا الاضطراب عند هؤلاء الأطفال، بأنه نوع من الاضطرابات الخاصة بالطفولة والتي تتمثل في "التوحد الطفولي" بحيث قام بوصف إحدى عشرة (11) طفلا تتراوح أعمارهم بين سنتين ونصف وثمانية سنوات زمرة توحدية متكونة من عدد من خصائصها الإكلينيكية، وبين أن الخلل الأساسي يتمثل في عدم قدرة هؤلاء الأطفال على إقامة علاقات عادية مع الأشخاص والاستجابة بطريقة عادية لمختلف المواقف منذ بداية حياتهم.

(PIERRE FERRARI , 1999 P.7- 8)

وبالتالي تبني مصطلح التوحد الطفولي مستندا على أن السلوك التوحيدي يظهر في مرحلة مبكرة من النمو. (محمد قاسم عبد الله، 2000، ص12).

2-1- ي التوحد:

تعددت وتنوعت تعريف اضطراب التوحد وفيما يلي تم التعريف على بعض منها:

1-2-1- لغة: يعرف التوحد لغة على أنه انطواء مرضي للطفل في عالمه الداخلي مع فقدان الاتصال بالواقع واستحالة الاتصال مع الآخرين.

(Illustré, Petit Larousse, 2009)

فالتوحد اضطراب بالدماغ يصيب أو يؤثر أساسا على قدرة الشخص المبتلى به على التواصل، وتكوين علاقات مع الآخرين، والاستجابة أو التجاوب المناسب أو الصحيح مع البيئة، ويندرج بعض من ذوي الاضطراب أو إعاقة التوحد تحت وصف ذوي القدرة أو المستوى الوظيفي المرتفع، وهم مجموعة من الأفراد المتوحدين الذين لم يتأثر ذكاؤهم وكلامهم بالسلب بهذه الإعاقة، في حين يدرج البعض الآخر تحت وصف التوحد المقترن بالتخلف العقلي، البكم أو ذوي التأخر اللغوي الشديد، ويجعل اضطراب التوحد بعض المصابين به منغلِقون تماما على ذاتهم كما يعيش في حدود ذاته فقط، في حين يكون البعض الآخر لديه رغبة وميل قهري لأداء سلوكيات نمطية تكرارية بصورة تعزلهم تماما عن السياق الذي يوجدون فيه كما يتبنون أنماط تفكير جامدة بل شاذة.

(محمد السعيد أبو حلاوة، 1997، ص5)

2-2-1 :

-تعريف "كانر" "Kanner": يعرف "كانر" "Kanner" التوحد على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد، وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم كما يشتمل على اضطرابات لغوية حادة. (سعيد حسن العزة، 2002، ص53)

-تعريف "جيلبرق" "Gilberg": يعرف "جيلبرق" "Gilberg" التوحد على أنه زملة سلوكية تنتج لأسباب متعددة مصحوبة عادة في الغالب بنسبة ذكاء منخفضة، وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ. (نادية إبراهيم أبو السعود، 2009، ص55)

-تعريف "بول مومن" و"جون كونجر"، و"جيروم كاجان" 1993: أن التوحد اضطراب عقلي خطير يصيب الأطفال ويتميز بالاستغراق في الخيال إلى حد الابتعاد عن الاهتمام بالواقع و العجز عن استخدام اللغة في التفاهم والتواصل الفكري.

-تعريف "عثمان لبيب فراج" 1994: إن التوحد مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخر في النمو، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن الوسط أو المحيط بحيث يعيش الطفل مغلق على نفسه لا يكاد يحس بما حوله وما يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.

(عبد الرحمان سي سليمان ، 2000 ، ص22)

-تعريف "محمد عز الدين": يعرف التوحد على أنه اضطراب عصبي يتعلق بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المعتبرة والخاصة بالعلاقة التواصلية، وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير، وتعتبر المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التطورية المنتشرة. (ماجد السيد علي عمارة ، 2005 ، ص17)

-تعريف "يحي الترخاوي": يعرف التوحد على أنه نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة حيث يعجز الطفل الحديث الولادة التواصل مع الآخرين بدءا من أمه ، وإن كان ينجح في عمل علاقات جزئية مع أجزاء الأشياء المادية بالتالي يعيق نموه اللغوي والاجتماعي والمعرفي. (ريتا جوردن وآخرون ، 2007 ، ص23)

-تعريف الرابطة الأمريكية للطب النفسي: تعرف التوحد على أنه اضطراب نمائي وليس انفعالي ، وأنه حالة غير عادية لا يقيم فيها الطفل أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلى قليلا جدا، ويعد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه ناجم عن تلف في الدماغ ، أو في حالات يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط الغير مألوف ، ويمكن أن يصاب الأطفال المتوحدين من أي مستوى من الذكاء، فقد يكون هؤلاء طبيعين جدا أو متخلفين جدا.(أحمد يحي خولة، 2000 ، ص203)

3-1- نسبة انتشار التوحد:

يعتبر التوحد من الإعاقات الأقل انتشار وظلت النسبة التقليدية مسيطرة لفترة طويلة نسبيا، حيث تراوحت النسبة ما بين (4-5) لكل عشرة آلاف مولود إلا أن تغيير تعريف التوحد وامتداد العمر إلى (36) بدلا من (30 شهرا) ، إضافة إلى توسع مفهوم التوحد الذي أصبح لا يقتصر على فئة التوحد التقليدي التي وصفها "كانر" "KANER" أدى إلى زيادة النسبة، حيث يمكن تقديرها ما بين (15-20) لكل عشرة آلاف مولود وكما أن التوحد ينتشر عند الذكور بمعدل ثلاثة إلى أربعة أضعاف مقارنة مع الإناث.

(مصطفى نور القمشي، وآخرون، 2007، ص170)

4-1- الأسباب المؤدية للتوحد:

4-1-1- العوامل الوراثية: تفيد العديد من الدراسات التي أجريت على اضطراب التوحد أن انتقال المورثات البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون، الطول، الشكل وغيرها، بالإضافة إلى الكثير من الاضطرابات الحيوية، وقد توصل العلم الحديث إلى معرفة البعض منها ومعرفة مكانها على خريطة الكروموزومات ولكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث هو السبب في حدوث التوحد، كما أن القصة المرضية لا تعطي دليل على وجود التوحد وتسلسله في العائلة. (أسامة أحمد البطانية وآخرون، 2007، ص596)

تشير دراسة "ماكدونلد" وآخرون "MACDONALD ET AL" أن الإصابة بإعاقة التوحد بين التوائم المتماثلة تصل النسبة إلى 36% ، بينما في التوائم المنفصلة نسبة الإصابة منخفضة. (ماجد سيد علي عمارة، 2005، ص28)

فعلى سبيل المثال التوائم المتماثلة أكثر احتمالا للإصابة باضطراب التوحد مقارنة بالتوائم الأخوية، . (محمد السعيد أبو حلاوة ، 1997، ص14) .

وتشير دراسة "جد ومندل" "Jud et Mandel" إلى أن أسباب انتشاره بين التوائم المتطابقة هي الاتصال والاندماج الذي قد يؤدي إلى التعرض أكثر من التوائم العادية.

(سعيد حسن العزة، 2002، ص16)

وثمة دليل على احتمال أن تكون التوحدية وراثية ، فإذا كان هناك طفل توحيدي في العائلة فإن قابلية حدوث التوحد أكثر من العائلات الأخرى .

(أسامة محمد البطانية وآخرون، 2000، ص596)

2-4-1- البيولوجية: تنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابتها في الدماغ قبل الولادة، أثناءها أو بعدها، وتعني بذلك إصابة الأم بالأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها لمشكلات أثناء الولادة. (Ritajordan et Al, 1997, p.3) .

فأثناء مرحلة الحمل ينمو دماغ الجنين ويصبح أكبر حجما وأكثر تعقيدا، مع تكون خلايا جديدة وتخصص المواقع وشبكات الاتصال، فأتثناء هذه الفترة فإن أي شيء يشوه النمو الطبيعي للدماغ ربما يكون له تأثيرات طول الحياة على الأداء السلوكي الوظيفي الحسي اللغوي ، الاجتماعي والعقلي للطفل ، ولهذه الأسباب يحاول العلماء الكشف عن ما إذا كان لحالات أو ظروف معينة مثل صحة الأم أثناء الحمل و مشكلات الولادة أو غيرها مع العوامل البيئية ربما تؤثر بالسلب على النمو الطبيعي أو العادي لدماغ الجنين أو لا. فقد تؤدي العدوى الفيروسية مثل الحصبة الألمانية خاصة إذا أصيبت بها الأم أثناء الثلاثة شهور الأولى من الحمل يؤدي إلى مجموعة متنوعة من المشكلات منها اضطراب التوحد والتخلف العقلي.

كما أن نقص الأكسجين الواصل إلى الدماغ أثناء الولادة وغير ذلك من الصعوبات الولادة ربما تزيد أيضا من مخاطر الإصابة بالتوحد، ومع ذلك لا يوجد علاقة أو رابطة واضحة بين هذه المشكلات واضطراب التوحد، فمثل هذه المشكلات تحدث أثناء ولادة الكثير من الأطفال العاديين، إضافة إلى أن معظم الأطفال ذوي إعاقة التوحد يولدون بدون التعرض لهذه العوامل. (محمد السعيد أبو حلاوة ، 1997، ص20) .

كما تبني "كانر" "Kanner" وجهة نظر بيولوجية حيث يقول "نستطيع أن نفترض أن هؤلاء الأطفال يولدون بعدم قدرة فطرية لتكوين بيولوجي لعلاقة وجدانية مع لأشخاص تماما كباقي الأطفال الذين يولدون بإعاقات جسدية فطرية.

(Lebvoric s, Maz et Ph, 1990, p.25)

كما تشير دراسة "ديمر" "Deemer" بأن أسباب التوحد تعود إلى خلل في النظام البيولوجي للطفل وكذا إلى ضعف مناعته. (سعيد حسن العزة، 2002، ص61) .

هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي إلى خلل في أحد أو بعض أجزاء المخ ، ومن تلك المؤشرات أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو أعراض عقلية.

(أسامة محمد البطانية وآخرون، 2007، ص 591) .

3-4-1- النفسية: يرى بعض العلماء أن العوامل النفسية قد تكون سببا في الإصابة باضطراب التوحد فيذكر "اوجرمان" "Ogerman" أن الفشل في تشكيل علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد أسباب إعاقة التوحد مع هجر الأم له، أو طول فترة غيابها عنه، وقد يرجع إلى عدم قبول كل من الابن أو الأم لإقامة علاقة بينهما بسبب إصابة الأم بالفصام أو سبب معاناتها من مشكل عاطفي واضح ، وقد يكون التعارض بين دور الأب والأم سبب في اضطراب الطفل. (ماجد السيد علي عمارة ، 2005 ، ص27).

ويذكر "بيتلهام" "Bettelheim" أن التوحد الطفولي يتطور استجابة للمشاعر الجد السلبية التي يظهر بها الوالدين، فالطفل يرى أمه بأنها العالم المحيط به وأنه قاسي وعدواني وبالتالي يستجيب لهذا العالم المهدد بالانطواء حول نفسه، والانطواء هو وسيلة تكيف الطفل مع محيطه. (Leboyer marion, 1985, p.37)

4-4-1- الإدراكية: يرى هذا المنظور أن التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت دراسة "ألين وآخرون" "Aline et All" أن الطفل التوحدي يعاني من

انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك بالإضافة إلى اضطراب اللغة. (محمد أحمد الخطاب، 2009، ص42)

4-5-1- البيوكمياوية: لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع السيروتونين في الدم لدى أطفال التوحد أكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم ونقص السائل النخاعي الشوكي، ووجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يدمر بعض الخلايا. (سوسن شاكر مجيد ، 2007 ، ص57)

يظهر مما سبق أن التوحد يعود إلى عدة أسباب وراثية بيولوجية، نفسية، إدراكية أو بيوكمياوية ، وبناء على ذلك فالأعراض المرتبطة بالتوحد تعتبر الأهم في التعرف على الأشخاص الذين يعانون منه وسنقوم بعرضها.

4-5-1- أعراض التوحد:

من أهم الأعراض التي يتسم بها الأفراد المصابين بالتوحد ما يلي:

4-5-1-1- التفاعل الاجتماعي: غالبا ما يكون الأطفال التوحديين منعزلين عن الآخرين فتظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء حول الذات وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين كما يظهر عند الطفل خلل في التفاعل الاجتماعي حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، وإذا شارك الأطفال الآخرين فإنه يعاملهم كآلات، كما أن الطفل التوحي لا يستجيب للحمل والاحتضان ويتجنب النظر على وجه إنسان آخر.

(سوسن شاكر مجيد، 2007، ص37)

وقد لاحظ "جنيوت" Ginott خلال خبرته الإكلينيكية أن شخصية الأم لا تمثل معنى معين لهذا الطفل التوحي فلا يبدي اختلاف ولا تغيير في سلوكه بين شخصيته وأخرى (ماجد السيد علي عمارة، 2005، ص30)

وحدد كل من "جارت وبيتروورت" **Jarett Et Butterworth** في دراستها على أن الأطفال الصغار والرضع في سن ما بين 6-18 شهر يظهرون نماذج تحدد أطفال بالتوحد، وأشاروا إلى أن الأطفال الرضع لا يركزون النظر ولا التحديق لأمهاتهم وإنما يتم التركيز على نقاط أخرى بينما الأطفال العاديين في نفس السن بإمكانهم متابعة أمهاتهم. (سوسن شاكر مجيد، 2007، ص37)

2-5-1- العاطفي الشديد: من الخصائص التي لوحظت على الطفل المتوحد هو عدم استجابته لحالة الحب والعناق، أو إظهار مشاعر العطف ومحاولات التدليل ونقص الانتباه للآخرين وعدم التقاء عينيه بعيونهم واللامبالاة والنفور من العاطفة والمودة. فالآباء يشتكون من عدم اكترائه أو استجابته لمحاولتهما تدليله أو ضمه أو تقبله أو مداعبته بل وربما لا يجيدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد آخرين معه، ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين. (فادي رفيق شبلي، ص6)

3-5-1- الكلام واللغة والتواصل: إن العرض الرئيسي من أعراض التوحد هو مشكلات الكلام واللغة والتواصل، ووجد أن 40% من الأطفال المتوحدين لا يتكلمون على الإطلاق ويردد كلام لآخرين ما قيل عليهم كالبغاوات، وأحيانا يكون هذا التردد فوراً وأحيانا يتأخر هذا التردد. (محمد السيد عبد الرحمن، 2005، ص13)

كما يتميز النمو اللغوي المبكر بالصمت والتكرار، فاللغة والكلام لا يكونان بهدف التواصل (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص23)

ونجد نقص في مجال الاتصالات الشفهية عند هؤلاء الأطفال وإذا كان معظمهم يعبر بشكل سيء فإنهم قادرين على مجاوزتها في الحالات الواقعية كجذب الأشياء وإعادة دور الشخصيات أو لعب الأدوار التي يريدون تنفيذها، والتي يقومون بها من أجل معالجتهم وهذا

راجع إلى أنهم يقومون بالتقليد بشكل ميكانيكي أي غياب النشاط التخيلي، ولا يستطيع استعمال الإيماءات والتعبيرات الوجهية الملائمة.

(Fontaine, O et All, 1984, p.60)

4-5-1- النمطي المتصف بال تكرار: كثيرا ما يقوم الطفل التوحدي لفترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في أداءها بتكرار متوا صل، كهز رجليه ،جسمه ،رأسه أو الطرق بإحدى يديه على كف اليد الأخرى، الدوران حول نفسه ،إصدار نغمة ، صوت ،همهمة بشكل متكرر، وقد يمضي ساعات مركزا نظره في اتجاه معين أو نحو مصدر صوت قريب أو بعيد أو حول عقارب ساعة الحائط، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، بل في الواقع استشارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي، ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعلى عالمه الخيالي.

(Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.26)

5-5-1- إيذاء الذات: قد يصدر الطفل المتوحد سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته ، أصدقاء الأسرة، والمختصين العاملين على رعايته ويتميز هذا السلوك في البداية كالعض والخدش ،الرفس وقد تشكل عدوانيته إزعاجا مستمرا لوالديه، وكثيرا ما يتجه الإزعاج نحو الذات، حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدم أو يضرب رأسه عرض الحائط بعض الأثاث ، تمزيق الكتب ،الملابس ،يبعثر الأشياء على الأرض ،إلقاء الأدوات من النافذة، وقد يؤدي إلى إصابة الرأس بالجروح ،أورام، أو قد يكرر ضربه ،لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه. (محمد عدنان عليوات، 2007 ص 45)

6-5-1- الانشغال المرضي بموضوعات معينة: ويقصد به الانخراط أو الانشغال الكامل

بشكل مرضي بموضوعات أو أشياء معينة، فقد ينهمك التوحدي بقطعة رباط الحذاء أو قطعة حجر صغيرة، ويستمر هذا الانهماك لفترة طويلة ويشعر الطفل بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه.(محمد السيد عبد الرحمان، 2005، ص14)

7-5-1 بالقلق الحاد: تسبب بعض الأشياء العادية والمألوفة القلق الحاد للطفل

المتوحد، وذلك عند إحداث تغير في روتين حياته اليومية، ومن ناحية أخرى نجد أن الطفل المتوحد لا يخاف من أخطار حقيقية مثل المرور في الشارع أو الوقوف في الأماكن المرتفعة، فقد ينزعج الطفل إذا فقد شيئاً مألوفاً لديه أو عند نقل أثاث غرفته من موقعها المعتاد، ويعاني الطفل المتوحد من شذوذات في الوجدان مثل التقلب الوجداني أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح. (Pierre Ferrari, 1999,p.14)

8-5-1 انخفاض في مستوى الوظائف العقلية: يعاني أطفال التوحد من اضطراب في

النمو العقلي وتظهر بعض الحالات تفوقاً ملحوظاً مع ظهور تفوق في مجالات معينة، فقد يبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية غالباً ما يظهر على البعض الآخر الأداء السوي أو القريب من السوي ويعاني البعض الآخر من الأطفال المتوحدين من ضعف في الإدراك والانتباه والوظائف العصبية كما يكون التفكير عندهم بالصور ليس بالكلمات ولديهم صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفوية وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء المعالجة ومحاولات أخرى، كما يتميز باستخدام قناة واحدة من قنوات الإحساس في الوقت الواحد.

6- الإكلينيكية للتوحد:

مفهوم التوحد واسع ومتعدد الأشكال ومن أهم الأشكال الإكلينيكية للتوحد نجد:

1-6-1 أسبرجر Syndrome d'esperger: هو اضطراب يظهر منذ الطفولة

المبكرة بحيث نلاحظ شذوذ على مستوى التفاعلات الاجتماعية والسلوكيات، إلا أنه لا يوجد هناك تخلف عقلي، أو اضطراب في اللغة ولا اضطرابات معرفية هامة والذكاء يكون عادي وبالتالي الاضطرابات تتميز على مستوى التفاعلات الاجتماعية وهذه الأخيرة تتشابه نوعاً ما مع الاضطرابات الاجتماعية المتواجدة عند الأطفال المتوحدين بصفة عامة، كما تكون عندهم اهتمامات جد ضعيفة كالاهتمام ببعض الحيوانات والأشياء وعدم فهم احتياجات

أو ميولات الآخرين وليس لديهم مهارات المبادرة . (مصطفى نور القمشي وآخرون، 2002، ص310)

ا-6-2- ريت Syndrome de Rett: هو اضطراب يظهر خلال السنة الأولى أو الثانية بعد مرحلة النمو العادي بين سنة وأثنى عشر (6-12 شهرا) بالتالي هو اضطراب تطوري يتميز باضطرابات على مستوى التفاعلات الاجتماعية وفقدان للقدرة اللغوية، إما جزئيا أو كلياً، التباطؤ في نمو الرأس ويتميز أيضا يتخلف عقلي عميق وفقدان القدرات الحركية مثلا عدم استخدام اليدين بطريقة صحيحة وعدم السيطرة على الحركات مثل المشي الصحيح. (Daniel Marcelli, 1999, p.307)

ا-7- تشخيص التوحد:

من الصعب تمييز الأطفال المتوحدين عن بقية الأطفال الذين يعانون من اضطرابات أخرى كالتخلف العقلي، أو الذهان أو الأطفال الذين يعانون من اضطراب في اللغة وهذه الصعوبة راجعة إلى تدخل أعراض هذه الفئة مع تلك الفئات الأخرى.

سننظر هنا إلى كيفية تشخيص الاضطراب التوحيدي:

ا-7-1- تشخيص الاضطراب التوحيدي طبق للدليل الإحصائي الرابع للجمعية الأمريكية (DSM-IV):

لتشخيص هذا الاضطراب وفقا لهذا التصنيف إذ توفرت علامة واحدة من كل جزأ (أ- ب-ج) بالإضافة إلى ستة على الأقل من المجموعة:

أ-خلل أو عجز كفي في التفاعل الاجتماعي ويظهر فيما يلي:

- عجز واضح في استخدام السلوك غير اللفظي المتعدد مثل التحديق بالعين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي والإيماءات لتنظيم الطفل الاجتماعي.
- الفشل في نمو العلاقات بصورة ملائمة لمستوى النمو.
- نقص البحث التلقائي على مشاركة المتعة مع الاهتمام بالآخرين.
- نقص المشاركة الاجتماعية.

ب-العجز الكيفي في الاتصال:

- تأخر أو نقص كامل في تطور اللغة اللفظية مع محاولة إيجاد لغة أو طريق بديلة للاتصال كالإشارة.

- عجز واضح في القدرة على بدء الحوار مع الآخرين.

- استخدام متكرر للغة.

- الافتقار إلى محاكاة الآخرين وتقليدهم بصورة تتناسب مع المستوى الارتقائي.

ج-الأنشطة والاهتمامات:

- الانشغال بنوع واحد و أكثر من الاهتمامات بإعطاء تركيز مكثف.

- انشغال مستمر بأجزاء من الأشياء وليس الشيء ككل

- سلوك نمطي متكرر.

- عدم المرونة وعدم القدرة على التخلي على الروتين.

وبالتالي فإن الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية يشير إلى أن القصور في

النمو والارتقاء يحدث قبل السن (3 سنوات) يظهر في واحد على الأقل من الجوانب الثلاثة

وهي كالتالي:

- التفاعل الاجتماعي

- اللغة واستعمالها في الاتصال الاجتماعي

- اللعب الرمزي أو الخيال. (American psychiatre association,1994,p.84)

1-7-2-التشخيص الفارقي بين التوحد والاضطرابات الأخرى:

هناك العديد من الباحثين لا يفرقون بين اضطراب التوحد والاضطرابات الأخرى وقد

جاء "الدليل الإحصائي الرابع الجمعية الأمريكية (DSM- IV) الذي هو أكثر وضوحاً وفائدة

في تشخيص الاضطراب التوحدي عن غيره من الاضطرابات الأخرى وهو كالتالي:

1- النمو الشامل: اضطراب ريت اضطراب، الطفولة التفككي ، اضطراب

اسبجرر .

- **ريت Rett:** اضطراب عصبي يصيب الإناث فقط ويظهر في صورة سلوك يشبه التوحدية، اختلال في نمو الرأس، مشاكل في تناعم العضلات ومشكلات في الحركات أو استخدام اليد مع ضعف في القدرة على التعبير عن انفعالاتهم مشاكل في الاتصال الأعين، وصعوبة في التفاعل الاجتماعي.

