



جامعة وهران 2 محمد بن احمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا
شعبة الأرطوفونيا



دراسة مفهوم التخطيط الجسمي عند حالات مصابين
بالشلل الدماغي (دراسة ميدانية لأربع حالات "أطفال")

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل

إشراف الأستاذ:

أجد محمد عربي

إعداد الطالبتين:

بلكيلالي فوزية

بن دراوة فاطمة الزهراء

لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الرتبة العلمية	الصفة
غزال أمال	MCA	رئيسا
أجد محمد عربي	MCB	مشرف ومقرر
ملال صفية	MAA	ممتحنا

السنة الجامعية

2022-2021

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على سيدنا محمد سيد الخلق والمرسلين، الشكر والحمد لله بجلال وجهه العظيم ومعظم سلطانه على نعمه التي لا تعد ولا تحصى والذي أحاننا على إتمام هذا العمل..

عندما نحمدك عن كلمات شكر وتقدير الآخرين فإن أجمل عبارات الشكر والتقدير لابد أن تسبق حروفنا وتنهي سطورنا معبرة عن صدق المعاني فهناك أناس يجعلون المكان ..، وهناك أناس يتجمل المكان بوجودهم.

نتقدم بخالص الشكر والعرفان لأستاذنا الفاضل الدكتور محمد عربي أجد الذي قبل الإشراف على عملنا ولم يبخل علينا بملاحظاته وتوجيهاته القيمة ودعمه لنا طول المسار، دون أن ننسى أنه كان دافعا ومحفزا لاختيار هذا الموضوع جزاء الله خير..

كما لا يفوتنا بالذكر شكر المختصة الأرطوفونية " كوثر بوخديمي " وكل طاقم العمل بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي لضحايا حوادث العمل مسرحين - وهران ...

كل الشكر للأستاذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة المتمثلة في الأستاذة " نزال، والأستاذة " ملال صفية " ، لتفضلهم بقبول تحكيم الرسالة وإسداء النصح والملاحظات التي ستسهم في إثراء الرسالة وتجاوز نقاط الضعف فيها..

كما نتقدم بالشكر والعرفان لأساتذتنا الأجلاء في قسم علم النفس والأرطوفونيا بجامعة وهران 2 محمد بن أحمد ، على إرشاداتهم وتشجيعاتهم التي بثت فينا العزيمة والإصرار لإتمام المشوار...

ونشكر كذلك كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل ومد لنا يد العون من قريب أو بعيد وعلى رأسهم الزميله والأخت " بوبكر صابرية " شكرا لكم جميعا..



الإهداء 1

يا من بيده ناصيتي واليه آخرتي... يا من هداني طريق الإيمان وسهل توفيقتي.
الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين محمد عليهما أفضل
الصلاة والسلام...

اهدي تخرجي إلى النور الذي أنار دربي الذي لا ينطفئ نورها أبدا والذي
بذل جهد السنين من أجل أن أحتلي سلال النجاح.. إلى من علمني العطاء بدون
انتظار... إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... إلى من علمني بأن الحياة صبر وعزم
وإصرار... إلى من كافح في سبيل تعليمي والذي العزيز "بلخيالي محمد
القادر"... وإلى كل أفراد عائلتي أمي وإخوتي وأعمامي وعماتي...
إلى أخي محمد ياسين... وأختي الصغيرة رانيا اللذان يعتبرانني قدوة لهما...
إلى كل زملائي... زميلاتي... وأصدقائي...
إلى كل من احتواهم القلب ولم يحتويهم القلب وكل من كان سند لي...

(فوزية)





الإهداء 2

ما أجمل أن يجود المرء بأخلى ما لديه والأجمل أن يمدي الغالي لأخلى...
هي ذبي ثمرة جهودي اجنبا اليوم هي هدية اهدبها إلى... من سعي وشقي
لأنعم بالراحة والمناء... الذي لم يبخل بشئ من اجل دفعي في طريق النجاح
الذي علمني أن ارتقي سلم الحياة بحكمة وصبر أبي " البروفيسور بن دراوة
عبد العزيز"...

إلى الينبوع الذي لا يمل العطاء... إلى من حاكك بخيوط منسوجة من
قلبها... إلى والدتي العزيزة...

إلى كل أفراد عائلتي وأخواتي وزميلاتي...