***التشخيص:** حاول أطباء الأعصاب للأطفال وأطباء التطور وضع القائمة المبسطة التالي يمكنها أن تساعد في التشخيص:

- الولادة ظاهريا تبدوا طبيعية مع نمو طبيعي للحركات الإرادية من ستة إلى ثمانية عشر (6-18) شهرا.
- يكون محيط دائرة الرأس طبيعي عند الولادة لكن يتبعه بطء في نمو الرأس ويكون ما بين (6-48) شهرا.
- يظهر اختلال في مهارات استخدام اليد ويكون ما بين (5-30) شهرا. ويصاحبه اتصال وظيفي سيء مع انطواء أو عدم تفاعل اجتماعي سليم.
- يظهر فساد في نمو لغوي، مشتمل على الكلام والفهم اللغوي مع تخلف عقلي شديد.
- افتقاد تعلم السلوك، النواحي الاجتماعية والمهارات الحركية الإدراكية.
- تظهر نماذج معقدة في حركات اليد المتمثلة في الكتابة، المصافحة، التصفيق وغيرها من المهارات التي تستخدم فيها اليد.
- يشخص دائما في مرحلة عمرية سن (2-5) سنوات.

(نصر سهى أحمد أمين، 2000، ص36)

- **الطفولة التفككي:** لا يحدث إلا بعد مرور سنتين من النمو الطبيعي للطفل وهو نادر الحدوث، ويعتبر تحديد هذا الاضطراب سهلا بدرجة معقولة حيث أن الأطفال المتوحدين يظهرون فروقا واختلافات جوهرية واضحة جدا في سن مبكرة مقارنة بالظهور المتأخر لأعراض في حالة الأطفال المصابين باضطراب الطفولة التفككي.

(علي إبراهيم مسافر وآخرون، 2005، ص20)

- اسبرجر: أول من وصفه "اسبرجر" "Asperger" عام 1944 حيث قام

ببحث يصف منه أنماط السلوك لدى العديد من الأطفال الصغار ذوي "الذكاء العادي" وتطور اللغة العادية لكنهم يظهرون سلوكيات مشابهة للتوحد في العجز في المهارات الاجتماعية والاتصالات، أوضح أنه يمكن التمييز بين الاضطرابات من خلال علامتين: الأولى تختص بداية المرض والثانية بتأخر اللغوي، يبدأ هذا الاضطراب في الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل، بينما التوحد يبدأ في ثلاثة سنوات الأولى.

(مصطفى نور القمشي وآخرون، 2007، ص310)

فالأطفال الذين يعانون من صعوبات إسبرجر يعانون من صعوبات الاتصال أقل من الصعوبات التي يعاني منها الأطفال التوحيديون. (نصر مهى أحمد أمين، 2002، ص36)
فهذا الاضطراب يتميز:

- بنقص المهارات الاجتماعية.

- صعوبة في التعامل الاجتماعي.

- ضعف في التركيز والتحكم.

- محدودية الاهتمامات.

- وجود ذكاء طبيعي.

الكثير من الأطفال المتوحيدين لديهم قدرات فكرية، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عاديا أو فوق العادي، لذلك فإن البعض يطلقون على النوع اسم "التوحد عالي القدرات"

- لغة جيدة في التخاطب والقواعد

في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية لكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي يحتاج إلى تركيز وفهم دقيق كالدعابة والسخرية.

• مقياس التشخيص:

- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي.

- ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري، تغيرات وجهية حركة الجسم، الإيماءات والإشارة)

- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.

- قلة الاهتمام والمشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب اللعبة مثلا)

- تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الأصابع أو اليدين).

(الصبي 2003، ص34)

2- : إن غياب اللغة وردود الأفعال الواضحة للصوت والمميزات السمعية الأخرى تؤدي حتما لطرح سؤال حول الصمم، ففي حالة الصمم فإن هناك وجود للاتصال غير اللفظي الذي يتمثل في الإشارات والنظرات...، وبالتالي فإن اجتماع الصمم والتوحد ليس استثنائي ففي هذه الحالة يستوجب اللجوء إلى PEA (Potontiel Evoqué Auditif) الذي هو وسيلة ضرورية في حالة ظهور اضطرابات التوحدية فمنه عملية للتكفل تكون ضرورية. (Pascal Lenoir et All, 2003 ,P.13)

3- : يمكن أن يشكل صعوبات في التشخيص خصوصا عند الأطفال. (Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.34)

4- الاضطرابات اللغوية (الديسفازيا العميقة): الديسفازيا اضطراب عميق يمس اللغة فالديسفازيون يمتازون بالانسحاب وبالتالي الاضطراب في الشخصية، تكون أولية والصعوبة في الاتصال (الاندفاعية للانسحاب) تكون ثانوية.

ففي معظم الأحيان الأطفال الديسفازيين يحتفظون على القدرات التواصلية غير اللغوية (التقليد، الاهتمام بأعمال ملموسة)، وكذلك المحافظة على قدرة التعبير العاطفي وهذه الصفة هي التي تميزهم عن الأطفال المتوحدين، إلا أن الأطفال الديسفازيون يظهرون صعوبة كبيرة في الحركة الخطية وخصوصا على مستوى المقاطع الإيقاعية ولو أنهم يريدون بشدة استعمال الرموز الخطية الأساسية.

(Daniel Marcelle, 1999,p.303)

5- العاطفي والاكتئاب عند الرضع: كلما يكون الطفل مغيرا كلما يكون التشخيص

الفارقي أصعب فعرض الانطواء أو الانسحاب يظهر كتعبير مرضي تشمل على مختلف الشروط الطفل يكون عاقلا جدا، هادئ (بلا حركة)، ووجود نمط تكراري في استخدام الأطراف وغياب التعبير الإيمائي. (Daniel Marcelle, 1999,p.303)

وبالتالي في بعض الأحيان يكون هناك الخلط بين النقصان العاطفي والاكتئاب والتوحد بسبب الانطواء ورفض الاتصال، ولكن عرض الاكتئاب عند الطفل الصغير يظهر عادة عند حدوث تغيير ملحوظ في بيئته، وتكون قدراته التواصلية محفوظة، فالجدول الإكلينيكي يتحسن بسرعة إذ تم التدخل العلاجي مبكرا، أما عندما يكون نقصان عاطفي عميق ومستمر فيمكن أن يكون هناك تقارب مع التوحد.

(Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.35.36)

6- : هو اضطراب عقلي خطير ونادرا جدا ما يتم تشخيصه في مرحلة المهد أو مرحلة الطفولة المبكرة، في حين أن التوحدية غالبا ما يتم تشخيصها في تلك المرحلة وفي تلك الحالات النادرة عندما يحدث الاضطراب في الطفولة فإن الطفل الصغير الذي يعاني من الفصام لديه أوهام وهلاوس ويستخدم الكلام لتوصيل أفكار غير معقولة وغير واقعية، وعلى النقيض فإن الطفل التوحدي لا يستخدم الكلام للاتصال.

(محمد السيد عبد الرحمان، 2005، ص43)

كما يبدأ ظهور أعراض الفصام بعد عمر خمسة سنوات أو أكثر، بينما يبدأ أعراض الذاتوية قبل عمر ثلاث سنوات، كما يتضمن الفصام وجود فترة ارتقاء طبيعية قبل ظهور اضطراب، بينما يظهر لدى الفاصمين سلوك التعب الرمزي التخيلي بينما لا يظهر هذا السلوك لدى الذاتويين لكن يتمتع الأفراد الذاتويين بحالة صحية ومهارات حركية أفضل من الأفراد الفصامين. (إيهاب محمد خليل وآخرون، 2009، ص84)

7- العقلية: التوحد والتخلف العقلي لا ينفصلان عن بعضهما البعض فعدد من

الأطفال التوحدين لديهم تخلف عميق في بعض الأحيان لكن عملياتهم العقلية تكون مختلفة

عن الأطفال ذوي التخلف العقلي من نفس الدرجة (تخلف بسيط)، لأن الاضطرابات لا تمس بصفة متساوية مختلف الوظائف النسبية، من جهة أخرى المتوحدين تكون الاضطرابات في التواصل والاتصال هي التي تبرز أولا مع سلوكيات غريبة ومتكررة.

(Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.35)

كما أن غالبية الأطفال المعاقين عقليا يمكنهم التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين بشكل مناسب، وهذا نادرا ما يحدث مع الأطفال الذاتويين، كما أن الطفل المعاق عقليا لا يعاني من مشكلة رجوع الصدى التي يعاني منها الطفل الذاتوي الذي غالبا ما يردد آخر كلمة أو كلمتين من أي كلام يوجه إليه، كما أن الطفل المعاق عقليا لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر، كما يفعل الطفل الذاتوي، والطفل المعاق عقليا غالبا ما يتساوى لديه الذكاء اللفظي والغير اللفظي، ونادرا ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة

بينما يرتفع مستوى الذكاء الغير اللفظي على مستوى الذكاء اللفظي عند المتوحد وقد تظهر لديه مهارات في احد المجالات كالرياضة والموسيقى أو الرسم أو الشعر...

(إيهاب محمد خليل وآخرون، 2009، ص81)

ا-8-أدوات تقييم التوحد:

تعددت وتنوعت وسائل تقييم التوحد نذكر منها ما يلي:

ا-8-1- تقييم التوحد الطفولي: هذا السلم يقيم أعراض التوحدية عن طريق

الملاحظة المباشرة للطفل. (PIERRE FERRARI, 1999, P.55)

ويحتوي هذا السلم على خمسة عشر مجالا بما فيها أربعة عشر مجالا للنمو (العلاقات الاجتماعية، التقليدية، الإجابات العاطفية، الجسم، استعمال الأشياء، التكيف مع التغيير الإجابات البصرية، الإجابات السمعية، الذوق، الشم، اللمس، الخوف، القلق، الاتصال اللفظي، الاتصال الغير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى المعرفي، التجانس الوظيفي المعرفي) والمجال الخامس عشر هو تقييم التوقع العام للتتقيط.

يمكن تطبيق هذا السلم بسرعة ويسمح بالتنقيط المتوسط عن طريق نصف نقطة بين صفر وأربعة و0 و4 والنتيجة العامة تسمح بوضع الطفل على سلم مدرج بشدة والتي تفرق بين الميزة:

- غير توحدي "نتيجة أقل من 30 = CARS
 - توحّد خفيفة إلى متوسط (نتيجة بين 30 و 37.5 = CARS
 - توحّد حاد وشديد (النتيجة تتعدى 37.5) = CARS أنظر الملحق رقم (15) .
- وهذا السلم يطبق خاصة على الأعراض التوحدية من نوع كانر ذات تخلف عقلي متوسط، ولكنه أقل تطبيقاً للأعراض التقليدية، أو زملة لذات المستوى المعرفي العالي وبالمناسبة فإن شدة التنقيط لبعض البنود تتوقف على التخلف العقلي المصاحب.
- (pascal lenoir et All ,2003 ,p.181)

1-8-2- قائمة استبيان التوحّد عند الأطفال M-CHAT:

هي وسيلة لها قدرة كبيرة في الكشف عن الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالتوحّد في سن مبكرة بدء من عمر سنة ونصف، تتكون هذه القائمة من شقين يمثل الشق الأول مجموعة مكونة من تسعة أسئلة بسيطة تتطلب الإجابة عليها بنعم أولاً من طرف الوالدين، بينما يسجل الشق الثاني من القائمة الملاحظات الخاصة بطبيب الأسرة أو أي طبيب قام بعلاج الطفل، لتقييم مراحل نموه المختلفة بالإضافة إلى ذلك تم تصميم الشق الأول من هذه القائمة بحيث يجد ما إذا كان الطفل يرغب في اهتماماته مع شخص آخر ويطلب الأشياء التي يحتاجها من خلال الإشارة، ويمارس اللعب التخيلي كأن يلعب الطفل بإبريق وفنجان شاي متخيلاً قيامه يصب الشاي من الإبريق إلى الفنجان، على الجانب الآخر يسجل الشق الثاني من القائمة استجابات الطفل لبعض المتطلبات التي تتعلق بجانب المشاركة الاجتماعية لديه على أي حال عندما تثبت هذه التجارب افتقار الطفل لكل من القدرة على

التخيل في اللعب والقدرة على مشاركة اهتماماته مع الآخرين في عمر سنة ونصف، فهناك قدرا من الخطورة في هذا الأمر. (مورين ارونز، 2002، ص25)

3-8-I- Profil psycho-éducatif révisé (Shopler, 1999) PER-R

هذا الاختبار جزء لا يتجزأ من برنامج "تيش" "Teacch" ويسبق أية إشارة تربوية وهذا التقييم يتكيف خصوصا مع برنامج "تيش" "teacch"، ويشترك معه في تحقيق نفس الأهداف النفعية، فاختبار PER-R يقيم القدرات المكتسبة أي الحالية والقدرات التي يمكن ان يكتسبها الطفل في سبعة مجالات (التقليد، الإدراك، الحركة الدقيقة، الحركة العامة التناسق البصري، اليدوي، القدرات المعرفية والمعرفة اللفظية)، ويمكن تطبيقه على الأطفال من سن ستة (6) أشهر إلى سبعة 7سنوات، وقد طور هذا السلم ليطبق على الراشدين.

كما ان لهذا السلم إمكانية خاصة لوضع صورة سريعة وملموسة لنقائص وقدرات الطفل والتي تسمح بتحديد كفاءات تربوية مفيدة.

(Pascal Lenoir et All,2003 ,P.181)

ECA-4-8-I سلم تقييم السلوك التوحيدي: أنتج هذا السلم (ECA) عن طريق "لوبورد" "Lebord" و"بارتلمي" "Barthlmy" سنة 1989 وهو يحتوي على اثني عشرة 12 بند خاصة حالات الاتصال والتواصل وكذا الحركة والإدراك والتقليد والتنقيط ، فيه يكون حسب ملاحظات الشخص الذي يكون غالبا قريب من الطفل والملاحظات تكون في الحالات المختلفة للحياة اليومية، والتنقيط فيه يبدأ من صفر (0) الذي يدل على حالة عادية إلى أربعة (4) الذي يدل على حالة مرضية، والنتيجة العامة توضح شدة المرض. (Bernadette rogé, 2003, p.101)

ECAN-5-8-I سلم تقييم السلوك التوحيدي لدى الرضع:

échelles des comportements autistique du nourrisson (ACAN)

هذا السلم يسمح بتحليل اضطرابات مختلفة الوظائف عند الأطفال الصغار ومجموعها هو 13 وظيفة وكل وظيفة تقيم على طريق 5 بنود. (Bernadette Rogé, 2003, p.102)

ADI-R :Autistique Diagnostic Interview Révisé-6-8-I هو عبارة عن

استبيان اقترح من طرف "لورد" "LORD" في سنة 1991 وهو يمثل مجموعة كبيرة من البنود تشكل 11 في المجموع التي تكشف جميع مؤشرات التوحد، والتي لا بد أن تجري وتملاً من طرف شخص ذو بصمة إكلينيكية، وذلك عن طريق مقابلة نصف موجهة تكون مع الأولياء. (Bernadette Rogé, 2003, p.102)

7-8-I بطارية تقييم النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي BECC:

La batterie d'évaluation du développement cognitive et socio émotionnelle (BECC)

نتجت هذه البطارية من طرف "أندريان" "Andrien" سنة 1996، خاصة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في النمو، خاصة للأطفال المتوحدين وهذه البطارية تقيم 16 وظيفة معرفية، اجتماعية للأطفال الذين لديهم مستوى النمو لأقل من عامين.

(Bernadette rogé,2003,p.05)

9-I- العلاجية:

من أهم الطرق العلاجية نجد:

1-9-I برنامج تيتش TEACCH :

Treatment and education of autistic and related communication handicapped children

بمعنى برنامج معالجة وتعليم التوحدين وذوي إعاقات التواصل، طور هذا البرنامج خلال الستينات في كوريا الشمالية فقد انتشر كثيرا في الولايات المتحدة الأمريكية كما أنه

عرف انتشار في أوروبا بفضل "بيتر" "Peters" بالتعاون مع جمعيات الأولياء بحيث تم تخصيص أقسام مدمجة "تيش" Teacch في المدارس العادية.

(Pierre Ferrari, 1999, p.101)

ويشمل هذا البرنامج على جانبين هما:

1. الجانب التربوي: الذي يتضمن أبعاد متنوعة مثل التقليد والإدراك المهارات الحسية والمهارات الحسية الحركية الدقيقة، التناسق بين العين واليد والمهارات المعرفية اللفظية.

2. الجانب السلوكي: يتضمن الاعتماد على الذات المهارات الاجتماعية والسلوكيات

السلبية. (مصطفى نوري القمشي وآخرون، 2007، ص113)

فتمتاز طريقة "تيش" Teacch بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد من النمو كاللغة أو السلوك ، بل تقدم تأهيلا متكامل للطفل عن طريق هذا البرنامج وأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ما بين خمسة وسبعة (5-7) أطفال مقابل معلمة واحدة أو مساعدة المعلم، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل. (سوسن شاكر مجيد، 2007، ص126)

ومن مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحيدي كل على حدى ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على إنفراد حسب قدراته الاجتماعية العقلية، العضلية اللغوية، وذلك باستعمال اختبارات مدروسة. (سوسن شاكر مجيد، 2007، ص126)

إن هذا البرنامج يدخل عالم الطفل التوحيدي ويساعد على تحسين نقاط الضعف لديه بشكل متسلسل ومنظم مما يساعده على الاحتفاظ بالمهارات التي يكتسبها بشكل أفضل.

(مصطفى نوري القمشي وآخرون، 2005، ص113)

وبالتالي برنامج "تيش" teacch يتضمن تشخيص ، توجيه، متابعة، والتكفل بالأطفال المتوحيدين بحيث يجب أن تكون خصيصة داخل منظور تربوي وإدماج جماعي كما يتضمن أيضا التكوين المهني للمراهقين والراشدين وتحقيق الإدماج الاجتماعي لهم ومساعدتهم على

التكيف مع جميع جوانب حياتهم وكذلك يضمن تكوين المختصين والمحترفين في الميدان.

(pierre Ferrari, 1999, p.101)

برنامج "تيتش" "Teacch" يستند على المبادئ والمبادئ التالية:

1-التقييم التشخيصي: يطبق في قسم الملاحظة التي يكون زجاجها ذات لون شفاف، بحيث تمكن الأولياء من المشاركة في جلسات التشخيص والمساهمة في التقييم وهذا التقييم متركز على سلم التقييم الذي أسس على الملاحظة المباشرة للطفل المتوحد.

2-التقييم الثاني: الذي يطبق هذا التشخيص هو اختبار PER-R: فهذا الاختبار يكشف عن استعدادات الطفل الذي بدأت في المحاولة والاستعدادات المكتسبة وغير المكتسبة في سبعة مجالات ومختلفة التقليد-القدرات البصرية، والحركية، القدرات المعرفية واللغوية فهذه الأداة خصصت أساسا لأطفال في سن ما قبل المدرسة ثم إمتدت إلى فئة المراهقين والراشدين. (Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.72)

3.الخطة التربوية للبرنامج: البرنامج التربوي لهذه الطريقة مبني على تخصيص جلسات تربوية مركبة استنادا على نتائج اختبار PER-R، فهناك أقسام مدمجة توضح داخل مدارس عمومية مع إقامة عقد موحد لفريق برنامج "تيتش" "Teacch"

4.تخطيط المكان: تحضير المكان الذي يقوم فيه الطفل نفس النشاطات والتقليل من المثيرات الخارجية.

5.تخطيط الزمن: استخدام دعابة بصرية مطابقة لدرجة النمو وأدوات تساعد على نقل

الأحداث كاستعمال المذكرة، مخطط أو منحني.

(Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.72)

6.التعاون بين الأولياء والمختصين: الاستراتيجيات التربوية يلزم أن تكون معروفة من

طرف الأولياء والمحترفين فيجب على الأولياء الفهم والمشاركة في اختبار الأهداف

البيداغوجية ، كما يجب عليهم أن يساهموا بشدة في تطبيق التمارين التربوية لأطفالهم لأن

ملاحظاتهم وتجاربهم تستعمل لتكوين البرامج التربوية، كما يجب أن يساهم في تطبيق

التمارين التربوية في المنزل وفي هذا الصدد يستلزم الأولياء تكوين خاص من طرف برنامج
"تيش" "Teacch" (Pierre Ferrari, 1999, p.101-103)

7.تقييم المنفعة التي أتت بها هذه الطريقة: "شوبلر" " Schopler " ومساعدته
لاحظوا تحسن مبكر وكبير عند الأطفال المتوحدين المتكفل بهم في برنامج "تيش"
"Teacch" ففعالية هذه الطريقة ظهرت في منشورات أقيمت حسب معايير هي:
عدد المنشآت التربوية، درجة رضى الأولياء والمعالجون ودرجة تدخل الأولياء ،
بحيث مساعدتي "شوبلر" سألوا 348 عائلة شاركت في برنامج "تيش" "Teacch"
بمساعدة استبيان وحصلوا على درجة الرضا والافتتاح بنسبة مرتفعة جدا في هذه الدراسة
96% من الأطفال والراشدين المتوحدين يعيشون في محيطهم العادي بينما في الدراسات
السابقة 39% إلى 74% من حالات التوحد يكونون في مراكز مختص .

(Mahmoud ould Taleb ,2009 , p.73)

دراسة "اوزنوف وكاتكرت" " Ozonoff et Catheart " في 1998 تركز على تقييم
مباشر لأحداث عند 11 طفل صغير متوحد بطريقة "تيش"، التي طبقت في المنزل خلال
4 أشهر فهذه المجموعة قورنت مع مجموعة المراقبة لأطفال لم يتم التكفل بهم بطريقة
"تيش"، ومقارنة لنتائج اختبار PER-R وحدة السلوكات التوحدية فالنتائج بينت تحسن
ملحوظ لدى الأطفال المعالجون من طرف "تيش" "Teacch" يفوق بثلاثة أو أربعة مرات
الأطفال غير المعالجون بهذه الطريقة.

كما نجد أن "كوستو" "Coustant" قد حاول في تجربة إبداعية في استعمال طريقة
"تيش" "Teacch" بالإضافة إلى الإدراك النفسي والديناميكي للطفل التي تستعمل عادة
في المستشفيات في فرنسا فقد وجد وجهة ايجابية لهذه التجربة.

(Pascal Lenoire et All, 2003, p.203-204)

2-9-1- ABA التدخل السلوكي المشدد: prise en charge

comportementale Intensive: يرتكز هذا البرنامج على الفكرة التالية: خصائص الطفل الذي يعاني من التوحد لا تسمح له باكتشاف محيطه بشكل طبيعي وبالتالي عدم الاستفادة من التجارب التي يقوم بها (عكس الطفل السوي الذي يستفيد بشكل تلقائي من خبراته التي تسمح له ببناء مخزون المعلومات وتطوير قدراته، يقترح هذا البرنامج تعديل سلوك الطفل وتعليمه السلوكيات الضرورية التي تسمح له بذلك، وتعديل هذا السلوك يعتمد على النظرية الاشرافية من خلال التعزيز المتزامن، التدخل التربوي مكون من تدخل فردي مكثف مع الطفل. (محمد ميقاني، 2006، ص10)

ترجع هذه الطريقة إلى "لوفاس" "Lovas" الذي استخدم هذه الطريقة مع أطفال التوحد وتعد طريقة التحليل السلوكي من الطرق الواسعة الانتشار التي تبعت مع أطفال التوحد منذ عام 1967 مستندة على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية للعالم "سكينر" "SKINER" في عملية التعلم التي وحدث عام 1938

(سوسن شاكر مجيد، 2007، ص 34، 12)

فطريقة ABA عبارة عن استراتيجيات وتقنيات سلوكية تهدف إلى التخفيض من بعض السلوكيات غير مرغوب عند حالات التوحد.

كما يستعمل التحليل الوظيفي للقدرات قبل وضع برنامج سلوكي يهدف إلى التعليم الإشرافي للقدرات الأساسية (الجلوس، النظر) والتخفيف من سلوكيات التأثير الذاتي وإيذاء الذات. (Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.72)

كما أن الطريقة ABA هي أحد الأساليب الفعالة والتي يمكن استخدامها مع أطفال التوحد في تعليم المهارات الاستقلالية والاجتماعية والمعرفية والإدراكية والحركية وكذلك المشكلات السلوكية التي تظهر لدى أطفال التوحد.

(مصطفى نوري القمشي وآخرون، 2007، ص317)

وما يميز السلوك التطبيقي أنه إجراء ويعتمد على تحليل السلوك وفهمه والعمل على تطبيقه ضمن إجراءات منظمة تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف التعليمية التي وضعها للطفل بناءً على ملاحظات موضوعية يتم حجمها من الطفل والاستفادة منها في تطبيق الإجراءات، فهذه الكفالة تعرض بصفة تخطيطية مكثفة، بحيث أن المدة التي نتعامل فيها يمكن أن تتعدى 40 ساعة في الأسبوع وموزعة على عدة سنوات.

(Pascal Lenoire et All, 2003, p.2006)

وتعتمد إجراءات المعالجة أو الكفالة على عدد من البدائل الناجحة والفعالة ونجد منها تقديم معززات إليه كالطعام وتقديم معززات استجابة مثل: أبعاد النظر عن الطفل عندما يقوم بالسلوك غير مرغوب فهو تعزيز السلوكات التي تتعارض مع السلوكات غير مناسبة والعمل على منحه الملائم وخصوصاً اللغة.

(مصطفى نوري القمشي وآخرون ، 2007 ، ص318)

وعموماً في السنة الأولى من العلاج يهتم بتخفيض الإيذاء الذاتي وتعليم الطفل على القيام بالطلبات الأساسية وتعليمه التقليد ووضع أدوات تتناسب مع اللعب والعمل على تعميم العلاج في العائلة.

في السنة الثانية: العلاج يتمركز على اللغة التعبيرية والمجردة فالعلاج ينتشر أيضاً في مجتمع الطفل بهدف إدماجه في فريق مدرسي.

السنة الثالثة: تعلم الطفل التعبير الانفعالي والنشاطات ما قبل الأكاديمية مثل القراءة، الكتابة، الرياضيات، والتعلم عن طريق الملاحظة بهدف إدماجه في قسم عادي للسنة الأولى. **(Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.74)**

وقد أشار "لوفاس" "Lovaas" إلى أهمية اشتراك الوالدين في عملية تدريب الطفل حيث أن استمرارية السلوك لدى الأطفال المتوحدين والذين تعرض والديهم لدورات تدريبية يتم من خلالها تعليم الوالدين إجراءات تطبيق برنامج مع الطفل التوحدي كانت أكثر من الآباء

والأمهات الذين لن يلقوا التدريب المناسب.(مصطفى نوري القمشي وآخرون، 2007، ص318)

هناك عديد من الدراسات التي توصلت إلى أهمية النتائج العلاجية للطرق السلوكية الشديدة بالتركيز على ملاحظة تحسن في الذكاء، اللغة أو من حدة التوحد، هناك ثلاثة معايير تنتمي بفعالية لهذه الطريقة والتي تكون أساسية ومناقشة وهي:

-النضوج المبكر **La précocité** وشدهتها **Intensité** ودرجة نمو الطفل عند بداية التكفل به: غياب التقييم الخارجي للنتائج وغياب وجود دراسة مقارنة لطريقة أخرى يجب أن تأخذ بعين الاعتبار عند التحليل الدقيق والحذر للنتائج، هذه الفطنة يجب أن تتوفر عند غياب الصحة النهائية للنتائج خصوصا أن تكفله هذه الطريقة والمحاصرة واللازمة من طرف العائلات تكون باهظة، كما أن مجموعة من التيارات لوحظت خلال استعمالها قد أفسدت المجال العلاجي. (Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.74)

3-9-1- النفسي: تشير "هالة فؤاد" إلى أن هذا الأسلوب العلاجي يعتمد على الأسلوب السيكوديناميكي المبني على وجهة نظر "بيلهام" **Bettelheim** " وفيه يحاول المعالج بناء علاقة تتسم بدفء ولود بين الطفل الذاتوي ووالديه بهدف تشجيع الطفل للدخول في العالم مع القيام بالملاحظة الايجابية غير المشروط لكي يبدي الطفل الثقة بالآخرين ويأخذ الفرص لبناء العلاقات.

ولقد سجل "بتلهام" **Bettelheim** " نجاحات في حالات عديدة ويتصف أسلوبه العلاجي بأنه يحتوي على تعليمات مباشرة كثيرة وتدعيم منظم، إلا أن طبيعة الملاحظة غير المتقنة تجعل من الصعب التعرف على الخطوات المفيدة التي تؤدي إلى النجاح. ف"سميرة السعد" تعلقت بدور العلاج النفسي كأحد أساليب علاج الذاتوية بأنه لم يعط فائدة كبيرة خاصة لذوي المستويات المتوسطة والشديدة.

(إيهاب محمد خليل، 2009، ص91)

4-9-1- الطبي: نظرا لبعض أعراض الذاتوية تظل ثابتة ويصعب التخلص منها عن طريق العلاج السلوكي كالسلوكيات النمطية أو السلوك العدواني أو النشاط الحركي الزائد أو نوبات الصرع، لذا يتم اللجوء إلى العلاج الطبي واستخدام العقاقير للحد من هذا الأعراض علما أنه لا يوجد حتى الآن من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح للحالات الذاتوية. من أهم هذه العقاقير:

1. عقار الفيرفلورمين Ferfluramine: يعمل على خفض مستويات السيروتين في الدم ويسبب مستويات هذه المادة في دم الأطفال التوحديين ، فقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال المتوحدين لهذا العقار.

2. فيتامين B6 والمغنسيوم Vitamine B6 Magnisium: ويساعد هذا الفيتامين بعض الحالات التوحدية ممن لديهم نشاط زائد ويحسن من سلوكهم بشكل عام، كما أنه يحسن اللغة واضطرابات النوم ويخفف التهيج ويزيد الانتباه.

3. الفينوثيازي Phenothiazines: استخدم الفينوثيازي بفعالية في علاج العظام ولكنه لم يظهر مساعدة تذكر مع التوحد.

4. الليثيوم Lithum: استخدم في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس والاكتئاب) وأظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحديين مع الاضطراب الانفعالي الهوس الإكتابي.

(فهد بن حمد المغوث، 2006، ص25)

5. هامودياليسيس Homodialysis: استخدم في علاج العظام عند الطفل المتوحد.

6. عقار فلوفاكسامين Fluvaxamine و فلوكتستين Fluoxetine وسيرترلين Sertraline: تعمل هذه العقارات على الوقاية من إعادة امتصاص السيروتونين من قبل الخلية العصبية وبالتالي تعمل على جعل الناقلات العصبية متوفرة أكثر وتكون فعالة في الخلية الأخرى في سلسلة، ولقد استفادت بعض حالات التوحد من هذه الأدوية استعملها

معظمهم دعم وجود شذوذات في سيروتونين التمثيل الغذائي لهم. (الحمدان عبد الله، 2000، ص132)

7. عقار الـ **retaline** الـ الذي يستعمل في تخفيض النشاط الزائد، وهذا العقار يخفض من حدة السلوك العدواني وإيذاء الذات.

8. عقار الـ **haloperidol** وهو مضاد للذهان يعمل على تقليل نسبة الدوبامين ومن الناحية الإكلينيكية يقلل الحركة الزائدة والانسحاب والحركات التكرارية. (Pierre Ferrari, 1999, p.120)

1-9-5- بالموسيقى: يعتبر العلاج بالموسيقى من أساليب العلاج الهامة حيث تحدث تغييرات ايجابية في السلوك الإنساني وهو أداة تعمل على تطور المجال الاجتماعي الإنساني ، التعليمي (المعرفي، الحركي، الإدراكي).

وتكمن فعالية العلاج بالموسيقى كونه أسلوب تواصل غير لفظي ومعرز طبيعي ويعمل على زيادة الدافعية لإنجاز المهام عبر الموسيقى، حيث يستجيب كل فرد لبعض أنواع الموسيقى على الأقل ويعتبر العلاج بالموسيقى ذا فائدة خاصة مع الأطفال المتوحدين، حيث يدعم المجالات التي يقترحها الآباء والمعلمون والمختصون لتلبية احتياجات الطفل من خلال منهاج موسيقى كامل يرافق مواضيع البرنامج التربوي الفردي، وعلى سبيل المثال، يمكن زيادة التواصل البصري عند الطفل المتوحد من خلال التصفيق التقليدي أمام وجه الطفل ويمكن استخدام الموسيقى لزيادة السلوك الاجتماعي التعاوني مثل الجلوس في المقعد والبقاء مع الأطفال الآخرين في حلقة اللعب.

ويؤثر العلاج بالموسيقى على تطور العلاج عند الأطفال التوحدين حيث من الممكن أن يبدأ الطفل المتوحد بالغناء رغم انه لا يتكلم عند عزفه على آلة موسيقية معينة وسماعه للحن محبب إليه ويرافق ذلك العمل المنظم جهود المختص الأرطوفوني ومعلم الصف، بحيث يطلب من الطالب بتكرار كلمات بسيطة وأشباه جمل وأغاني مصحوبة بالتلميحات البصرية واللمسية.

وتشير الأبحاث التي أجريت حتى الآن إلى أنه يوجد أساس بيولوجي للموسيقى وأن للدماغ تنظيمات وظيفية للموسيقى، ويبدو واضحا تماما حتى في هذه المرحلة الأولية من العمل البحثي أن كثيرا من المناطق الدماغ تسهم في جوانب معينة من سيرورة معالجة الموسيقى سواء يدعم الإحساس (مثل فهم اللحن)، أو بإثارة استجابات عاطفية كما يبدو وأن لدى الموسيقيين مميزات إضافية، خاصة في النمو المفرط لبعض بني الدماغ لديهم وتقيم هذه النتائج الدليل على أن التعلم يعيد دوزنة الدماغ، وذلك بزيارة الاستجابات لكل الخلايا، وكذلك زيادة، أعداد الخلايا الشديدة والاستجابة لأصوات صارت مهمة بالنسبة إلى مستمعها وباستمرار الأبحاث حول الموسيقى والدماغ نستطيع التطلع إلى فهم أعمق ليس فقط عن الموسيقى وحول أسباب وجودها بل أيضا حول كم هي متعددة الأوجه في واقع الأمر.

(مصطفى نور القمشي وآخرون، 2007، ص180)

كما يمكن أداء بعض الألعاب بمصاحبة الموسيقى لتعليم الطفل كيفية إحداث التوافق بين حركة جسمه وأنغام الموسيقى التي يسمعها، فعلى سبيل المثال يمكن أن يعزف مقطوعة موسيقية أو أغنية معينة مع جعل لأطفال يدورون في حلقة بخطى بطيئة أو سريعة تبعا لتعليمات المعلم وتوافق مع الموسيقى التي يسمعونها، أو يمكن أن يطلب منهم العزف على بعض الآلات الموسيقية كالطبل والأجراس تبعا لنوع الموسيقى أو تبعا للأصوات التي يسمعه بوجه عام، تعد الأغاني المستخدمة في الألعاب التي يتعلمها الطفل في دور الحضانة المختلفة مفيدة إلى حد كبير خاصة تلك التي تتضمن إشارات والأوضاع المختلفة والمحاكاة البسيطة لبعض الأصوات. (مورين أرونز، تيسا جيتنس، 2008، ص 62)

6-9-1- بالحقن: هذه الطريقة ملهمة من تجربة المعالج البريطاني "زابيلا" "ZAPPELLA" وطورت من طرف "ويلش" "Welsh" عام 1988 في الولايات المتحدة الأمريكية التي تركز التصور على أن الصعوبات العلائقية الملحوظة في اضطراب التوحد ترجع إلى القلق والاضطرابات العاطفية الداخلية في إطار صعوبات تعلق الطفل بأمه.

(Pascal Lenoire et All, 2003, P.220)

لقد عرفت هذه الطريقة العلاجية انتشارا هاما في انجلترا، ايطاليا وألمانيا وهذه التقنية تتشابه مع إعادة التربية النفسية الحركية وتتمثل في المحافظة على الاتصال الجسدي القريب بالطفل المتوحد، ولقد أظهر كل من "زابيلا" Zapella " و"ريشلىر" Sichnler " عام 1989 وجود حالات تطورت ايجابيا ثم التحسين اللغوي وتحقيق التكرارات المملة وكذلك القليل من التجنب العلائقي عند هذه الحالات، لكن رغم إفادة هذه الطريقة لبعض الحالات إلا أن ليس هناك أية دراسة تقييمية لهذه الطريقة. (Mahmoud Ould Taleb, 2009, p.70)

10-1- بالتوحد:

لا يوجد دواء لوحده يساعد في علاج حالات التوحد لكن هناك مجموعة من الحلول مجتمعة مع بعضها اكتشفتها عائلات الأطفال المرضى والمختصون، وهي حلول فعالة في علاج الأعراض والسلوك التي تمنع من ممارسة حياتهم بشكل طبيعي، وهو علاج ثلاثي الأبعاد: نفسي، اجتماعي، ودوائي، والمتمثل في:

1-10-1 التحليل النفسي في علاج التوحد: هناك من يرى أن العلاج

باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

- المرحلة الأولى: يقوم المعالج على تزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

(عبد الرحمان سي سليمان، ص 92)

- المرحلة الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

10-2- العلاج السلوكي في علاج التوحد: تقوم هذه الفكرة تعديل السلوك

على مكافأة السلوك الجيد مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى الغير المناسبة، وذلك من خلال السيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل، أحد الأهداف الأولية للعلاج هو زيادة قدرات الطفل في الاختلاط واللعب بطريقة تقلل من السلوك النمطي، وفي كثير من الحالات يلاحظ على أنه عندما تتحسن مهارات البعد والكلام يقل السلوك النمطي تلقائيا فمثلا: تعليم

الطفل كيفية اللعب بألعابه بطريقة وظيفية ينتج عنه نقصان السلوك اليدوي النمطي مثل المعزل أو نشاطات نمطية كرفع الألعاب في خط مستقيم.

(محمد أحمد خطاب، 2009، ص88)

فهناك عدة خطوات يتعين الاهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاجي أو التدريبي أو التعليم وهذه الخطوات هي:

أ- **تحديد الهدف:** لا بد من العمل على اختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدد وواضح مثل: الرغبة في تعليم الطفل الابتسامة لغيره أو مشاركة الآخرين في اللعب أو القيام بسلوك حركي معين. (محمد عدنان عليوات، 2008، ص107)

ب- **سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل:** لا بد أن يعمل المعالج السلوكي والمعلم أو ولي الأمر على جذب انتباه أولاً واستخدام تعليمات سهلة يفهمها الطفل وذلك في اللحظة المناسبة.

ج- **حث الطفل على الاستجابة عن طريق الملاعبة بين المطلوب تأديته مع خبرات الطفل الحاضرة.**

ت - **مراعاة عملية اكتساب السلوك المرغوب فيه عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية.** (عبد الرحمان سي سليمان، 2000، ص94.93)

10-3-1- العلاج الدوائي: يوجد عدد من الأدوية في علاج سلوك الطفل الذي يعاني من التوحد ومن هذا السلوك فرط النشاط، القلق، نقص القدرة على التركيز الاندفاع، والهدف من الأدوية هو تخفيف من حدة هذا السلوك حتى يستطيع الطفل أن يمارس حياته التعليمية والاجتماعية بشكل سوي إلى حد ما، من بين الأدوية المستعملة للسلوكات المضطربة المصاحبة للتوحد نذكر: Blavil، Valiun ، Ativan , Xanx ، حيث اكتشف الباحثون ارتفاع معدلات مثل البروتونين في مجرى الدم حوالي ثلث حالات الأطفال الذين يعانون من التوحد. (طارق عامر، 2008، ص122)

لوحظ استجابة الأطفال من درجة الحدة المتحفظة، فالسلوك التهيج والاستثارة والسلوك الغذائي المضطرب لوحظ تحسن ملحوظ في الاتصال مع الآخرين والاستجابة لمن حولهم. (طارق عامر، 2008، ص123)

4-10-1- بالتكامل السمعي: الطريقة التي طورها "جاي بيرفاد" Gay Brevad " في علاج تدريب المخ لاستقبال المعلومات بطريقة صحيحة، يكون هذا عن طريق الاستماع إلى الموسيقى باستخدام سماعات يتم مرتين يوميا لمدة أسبوع مدة الجلسات 30 دقيقة يسمع فيها الطفل إلى موسيقى ديناميكية من خلال جهاز يخلق توازن بين الترددات المنخفضة جدا والعالية جدا (15-18 هرتز).

(فهد بن حمد المغوث، 2006، ص137)

5-10-1- بالتكامل الحسي: يقوم العلاج التكاملي الحسي على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط جميع الأحاسيس وتكاملها مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس التوازن، التذوق، وقد يؤدي إلى أعراض التوحد. أي أن هناك مشكلة في تكامل الحواس والمعلومات داخل الجهاز العصبي وعلى الأخص المعلومات المنقولة عن طريق اللمس والحس المجازي المسئول عن الاتزان والحركة والنعمة العضلية والحس التقبلي الذاتي (منبه أو مثير ناشئ ضمن عضلات الشخص أو أوتاره العضلية) لذا يصمم ما يطلق عليه الوجيه الحسية، وهي تشكل تدريبات للحواس الثلاث المذكورة متكررة لمدة دقائق قليلة يوميا.

(نصر سهى أحمد، 2002، ص117)

6-10-1- العلاج البيئي في علاج التوحد: العلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته مباشرة، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض، أو الذي يتعامل على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء بالتالي يتضمن استخدام العلاج البيئي في علاج

التوحد، تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية اعتيادية. (طارق عامر، 2008، ص130)

ا-10-7- العلاج بالحياة اليومية: يركز البرنامج على تدريب بدني شديد ينتج عنه إطلاق مادة الأندرفينات، التي تحكم القلق ، إضافة إلى برامج موسيقى مكثف والفن والدراما مع السيطرة على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال والاحتكاك والتفاعل مع أصحابهم من الأطفال العاديين بهدف مساعدتهم على النمو الطبيعي.

(عبد الرحمان سي سليمان، 2000، ص95)

ا-10-8-علاج مشكلات الطعام والنوم: لعلاج مشكلات الطعام يمكن استخدام ووسائل التغيير التدريجي، تغيير بسيط جدا في أول الأمر مثل أوقات الوجبات أو وضع الطاولة تعليمية كيفية الطبخ له، أثر جيد في إدراكه أن الطبخ ليس بعمل ثابت وأنه ليس من الضروري أن يكون الطعام جاهز في وقت محدد.

أثبتت وسائل التغيير التدريجي فعاليتها في علاج أطفال متوحدين آخرين نتجت مشاكل الطعام لديهم من مقاومة التغيير كمية قليلة من طعام جديد غير مقبول لدى الطفل يمكن خلطه ووضعه داخل الوجبة المعتادة، فإذا تقبل هذا الطعام دون مشاكل يمكن زيادة كمية الطعام الجديد تدريجيا وتستخدم الطريقة نفسها مع مشكلات النوم، بحيث بدأت مشكلة الطفل تدريجيا بإصرار على أن تقف والدته معه وقت طويل في غرفة نومه حتى ينام، حتى بدأت والدته تنام معه طوال الليل، بعد أول محاولة لتجاهل أعراضه عند تركها لغرفة نومه تنازلت عن أي محاولة أخرى بسبب الإزعاج الذي صدر منه مما دعي الجيران أن يشكوا.

بعد العلاج التدريجي لهذه الحالة بانسحاب الأم تدريجيا من غرفة نومه طفلها أولا ثم وضع مرتبة قابلة للنفخ في غرفة الطفل المتوحد (وكانت غرفة صغيرة لا يمكن وضع سرير آخر فيها) وضعت مرتبة بجوار سريره حتى تستطيع الأم باحتضانه بمجرد استيقاضه من نومه كالعادة، وتدرجيا بدأ تريح المرتبة خطوة بخطوة، حيث تستطيع الأم التحدث معه وتلمسه عندما تستيقظ لكن لا يستطيع أن تخفضه بسهولة، وتدرجيا بدأت الأم تبعد المرتبة

عن سريره في اتجاه الباب وعند استيقاظه تستطيع إرضائه بالحديث فقط، ولا تستطيع لمسه، وفي فترة وجيزة تقبل الطفل التغيرات. (سعد رياض، ص 87.88)

10-9- الإيذاء البدني: إن إيذاء الذات والسلوك العدواني من المشكلات الشديدة الصعوبة لدى والدي الطفل المتوحد، حيث يقوم بعض الأطفال المتوحدين بضرب رؤوسهم على الجدران أو في الأرض بشدة، لقد تم تكريس وقت طويل واهتمام متزايد نحو الطرق الخاصة بالتعامل مع هذه المشكلات:

1- تعديل السلوك باستعمال التدعيم الإيجابي فقط: هذا التدخل يوصي به بالطبع عندما يكون إيجابياً.

2- المناظرات: توضيح الفرق بين السلوك وضده للطفل وبين السلوك الحسن والسلوك السيئ.

3- العقاقير: تبين أن الكثير من العقاقير منها عقار "نالتركسون" لها تأثير على بعض الحالات.

4- تصحيح كيمياء للجسم: وذلك باستعمال المكملات الغذائية أو بإزالة السموم الجسدية الناتجة عن العناصر هامة مثل الزئبق.

10-10- العلاج باللعب: يرى "كلارك موشاكس 1990 أن أسلوب العلاج باللعب يركز على ثلاثة اتجاهات تعتبر دعائم أساسية يسند عليه العلاج باللعب وهي:

أولاً: الإيماء بالطفل والثقة فيه لا يرى موساكسي أن الإيمان بالطفل والثقة فيه لا تدرك بالحواس وإنما يتم التعرف عليها من خلال المشاعر والأحاسيس، فمن خلال جلسات العلاج باللعب غير الموجهة يستطيع الطفل أن يكون على وعي بالمشاعر التي يوجهها المعالج نحوه ويستطيع الإحساس بالثقة وذلك من خلال بعض التعبيرات والعبارات البسيطة.

ثانيا: تقبل الطفل يقوم التقبل على عاملين هما:

1. نشاط تفاعلي حقيق بين الطفل والمعالج ويشعر الطفل من خلال هذا النشاط أنه متقبل تماما.

2. تواصل المعالج مع أحاسيس ومشاعر الطفل وإدراكه ومفاهيمه المعينة.

ثالثا: احترام الطفل: تبدوا مظاهر الاحترام أثناء الجلسة العلاجية بمتابعة الطفل والاهتمام به من قبل المعالج ومحاولة فهم مشاعره وتعبيراته واحترام عادات الطفل كجزء من شخصيته وعلى المعالج أو يوصل الإحساس بالاحترام إلى الطفل.