إلى أهل زوجي خاصة زوجي الذي وقف بجانبني في كل خطوة وكان سندا لي
إلى من جمعني بها هذا العمل وكل الأعمال طيلة 5 سنوات صديقتي وأختي
"بلحلالتي فوزية"...

(فاطمة الزهراء)



ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة مفهوم التخطيط الجسمي عند حالات مصابين بالشلل الدماغي IMC، وهذا بإتباع المنهج الوصفي القائم على دراسة الحالة، حيث تم اختيار العينة بشكل مقصود وهي متكونة من 4 حالات أطفال يتراوح سنهم ما بين 5 إلى 10 سنوات متمدرسين في أقسام خاصة، طبقنا عليهم اختبار التخطيط الجسمي لكل من مالجاك (MALJAK) ، ستمباك (STAMBEK) ، برجس (BERGES)-1966-.

ومن أهم النتائج التي توصلنا إليها أن هذه الحالات المصابة بالشلل الدماغي تعاني من خلل في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي، وان الشلل الدماغي يؤثر بصفة مباشرة على هذا المفهوم العصبي، ويختلف هذا التأثير من حالة إلى أخرى باختلاف شدة إعاقة ونوعها إذ توصلنا إلى أن هناك حالات كان الانحراف الموجود بين سنها الزمني و سن نمو التخطيط الجسمي ADSC ، مقارب للطفل العادي (+) ، في حين أن حالات أخرى تعاني من تأخر متوسط (-) ، وهناك من حالات من تعاني من تأخر شديد (- -) ، في اكتساب ونمو هذا المفهوم القاعدي الذي هو في تفاعل مباشر مع مفهوم الفضاء ومختلف النشاطات النفس- معرفية التي هي ضرورية لنمو نشاط اللغة.

الكلمات المفتاحية: الشلل الدماغي، التخطيط الجسمي، الانحراف المعياري.

Résumé :

Cette étude visait à étudier le concept de planification physique chez des cas atteints de paralysie cérébrale IMC, cela suit la méthode descriptive à la manière d'un étude de cas, où l'échantillon a été choisi de manière aléatoire et il se composait de 4 cas combinés dans des classes spécial. Nous avons appliqué le test de planification physique pour chacun de (MALJAK), (STAMBEK), (BERGES).

Parmi les résultats les plus importantes auxquelles nous sommes parvenus, il y a que ces cas de paralysés cérébrale qui souffrent d'un défaut dans l'acquisition et le développement du concept de planification physique, et que la paralysie cérébrale affecte directement ce concept neurologique, et cet effet varie d'un cas à un autre. selon la gravité et le type de l'handicape si l'on conclut qu'il existe des cas La différence de l'écart entre son âge chronologique et l'âge de développement de l'ADSC qui est proche de l'enfant normale (+), alors qu'il ya d'autres cas qui souffrent d'un retard moyen (-), encore il existe des cas de retards qui sont importants (- -), dans l'acquisition d'autres cas de ce concept, qui a est une interaction directe avec le concept du flux et les divers activités psychocognitives nécessaires à la croissance de l'activité langagière.

Les mots clés : paralysés cérébrale IMC, Le schéma corporel, La déviation standard.

فهرس المحتويات

5	ملخص الدراسة.....
13	مقدمة.....

الفصل التمهيدي: مدخل إلى الدراسة

17	إشكالية الدراسة.....
21	فرضيات الدراسة.....
21	أهمية الدراسة.....
22	أهداف الدراسة.....
22	التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة.....

الجانب النظري

الفصل الأول: الشلل الدماغى

26	تمهيد.....
27	1-لمحة تاريخية عن الشلل الدماغى.....
27	2-مفهوم الشلل الدماغى.....
30	3-أعراض الشلل الدماغى.....
32	4- أسباب الشلل الدماغى.....
35	5-أنواع الشلل الدماغى.....