(سعد رياض ،ص88.89) .

أما فيما يخص الكفالة في الجزائر: فإن التوحد يعتبر من الاضطرابات الأكثر تعقيدا عند الفرد ، فحتى الآن لم يجد المختصين والأطباء، السبب الرئيسي لهذا الاضطراب فهذه الفئة تعاني من مشاكل على مستوى التفاعل الاجتماعي، الاتصال و اللغة...، رغم أن ذكاءهم عادي .

فمن خلال الإحصائيات الأخيرة التي وصلت إليها الجزائر حول هذا الاضطراب (التوحد) فهو عرف تزايد كبير مقارنة بالسنوات الماضية ، بحيث وصلت النسبة إلى أكثر من 8000 ألف طفل متوحد على مستوى الوطني .

فالجزائر من بين الدول التي تهتم بهذه الفئة من الأطفال المتوحدين ، حيث خصصت لهم مراكز إستشفائية فنذكر بعض هذه المراكز: مركز يوجد في قسنطينة، وهران، شراكة، القبة تيزي وزو (Les sept merveilles)،...، ولكن نرجو أن يكون هناك إهتمام أكثر بهذه الفئة وفتح مراكز خاصة أخرى في السنوات المقبلة مثل المركز الإستشفائي (دريد حسين) المتواجد في الجزائر العاصمة المخصص لهذه الفئة، بحيث يتكون من عدد أخصائيين: نفسانيين، الطب العقلي، أرطوفونيين، بداعوجيين، الطب العقلي للأطفال.

بحيث وضعوا لهم برامج متخصصة فكل طفل متوحد يقدمون له ساعة ونصف من الوقت، فكل نصف ساعة هناك أخصائي يعمل معه، نصف ساعة للأرطوفوني، نصف ساعة للنفساني ونصف ساعة للمتخصص البيداغوجي.

إضافة إلى الحصص التي يتلقاها الطفل كل شهرين أو ثلاث أو ستة أشهر، لإنجاز اختبار من طرف الطبيب العقلي للأطفال لتحديد درجة التوحد التي وصل إليها الطفل.

ويعتمدون في الكفالة على برنامج "تيتش" فذا البرنامج مصمم بشكل فردي لكل طفل وله عدة خطوات:

- تركيز النظر.

- التقليد.

- التفاعل الاجتماعي.

- الإتصال.

- التسمية.

- تركيب الأشياء.

خلاصة الفصل:

يتضح لنا مما سبق أن التوحد يؤثر على جميع جوانب النمو لدى الفرد المصاب وتبعده على النمو الطبيعي ومنه يؤثر على مختلف الاتصالات اللفظية كما يتميز بالعزلة والانسحابية والتوحد يعود إلى عدة أسباب سواء سسيولوجية، وراثية، أسرية، أو اجتماعية وبناء على ذلك فالأعراض المرتبطة بالتوحد تعتبر الأهم في التعرف على الأشخاص الذين يعيشون في ظل هذا الاضطراب ، كما أن عملية تشخيص التوحد ليس بالأمر السهل فلا بد من يدخل مختلف الأخصائيين وبما أن مفهوم التوحد واسع ومتعدد الأشكال فلا بد من التمييز هذه الفئة عن الحالات الأخرى نظرا لتداخل الأعراض مع كثيرا من الاضطرابات.

تمهيد الفصل :

يعتبر الإدراك البصري العملية الرئيسية التي من خلالها يتم تمثيل الأشياء في العالم الخارجي، وإعطائها المعاني الخاصة بها، فالإدراك البصري عملية معرفية تمكن الأفراد من فهم العالم الخارجي المحيط بهم والتكيف معه من خلال اختيار الأنماط السلوكية المناسبة في الضوء المعاني والتفسيرات التي يتم تكوينها للأشياء، وهو بمثابة عملية تجميع الانطباعات الحسية المختلفة عن العالم الخارجي وتفسيرها وتنظيمها في تمثيلات عقلية معينة ليتم تشكيل خبرات تخزين في الذاكرة ، بحيث تشكل نقطة مرجعية للسلوك أو النشاط يتم اللجوء إليه خلال عملية التفاعل مع العالم الخارجي.

سنحاول في هذا الفصل إعطاء صورة واضحة للإدراك البصري وفهم العوامل المؤثرة في الإدراك ، مراحل ، خصائصه والإدراك البصري وعلاقته بالتجهيز المعرفي .

II-1-تعريف الإدراك :

يعتبر الإدراك نتيجة لترجمة المعلومات الحسية ويتطلب دمج مجموعة من الأحاسيس فبفضله يقوم الفرد بالاختيار، وأخذ القرار وذلك من خلال معارفه السابقة وتوقعاته والمحفزات العاطفية.

وهو مقدرة الفرد على تنظيم التنبهات الحسية الواردة إليه عبر الحواس المختلفة ومعالجتها ذهنيا في إطار الخبرات السابقة والتعرف عليها وإعطاءها معانيها ودلالاتها. أما حسب القاموس الأرطوفوني فيعرف الإدراك على أنه قناة معرفية تؤدي إلى ترجمة المحيط حسب المعلومات الناتجة عن الحواس.

ويطلق على الإدراك اصطلاحا في علم النفس أنه العملية التي تتم من خلالها معرفتنا للعالم الخارجي عن طريق التنبهات الحسية، كأن أدرك أن هذا الشيء الذي أمامي هو كتاب وأن لهذا الكتاب مميزات خاصة من لون ومن اتجاه في المكان، ومن طول وعرض وسمك وبروز، ومن وضع بالنسبة للمركب، وإلى ما يحيط به من أشياء ولا يقتصر إدراكي لهذا الكتاب على الخصائص الحسية بل يشمل على معرفة استخدام هذا الشيء .

(يوسف مراد، 2000، ص 183)

أما " أندرسون " 1955 فيعرفه على أنه " محاولة تفسير المعلومات التي تصل إلى الدماغ".

في حين يرى " ستينبرغ " 2003 على أنه العملية التي يقوم من خلالها التعرف على التمييزات الحسية القائمة على الحواس وتنظيمها وفهمها. (عصام نور، 2003، ص 31)

فالإدراك هو العملية العقلية التي تسبق السلوك، فبدون الإدراك لا يحدث سلوك لأن الفرد يتصرف طبقا لمتطلبات الموقف الذي يدركه وبالتالي كلما كان الإدراك صحيحا كلما كان السلوك الذي يأتي به الفرد صحيحا، ومن هنا يتضح لنا مدى العلاقة الوثيقة بين الإدراك والسلوك. (عدنان يوسف، 2004، ص 93).

II-2- مراحل عملية الإدراك: تمر عملية الإدراك بثلاث مراحل وهي :

المرحلة الأولى : فإن الميكانيزمات المتدخلة تتعلق بمعلومات يكونها المثير وخاصة الجهاز الحسي، حيث يقوم بتفسير المعلومات الحسية آليا (لا يستدعي الانتباه) وتحليل خصائص المثير.

المرحلة الثانية : تسمى بمرحلة التحليل والتمييز حيث تأخذ تفاصيل الموضوع في الظهور ويقف الفرد على الأجزاء والتفاصيل ثم يبدأ في مرحلة التحليل وإدراك العناصر المكونة للموضوع بعد أخذ نظرة عامة عنه ، وبعبارة أخرى أن هذه المرحلة تختص بجميع المعلومات وبناءها في وحدات عامة.

المرحلة الثالثة : هي مرحلة معرفية بحتة تتعلق بالتعرف على الأشياء والأحداث ، وذلك بترجمة المعلومات الحسية المستخلصة من المرحلتين السابقتين ، فالمعارف السابقة هي إذن ضرورية لتحقيق التعرف أو ليكون رد فعل آلي لهذه المعلومات ، فالإدراك ليس فقط مشاهدة أو تمثيل العالم فهو نشاط ذهني في نفس الوقت يتحكم و يراقب أفعالها.

(François Dortier,1999, p. 176)

II-3- خصائص الإدراك: تتضمن الخصائص ما يلي :

* إنها عملية تكاملية ما بين خبرة الفرد الماضية و الإحساسات الصادرة في المنبهات الجديدة، ومن خلال عملية الإحساسات الصادرة عن المنبهات الجديدة ومن خلال عملية التكامل للخبرة الفردية السابقة يمكن إدراك وتفسير الخبرات الجديدة.

* إنها عملية تتوسط العمليات والسلوك لذلك فهي عملية غير قابلة للملاحظة المباشرة وإنما سيستدل عليها من خلال الاستجابات الصادرة من الفرد.

(عبد الرحمان عيساوي،1991، ص 26)

***الإدراك عملية آلية حيث تتم على نحو لا شعوري ولكن نتائجها دائمة.**

* الإدراك عملية تصفية، حيث يلجأ الأفراد عادة إلى تجميع الإحساسات في فئة معينة اعتماداً على خصائص مشتركة بينها مما يسهل إدراكها، فالفرد الذي لم يرى طائر النورس سابقاً من السهل عليه إدراكه على أنه طائر نظراً لوجود خصائص مشتركة بينه وبين الطيور الأخرى، إن مثل هذه الخاصية تساعدنا على إدراك وتمييز الأشياء الجديدة أو غير مألوفة بالنسبة لنا.

* الإدراك هو عملية نفسية من خلالها تستطيع أن تتعرف على العالم والبيئة المحيطة بنا وتجمع عنها معلومات، والإدراك هو انعكاس خبرتنا الماضية ولشخصيتنا.

(رافع نظير الزغلول، 2003، ص 16)

II-4- شروط الإدراك :

إن الإدراك هو قراءة معاني من الإشارات الحسية وإعطائها معني، وحتى تتم عملية الإدراك لا بد من توفر شروط محددة، أو بالأحرى شرطين ضروريين وهما :

II-4-1 وجود الذات التي تدرك : يستخدم الإنسان في العادة خواصه المتعددة للتعرف

على العالم ، حيث يبدأ الطفل في استخدام خاصية الذوق للتعرف على الأشياء فالطفل الصغير عندما يريد أن يتعرف على شيء ما فإنه في البداية يضعه في فمه وبذلك يتعرف على الأشياء عن طريق الذوق ثم يتدرج حتى يصل إلى استخدام العلاقات المترابطة كذلك فيما يخص الألوان فإن حاسة البصر تمكن الطفل من معرفة الألوان والتمييز بين الألوان الأساسية المتمثلة في الأحمر، الأخضر، الأزرق ودرجات الألوان الثانوية والتي تنتج عن خلط هذه الألوان الأساسية وتنتج الألوان الأخرى بما فيها الأصفر، الأبيض و التعود عليها وهذا ما ينطبق على بقية الحواس الأخرى كالسمع، الشم فعند سماع الأصوات المختلفة يحتفظ بها الطفل ويتعود عليها وتبدو له مؤلفة، وعن طريق حاسة الشم يتعرف على مختلف الروائح ويميز بين الرائحة الطيبة والكريهة. (تيسير مفلح كوافحة، 2000، ص 12)

II-4-2 وجود ما نود إدراكه : أي وجود الأشياء والموضوعات ذات دلالة خاصة تميز

كل موضوع منها عن الآخر سواء كان من خلال اللون أو الحجم أو الشكل أو العدد أو البعد، فهذه الموضوعات تبدوا متباينة ومختلفة عن بعضها، يقوم الفرد بإدراكها بصورة واضحة ويقوم بعملية الفصل أو التمييز بين هذه الأشياء وفق المواضيع التي يليها أهمية وفي نطاق حواسه.

يعتمد الإدراك على شرطين ضروريين يتمثل الأول في المثيرات الفيزيائية المستقلة والبيئة والثاني يتمثل في الحواس التي تعتمد كلياً على الأعضاء الجسمية عند الإنسان.

(جودت بن جابر سعيد عبد العزيز، 2002، ص 133).

II-5- العوامل المؤثرة في الإدراك : يتأثر الإدراك بجملة من العوامل منها :

II-5-1- العوامل الذاتية : ويقصد بها تلك التي تتعلق بالفرد الذي يقوم بعملية الإدراك

وتكمن في داخله ويكون مصدر الذات مثل الميول والاهتمامات و المزاج والعواطف منها :

• **عامل الألفة :** يشير إلى دور الخبرة السابقة في عملية الإدراك حيث أننا ندرك الأشياء في ضوء خبراتنا وما مر من تجارب فكلما كانت الأشياء التي ندركها في الوقت الراهن تقع في إطار خبراتنا السابقة يسهل علينا إدراكها . (عصام نور، 2003، ص 35)

• **التوقع والتهيؤ الذهني :** هذا العامل يؤكد ذاتية الإدراك بمعنى أن الإنسان عند إدراكه للأشياء في العالم الخارجي يدركها حسب توقعاتنا واستعداداتنا، فالفرد يرى ما يتوقع رؤيته ويسمع ما يتوقع سماعه. (جودة جابر عبد العزيز، 2002، ص 132).

• **التركيب الطبيعي للفرد :** وهذا يتوقف على عاملي الوراثة والخبرة السابقة للحالة التي يكون عليها الفرد كالنوم واليقظة، الجوع والعطش، الصحة والمرض.

• **الاتجاه العقلي للفرد :** فيما يتماشى مع اتجاه الفرد العقلي تسهل الاستجابة مثل الشخص الذي يبحث عن قطعة نقود سقطت منه سيلفت نظره على كل ما يلعب على الأرض أو صوت له رنين معدني. (تيسير مفلح كوافحة، 2007، ص 17).

II-5-2 العوامل الخارجية : وهي تلك العوامل التي تتميز بها موضوعات العالم الخارجي نفسه ، أي الشكل واللون التي تتخذه هذه الموضوعات، ومعنى ذلك أنها عوامل مستقلة عن تفكير الإنسان المدرك ومنها:

- **التكرار :** الموضوع الذي يتكرر دائما بفرض نفسه على مجال إدراكنا
 - **الشدة :** الموضوعات الأكثر شدة كاصوت المرتفع، أو لون قاتم يسهل علينا إدراكه أكثر من الموضوع أقل شدة.
 - **الحركة :** الموضوع المتحرك يقع في مجال إدراكنا بسرعة أكثر عن باقي المواضيع.
- (رافع نصر الزغلول، 2007، ص 132).

II-6-تعريف الإدراك البصري :

الإدراك البصري هو تلك الفكرة التي ترسم في ذهن الفرد نتيجة لمثيرات بصرية بيئية حيث يتم تحويل المثير البصري من صورته الخام إلى جشطلت الإدراكي الذي يختلف معناه ومحتواه عن العناصر الداخلة فيه.

II-7- نموذج "أتكنسون" " Atkinson " و "شيفرين" « shiffrin » في الإدراك

البصري: يعد "أتكنسون" و"شيفرين" 1968، من الباحثين الذين اهتموا اهتماما ملحوظا بدراسة عمليات الإدراك وما يرتبط بها من عمليات في نطاق اتجاه تكوين وتناول المعلومات، بجانب التجارب التي أجريها في موضوع الذاكرة والتي تم الاستفادة منها في دراسة الإدراك البصري، فقد تمكن "أتكنسون" و"شيفرين" من وضع نموذج لعملية الإدراك في إطار اتجاه معالجة المعلومات، لا يعتمد بدرجة كبيرة على التفسيرات الفيزيولوجية لهذه العملية، ويتكون هذا النموذج من ثلاثة مستويات وهي مختلفة حسب المعلومات التي تتصل بالمثيرات التي يتعرض لها الفرد في المواقف سواء بشكل متأنى أو بشكل متتابع مع مرور الوقت وهي كالاتي :

-
- أولاً : مرحلة التسجيل الحسي
 - ثانيا : مرحلة التخزين قصير المدى.
 - ثالثاً : مرحلة التخزين طويل المدى (فتحي مصطفى الريان ، 1995، ص 220).

8-II- التنظيم الإدراكي البصري :

- 1-8-II ثبات الطول : هنا نتحدث عن علاقة البعد والطول، حيث أن البعد يؤثر على الطول رغم ثباته ومثال على ذلك أن الخط الأفقي العلوي هو الطول.
- 2-8-II ثبات اللون : يميل الأفراد على إدراك الألوان على أنها ثابتة لا تتغير، وأن الأشياء تحتفظ بألوانها الأصلية بغض النظر على حجم الإضاءة أو نوعها أو المكان.
- 3-8-II ثبات الشكل : من المعروف أن حركة الأشياء تتغير في الشكل إلا أنه عندما يغير حركة تموضعه يبقى يحافظ على نفس الشكل مثل : الباب في وضعية الغلق والفتح.
- 4-8-II ثبات الحجم : الحجم المدرك للأشياء يضل ثابتاً تقريباً على الرغم من التغير في حجم صورة الجسم على زاوية الرؤية، مع تغيير المسافة وثبات الحجم والخبرة تتدخل في الموضوع.

- 5-8-II ثبات الإضاءة : نتحدث عن كمية الضوء المرئي ومدى العلاقة بينها إذ يوجد مواد لا تتأثر بدرجة الإضاءة (الكمية).

- 6-8-II إدراك العمق : نمط إدراك عين الإنسان ذو بعد ينسل على الأشياء الموجودة حولنا تقريباً ذات ثلاث أبعاد، حيث يتم الدمج داخل الدماغ، بحيث يتمكن الإنسان من إدراك البعد "العمق".

- 7-8-II إدراك الزمان : يميل الإنسان إلى إدراك المثيرات في أوقات حدوثها في الطبيعة إنهم مدركون أن هناك مثيرات لها أوقات محددة لحدوثها و تتدخل الخبرة في إدراك الزمان. (عدنان يوسف العتوم، 2004، ص 103).

9-ii الإدراك البصري وعلاقته بالتجهيز المعرفي :

إن الإدراك بصفة عامة تقع بين مجالين : العمليات الحسية والعمليات المعرفية وأنه مجموعة من العمليات العقلية التي تسمح للشخص بانتقاء وتوجيه في آن واحد المعلومات الآتية من العالم الخارجي من جهة ،ومن جهة أخرى القدرات ومحتوى التصورات أي التمثيلات الخاصة، لذلك نجد أن الإدراك البصري عملية نشيطة تشمل على أنشطة متعددة كالانتباه والوعي والإحساس والذاكرة حيث يؤكد "عبد الخالق" أن الانتباه مفتاح الإدراك وأنه بدون الانتباه لا يستطيع أن يحدث إدراك بصري، وهناك محددات في ذلك وهي: الشدة والتكرار ولكن قبل ذلك هناك الإحساس الذي يحدث في البداية ، بعد ذلك نجد الانتباه الذي يساعد على تحديد انتقاء عدد المثيرات التي تسمح بعملية الإدراك البصري حيث نجد أن "برود بنت" 1958 الذي يقر أن اختيار أو انتقاء سابق لمرحلة التحليل الإدراكي . (مذكرة، الماجستير، 2004، ص 55).

10.ii. الإدراك البصري ومستويات معالجة الإدراك والمعلومات :

يقوم اتجاه تكوين وتناول المعلومات على مجموعة من الافتراضات الأساسية الهامة منها بالنسبة للإدراك، مثل أن الاستجابات الإدراكية ليست مجرد ناتج فوري للمثير، ولكن هذه الاستجابات تمر بعدة مراحل وعدة عمليات جزئية، كل منها تستغرق فترة زمنية معينة إما في التنظيم أو في التحويل إلى عملية أخرى، كما أن عملية تكوين وتناول معلومات المثير الذي يتعرض له الفرد و الخبرات التي قد تكون موجودة لديه وحالته النفسية أثناء ظهور المثير، هذا بالإضافة إلى العمليات الإدراكية ،فمن المشكلات الهامة التي يتعرض لها اتجاه معالجة المعلومات وخاصة في تسجيل عملية الإدراك مشكلة طريقة تناول المعلومات خلال المراحل المختلفة في شكل متوازن أم أن المعالجة تتم في شكل تسلسلي.

مثال : إذا تعرض الفرد في الإدراك البصري لمثير مرئي ،حيث تتمركز معلومات هذا المثير ترى بدرجة كبيرة من الوضوح، ولذلك تفسر طريقة معالجة هذا الموقف بأن المعالجة

قد تمت بشكل متوازن، ولأن عدد كبير من وحدات شبكية العين قد استشارته في آن واحد. (عبد الرحمان عيساوي، 1991، ص 69).

وقد ساهمت عدة اتجاهات في تقديم اتجاه تكوين وتناول المعلومات في مجال الإدراك أكثرها إسهاما تلك الاتجاهات المهمة بدراسة الجينات المصغرة Microgénitique والعمليات المتصلة بالرؤية Vision، وكذلك تطبيق نظرية الاتصال في مجال علم النفس وخاصة نظرية الإحساس والإدراك على أنه نظام اتصال وكذلك بعض التحليلات النظرية القائمة على نظرية المعلومات ونماذج الحساب الأولى واستخدامها في مجال الرؤية.

(Artherine Transler et les autres ; 2005 ; p. 122)

خلاصة الفصل :

يعتبر الإدراك البصري عملية عقلية مهمة وهي تلك الفكرة التي ترسم في ذهن الفرد نتيجة لمثيرات خارجية (بصرية)، والتي تساعد الطفل على استيعاب مختلف المعلومات فأي خلال في هذه العملية سيعاني الفرد من تأخر في المكتسبات المعرفية.

تمهيد الفصل :

تعتبر الذاكرة البصرية من أهم الوظائف العقلية التي تساعد على جمع مختلف المعلومات الحسية خاصة لدى الطفل حيث تساعد على التعلم واستيعاب مختلف المعلومات خاصة في المرحلة الأولى من عمر الطفل، لذا جلب انتباهنا دراستها عند الطفل المتوحد نظرا لأهميتها الكبيرة في اكتسابه مختلف المعلومات فتطرقنا إلى الذاكرة البصرية بالتفصيل حيث حاولنا تعريف الذاكرة، أنواع الذاكرة، ثم تطرقنا إلى تعريف الذاكرة البصرية أنواع الذاكرة البصرية، مراحل الذاكرة البصرية استراتيجياتها ونماذجها ومكوناتها ومميزات ذاكرة التوحيدين، وختمنا هذا الفصل بخلاصة.

III-1-الدراسات السابقة حول الذاكرة بصفة عامة والذاكرة البصرية بصفة خاصة:

- فيما يخص الذاكرة فقد نالت قسط كبير من الدراسات من طرف الكثير من الباحثين من بينهم "ميلر" الذي يرى أنها عبارة عن حفظ أو استبقاء المعلومات السابق اكتسابها معنى ذلك أنها مستودع المعلومات والمعارف العقلية والمهارات الحركية الاجتماعية المختلفة. (محمود عمر، 2000، ص75).

- أما "ابنجهاوز" 1850-1909 اعتبرت دراسته من الدراسات الأولى حول الذاكرة في أواخر القرن التاسع عشر، فهو من الأوائل اللذين اعتبروها كنظام منعزل لا يمكن دراسته باستقلالية عن الأنظمة الأخرى، كإدراك اللغة والتفكير وقد نشر دراسته عن ذلك عام 1885، إذ استعمل فيها طريقة التكرار وكان يهدف من خلالها إلى قياس الذاكرة بمقدار تكرارها.

ومن أهم مسلماته أن الفرد يخزن أفكاره حول الخبرات الحسية الماضية و أن الأحداث تتولى وراء بعضها في أوقات متقاربة، ولكي يدرس الذاكرة بشكل أوضح تخيل عددا من الكلمات لا معنى لها، إذ يعتقد أنها من الصعب تعلمها وحفظها لأنها ليست واضحة.

وكنتيجة لدراسة هذه توصل من خلالها إلى أن تذكر الكلمات التي لها معنى أقوى وأكثر فعالية من الكلمات التي لا معنى لها، وأنه كلما كثر وزاد تكرار المعلومات كلما زاد ترسيخها في الذاكرة. (Sibranes.R, 1999, P.18-19)

أما حسب الدليل التشخيصي (DSMIV) فيرى أن اضطراب الذاكرة يتميز بصعوبات أخذ المعلومات الجديدة واستحضار خبرات سابقة والتشخيص يتم عن طريق تقييم قدرات الفرد على استيعاب الكلمات والمعلومات وذلك عن طريق:

- التخزين.
- استحضار المعلومات (تذكر قصير أو طويل المدى).
- التعرف وهي قدرة الفرد على التذكر.

أما العالم "جوزاف جاكوب" قام في عام 1887 بدراسة حول الذاكرة قصيرة المدى بهدف معرفة المهارات العقلية لطلبة ومن أجل هذا وضع تقنية l'empan mnésique والمتمثلة في قائمة من الأعداد وطلب منهم إعادة هذه القائمة وفقا للترتيب حيث في البداية يقدم قائمة قصيرة ثم يكبر القائمة شيء فشيئا حتى تصبح من الغير ممكن إعادة هذه القائمة بطريقة صحيحة ، حيث عدم إعادة القائمة بطريقة صحيحة يدل على l'empan mnésique حيث تمت دراسات عديدة مكمله للدراسات التي قام بها "جاكوب" حول l'empan mnésique (Alan , 1993, p.112)

أما فيما يخص الدراسات التي أقيمت حول الذاكرة البصرية حيث قام "لوريا" عام 1920 بدراسة التي كانت تهدف إلى معرفة قدرة الذاكرة البصرية على التخزين لدى أحد الموظفين الذي يتميز بقدرة عالية على التذكر ولا توجد لديه أية صعوبة في إعادة الكلمات ولو كانت طويلة وحتى ولو ذكرت أمامه أكثر من أسبوع أو شهر أو حتى سنة. كنتيجة لدراسة توصل إلى أن الموظف يقوم بتحليل الكلمات إلى صورة ثابتة وواضحة في الذاكرة وكأنه يراها ويلمسها. (نجيب الفنوس، 2002، ص128)

ومن جهة أخرى أضافه "سبيرلج" سنة 1960 حول موضوع الذاكرة البصرية التي كانت تهدف لمعرفة تأثير مدة ظهور المثير على القدرة على التذكر لدى عينة من الطلبة واعتمد في تجاربه على قائمة مكونة من اثني عشر حرف تظهر على الشاشة لمدة خمسون ثانية ويطلب من العينة تذكر هذه الحروف فكان العرض بطريقتين:

- الطريقة الأولى: عرض قائمة من الأحرف كاملة.
- الطريقة الثانية: عرض أربعة أحرف كل مرة ومن أهم النتائج التي توصلنا إليها نجد:
- إن تقديم المثير بصورة مجزأة يسمح بتسجيل المعلومات وتذكرها بشكل أفضل.
- كلما كانت المدة الزمنية لإظهار المثير قصيرة كلما ازدادت القدرة على التذكر.
- المعلومات تخزن في الذاكرة الحسية البصرية لفترة لا تزيد عن ثانية.

- دخول المعلومات الحسية الجديدة إلى الذاكرة البصرية يؤدي إلى تلاشي المعلومات القديمة. (SIBRANEVES.R , 1999 ,P.26-27)

III-2- تعريف الذاكرة: تعني الذاكرة القدرة على جمع المعلومات ثم استرجاعها عند الحاجة، إنها ملكة خاصة بدونها لا يمكن التحكم في أبسط الأمور اليومية فالذاكرة هي قاعدة الإحساس بالتعريف الشخصي. (CAROLE.T et AROLE.W , 1999, p.140)

أما "مصطفى" عشوي يعرف الذاكرة على أنها عملية الاحتفاظ أو هي نسق لمعالجة المعلومات وذلك مثل الحاسوب تماما، إلا أن المعالجة للمعلومات تكون على أساس ديناميكي تتدخل فيها عدة عوامل فيزيولوجية ونفسية فلا يوجد تعلم بدون تذكر. (مصطفى، عشوي، 2003، ص229) .

في حين يرى علم النفس المعرفي أن الذاكرة هي قدرة الجهاز العصبي على فك وترميز المعلومات المستخلصة من تجارب المحيط لتخزينها ثم استرجاعها واستعمالها في العمليات أو النشاطات التي نقوم بها. (أمنية صدقاوي، 2006-2007، ص120) .

III-3- أنواع الذاكرة:

III-3-1- الذاكرة طويلة المدى: ويقصد بهذا النوع من الذاكرة تلك المعلومات المكتسبة والمرتبطة ، وهي التي يعتمد عليها الفرد في تذكر الوضعيات التعليمية وممارسة أنشطة التعلم المختلفة كالقراءة والفهم والتلخيص، كما يلجأ إليها في مواجهة المشكلات في مختلف وضعياتها وهذه الذاكرة تتحقق فعاليتها بعد أكثر من خمس دقائق وقد تصل إلى ساعات وأيام وشهور وأحيانا سنوات. (محمد أحمد شلبي، 2001، ص150) .

III-3-2- الذاكرة قصيرة المدى: تمكن وظيفة الذاكرة قصيرة المدى في استقبال الذكريات من الذاكرة الحسية والاحتفاظ بها دون تسميع لفترة تدوم من ثمانية إلى ثمانية عشر ثانية تؤدي هذه الذاكرة وظيفتين:

- خزن بعض المعلومات لفترة محددة.

- المساعدة في القيام ببعض العمليات العقلية بما فيها العمليات المعقدة مثل حل مسألة رياضية. (أسامة محمد البطانية ، 2005، ص37) .

III-3-3-الذاكرة الحسية: يطلق عليها مفهوم الذكريات الحسية وأحيانا السجلات الحسية وتشير إلى انطباعات موجزة عن إحساسنا، فنحن محاطون بأصوات ومناظر وروائح وإحساسات لمسية لا نهاية لها. (محمد أحمد شلبي، 2001، ص151) .

III-3-4-الذاكرة العاملة: تعتبر ذاكرة العمل المرحلة النشيطة لتخزين القصر المدى حيث يتم معالجة المعلومات وفهم الميكانيزمات التي تجعلنا نتذكر أمورا وننسى أمورا والتصرف في المعلومات أثناء القيام بالعمليات المعرفية مثل التعلم.

(محمد أحمد شلبي، 2001 ص152)

III-4-تعريف الذاكرة البصرية:

لقد نال موضوع الذاكرة البصرية اهتماما كبيرا لدى علماء النفس، إذ تعددت التعارف نظرا لتباين وجهات النظر فيعرفها "اللانند" على أنها وظيفة إنسانية تتمثل في استرجاع حالة شعورية مادية وإعادة بناؤها في الحاضر مع تعرف الذات عليها من حيث هي كذلك.

(عدنان يوسف العتوم، 2004، ص116-117)

كما عرفها "عكاشة أحمد" على أنها استخدام ملامح الصورة أو القدرة على التمييز البصري لتشخيص صورة أو كلمة أو معلومة سبق لنا أن تعرفنا عليها، كاستخدام ملامح الصورة أو التمييز البصري لتشخيصها كاستخدام الذاكرة في التعرف الآلي للكلمات والمثيرات. (عبد المنعم أحمد الدردير، 2007، ص147)

يتضح لنا من خلال هذه التعارف أن الذاكرة البصرية هو استرجاع والتعرف على المعلومات إلا أن "عكاشة أحمد" يضيف لذلك أنها القدرة على التمييز البصري لتشخيص المعلومات، وقد ساهمت هذه التعارف في تحديد أنواع الذاكرة.

III-5- أنواع الذاكرة البصرية:

صنفت عمليات التذكر البصري إلى ثلاثة أنواع أساسية وفق معايير خاصة وهي:

III-5-1- حسب المدى: وتنقسم إلى نوعين أساسيين هما:

أ- ذاكرة بصرية قصيرة المدى: تستند إلى الاستدعاء الفوري المباشر للمثيرات المكتسبة ولا تزيد مدتها عن خمس دقائق، ويلجأ إليها المخ في حالة التعامل مع الأحداث القريبة باختزان المعلومات بطريقة سريعة .

مثلاً: إذا كنت تضغط على أرقام هاتفك لتتحدث مع زميلك ولمجرد أن يسألك شخص آخر أو يتحدث معك فإن ذلك الرقم قد يضيع عليك، وتصبح غير قادر على طلبه في الذاكرة قصيرة المدى، وعلينا أن نكررها مرات عدة لتبقى معلقة في ذاكرتنا وقادرين على استيعابها.

ب- ذاكرة بصرية طويلة المدى: إن المعلومات المستعملة بصفة مكررة يتم الاحتفاظ بها واسترجاعها في الوقت الذي نريده، هذا ما نسميه بالذاكرة طويلة المدى، فهذه الذاكرة قدرتها غير محدودة ويمكن أن تدوم أحياناً مدى الحياة وهي لا تعمل على تخزين الأحداث لا معنى لها. (Daniel Nolle, 2000, p.143-144)

III-5-2- حسب نوع العملية: ونعني بها العمليات المختلفة التي تتضمنها الذاكرة البصرية والمتمثلة في:

* التعرف: وتتمثل في معرفة الشيء أو الموقف أو الخبرة التي سبق للمتعم التعامل معها، كما هو الشأن في الاختبار المبني على الاختبار، أو تعرف الشاهد على مرتكب الجريمة بين مجموعة من الأشخاص المعرضين عليها .

(Christophe Bongon ,1997 ,p.88)

* الاستدعاء: ويتمثل في استدعاء المكتسبات القبلية التي تم تحقيقها لدى المتعلم بصورة منتظمة، كما هو الحال عند الإجابة على أسئلة لمقال في الاختبار .

(Alain Lieury , 1997, p.07-09)

يعتبر التعرف كأحد أشكال الذاكرة البصرية و أسهل من الاستدعاء حيث تعتمد قدرة التعرف على وجود المثير الذي تم تعلمه في الماضي بين عدة مثيرات، أما الاستدعاء فهو عملية معقدة حيث تستدعي من المتعلم استراتيجيات معرفية محددة ومنظمة واستخدامها أثناء عملية التعلم والاكتساب و أيضا التخزين، ويتعدد أنواع الذاكرة البصرية تعددت كذلك مراحل اكتسابها.

III-6- اكتساب الذاكرة البصرية:

تقع الذاكرة البصرية في الجهة ليسرى للدماغ في الفص الصدغي الأيسر وتحديدا في « L'aire occipitale » وهي تعمل كالتالي: (أقنان نظير دروزة، 2004، ص64).

III-6-1 مرحلة الاستقبال: إذا تقوم العين بالنقاط المعلومات البصرية من أشكال وألوان وأحجام ووقائع مصورة للمثيرات الخارجية ، وقد اقترح "سبيرلج" أن التعرضات السريعة للخبرات البصرية، تمكن من استقبال معلومات كثيرة من هذه المثيرات.

III-6-2 مرحلة الإدراك البصري: حيث تعالج المعطيات البصرية وترجمها كصورة ذهنية يتمكن لدماغ التعرف عليها إذ ما رآها في المرة الثانية.

III-6-3 مرحلة التخزين أو الاحتفاظ: فبعد الإدراك يتم تخزين المعلومات البصرية على مستوى الذاكرة قصيرة المدى لفترة وجيزة، ويمكن أن تبقى لمدة أطول في الذاكرة طويلة المدى. (رافع النضير الزغلول، 2007، ص158)

ويقصد بالتخزين القدرة على حفظ آثار الذاكرة والروابط في قشرة المخ، بينما النسيان فهو عملية معاكسة لعملية الاحتفاظ يتم فيها إخفاء آثار الذكرة أو مسحها ، وتعتبر عملية الاحتفاظ ببقاء المادة المخزونة في الذاكرة بشكل سيء، مما يؤدي إلى صراع بين عملية الاحتفاظ والنسيان. (زيد الخير سميرة، 2007، ص44)

III-6-4 مرحلة الاستدعاء: فهذه المرحلة يستخدمها الفرد في تنفيذ العديد من العمليات المعرفية كالمحاكاة والقيام بالاستدلالات وإصدار الأحكام وإعطاء الأوامر وعمل

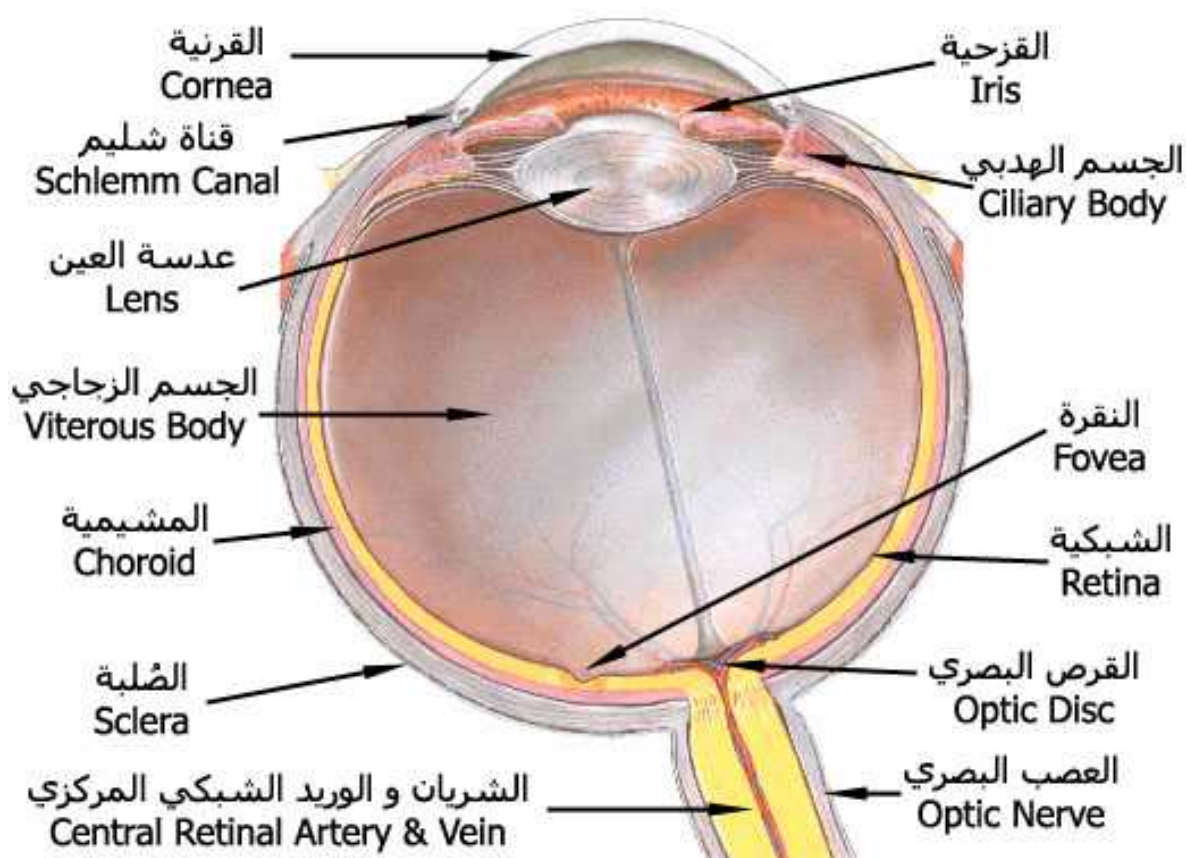
المقارنات....، فعند سؤال فرد مثلا حول المقارنة بين منزله ومنزل صديقه فهو غالبا يلجأ إلى استحضار الصورة الذهنية المرتبطة لهذين المنزلين لإجراء المقارنة فيما بينهما ويمكن القول أن استرجاع الصورة الذهنية للأشياء يتوقف على خصائصها ومدى مألوفيتها، فالأشياء التي تمتاز عادة بالبساطة وقلة التفصيل يتم استرجاع صورها الذهنية على نحو أسهل وأسرع من صور الأشياء التي تمتاز بالتعقيد وكثرة التفاصيل.

(عبد الرحمان عيساوي، 1991، ص96)

III-7- مكونات العين : إن تجهيز أي معلومة حسية تتم في مواضيع مختلفة وكثيرة من الجهاز الحسي و العصبي، و في حالة البصر التجهيز يتم داخل العين و في مناطق مختلفة داخل المخ بواسطة العصبونات المتصلة بين المخ و الجهاز المسؤول عن البصر فالإنسان يتلقى كمية كبيرة وغير محددة من المعلومات البيئية المحيطة به، وتستقبلها العين في فتحة أمامية تدعى البؤبؤ، القرص الملون ويسمى بالقزحية ويغلق الجزء الظاهر من العين غلاف شفاف يسمى بالقرنية التي تحمي العين وتساعد علي تركيز الأحداث في مجال البصر على السطح الداخلي للعين و الذي يسمى بشبكية العين .

ثم العدسة التي تقع خلف البؤبؤ وتشارك في بؤرة الصورة البصرية علي شبكة العين، و يتغير شكل العدسة خلال الرؤية عن قرب إذ تصبح سميكة، أما عند الرؤية عن بعد تكون مسطحة ورقيقة، و بتقديم الإنسان في السن تفقد العدسة مرونتها.

(عبد الرحمان عيساوي، 1991، ص69) .



الشكل رقم (02): رسم تخطيطي للعين ومكوناتها

III-8- كيفية حدوث الرؤية: تظهر الصورة في الشبكة بصورة مقلوبة من الأعلى إلى الأسفل وعكسية من اليمين إلى اليسار. و تتكون الشبكية من عدة طبقات من الخلايا العصبية والنيرونات الحسية التي تعتبر مستقبلا تستجيب للضوء المرئي، عندما تكون أشعة الضوء كافية يجعل الخلايا العصبية المخروطية تثير نبضات عصبية التي تنتقل بدورها النيرونات الحسية من خلال الشبكة، وتتجمع على شكل حزمة لتشكل العصب البصري الذي يصل العين بمراكز المخ المختلف لإعطاء معنى لتلك الصورة، وتحتوي كل عين على ما يقارب اثني عشر خلية عصبية وسعة ملايين خلية مخروطية، وتكون حركات العين في الظروف العادية مستمرة وتتكون من اهتزازات لا إرادية سريعة وتسمى رآرة، وهذه الحركة تمكن من توسيع مكان الرؤية لمختلفة الأشياء أو المناظر مما يجعلنا نتمكن من رؤية جميع التفاصيل و بدقة، وبدورها تلك المعلومات تخزن على مستوى شبكة العين.

تعتبر حاسة البصر من الحواس الهامة في الإنسان فهي المنطلق الرئيسي لحدوث عملية الرؤية ، و أي خلل يحدث في إحدى مكونات العين يؤدي ذلك إلى مشاكل في الإبصار، وبالتالي عدم التمثيل الجيد للصورة الذهنية .

III-9- مكونات الذاكرة البصرية: حسب "بادلي" الذاكرة البصرية تشمل: على إداري مركزي يضم عدد من الأنظمة التابعة المسؤولة عن الإحتفاظ الزمني بالمعلومات والمتمثلة في الحلقة الفونولوجية والمفكرة الفضائية البصرية.

III-9-1 الحلقة الفونولوجية: وتختص بالتخزين المؤقت للمعلومات اللفظية، حيث يستقبل المخزون الفونولوجي للمعلومات المقدمة سمعيا، والتي تخزن على شكل رموز فونولوجية في مدة قصيرة جدا تتراوح من 1 إلى 2 ثانية، وتندرج باستمرار بواسطة ميكانيزم التكرار النطقي أما إذا كان تقديم المادة بصريا فتمر عملية التخزين بمرحلتين:

في المرحلة الأولى يتم فيها ترجمة أو تشفير المادة فونولوجيا بواسطة ميكانيزم التكرار اللفظي (إعطاء لها صورة في المخيلة) ثم في **المرحلة الثانية** يتم تخزينها في السجل

الفونولوجي أين تتم عملية التنشيط بواسطة نقد الميكانيزم لأجل الاحتفاظ بالمعلومة لزمن معين. (Daniel N, 2001, p.143)

III-2-09- الحلقة الفضائية البصرية: وهي المسؤولة عن التخزين القصير المدى للمعلومات البصرية الفضائية، يمتلك هذا النظام في أن واحد وحدة التخزين البصري للصور والأحداث ذات طبيعة بصرية وميكانيزم فضائي يسمح بنوع من البرمجة للحركات البصرية.

III-3-09- الإداري المركزي: يشرف الإداري المركزي على النظامين السابقين (الحلقة الفونولوجية والمفكرة الفضائية البصرية)، كما يعتبر كنظام واعي على تنسيق عمليات التنشيط والاحتفاظ. (Baddely et Thomson, 1975, p.18)

III-10- نماذج الذاكرة البصرية: لقد قدم علماء النفس الكثير من النماذج لمعالجة المعلومات البصرية، حيث حاول الكثير منهم تفسير مكونات الذاكرة ووظائفها ووقوعها بالنسبة لغيرها من العمليات المعرفية الأخرى، وتظهر قيمة هذه النماذج من خلال الدراسات والبحوث المهمة به، ولهذا الغرض صنفنا نماذج الذاكرة البصرية على نوعين:

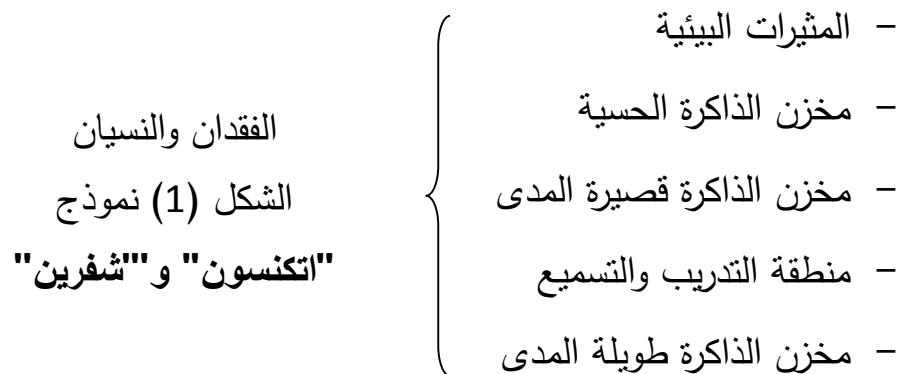
III-10-1 نماذج الذاكرة المنفصلة: تقوم على فكرة التخزين المتعدد وتقدم تصور نظري منطقي عن المكونات والعمليات التي تكون عمل الذاكرة، ويفترض هذا النظام تعطيل أحد المكونات وذلك يعطل نظام الذاكرة بشكل عام.

III-2-9- نماذج الذاكرة المتصلة: تقوم على فكرة أن معالجة الذاكرة للمعلومات تتم بصورة كلية متكاملة كنظام واحد غير قابل لتجزئة، ونجد نماذج عن ذلك مثل نموذج "إتكسون" وشيفرن". (فتحي مصطفى الريان، 1995، ص220)

***نموذج أتكسون وشيفرين:** ظهر هذا النموذج في سنة 1968 حيث يشير أن الذاكرة تتكون من ثلاث مخازن وهي مخزن الذاكرة الحسية، مخزن الذاكرة القصيرة المدى ومخزن الذاكرة طويلة المدى، حيث أن المثبرات البيئية تدخل من خلال جميع الحواس وتخزن في الذاكرة لوقت قصير، وبعدها يتم نقل المعلومات إلى الذاكرة قصيرة أو تتعرض للنسيان.