6-تصنيفات الشلل الدماغي.....39

7-تشخيص الشلل الدماغي.....41

8-مبادئ علاج الشلل الدماغي.....44

خلاصة الفصل.....47

الفصل الثاني: التخطيط الجسمي

تمهيد.....49

1- لمحة تاريخية حول التخطيط الجسمي50

2- مفهوم التخطيط الجسمي52

3- الفرق بين التخطيط الجسمي والصورة الجسمية54

4- مراحل نمو وتطور التخطيط الجسمي57

5- ميكانيزمات اكتساب التخطيط الجسمي62

6- أهمية اللغة في اكتساب التخطيط الجسمي63

خلاصة الفصل.....64

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية لدراسة

تمهيد.....67

1-منهج البحث.....68

68	3-حدود البحث.....
68	أ-الحدود المكانية.....
70	ب-الحدود الزمنية.....
70	4-عينة البحث.....
71	5-أدوات البحث.....
71	أ-المقابلة (مفهومها وإجراءاتها).....
72	ب-الملاحظة (مفهومها وإجراءاتها).....
73	ج-اختبار التخطيط الجسمي.....

الفصل الرابع: عرض وتحليل و مناقشة نتائج الدراسة

79	1-تقديم الحالات.....
79	-الحالة الأولى.....
85	-الحالة الثانية.....
91	-الحالة الثالثة.....
96	-الحالة الرابعة.....
82	2-عرض نتائج الحالات.....
82	-الحالة الأولى.....
88	-الحالة الثانية.....

93-الحالة الثالثة

98-الحالة الرابعة

1073-مناقشة النتائج

112خاتمة

114قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول :

الصفحة	العنوان	الجدول
56	الفرق بين الصورة الجسمية والتخطيط الجسمي	01
71	عينة البحث سنها ومصدر التوجيه	02
77	التنقيط الموافق لسن نمو التخطيط الجسمي ADSC	03
80	أهم عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الأولى	04
84	نتائج الحالة الأولى في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الجانبي)	05
86	عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الثانية	06
90	نتائج الحالة الثانية في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الأمامي).	07
92	عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الثالثة	08
95	نتائج الحالة الثالثة في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الجانبي)	09
97	عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الرابعة	10
101	نتائج الحالة الرابعة في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الأمامي)	11
104	نتائج الحالة الرابعة في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الجانبي)	12
106	نتائج الحالات العيادية في اختبار التخطيط الجسمي خلال مراحل الثلاث	13

مقدمة

مقدمة:

يعتبر الإنسان كائن اجتماعي بطبعه في علاقة تأثير وتأثر مستمر مع البيئة التي يعيش فيها ولذلك فهو عرضة لعدة حوادث قد تتجم عنها إعاقات متعددة والتي تؤدي بدورها إلى عجز الوظائف الجسمية والمعرفية ومن بين هذه الإعاقات نجد الإعاقة العصبية الحركية أو ما يعرف في الوطن العربي بالشلل الدماغي .

يخص هذا المصطلح عامة الأفراد الذين يتمتعون بمستوى الذكاء العادي، مع توافق حالة مرضية مرتبطة بتلف في النسيج الدماغي، ويظهر الشلل الدماغي في شكل عجز حركي تصاحبه اضطرابات معرفية وانفعالية وحسية، فشلل الدماغي نتيجة دائمة ونهائية لإصابة دماغية تحدث في أحد مراحل سواء في مرحلة ما قبل الحمل، أثناء أو ما بعد الولادة مباشرة، وهو خارج عن نطاق أي إصابة وراثية .

وقد تصاحبه عدة اضطرابات مختلفة نذكر منها الاضطرابات النطقية والسمعية والسلوكية واضطرابات البلع وتشتت انتباه واضطرابات التخطيط الجسمي.....الخ، والتي تعيق النشاط الحركي عند هذه الفئة وتؤثر على نموهم العقلي وانفعالي واجتماعي ما يؤدي إلى مشاكل تواصلية وانطوائية واضطرابات نفسية .

وكون الشلل الدماغي ناتج عن إصابة دماغية تجدر بنا الإشارة إلا أن هذه الإصابة الدماغية تؤثر على اكتساب عدة مفاهيم ذات الأساس العصبي عند الأفراد المصابين بشلل الدماغي ، ومن بين هذه المفاهيم نجد مفهوم التخطيط الجسمي الذي يعتبر مفهوم نورولوجي (عصبي)، له تمثيل على مستوى القشرة الدماغية بجوار المراكز الحركية وأي إصابة في هذه

المنطقة تؤدي إلى خلل في اكتساب هذا المفهوم، ويؤكد ذلك (P.Schilder) ، قائلا "إذا كان الطفل يستكشف جسده ليكتسب وحدته فإن التشوهات المختلفة والناجمة عن إصابة بالمرض تترك أثارا سلبية خاصة عندما يكون الإحساس بالجسم ضعيفا ."