ويؤكد هذا النموذج على أن الإنسان يعالج ما يصادفه من مثيرات خارجية في مراحل متعددة، فيتم استقبال المعلومات بصيغة بصرية تتألف من خصائص ملموسة مثل اللون، الشكل، الهيئة، أو المثيرات السمعية، كارتفاع درجات الصوت وعمق نغماته.

- ونموذج "إتكسون" و"شفيرين" للذاكرة موضح في الشكل التالي:



يوضح الشكل (1) كيفية تخزين المعلومات التي تأتي من البيئة الخارجية لكن في بعض الأحيان يأتي التداخل في الشبه بين المعلومات التي يتم حفظها وتخزينها، ومن هنا يمكن اعتبار الفقدان والنسيان كنتيجة للتنافس بين معلومات متشابهة يتم تعلمها في أوقات مختلفة. (فتحي مصطفى الريان، 1995، ص 220)

III-11- استراتيجيات الذاكرة البصرية:

إن الذاكرة عملية عقلية إنتاجية مستمرة تعمل على تخزين المعلومات والخبرات وقدرة المتعلم على استخدام ومعالجة الذاكرة يؤثر بقوة على عملية التعلم، حيث توجد بعض الاستراتيجيات التي تساعد على استخدام الذاكرة بفعالية التي تسمى معينات الذاكرة وهي:

III-11-1 إستراتيجيات الحروف الأولى: يتم فيها تجميع الأحرف الأولى من الكلمات

المراد حفظها، ثم يتم اشتقاق كلمة أو جملة من هذه الحروف تساعد على حفظها يقول "موريس" أن هذه الإستراتيجية شائعة الاستخدام، لكن تقل فائدتها إذا استخدمت في تذكر وحدات معلوماتية غير مترابطة.

III-11-2 إستراتيجية إحلال الأماكن: يتم تطبيقها في الخطوات التالية:

تصور سلسلة من الأماكن المألوفة التي تتعاقب مكانيا، كتعاقب بعض الأماكن لمبنى معروف، واشتقاق صورة بصرية أو خيالية للفرقات المراد حفظها عن طريق تمثيل كل فقرة بـمكان معين بين الأماكن التي تم أو سبق حفظها في الذاكرة.

III-11-3 إستراتيجية السجع أو القافية: تعتمد هذه الإستراتيجية على استخدام المقاطع

الموسيقية والتوافق في القوافي، وتعد هذه الإستراتيجية الأكثر استخداما كونها تساعد على حفظ الكلمات وتذكر الحروف. (جابر محمد عبد الله، 2005، ص 61-64)

III-11-4 إستراتيجية تخيل الاسم: تستخدم هذه الإستراتيجية في تذكر الأسماء بصفة

خاصة عن طريق الربط بين هذه الأسماء والخواص الفيزيائية المميزة لها.

(علي بن الهادية وآخرون، 1979، ص 357)

III-12- مميزات ذاكرة المتوحدين :

أحد التناقضات التي تميز الأفراد أصحاب التوحد، هي الذاكرة الجيدة بل في بعض الحالات ذاكرة هائلة، إلا أنها تتسم بالنقص أو العجز في القدرة على استدعاء الأحداث الشخصية، فالأفراد أصحاب التوحد يستطيعون تذكر كل أنواع الحقائق المرتبطة بالمدينة التي يعيشون فيها من تاريخ المدينة، سكان الحي، وسائل النقل، الطرق وهكذا إلا أنهم لا يستطيعون تذكر أنه هو نفسه يمشي في شوارع هذه المدينة في الصباح الباكر "حدث شخصي"، وترجع هذه الأنماط من مشكلات الذاكرة إلى مشكلات في ذاكرة الأحداث العريضة (تذكر الأحداث)، والمشكلة لا تكمن فقط في ذاكرة الأحداث العريضة بل ترجع أيضا إلى الأحداث الشخصية العريضة التي تمثل جزء من الذاكرة الذاتية أو ذاكرة السيرة الذاتية.

ويمكن القول أنه يجب إتباع أحد الطريقتين التاليتين لمساعدة الطفل التوحدي على

تذكر واسترجاع الأحداث العريضة المؤقتة وهما:

الطريقة الأولى: أن نستخدم التلميحات والعوامل التي تثير الذاكرة لديه، ويجب أن تكون غير ملاحظة في الغالب العام، وترتبط بالأحداث الفعلية الحقيقية في نفس الوقت ومن ثم تقوم الذاكرة باسترجاع الحدث بدون أي مجهود، وعملية التذكر بالنسبة للمتوحد عملية مؤلمة، لذا بفضل مساعدته وإثارته للتذكر من خلال استعمال نغمة معينة أو شم رائحة معينة، لأن النغمة و الرائحة تعتبر وسيلتين هامتين لإثارة ذاكرة الأحداث العريضة لديه، وكثيرا من المتوحدين من ينسون ذكرياتهم السابقة، ويرددون ما سمعوه في الماضي من الآخرين بطريقة غير مفهومة.

الطريقة الثانية: يستدعي الأحداث العريضة تحت تحكم كبير يتضمن حواس الفرد هنا لا بد أن يفكر في الأحداث السابقة ويضع نفسه في موقف الحيرة الذي يسمح له بتذكر مضمون هذه الأحداث في نفس الوقت، فالطفل العادي الذي نسأله عن ماذا حدث أثناء سيره في الطريق يستطيع أن يفكر في الأحداث الماضية ويفكر بالتحديد في الآثار التي أحس بها وشعر بها أثناء مشاهدته للأحداث ، وهذه المشاعر تمثل مثيرا يعمل على إثارة الذاكرة ،أما الطفل التوحيدي فمن الصعب أن يتذكر نفسه يقوم بأعمال معينة ويمارس أحداثا بدون إشارة تستخدم لهذا الغرض. (ريتا جوردن ستيوارت بيول ، 2007 ، ص109)

خلاصة الفصل:

تعتبر الذاكرة البصرية عملية عقلية مهمة في استرجاع جميع المعلومات المكتسبة عن طريق البصر، وأي فرد يعجز عن استحضارها سيعاني لا محالة من تأخر في المكتسبات المعرفية، وهذا ما سيعيق استمرار حياته اليومية بصفة طبيعية، وهذا حال الطفل التوحيدي فمن هنا تبرر قيمة وأهمية الذاكرة البصرية في استحضار ما تم الاحتفاظ به في الماضي.

تمهيد الفصل:

بعد التطرق إلي الجانب النظري ،سوف نعرض الآن الجانب التطبيقي الذي من خلاله نحاول التحقق من الفرضية المصاغة في بداية البحث ،لذا سوف نقدم في هذا الفصل : الدراسة الاستطلاعية، منهج البحث، مكان وزمان إجراء البحث ، عينة البحث أدوات البحث وأخيرا كيفية تطبيق وتنقيط الاختبار.

IV-1- الدراسة الاستطلاعية:

يري " مصطفى عشوي " (1994) أن الدراسة الاستطلاعية "مسحية اكتشافية إذا هي مرحلة هامة في البحث العلمي ذلك نظرا لارتباطها بالميدان، وكل هذا يضيفي صفة الموضوعية على البحث ".

كما تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسا جوهريا لبناء البحث كله وهي خطوة هامة وضرورية، الهدف منها جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث بالإضافة أنها تساعد في ضبط متغيراته والتأكد من توفر عينة البحث في الميدان وأسلوب اختيارها ، بالإضافة إلى التأكد من سلامة أدوات المقياس المستخدمة.

(محمد حسن غانم ، 2003،ص 08)

IV-2- منهج البحث :

كل دراسة علمية تحتاج لمنهج علمي محدد، الذي يشكله الباحث ليصل في النهاية إلى نتائج علمية دقيقة قابلة لتفسير. وبما أننا أردنا في بحثنا دراسة الذاكرة البصرية والإدراك البصري لدى عينة من الأطفال المصابين بالتوحد درجة خفيفة، فإننا في هذه الدراسة نعتمد على المنهج الوصفي وهو منهج متبع في الدراسات في ميدان الأروطوفونيا.

ويمكننا هذا المنهج من التعامل مباشرة مع عينة الدراسة و اختيار الفرضية من خلال تطبيق الاختبار و عرض النتائج وتحليلها، لنخرج بنتيجة البحث في الأخير، وهذه النتيجة تمثل الإجابة عن التساؤل المطروح في الإشكالية وتحقيق الفرضية أو نفيها.

(حسن مصطفى عبد المعطى ، 2003 ، ص16)

IV-3- زمان ومكان إجراء البحث :

تم إجراء هذا البحث ابتداء من شهر جانفي إلى غاية شهر مارس 2015م، في الجمعية البيداغوجية لتأهيل المعوقين ذهنيا بذرع بن خدة ولاية تيزي وزو.

فتحت هذه الجمعية أبوابها سنة 1987 م، تستقبل حوالي 50 معوقا ذهنيا ما بين 04 إلى 30 سنة، ومن بين الحالات المتواجدة بهذا المركز: إعاقة ذهنية بسيطة، متوسطة حادة تخلف عقلي مصاحب بنوبات صرعيه، توحد، خفيف، متوسط وعميق وعرض داون.

والمركز العمومي لصحة الجوارية التابعة لمستشفى محمد بوضياف بولاية بويرة يتكون المركز من عدة مكاتب: مكتب مخصص لطبيب الأطفال، طبيبة النساء طبيب نفسي وارطوفوني، طبيب العظام وجراحة الأسنان وجهة أخرى مخصصة لمخبر التحاليل الطبية .

-تقديم عينة البحث:

الرقم	اسم الطفل	الجنس	السن	درجة التوحد (CARSE)	المركز المدمج
01	محمد	ذكر	06 سنوات	34	بويرة
02	ياسين	ذكر	07 سنوات	33	بويرة
03	أحمد	ذكر	12 سنة	35	بويرة
04	أنيس	ذكر	10 سنوات	30,5	تيزي وزو
05	ملاك	أنثى	10 سنوات	33,5	تيزي وزو
06	أمال	أنثى	07 سنوات	31	تيزي وزو

IV-5 - تقديم أدوات البحث :

هناك العديد من الاختبارات الأرطوفونيا التي يمكن للأخصائي الأرطفوني الاستعانة بها كأداة تساعد على التأكد من صحة تشخيصه، فهي الأدوات التي يستعين بها في عيادته ومن بين الاختبارات " اختبار الصور " لراي " **André ray** " الذي لقي شيوعا كبيرا واستعمالا واسعا في ميادين الدراسة والذي سنقوم بتقديمه في بحثنا من خلال العناصر التالية:

IV-5-1 التعريف بالاختبار :

صمم اختبار الصور "لراي " من طرف " **André ray** " سنة 1942 فهو اختبار سيكولوجي خطي وهو عبارة عن علامات هندسية لا تؤدي إلى معني، فقد اقترحه " **André ray** " كمجموعة من الاختبارات البصرية الفضائية، ومن بينها اختبار الإشكال الهندسية حيث يعد هذا الأخير من بين الاختبارات الأكثر تناولا لدراسة الإدراك البصري والتنظيم الإدراكي على مستوي الذاكرة، وهو عبارة عن اختبار يركز على إعادة رسم النموذج الأصلي للأشكال الهندسية اعتمادا على الذاكرة .

ويتكون هذا الاختبار من نموذجين :

* النموذج " أ " المعقد من المركب « **A** » **La figure complexe** :

وهو عبارة عن شكل هندسي معقد ، من 04 سنوات وما فوق .

* النموذج "ب" **La figure simple** : وهو عبارة شكل هندسي أقل تعقيدا من

السابق وهو النموذج المستعمل في دراستنا .

VI-5-2 الهدف من الاختبار: صمم هذا الاختبار لغرض قياس القدرات التالية :

- الذاكرة.

- الإدراك الحسي الخاص بالقدرات البصرية.

- قياس قدرة الفرد في إقامة علاقة بين ما يلاحظه والمعلومات السابقة.

IV-5-3 محتوى الاختبار:

الاختبار عبارة عن رسم يتكون من مجموعة أشكال هندسية مختلفة متداخلة، حيث نجد من بينها المربع الذي يوجد في الأسفل على اليمين، ويوجد فيه خط مائل، كما نجد المستطيل الذي وضع في الوسط وبداخله قوس بأربع خطوط عمودية، وتوجد علامة يساوي (=) في مساحة تقاطع المستطيل والمربع، وكذلك الدائرة و المثلث اللذان يقعان على يسار المستطيل إضافة إلي النقطتين الموجودتين علي يمين الدائرة، وعلامة (+) الموجودة داخل المثلث ، الشكل الموضح في الملحق رقم (1) .

يعتبر هذا الاختبار الوحيد الذي يتميز بالتعاقب بين الواقع، (صورة موجودة يجب نسخها)

والخيال (صورة مخبئة يجب إعادة رسمها اعتمادا على الذاكرة)، حيث يقوم هذا الاختبار على نقل الصورة كمرحلة أولي، ثم إعادة رسم الصورة دون النظر إلى النموذج في المرحلة الثانية من التطبيق.

فمن خلال طريقة نقل المفحوص لرسم أو ما يسمى " بالنسخة " نستطيع أن نطلع إلى حد ما على نشاطه الإدراكي ، أما إعادة الرسم بعد سحب النموذج أو ما يسمى "بالذاكرة " فيدلنا على ذاكرته البصرية التي نستطيع إرجاعها إلى طريقة إدراك محددة .

IV-5-4- مزايا الاختبار :

- يمكن تطبيقه بشكل فردي.
- يطبق على مدي عمري واسع نسبيا.
- اختبار غير لفظي (يمكن تطبيقه على شريحة كبيرة في مقدمتها الأطفال المتوحدين).
- له تعليمية بسيطة سهلة الفهم.
- لا يستغرق تطبيقه مدة طويلة (بين 8 إلى 15 دقيقة).

IV-5-5 أدوات الاختبار :

- ورقة بيضاء غير مخطط .
- قلم الرصاص .
- ممحاة.
- أقلام ملونة.
- ورقة النموذج

IV-6-1 كيفية تطبيق الاختبار :

يمكن تلخيص خطوات الاختبار في ثلاث مراحل هي:

- المرحلة الأولى:

فيها نقدم للطفل ورقة بيضاء وورقة النموذج مع قلم الرصاص، وتكون التعليمات أن نطلب من الطفل ملاحظة الرسم ونقله على الورقة البيضاء، ويجب أن يكون الطفل بتركيز النظر جيدا. وأثناء نقله للشكل يتم حساب الوقت وهذا لمعرفة المدة المستغرقة لإنجازه .

- المرحلة الثانية :

بعد نقل الشكل على الورقة نسحب كلا الورقتين (ورقة النموذج وورقة الشكل المنقول)، ثم ننتظر مدة ثلاثة (3) دقائق دون أن يري الطفل أي الشكليين .

-المرحلة الثالثة :

بعد الاستراحة التي دامت ثلاث دقائق نطلب من الطفل إعادة رسم الشكل على ورقة بيضاء ودائما نقوم بتسجيل الوقت المستغرق في إعادة رسم الشكل .

IV-6-2 كيفية تصحيح وتنقيط اختبار "راي" الوجه "ب" :

أثناء تصحيح نستعمل طريقة توزيع النقاط بحيث يكون التصحيح بطريقة مفصلة سواء أثناء النظر إلى الوجه أو أثناء إعادة الرسم اعتماد على الذاكرة.

*العناصر البارزة: les élément présents:

نعطي نقطة واحدة لكل من :

- الدائرة ← نقطة 1.

- المربع ← نقطة 1.

- المثلث ← نقطة 1.

- المستطيل ← نقطة 1 .

- النقطتين داخل الدائرة ← نقطة 1 .

- علامة (+) الموجودة داخل المثلث ← نقطة 1.

- قوس المستطيل ← نقطة 1.

- الخطوط الموجودة داخل القوس اثنان أو أكثر ← نقطة 1 .
- الخط المائل الموجود داخل المربع ← نقطة 1.
- نقطة المربع ← نقطة 1.
- علامة (=) الموجودة داخل المربع الصغير ← نقطة واحدة .
- 1/2 نقطة إذا كان كل عنصر غير معروف بدقة .
- 0 إذا كان العنصر مشوه .

المجموع الكلي = 11 نقطة .

*التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية :

***Grondeur proportionnelle des quatre face principales :**

- التقارب بين الدائرة و المثلث ← نقطة 1 .
 - التقارب بين الدائرة و المربع و المستطيل ← نقطة 1.
 - التقارب بين المربع والمستطيل ← نقطة 1 .
 - التقارب بين الدائرة و المربع والمستطيل و المثلث ← نقطة 1 .
- يتعلق الأمر بمساواة تقريبية حوالي 4 ملم ونحسب 1/2 نقطة إذا كان هناك نقص في المثلث أو المربع أو الدائرة أو المستطيل ، لكن يجب أن يكون هناك تناسق بين العناصر الرئيسية .

المجموع الكلي = 4 نقط .

*العلاقة الدقيقة بين الأوجه أو السطوح الأربعة الرئيسية ، أي مدى تداخل بين عناصر

الرسم : **Rapport exacte entre les quatre surface principales**

- تداخل المثلث و الدائرة ← نقطتان 2 .
- تداخل المثلث و المستطيل ← نقطتان 2 .
- تداخل الدائرة مع المستطيل ← نقطتان 2.
- تداخل المربع و المستطيل ← نقطتان 2 .
- إذا كان هناك تداخل مبالغ نحسب نقطة واحدة .

المجموع الكلي = 08

***وضعية العناصر الثانوية: position des éléments secondaires:**

- النقطتين الموجودتين داخل الدائرة إذا كانت موضوعتين في مكانهما على اليمين نحسب نقطة واحدة ، أما إذا كانت واحدة تحت الأخرى أو مبتعدة عنها نحسب $\frac{1}{2}$ نقطة.
- العلامة (+) الموجودة على يسار المثلث، إذا وضعت في مكانها نحسب نقطة واحدة.1.
- قوس الدائرة الموضوع في وسط قاعدة المستطيل إذا وضع في مكانه المناسب نحسب نقطة واحدة ، وإذا لم يكن في وسط قاعدة المستطيل نحسب فقط $\frac{1}{2}$ نقطة.
- إذا كان عدد الخطوط العمودية الموجودة داخل قوس الدائرة الموجودة في وسط قاعدة المستطيل دقيق أي أربعة (4) خطوط نحسب نقطة واحدة، إلا إذا كان عددها أقل من اثنان فنعطي $\frac{1}{2}$ نقطة.

- إما بنسبة لعلامة (=) الموضوع داخل المربع الصغير المشكل من تداخل بين المربع و المستطيل نعطي نقطة كاملة إذا وضعت في مكانها الصحيح. أما إذا كانت علامة يساوي (=) تقطع طرفي المربع الصغير فنعطي فقط نصف العلامة أي 1/2 نقطة.

-إذا كان الخط المائل بوضعية صحيحة في المربع نعطي علامة كاملة أي نقطة واحدة.

- أما فيما يخص النقطة الموضوع داخل المربع في اليمين إلى الأسفل إذا وضعت بشكل صحيح نعطي نقطة واحدة أي علامة كاملة.

أما إذا كانت نقطة المربع كبيرة مقارنة بالنقطتين المرسومتين داخل الدائرة فنحسب نقطة واحدة، أما إذا كانت صغيرة فنعطي 1/2 نقطة.

المجموع الكلي = 8 نقطة

-المجموع الأقصى الذي يمكن أن يحصل عليه الطفل من خلال إعادته للشكل هو 31 نقطة على 31 . (أنظر إلى الملحق رقم 14)

ملاحظة:

كيفية حساب النسب المئوية:

$$100 \times \frac{\text{قدرة الطفل لنقل واسترجاع الشكل}}{\text{المجموع الكلي للشكل}} \left\{ \begin{array}{l} \text{المجموع الكلي للشكل} \rightarrow 100\% \\ \text{قدرة الطفل لنقل واسترجاع الشكل} \leftarrow \text{س} \end{array} \right.$$

خلاصة الفصل :

تعتبر الإجراءات المنهجية خطوة هامة لا بد من الباحث أن يتبعها أثناء قيامه ببحث معين، حيث لا يمكن التحليل والمناقشة دون الاعتماد عليها، وفيما يلي سنتعرض إلى نتائج الحالات وسنقوم بتحليلها ومناقشتها .

1-7- عرض نتائج اختبار " FIGURE DE REY " (الوجه "ب") للنقل واسترجاع الأشكال للحالات الستة :

جدول رقم (02) يبين نتائج نقل العناصر الرئيسية للحالات الستة : (الإدراك البصري)

العناصر الرئيسية	1ح محمد	2ح ياسين	3ح أحمد	4ح أنيس	5ح ملاك	6ح أمال
-الدائرة	1	1	1	1	1	1
-المربع	1	1	0	1	1	1
-المثلث	1	1	1	1	1	1
-المستطيل	1	1	1	1	1	1
-النقطتين داخل الدائرة	1	1	0,5	1	0	1
-علامة(+)	0	0	0	1	0	1
-قوس المستطيل	0,5	1	1	1	0	1
-الخطوط الموجودة داخل القوس	0,5	1	1	1	0	1
-الخط المائل داخل المربع	0	1	0	1	0	1
-نقطة المربع	1	1	0	1	0	1
-علامة (=) الموجودة داخل المربع	1	0	0	1	0	1

جدول رقم (3) يبين نتائج نقل التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية للحالات الستة:
(الإدراك البصري)

التقارب النسبي الأبعاد العناصر الرئيسية	ح1 محمد	ح2 ياسين	ح3 أحمد	ح4 أنيس	ح5 ملاك	ح6 أمال
-الدائرة والمثلث	1	1	1	1	0,5	1
-الدائرة والمربع والمستطيل	1	1	0,5	1	0,5	1
-المربع والمستطيل	1	0,5	0,5	1	1	1
-الدائرة، المربع، المستطيل والمثلث	1	1	0,5	0,5	1	1

جدول رقم (4) يبين نتائج نقل تقاطع العناصر الرئيسية للحالات الستة: (الإدراك البصري)

تقاطع العناصر الرئيسية	ح1 محمد	ح2 ياسين	ح3 أحمد	ح4 أنيس	ح5 ملاك	ح6 أمال
-تقاطع المثلث والدائرة	1	2	2	2	1	2
-تقاطع المثلث والمستطيل	2	2	2	2	2	2
-تقاطع الدائرة والمستطيل	0	2	2	0	2	2
-تقاطع المربع والمستطيل	2	1,5	0	2	2	2

جدول رقم (5) يبين نتائج نقل وضعية العناصر الثانوية للحالات الستة: (الإدراك البصري)

ح6	ح5	ح4	ح3	ح2	ح1	وضعية العناصر الثانوية
أمال	ملاك	أنيس	أحمد	ياسين	محمد	
0	0	1	0,5	0,5	0,5	-النقطتين داخل الدائرة على اليمين
1	1	1	0	0	0	-علامة(+) يسار المثلث
1	1	1	1	1	1	-القوس داخل المستطيل في الوسط
1	0	0	1	1	0,5	-عدد الخطوط أربعة
1	1	1	0	0	1	-علامة(=) بين المربع والمستطيل
0,5	0	0	0	1	0	- الخط المائل في وضعية صحيحة
1	0	1	0	1	1	- النقطة في المربع في مكانها
1	0	1	0	1	1	-نقطة المربع أكبر من نقطتين الدائرة

جدول رقم (6) يبين نتائج استرجاع العناصر الرئيسية للحالات الستة: (الذاكرة البصرية)

ح6	ح5	ح4	ح3	ح2	ح1	العناصر الرئيسية
أمال	ملاك	أنيس	أحمد	ياسين	محمد	

1	1	1	1	1	1	-الدائرة
1	1	1	1	1	1	-المربع
1	1	1	0	1	0,5	-المثلث
1	1	1	1	1	1	-المستطيل
0,5	1	1	0,5	0	0	-النقطتين داخل الدائرة
1	1	1	1	0	0	-علامة (+)
1	1	1	0	1	1	-قوس المستطيل
0	1	1	1	1	1	-الخطوط الموجودة داخل القوس
1	0	1	0	0	1	-الخط المائل داخل المربع
0	1	1	1	1	0	-نقطة المربع
0	1	1	1	1	0	-علامة (=) الموجودة داخل
1	1	1	0	0	0	المربع

جدول رقم (7) يبين نتائج استرجاع التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية :
(الذاكرة البصرية) .

ح6	ح5	ح4	ح3	ح2	ح1	التقارب النسبي الأبعاد العناصر الرئيسية
أمال	ملاك	أنيس	أحمد	ياسين	محمد	

1	1	1	0,5	1	0,5	-الدائرة والمثلث
1	1	1	0,5	0,5	0,5	-الدائرة والمربع والمستطيل
1	0	1	0	1	1	-المربع والمستطيل
1	0,5	1	0,5	1	0,5	-الدائرة، المربع، المستطيل والمثلث

جدول رقم (8) يبين نتائج استرجاع تقاطع العناصر الرئيسية لحالات الستة (الذاكرة البصري)

تقاطع العناصر الرئيسية	ح1 محمد	ح2 ياسين	ح3 أحمد	ح4 أنيس	ح5 ملاك	ح6 أمال
-تقاطع المثلث والدائرة	1	2	1	2	1	2
-تقاطع المثلث والمستطيل	1	2	0	2	2	2
-تقاطع الدائرة والمستطيل	0	0	2	2	1,5	2
-تقاطع المربع والمستطيل	2	2	0	2	2	1,5

جدول رقم (9) يبين نتائج استرجاع وضعية العناصر الثانوية للحالات الستة:

(الذاكرة البصرية) .

وضعية العناصر الثانوية	ح1 محمد	ح2 ياسين	ح3 أحمد	ح4 أنيس	ح5 ملاك	ح6 أمال
------------------------	------------	-------------	------------	------------	------------	------------

0	0,5	1	0,5	0	0	-النقطتين داخل الدائرة على اليمين
1	0	0	0	0	0	-علامة(+) يسار المثلث
1	1	1	1	1	1	-القوس داخل المستطيل في الوسط
0	1	1	0	1	1	-عدد الخطوط أربعة
1	1	1	0	0	0	-علامة(=) بين المربع والمستطيل
1	0	0	0	0	1	- الخط المائل في وضعية صحيحة
1	0	1	0	1	0	- النقطة في المربع في مكانها
1	1	1	0	0,5	0	-نقطة المربع أكبر من نقطتين الدائرة

من خلال تطبيقنا لاختبار "figure de Rey" (الوجه "ب") لنقل والاسترجاع الإشكال على عينة البحث المتكونة من ستة حالات، وتحصلنا على النتائج والتي سوف نقوم بتحليلها ومناقشتها .

V-2- تحليل نتائج الحالات الستة:

-الحالة الأولى (محمد):

يبلغ محمد من العمر ست سنوات ،وهو من عائلة تتكون من أب، وهو موظف في ADE وأمه ربة بيت، عدد الإخوة ثلاثة، وهو الأول في الأسرة قام بالكفالة الأرطوفونيا وهو يدرس في المدرسة العادية، وهو مصاب بالتوحد من الدرجة الخفيفة (CARS= 34) أنظر إلى الملحق رقم (15) .

- بعد تطبيقنا لاختبار FIGURE DE REY (الوجه"ب") لنقل واسترجاع الإشكال حصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (10) يبين نتائج نقل واسترجاع الأشكال للحالة الأولى (محمد) :

المعايير	قدرة النقل	قدرة الاسترجاع
-وجود العناصر الرئيسية	08	6,5
-حجم الأشكال	04	2,5
-ربط العناصر الرئيسية	05	04
-وضعية العناصر الثانوية	05	03
-المجموع	22/ 31	16/31

الجدول يوضح لنا النتائج الكمية التي حصلت عليه الحالة الأولى (محمد) من خلال نقل واسترجاع الأشكال وهي كالتالي:

-وجود العناصر الرئيسية : الحالة حصلت في هذا المعيار فيما يخص النقل على ثمانية(08) أجوبة صحيحة من بين احدي عشر(11) ، وهذا يعني أنه فشل في ثلاثة (03)

أما الاسترجاع تحصل على ستة ونصف (6,5) من بين احدي عشر (11) وفشل في أربعة . فعندما نطلب من الحالة القيام بتعليمات المطلوبة فإنه يتردد ويخلط بين الأشكال.

- حجم الأشكال :

أما بالنسبة لهذا المعيار فإن الحالة قامت بنقل كل العناصر و لم يخطئ فقد تحصل على نتيجة 4/4 .

أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصل على اثنان و نصف (2 5) من أربعة (4) وفشل في واحدة و نصف (1,5) ، لأن الحالة لم تكن في انتباه جيد.

- ربط العناصر الرئيسية:

أما فيما يخص هذا المعيار فالحالة قامت بنقل بعض الأشكال و فشلت في بعضها فقد حصلت على خمسة (5) من ثمانية (8) و فشل في ثلاثة (3) .

أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصل على أربعة (4) من ثمانية (8) وفشل في أربعة (4) .

-وضعية العناصر الثانوية:

ففي هذا المعيار فإن الحالة تحصلت على خمسة (5) أجوبة صحيحة من ثمانية (8) وفشلت في ثلاثة (3).

أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصل على ثلاثة (3) من ثمانية (8) وفشل في خمسة (05) .

المجموع الكلي للنقل لمحمد هو 22/31 ، أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصل على 16/31 .

-الحالة الثانية (ياسين):

ياسين يبلغ من العمر سبعة سنوات، وهو من عائلة تتكون من أب موظف في شركة الاتصالات وأم معلمة، عدد الإخوة ثلاثة، أمه تعرضت لحادث مرور أثناء حملها بياسين

قام بالكفالة الأرطوفونيا التحقا بالمدارس المكيفة منذ سنة، وهو مصاب بتوحد درجة خفيفة
(CARSE= 33) .

طلبنا من ياسين مرافقتنا إلى القاعة أين قمنا بتطبيق اختبار **figure de Rey** (الوجه ب)
لنقل واسترجاع الأشكال وتحصلنا على النتائج التالية

جدول رقم(11) يبين نتائج نقل واسترجاع الأشكال للحالة الثانية (ياسين):

المعايير	قدرة النقل	قدرة الاسترجاع
-وجود العناصر الرئيسية	09	07
-حجم الأشكال	3,5	3,5
-ربط العناصر الرئيسية	6,5	06
-وضعية العناصر الثانوية	5,5	3,5
-المجموع	24,5/31	20/ 31

-وجود العناصر الرئيسية:

تبين لنا نتائج الجدول والتي قمنا بتحليلها كميا أن هذه الحالة قامت بتقديم تسعة (9)
أجوبة صحيحة من أصل إحدى عشرة (11) فيما يخص النقل، وهذا يعني أنه فشل في
اثان (2) .

أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصل على سبعة (7) أجوبة صحيحة من بين إحدى
عشرة (11) فقد فشل في أربعة (4) منها.

- حجم الأشكال:

في هذا المعيار تبين النتائج المتحصل عليها فإن الحالة تمكنت من نقل جميع الأشكال
تقريبا أي ثلاثة و نصف (3,5) من أربعة (4) .

أما فيما يخص الاسترجاع فتحصل على ثلاثة ونصف (3,5) من أربعة (4).

-ربط العناصر الرئيسية :

فيما يخص هذا المعيار فإن ياسين قد تحصل على ستة و نصف (6,5) من ثمانية (8) فيما يخص النقل .

أما الاسترجاع فقد تحصل على ستة (6) أجوبة صحيحة من أصل ثمانية (8) أي أنه فشل في اثنان (2) منها.

-وضعية العناصر الثانوية :

فيما يخص هذا المعيار يبين لنا أن قدرة النقل كانت خمسة ونصف (5,5) من ثمانية (8) وفشل في اثنان و نصف (2,5) منها، أي أنه فشل في رسم ارتفاع المربع والمستطيل فقد شوّهه قليلا .

أما فيما يخص الاسترجاع فقد تمكن من استرجاع بعض الأشكال وفشل في البعض منها، فقد تحصل على ثلاثة و نصف (3,5) من ثمانية (8) .

فالمجموع الكلي للنقل تحصلت الحالة على أربعة وعشرون ونصف (24,5) من أصل واحد وثلاثون (31) أي 24,5 / 31 ،

1. أما المجموع الكلي للاسترجاع تحصل على عشرون (20) من واحد وثلاثون (31)

- الحالة الثالثة (أحمد) :

أحمد يبلغ من العمر أثن عشر سنة، وهو من عائلة متكونة من أب موظف إداري وأم ممرضة، لديه شقيقة كبرى وهو الثاني، قام بالكفالة الأرطوفزنيا وهو يدرس في مدرسة خاصة بولاية تيزي وزو، وهو مصاب بالتوحد من الدرجة الخفيفة (CARS=35).

قمنا بتطبيق اختبار figure de Rey (الوجه "ب") تحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (12) يوضح نتائج نقل واسترجاع الأشكال للحالة الثالثة (أحمد) :

المعايير	قدرة النقل	قدرة الاسترجاع
-وجود العناصر الرئيسية	5,5	06
-حجم الأشكال	2,5	2,5
-ربط العناصر الرئيسية	06	03
-وضعية العناصر الثانوية	2,5	1,5
المجموع	16,5/31	13/31

- وجود العناصر الرئيسية:

تبين لنا نتائج الجدول فيما يخص هذا المعيار أن الحالة تحصل على خمسة و نصف (5,5) من أصل إحدى عشرة (11) وهذا يعني أنه فشل في خمسة و نصف (5,5). أما فيما يخص الاسترجاع قام بتقديم ستة (6) من إحدى عشرة (11)، أي أنه فشل في أربعة (4) كعلامة (+) و علامة (=) الموجودة داخل المربع.....الخ.

-حجم الأشكال :

أما فيما يخص هذا المعيار فقد كانت قدرة النقل اثنان ونصف (2,5) من أصل أربعة (4) فقد فشل في واحد ونصف (1,5) منها. أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصل على اثنان و نصف (2,5) من أربعة (4) أي أنه فشل في رسم بعض العناصر.

-ربط العناصر الرئيسية :

بنسبة لهذا المعيار كانت نتائج النقل المتحصل عليها فقد قدم أحمد ستة (6) أجوبة صحيحة من أصل ثمانية (8) أي أنه فشل في اثنان (2) فقط .

أما فيما يخص الاسترجاع فالنتيجة المتحصل عليها كانت ضعيفة أي تحصل على ثلاثة (3) أجوبة صحيحة من ثمانية (8) و فشل في خمسة (5) منها.

-وضعية العناصر الثانوية :

فيما يخص هذا المعيار فقد كانت النتيجة المتحصل عليها منخفضة أي أنه تمكن من نقل اثنان ونصف (2,5) من أصل ثمانية (8) أي أنه فشل في خمسة و نصف (5,5) منها، أما فيما يخص الاسترجاع فلم يتمكن تقريبا من استرجاع كل الأشكال فقد تحصل على واحد و نصف (1,5) من أصل ثمانية (8) .

فالمجموع الكلي لقدرة النقل فقد تحصل أحمد على ستة عشرة ونصف (16,5) من أصل واحد و ثلاثون (31) أي 16,5 / 31 .

أما المجموع الكلي لقدرة الاسترجاع فقد تحصل على ثلاثة عشرة (13) من أصل واحد وثلاثون (31) أي 13/31 .

- الحالة الرابعة (أنيس) :

أنيس يبلغ من العمر عشرة سنوات، أبه معلم وأمه ربة بيت وهي مطلقة من أب أنيس ثم تزوجت مرة ثانية وأنيس يعيش مع زوج أمه، وهو لديه أخوان وهو الأول بينهم قام بالكفالة الأرطوفونيا، كان يدرس في المدرسة العادية بولاية تيزي وزو ثم التحق بالمركز وهو مصاب بالتوحد من الدرجة الخفيفة (CARS= 30,5)، وأنيس طفل مجتهد جدا، يفهم بسرعة ينتبه .

جدول رقم (13) يوضح نتائج نقل واسترجاع الأشكال للحالة الرابعة (أنيس) :

المعايير	قدرة النقل	قدرة الاسترجاع
-وجود العناصر الرئيسية	11	11
-حجم الأشكال	3,5	04

08	06	-ربط العناصر الرئيسية
06	06	-وضعية العناصر الثانوية
29/31	26,5/31	-المجموع

-وجود العناصر الرئيسية:

تبين نتائج الجدول أن أنيس تمكن من نقل كل العناصر الرئيسية فتحصل على إحدى عشرة (11) على إحدى عشرة (11) ، كما تمكن من استرجاع كل العناصر الرئيسية فكانت النتيجة هي إحدى عشرة (11) على إحدى عشرة (11) .

- حجم الأشكال :

في هذا المعيار كانت قدرة الحالة على النقل تقدر بثلاثة ونصف (3,5) من أربعة (04) .

أما فيما يخص الاسترجاع تمكن من استرجاع كل العناصر أي أربعة (04) على أربعة (04) .

- ربط العناصر الرئيسية:

فيما يخص هذا المعيار تحصل الحالة على ستة (06) إجابات من أصل ثمانية (08)، أي أنه فشل في اثنان فقط .

أما فيما ، حيث تمكن من استرجاع كل العناصر الرئيسية أي ثمانية (08) من أصل ثمانية (08) .

- وضعية العناصر الثانوية :

في هذا المعيار تحصلت الحالة على ستة (06) من أصل ثمانية (08) .

أما فيما يخص الاسترجاع تحصل على ستة (06) من ثمانية (08) وفشل في اثنان (02) فقط .

فالمجموع الكلي للنقل بالنسبة لهذه الحالة تحصل على ستة وعشرون ونصف (26,5) من (31) ، 26,5/31 .

أما الاسترجاع فكان المجموع الكلي جيدا ، حيث تحصل على تسعة وعشرون (29) من أصل واحد وثلاثون 29/31 .

- الحالة الخامسة (ملاك) :

تبلغ ملك من العمر عشرة سنوات وهي من عائلة متكونة من أب معلم و أم ربة بيت وهي الأخيرة بين أخواتها الثلاث ،قامت بالكفالة الأرطوفونيا في عدة مراكز، وهي مصابة بالتوحد من درجة خفيفة .(CARS=33,5) .

طبقتنا عليه اختبار "figure de Rey" (الوجه ب) لنقل والاسترجاع الأشكال وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (14) يبين نتائج نقل واسترجاع الأشكال (ملاك) :

المعايير	قدرة النقل	قدرة الاسترجاع
-حجم العناصر الرئيسية	04	10
-حجم الأشكال	03	2,5
-ربط العناصر الرئيسية	07	7,5

4,5	03	-وضعية العناصر الثانوية
24,5/31	17/31	المجموع

- وجود العناصر الرئيسية :

نتائج النقل في هذا المعيار تقدر بأربعة (04) من احدى عشر (11) فقط أي أنها فشل في ستة (06) منها .

أما فيما يخص الاسترجاع تمكنت من استرجاع كل العناصر تقريبا أي عشرة (10) من أصل احدى عشر (11) فهي فشلت في واحدة (01) فقط .

- حجم الأشكال :

كانت النتائج في هذا المعيار فيما يخص النقل قد تحصلت الحالة على ثلاثة (03) من أصل أربعة (04) وفشلت في واحدة منها .

أما فيما يخص الاسترجاع ، تمكنت من استرجاع اثنان ونصف (2,5) من أربعة

- ربط العناصر الرئيسية :

أما فيما يخص هذا المعيار فإن قدرة النقل لدا الحالة (ملاك) تقدر بسبعة (07) من ثمانية (08) ، أي فشلت في واحدة (01) فقط .

أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصلت الحالة على سبعة ونصف (07,5) من أصل ثمانية (08) .

-وضعية العناصر الثانوية :

أما فيما يخص هذا المعيار فقد كانت قدرة النقل تقدر بثلاثة (03) فقط من ثمانية (08) ، أي أنه فشل في خمسة (05) .

أما فيما يخص الاسترجاع تحصلت الحالة على أربعة ونصف (4,5) من أصل ثمانية (08) .

فالمجموع الكلي لقدرة النقل لهذه الحالة (ملاك) هي سبعة عشر (17) من أصل واحد وثلاثون (31) ، 17 /31 .

أما فيما يخص الاسترجاع فقد تحصلت على أربعة وعشرون ونصف (24,5) من واحد وثلاثون (31) ، 24,5/31 .

– الحالة السادسة (أمال) :

تبلغ أمال من العمر سبعة سنوات، أبوها متوفى وأمها جراحة أسنان وهي الأخيرة في الأسرة، قامت بالكفالة الأرطوفونيا وهي تدرس في مدرسة عادية وهي مصابة بالتوحد من الدرجة الخفيفة (CARS= 31) .

جدول رقم(15) يوضح نتائج نقل واسترجاع الأشكال (أمال) :

المعايير	قدرة النقل	قدرة الاسترجاع
-وجود العناصر الرئيسية	11	8,5
-حجم الأشكال	4	04
-ربط العناصر الرئيسية	08	7,5
-وضعية العناصر الثانوية	4,5	06
-المجموع	29,5/31	26/31

- وجود العناصر الرئيسية :

تبين لنا نتائج الجدول أن الحالة تمكنت من نقل كل العناصر الرئيسية أي احدي عشر (11) على احدي عشر (11) .

أما فيما يخص قدرة الاسترجاع تحصلت الحالة على ثمانية ونصف (8,5) من أصل احدي عشر (11) وفشلت في اثنا ن ونصف (2,5) فقط .

-حجم الأشكال:

فيما يخص هذا المعيار فإن أمال تمكنت من نقل جميع الأشكال فتحصلت على أربعة (04) من أربعة (04).

أما الاسترجاع فقد تمكنت من استرجاع جميع الأشكال، فتحصلت على أربعة (04) على أربعة (04) .

-ربط العناصر الرئيسية :

بالنسبة لهذا المعيار تمكنت الحالة من نقل الربط بين كل العناصر الرئيسية ، تحصلت على ثمانية (08) من ثمانية (08) .

أما قدرة الاسترجاع تمكنت من استرجاع كل العناصر فتحصلت على سبعة ونصف (7,5) من أصل ثمانية (08) حيث شوهدت البعض منها كالتقاطع المربع و المستطيل .

-وضعية العناصر الثانوية :

نتائج هذا المعيار فيما يخص النقل لدا الحالة أمال فتحصلت على أربع ونصف (4,5) من أصل ثمانية (08) وفشلت في ثلاثة ونصف (3,5) .

أما بالنسبة للاسترجاع تحصلت الحالة على ستة (06) من أصل ثمانية (08) وفشلت في اثنان (02) فقط.

المجموع الكلي لقدرة النقل لدا الحالة أمال تقدر بتسعة وعشرون ونصف (29,5) من واحد وثلاثون 29,5/31 .

أما المجموع الكلي للاسترجاع هو ستة وعشرون (26) من أصل واحد وثلاثون 26/31

-3-V نتائج الحالات الستة :

الحالة الأولى (محمد) :

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (10) فيما يخص النقل فإن "محمد" تمكن من نقل الأشكال الرئيسية المربع، المثلث، المستطيل والدائرة، لكنه فشل في نقل بعض الأشكال الثانوية كعلامة (+) الموجودة داخل المثلث، والخط المائل داخل المربع وتقاطع الدائرة مع المستطيل وعدد الخطوط داخل القوس، أما فيما يخص المعايير الأخرى فقد أنجزهم بسهولة (أنظر إلى الملحق رقم 02) و كانت النسبة المئوية لنقل 70,96% ، فكوننا نعتمد في هذا البحث على النسب المئوية سنعتبر تقسيم النسب إلى ثلاثة مستويات مختلفة على النحو التالي :

[0% 40%] ← نتيجة ضعيفة .

[40% 65%] ← نتيجة متوسطة .

[65% 100%] ← نتيجة عالية .

فإن من خلال النسبة المئوية لنقل لدا الحالة (70,96%) فقد تحصلت الحالة على نتيجة عالية .

أما فيما يخص الاسترجاع تمكن من استرجاع الأشكال الرئيسية لكنه شوه قليلا المثلث كما تمكن من استرجاع بعض الأشكال الثانوية كقوس المستطيل والخطوط الموجودة داخل القوس والخط المائل داخل المربع ،(أنظر الملحق رقم 03) فكانت النسبة المئوية للاسترجاع 51,61 %، فهي نسبة متوسطة لأن الحالة لم تتمكن من تخزين كل الأشكال حيث احتفظت بالإشكال البارزة أكثر من الثانوية .

الحالة الثانية (ياسين) :

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم(11) نلاحظ أن ياسين تمكن من رسم جميع الأشكال الرئيسية: الدائرة، المربع، المثلث والمستطيل، كما تمكن من نقل بعض الأشكال الثانوية كنقطتين داخل الدائرة، قوس المستطيل ووضع نقطة المربع، أما فيما يخص التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية (المثلث، الدائرة والمستطيل) تمكن من رسمها إلا فيما يخص ارتفاع المربع والمستطيل فقد شوهها قليلا.

وكذلك تقاطع العناصر الرئيسية تمكن من رسمها، أما فيما يخص وضعية العناصر الثانوية تمكن من رسم البعض وأخفق في البعض الآخر(أنظر إلى الملحق رقم 04). وكانت النسبة المئوية للنقل 79,03 % وهي نتيجة عالية .

أما فيما يخص الاسترجاع تمكن من استرجاع كل العناصر الرئيسية كما تمكن من استرجاع بعض العناصر الثانوية كقوس المستطيل، الخطوط الموجودة داخل القوس، نقطة المربع وفشل في استرجاع البعض كنقطتين داخل الدائرة، علامة (+) الموجودة داخل المثلث، الخط المائل داخل المربع، علامة (+) الموجودة في المربع، كما تمكن من استرجاع تقاطع المثلث والدائرة، الدائرة مع المستطيل وفشل في تقاطع الدائرة مع المستطيل، أما فيما

يخص وضعية العناصر الثانوية تمكن من استرجاع البعض منها وفشل في البعض الآخر (أنظر إلى الملحق رقم 05) . وكانت النسبة المئوية للاسترجاع 64,51 % وهي نتيجة متوسطة .

الحالة الثالثة (أحمد) :

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم(12) نلاحظ أن أحمد قد تمكن من نقل الأشكال الرئيسية والثانوية بطريقة صحيحة ، لكنه فشل في وضع المربع وعلامة (+) الموجودة داخل المثلث و الخط المائل داخل المربع ونقطة المربع وعلامة (=) الموجودة في المربع ، أما فيما يخص التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية وضعها وتمكن من رسمها ولكنه شوهها قليلا ، أما تقاطع العناصر الرئيسية تمكن من وضعها ، لكنه فشل فقط في تقاطع المربع والمستطيل، أما وضعية العناصر الثانوية فقد تمكن من رسم القوس داخل المستطيل وعدد الخطوط داخل القوس والآخرين فشل فيها(أنظر للملحق رقم 06)، فنسبة المئوية فيما يخص النقل هي 53,22 % فالحالة تحصلت على نتيجة متوسطة .