إن التحليل البسيط لرأي (P.Schilder) ، يؤكد أن لتشوهات الجسمية التي تصيب الطفل أثر على اكتسابه لمفهوم التخطيط الجسمي.

ولقلة البحوث والدراسات (في حدود بحث الطالبتين) بخصوص هذا الموضوع قررنا تسليط الضوء عليه من خلال البحث والتعمق والتطرق لمفهوم نمو التخطيط الجسمي عند حالات مصابين بالشلل الدماغي بغية لفت أنظار الطلبة والمختصين والباحثين في مجال الأورطوفونيا عامة ومجال الشلل الدماغي خاصة إلى أهمية هذا المفهوم في بناء شخصية الطفل ومساعدته في كل مكتسبات اللاحقة خاصة اللغة .

وقد قسمنا بحثنا هذا إلى أربعة فصول كل فصل منها يدرس ويفسر جانبا من جوانب البحث وفيما يلي نظرة أولية عن محتويات كل فصل:

الفصل الأول : يتناول الشلل الدماغي ويلم بكل جوانبه انطلاقا من لمحة تاريخية حول الشلل الدماغي ثم مختلف التعريفات المفسرة لمفهوم الشلل الدماغي ثم أعراض الشلل الدماغي ثم أسباب الشلل الدماغي ثم أنواع الشلل الدماغي ثم تصنيفات الشلل الدماغي ثم طرق تشخيصه وأهم المبادئ العلاجية في مجال الشلل الدماغي .

الفصل الثاني : يدرس التخطيط الجسدي ويتطرق إلى عدة عناصر هي كالتالي : لمحة

تاريخية حول التخطيط الجسدي، مفهوم التخطيط الجسدي، الفرق بين التخطيط الجسدي والصورة الجسمية ، مراحل نمو واكتساب التخطيط الجسدي، ميكانيزمات اكتساب التخطيط الجسدي ، وأخيرا أهمية اللغة في اكتساب التخطيط الجسدي .

الفصل الثالث : يتناول البحث وإجراءاته الميدانية ومختلف الجوانب الخاصة بالبحث من

منهج البحث والدراسة الاستطلاعية مفهومها، أهدافها وإجراءاتها، ثم حدود البحث المكانية والزمانية، ثم عينة البحث والتي كانت عبارة عن 4 حالات متمثلة في ذكر وثلاث إناث ، ثم أدوات البحث المتمثلة في المقابلة والملاحظة واختبار التخطيط الجسدي .

الفصل الرابع: ويتناول تقديم الحالات وعرض نتائجها في اختبار التخطيط الجسدي، وتحليل

ومناقشة هذه النتائج ثم استنتاج العام.

الفصل التمهيدي: مدخل إلى الدراسة

- إشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة

إشكالية الدراسة:

يعاني المجتمع البشري منذ القدم من إعاقات متعددة البعض منها معروفة السبب والبعض الآخر تبقى مثيرة للجدل ومن بين هذه الإعاقات نجد الإعاقة العصبية الحركية أو ما يعرف بالشلل الدماغي، الناتج عن إصابة في الجهاز العصبي الذي يعتبر جهاز أساسي في تأمين الجسم للقيام بوظائفه الكاملة كما يشكل الجزء الأهم في قدرة الإنسان على الاتصال مع العالم الخارجي ويعرف "Tardieu"، الشلل الدماغي على أنه ناتج عن إصابة دماغية مبكرة منذ التكوين إلى غاية السنتين (Tardieu, 1968, p15)، ويظهر الشلل الدماغي على شكل عجز أو ضعف حركي سببه تلف في مناطق الحركة بدماغ ، أي أنها مجموعة إصابات دماغية عضوية تنتج عنها أعراض عصبية مختلفة وهو مرتبط بإصابة على مستوى الجهاز العصبي المركزي مكتسبة في بداية الحياة وغير متطورة، وغير وراثية ويعرف الشلل الدماغي باضطراب في النمو الحركي نتيجة تشوه أو تلف في الأنسجة العصبية الدماغية مصحوبة باضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية.

ولهذا شكل الشلل الدماغي محور دراسة عند العديد من الباحثين بمختلف اختصاصاتهم من أطباء في علم الأعصاب واختصاصيين في علم النفس وبالأخص الأروطوفونيين .