أما فيما يخص الاسترجاع تمكن من استرجاع بعض العناصر الرئيسية وفشل في استرجاع بعض العناصر الثانوية كقوس المستطيل والخط المائل، أما فيما يخص التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية تمكن من استرجاع البعض بطريقة مشوهة، أما تقاطع العناصر الرئيسية كذلك استرجع البعض والبعض لا، أما وضعية العناصر الثانوية لم يتم استرجاعها إلا النقطتين داخل الدائرة وبطريقة مشوهة والقوس داخل المستطيل (أنظر إلى الملحق رقم 07). فنسبة المئوية للنجاح في الاسترجاع هي 41,93 % وهي نتيجة ضعيفة .

الحالة الرابعة (أنيس) :

يتبين لنا من خلال النتائج الموضحة من الجدول رقم(13) أن أنيس تمكن من نقل الأشكال الرئيسية والثانوية بطريقة صحيحة واحترم حجم العناصر والربط بينها، أما فيما

يخص التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية فقد تمكن من رسمها ولكنه شوه قليلا الدائرة والمستطيل كما نجح في تقاطع العناصر الثانوية ماعدا تقاطع الدائرة مع المستطيل ولم يحترم الخطوط الأربعة داخل القوس (أنظر للملحق رقم 08) . فنسبة المئوية للنقل هي 85,48% فالحالة تحصلت على نسبة عالية.

أما فيما يخص استرجاع العناصر الرئيسية كلها بطريقة صحيحة، لكنه فشل في استرجاع بعض الأشكال الثانوية كعلامة (+) يسار المثلث والخط المائل داخل المربع (أنظر للملحق رقم 09). فنسبة المئوية للنجاح في الاسترجاع 93,54% وهي كذلك نسبة عالية .

الحالة الخامسة (ملاك):

تبين لنا نتائج الجدول رقم (14) أن ملاك تمكنت من نقل أشكال العناصر الرئيسية بطريقة صحيحة لكنها فشلت في نقل الأشكال الثانوية، كما تمكن من نقل التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية المثلث، الدائرة والمربع وأخفق في البعض منها، أما فيما يخص تقاطع العناصر الرئيسية ووضعيات العناصر الثانوية تمكنت من نقلها وفشلت في نقل النقطتين داخل الدائرة على اليمين وعدد الخطوط داخل القوس والخط المائل داخل المربع، (أنظر إلى الملحق رقم 10)، فالنسبة المئوية لنقل الأشكال هي: 54,83% وهي نتيجة متوسطة .

أما فيما يخص الاسترجاع نجحت ملاك في استرجاع العناصر الرئيسية ووضعيات العناصر الثانوية ماعدا الخط المائل، أما فيما يخص استرجاع التقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية فقد تمكنت من استرجاع الدائرة والمثلث والدائرة والمربع والمستطيل وفشلت في ارتفاع المربع والمستطيل، كما نجحت في استرجاع تقاطع العناصر الرئيسية وأخفقت في استرجاع وضعيات العناصر الثانوية، (أنظر للملحق رقم 11)، فنسبة المئوية لاسترجاع الأشكال هي 79,03% وهي نسبة عالية.

الحالة السادسة (أمال):

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (15) نلاحظ أن آمال تمكنت من نقل كل العناصر الرئيسية والثانوية، والتقارب النسبي لأبعاد العناصر الرئيسية ونجحت في وضعية العناصر الثانوية ماعدا النقطتين داخل الدائرة على اليمين والخط المائل لم يكن في وضعية صحيحة داخل القوس، (أنظر إلى الملحق رقم 12) ، فنسبة المئوية لنقل الأشكال هي: 85,48% فالحالة تحصلت على نسبة عالية.

أما فيما يخص الاسترجاع تمكن من استرجاع العناصر الرئيسية والثانوية ماعدا النقطتين داخل الدائرة على اليمين وعدد خطوط القوس، (أنظر إلى الملحق رقم 13). والنسبة المئوية للاسترجاع: 83,87% وهي نسبة عالية .

*خلاصة الحالات :

تحصلت الحالات الستة من خلال تطبيق اختبار " Figure de Rey " (الوجه ب) لنقل واسترجاع الأشكال على النتائج الملخصة في الجدول التالي:

جدول رقم (16) ملخص نتائج الحالات الستة:

النسبة الحالات	النسبة المئوية (النقل)	النسبة المئوية (الاسترجاع)
محمد	%70,96	%51,61
ياسين	%79,03	%64,51
أحمد	%53,22	%41,93
أنيس	%85,48	%93,54
ملاك	%54,83	%79,03
أمال	%85,48	%83,87

يتبين لنا من خلال الجدول أن الحالات لا تعاني من مشاكل في الإدراك البصري والذاكرة البصرية، فمعظمها تمكنت من نقل واسترجاع الأشكال بطريقة ممتازة وصحيحة فمن خلال النسب المئوية لقل واسترجاع الأشكال عند الحالات الستة، فإن الحالة الرابعة (أنيس) تمكن من استرجاع الأشكال بشكل جيد جدا فنسبة المئوية لنقل هي 85,48% والنسبة المئوية للاسترجاع 93,54% وهي نتائج مرتفعة ، والحالة السادسة (أمال) فنسبتها المئوية للنقل هي 85,48% والنسبة المئوية للاسترجاع 83,87% وهي أيضا نتائج مرتفعة ثم تليها الحالة الثانية (ياسين) فنسبة النقل هي 79,03% والاسترجاع هي 64,51%، ثم الحالة الخامسة (ملاك) فنسبتها المئوية للنقل هي 54,83% والاسترجاع 79,03%، والحالة الأولى (محمد) فنسبة النقل هي 70,96% والاسترجاع هي 51,61%، أما الحالة الثالثة (أحمد) فلقد تمكن من نقل واسترجاع الأشكال ولكنه أقل من الحالات الأخرى، فنسبته المئوية للنقل هي 53,22% والاسترجاع 41,93% .

الاستنتاج العام:

انطلاقاً من النتائج التي توصلنا إليها والتي قمنا بتحليلها ومناقشتها ، نستنتج أن الأطفال المصابين بالتوحد من الدرجة الخفيفة ليس لديهم اضطراب في الإدراك البصري والذاكرة البصرية ، باعتبارنا اخترنا باختصار دراستنا على الفئة العمرية مابين (06-12 سنة) ودرجة التوحد الخفيفة التي تتراوح مابين (30 إلى 35 درجة).

إذ اتضح لنا أن هذه الفئة قادرة علي نقل واسترجاع المعلومات البصرية ، وهذا انطلاقاً من الاختبار الذي طبقناه عليهم الذي هو " **figure de Rey** " (الوجه ب) الذي يتضمن جانب يتطلب فيه النقل المباشر للأشكال وجانب آخر يتطلب الاسترجاع ، حيث لاحظنا أن العينة استوعبت التعليم جيداً ، فنسبة المئوية لنقل الأشكال عند الحالات الستة تتراوح مابين (53,22% إلى 85,48%) والنسبة المئوية للاسترجاع للأشكال تتراوح مابين (41,93% إلى 93,54%).

ومن خلال كل هذا توصلنا إلى أن الإدراك البصري والذاكرة البصرية غير مضطربان لدى الطفل المتوحد (درجة خفيفة).

وهكذا نكون قد حققنا الفرضية المصاغة في بداية البحث التي تقول أن "الإدراك البصري والذاكرة البصرية غير مضطربان لدى الطفل المتوحد من الدرجة خفيفة.

الخاتمة:

منذ أربعينيات القرن الماضي هناك دراسات تهتم باضطراب التوحد وهذا نظرا لخطورته إذ يصيب الأطفال دون ثالث سنوات ويؤدي إلى قصور نموهم في جميع الجوانب سواء اللغوية ، الاتصالية، الاجتماعية أو المعرفية.

ونحن من خلال هذه الدراسة تناولنا عمليتان معرفيتان جد مهمتان والمتمثلة في الإدراك البصري والذاكرة البصرية اللتان تعتبران أساس لتعلم الهادف خاصة عند الطفل ونذكر بالأخص المتوحد من الدرجة الخفيفة، إذا أردنا الكشف بطريقة علمية عن نوع الصعوبات التي يعاني منها الطفل المتوحد من الدرجة الخفيفة.

ومن خلال دراستنا لفئة الأطفال المصابين بالتوحد من الدرجة الخفيفة معتمدين في ذلك على تطبيق اختبار FIGURE DE REY (الوجه ب)، فيما يخص الإدراك والذاكرة البصرية لهذه الفئة ومن خلال النتائج المتحصل عليها يتبين لنا أن الإدراك والذاكرة البصرية عند الأطفال المصابين بالتوحد من الدرجة الخفيفة غير مضطربان ،حيث أن هذه الفئة قد تمكنت من تحقيق نسب مئوية عالية فيما يخص النقل والاسترجاع.

لكن بالرغم من هذا يجب أن يكون هناك متابعة من قبل جميع المحيطين بالطفل من أولياء والمختصين والمربين ، لأنهم يمثلون العنصر الأساسي الذي يساعد الطفل المتوحد من تطوير كل قدراته المعرفية بشتى أنواعها، ومساعدتهم على الاندماج الاجتماعي بطريقة عادية كون هذه الفئة تمتلك قدرات معرفية جد مهمة يمكننا تطويرها وتنميتها وبالتالي يمكننا إعطاءهم حضور أكثر في عيش مستقبل أحسن.

الاقتراحات :

من خلال عرضنا للجانب النظري والنتائج المتحصل عليها من الجانب الميداني حول موضوع بحثنا المتمثل في دراسة الإدراك البصري والذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من الدرجة الخفيفة، نتقدم بجملة من الاقتراحات التي نطمح إلى أن تأخذ بعين الاعتبار من طرف الطلبة، الباحثين، المهتمين بالمنظومة الصحية وما لفت انتباههم قصد تحسين وضعية الأطفال المتوحد وتطوير قدراتهم وتنمية مكتسباتهم ونلخص هذه الاقتراحات والتوصيات فيما يلي :

- ضرورة تواجد المختصين النفسيين والأرطوفونيين في الروضة وهذا ليحددوا إن كان الطفل يعاني من أي اضطراب في مختلف الجوانب سواء اللغوية أو الاجتماعية أو النفسية منذ فترة الروضة ، وبهذا يكون الكشف المبكر عن الاضطراب.
- ضرورة تقديم التشخيص على وجود عرض التوحد كاضطراب.
- ضرورة تواجد المراكز التي تتكفل بالأطفال المتوحد اعتمادا على ملاحظة بعض الأعراض التوحدية.
- إطلاق حملات تحسيسية عن التوحد لتوعية المواطن بهذا الاضطراب، أعراضه ومدا خطورته في حالة عدم التكفل المبكر به، وهذا ليكون أولياء الأطفال المتوحدون على علم بمدي أهمية التكفل المبكر لهذا الاضطراب.
- تنظيم ملتقيات علمية مكثفة للبحث عن سبيل تطوير قدرات الطفل المتوحد.
- تسخير إمكانيات أكبر لتكفل بالطفل المتوحد خصوصا في الوسط الجزائر الذي التمسنا فيه نقائص كثيرة.
- العمل على تطبيق مختلف البرامج التي تعمل على تطوير قدرات الطفل في مختلف الجوانب مثل برنامج "TEACCH" و "ABA" في مختلف المراكز التي تتكفل بالأطفال المتوحدين.

. قائمة المراجع باللغة العربية :

- 1 . أحمد يحيى خولة (2000 م)، "الاضطرابات السلوكية والانفعالية"، دار الفكر العربي لطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة 1، عمان، الأردن .
- 2 . أسامة محمد البطانية وآخرون (2007م)، "علم النفس الطفل الغير العادي" دار المسيرة لنشر والتوزيع، الطبعة 1، عمان، الأردن.
- 3- أسامة محمد البطانية (2005م)، " صعوبات التعلم"، الطبعة 1، دار النشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 4- أفتان نظير دروزة (2004م) ، "أساسيات علم النفس التربوي"، دار الشروق لنشر والتوزيع، الطبعة 1، عمان، الأردن .
- 5- إيهاب محمد خليل وآخرون (2009م)، "التوحد والإعاقة العقلية، دراسة سيكولوجية"، مؤسسة طبية لطباعة والنشر، الطبعة 1، مصر، القاهرة .
- 6- بول موسن، جون كونجر وجيروم (1993م)، "أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة" دار الشروق للنشر والتوزيع ، الطبعة 2، كويت .
- 7- تيسير مفلح كوافحة (2000م) ، "علم النفس التربوي في مجال التربية الخاصة" دار المسيرة، الطبعة 1، عمان، الأردن .
- 8- تيسير مفلح كوافحة (2007م)، "صعوبات التعلم والخطة العلاجية المقترحة" دار الميسرة لنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة 3، عمان، الأردن.
- 9- جابر محمد عبد الله (2005م)، "علم النفس المعرفي"، عالم الكتب لنشر والتوزيع الطبعة 1، عمان، الأردن.

- 10-** جودت بن جابر سعيد عبد العزيز (2002م)، "مدخل إلى علم النفس"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة 1، عمان، الأردن.
- 11-** حسن مصطفى عبد المعطي (2003)، "منهج البحث الإكلينيكي"، مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع، الطبعة 1، بيروت، لبنان.
- 12-** رافع نظير الزغلول وآخرون (2003م)، "علم النفس المعرفي"، دار الشروق للنشر والتوزيع الطبعة 1، عمان، الأردن .
- 13-** ريتا جوردن ستيوارت بيول (2007م)، "الأطفال التوحد يون، جوانب النمو وطرق التدريس"، دار عالم الكتب للنشر والطباعة ، الطبعة 1، بدون بلاد .
- 14-** سعيد رياض ،"الطفل التوحدي، أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه" ، دار النشر للجامعات، الطبعة 3 ،مصر، القاهرة .
- 15-** سعيد حسين العزي (2002م) ،"التربية الخاصة لذوي الاضطرابات السلوكي" ، دار العلمية الدولية للنشر و التوزيع ودار الثقافة لنشر والتوزيع ، الطبعة 1. عمان، الأردن
- 16-** سوسن شاكر مجيد (2007م) ، " التوحد، أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه، علاجه" دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الطبعة 1، عمان ، الأردن .
- 17-** طارق عامر (2008م) ، " الطفل التوحدي" ، الطبعة العربية، دار ألبزوري العلمية لنشر والتوزيع ، الطبعة 1، عمان ، الأردن .
- 18-** عبد المنعم أحمد الدردي ، جابر محمد عبد الله (2008) ،"علم النفس المعرفي قراءات وتطبيقات معاصرة " ، عالم الكتب لنشر والتوزيع ، الطبعة 1، القاهرة، مصر.
- 19-** عبد الرحمان عيساوي (1991م)، "علم النفس الفسيولوجي" ، دار النهضة لنشر والتوزيع ، الطبعة ، القاهرة ،مصر .
- 20-** عبد الرحمان سي سليمان (2000م) ،"إعاقة التوحد لدي الأطفال" ، الطبعة 1، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ،مصر.

- 21- عثمان لبيب فراج (1995م)، "إعاقة التوحد أو الإجتزاري ، خواصها وتشخيصها " إتحاد الهيئات رعاية القناة الخاصة والمعوقين ، الطبعة 1، عمان ، الأردن
- 22- عصام نور (2003م) ، "سيكولوجية التعلم" ، مؤسسة شباب الجامعة ، كلية الآداب جامعة الزقازيق ، الطبعة 1، القاهرة، مصر .
- 23- عدنان يوسف العتوم (2004م) ، "علم النفس المعرفي" ، ، دار الميسرة ، الطبعة 1، عمان ، الأردن .
- 24- علي بن الهادية وآخرون (1979م) ، "أساسيات علم النفس المعرفي" ، دار النشر لشركة الوطنية ، الطبعة 1، عمان ، الأردن .
- 25- عمر بن الخطاب خليل (2001م) ، "خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية " المجلد الثالث ، جامعة الزهراء، مركز معوقات الطفولة .
- 26- فتحي مصطفى الريان (1995م)، "الأسس المعرفية للتكوين العقلي" ، دار الوفاء للطباعة والنشر ، لطبعة 2، المنصورة .
- 27- فهد بن حمد المغوث (2006 م) ، "التوحد ، كيف نفهمه ونتعامل معه" ، مؤسسة الملك خالد الخيرية ، النشر المغوث ، الطبعة 1، الرياض .
- 28- فيصل عباس (1994م) ، "أضواء المعالجة النفسية" ، دار اللبناني لنشر و التوزيع، الطبعة 1، عمان ، الأردن
- 29- فادي رفيق شبلي ، "خصائص التوحد ، طرق التدخل والعلاج ، تحضير الجو التربوي والوسائل التعليمية ، دليل علمي للمعلمين وأولياء الأمور" ، الكويت ، لبنان .
- 30- الحمدان عبد الله إبراهيم (2003م)، "حقائق عن التوحد " ، أكاديمية التربية الخاصة ، عمان الأردن .
- 31- الصبي عبد الله (2003م)، "التوحد وطيف التوحد " ، المملكة العربية السعودية ، مكتبة الملك الفهد الوطنية.

- 32-** ماجد السيد علي عمارة(2005م) ، " إعاقة التوحد - بين التشخيص والتشخيص الفارقي " ، مكتبة الزهراء ، الطبعة 1 ، عمان ، الأردن .
- 33-** محمد أحمد الخطاب (2009 م)، " سيكولوجية الطفل التوحيدي ، تعريفها ، تصنيفها ، أعراضها ، تشخيصها ، أسبابها والتدخل العلاجي " ، دار الثقافة لنشر والتوزيع الطبعة 1 عمان .
- 34-** محمد أحمد شلبي(2001م) ، "مقدمة في علم النفس المعرفي" ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الطبعة 1 ، بن عكنون ، الجزائر .
- 35-** محمد السعيد أبوحلاوة (1997 م)، " اضطرابات التوحد ، التشخيص والعلاج " ، كلية التربية، جامعة الإسكندرية .
- 36-** محمد حسن غانم (2003)، "مناهج البحث في علم النفس" ، المكتبة المصرية للطباعة والنشر ، القاهرة، مصر .
- 37-** محمد ميقاني، رنا الكردي (2006 م) ، " أنا وفريق التأهيل "الجمعية اللبنانية للأوتيزم" ، دار النشر والطباعة ، لبنان .
- 38-** محمد السيد عبد الرحمان وآخرون (2005 م)، " رعاية الأطفال التوحيديين ، دليل الوالدين والمربين " ، دار النشر والطباعة و التوزيع ، الطباعة 1، مصر، القاهرة .
- 39-** محمد قاسم عبد الله (2001م) ، " الطفل التوحيدي أو الذاتي ، الانطواء حول الذات ومعالجته ، اتجاهات حديثة " ، دار الفكر لطباعة والنشر الطبعة 1، عمان ، الأردن
- 40-** مصطفى عشوي (2003 م)، " مدخل إلى علم النفس المعاصر " ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الطبعة 1 ، الجزائر .
- 41-** مصطفى نور القمشي وآخرون(2007 م) ، " سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، مقدمة في التربية الخاصة " ، دار المسيرة لنشر والطباعة ، الطبعة 1، عمان الأردن .

42- نصير سهي أحمد أمين (2002م) ، "الاتصالات اللغوية لطفل التوحدي -
التشخيص والبرامج العلاجية " ، ، دار الفكر لطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة 1، عمان
الأردن.

43- نجيب الفنوس (2002م) ، " الذاكرة " ، دار الدولية للإستثمارات الثقافية الجزء الرابع
، عمان الأردن .

44- وليد السيد أحمد خليفة (2006م) ، " الاتجاهات الحديثة في مجال التربية
الخاصة " دار الوفاء لنشر والطباعة ، الطبعة 1 ، القاهرة ،مصر .
45- يوسف مراد (2000م)، " مبادئ علم النفس العام " ، دار المعارف للطباعة
والنشر، الطبعة 2، القاهرة ،مصر .

المذكرات الجامعية :

1- أمينة صدقاوي (2006م، 2007 م) ، "تأثير اضطرابات الذاكرة البصرية على النشاط
الخطي الحركي عند المصابين بالصرع الفص الصدغي"، رسالة الماجستير غير منشورة
،معهد علم النفس وعلوم التربية ،جامعة الجزائر .

2- طاع الله (2004 م) ،"علم النفس المعرفي ، الإدراك البصري للأشكال لدى المعوقين
عقلياً" ، تحت إشراف الدكتور بشر معمورية .

3- زايد الخير سميرة(2007م) ، "دراسة إكلينيكية للذاكرة العامة لدى الطفل الديسفازي
اعتمادا على النموذج المعرفي لبادلي" من مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص
الأرطفونيا ، جامعة الجزائر .

الموسوعات :

1- محمود عمر (2000م) ،"موسوعة علم النفس الذكاء" ، الطبعة 1،الدار الدولية
للاستثمارات الثقافية ، الجزء الثاني،القاهرة، مصر .

قائمة المراجع بالفرنسية:

- 1- Alain lieury, (1997), « **mémoire et réussit scolaires** », , Dunod , 2eme édition ,paris , France .
- 2- Artherine transler et les autres , (2005) , **« l'acquisition du langage par l'enfant sourd »** , éd solal,1ere édition,Marseille ,France.
- 3- Baddly et Thomson , (1975), « **image et mémoire visuels** » académie presse,France .
- 4- Bernadette rogé ,(2003), « **L autisme comprend et agir** » dunod ,1ere édition, paris , France .
- 5- Carole. t et arole .w, (1999) , « **introduction a la psychologie** » les grand perspective, de boeck université , 2eme édition, France .
- 6- Christophone, bouyou, (1997),« **attention et réussite scolaire** » éd solal , paris ,France .
- 7- Daniel Marcelle, (1999), « **enfant et psychopathologie** » édition Masson , 6eme édition ,paris , France .
- 8- Daniel Nollet , (2000) « **le développement de langage** », éd : Masson , France .
- 9- François Dortier, (1999) « **le cerveau et la pensé , la révolution des science cognitives, science humaines** », édition universitaire de France ,1ere édition, paris , France .
- 10-Lebovici.s, maz et ph , (1999) « **autisme et psychologie de l'enfant** »,2eme édition, presse universitaire de France, paris ,France.
- 11- LeboYer marion, (1995) ,« **autisme infantile : fait et modeler** », presse universitaire de France, 2eme édition, paris , France .
- 12-Mahmoud Ould Taleb, (1999) « **le spectre de l'autisme** », office de publication universitaire, 1 ère édition, Algérie .
- 13-Pascale Lenoir et all, (2003), « **l'autisme et les troubles de développement psychologique** » , édition Masson, 6eme édition paris , France .

14-Pierre Ferrari, (1999), « **que sais-je ? l'autisme infantiles** »
presse universitaire de France, 3eme édition , paris ,France .

15- Rita Jordon et all ,(1997), « **les enfants autistes les comprend
les intégrer à l'école** »,édition Masson ,Paris , France .

16-Sibraneves. R, (1999) « **psychologie cognitive** » édition
Armand,1ere édition , paris , France .

القواميس والمعاجم:

1- Daniel.N,(2001), « **Dictionnaire de psychothérapie** »,édition
marketing , rue bargane , France .

2-Illustré petit Larousse,(2009), librairie Larousse , éd Larousse
France .