ومن خلال دراستنا الميدانية في إطار تحضير لشهادة لسانس وتعاملنا مع حالات مصابين بالشلل الدماغي لاحظنا بأن هذه الفئة من أطفال يعانون من عدة مشاكل وصعوبات في التعلم أي أنهم لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تساعدهم في التواصل والتعامل مع الآخرين ومن بين هذه المفاهيم الأساسية نجد "التخطيط الجسمي "

وهو ذلك التصور الذي يملكه الطفل عن جسده ومختلف أقسامه أي المعرفة العقلية التي

يحملها عن أعضاء جسمه والطريقة التي تتفاعل فيما بينها، وقد تتطور هذه المعرفة من

مجرد تخيلات إلى رموز اسمية تشار للأعضاء المختلفة وذلك ما يساعده على إدراك

الصورة الجسمية (Lissondgerad, 1974,p171)، كما تجدر الإشارة هنا إلى وجود فرق

مابين الصورة الجسمية والتخطيط الجسمي، إذ تعتبر الصورة الجسمية المشكلة في أذهاننا

عن جسمنا والنمط الذي يظهر عليه جسدنا ويمكننا من رؤية بعض أجزاءه وذلك عن طريق

إحساسات الألم وإحساسات الحرارة.

أما التخطيط الجسمي فهو التصور الذي يملكه كل إنسان عن جسده ومختلف أقسامه

والوضعية التي يأخذها في الفضاء. (Shilder, 1978, p157)

ويشير بعض الباحثين إلى وجود تأثير الشلل الدماغي الحركي على اكتساب ونمو مفهوم

التخطيط الجسمي عند فئة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي و من هذا المنطلق بذات

قررنا تسليط الضوء عليه من خلال دراستنا هذه تحت عنوان دراسة مفهوم نمو التخطيط

الجسمي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي نظرا لأهمية هذا المصطلح باعتباره مدرك

عقلي يؤثر على النمو النفسي والمعرفي للطفل ويحميه من التعرض للعديد من

الاضطرابات، كما أنه مدخل لتنمية القدرات العقلية المختلفة وهذا ما أكدت عليه العديد من

الدراسات التي لم تتناول هذا المصطلح عند فئة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بتحديد

ولكن ارتبطت من قريب أو بعيد بهذا المفهوم ويمكن الإشارة إلى بعض منها وهي كالتالي :

دراسة باترز (1985) ، إذ يرى أن الأطفال الذين يدركون قوة أجسامهم هم أكثر إقداما ونجاحا في تكوين صداقات مع الآخرين ومع الأقران وأكثر ودا وتعاوننا نحو الرفاق ويتميزون بالثقة بالنفس والانبساط في حين الأطفال الذين يشعرون بضعف بنيتهم الجسمية ويدركون انخفاض جاذبيتهم الجسمية كانوا أكثر عرضة لبعض المشكلات السلوكية مثل :

الخلل ، الوحدة النفسية (كفاي ، 1995،ص25،24).

ونجد أيضا دراسة « **Lissond** »، التي تمحورت حول الرؤية والتخطيط الجسمي والعلاقة القائمة بينهما عند المصابين بالعمى، فتوصل إلى أن الطفل الكفيف يملك معرفة جيدة لتخطيطه الجسمي عامة مع وجود اختلاف طفيف مقارنة مع الطفل الذي لم يفقد بصره وهذا كون أن الأعمى تكون معرفته لتخطيطه الجسمي على مستوى الأيدي أكبر مقارنة بالأطراف الأخرى التي تكون مهملة نوعا ما . (**Lissond, 1974, p171**)

وأيضا دراسة **Tariel** الذي قام بدراسة حول الميكانيزمات المعرفية العصبية، وفي هذه الدراسة أثبت أن إسقاط التخطيط الجسمي الخاص بالفرد مهم لتعرف على اليمين واليسار، وفي دراسة ثانية اكتشف أن الميكانيزمات العصبية الخاصة بتعرف على التخطيط الجسمي باستعمال المرآة والأشياء ذات توجهات مختلفة .

وأوضحت نتائج التخطيط العصبي لدراسة **Magnétoencéphalographie**، تدخل الفص الجداري اليساري العلوي في التجسد والتحول المكاني وبالتالي اقترح « **Tariel** »، أن الفص

الجداري هو المسؤول على التعرف على التخطيط الجسمي وبالتالي التعرف بعد ذلك على

اليمين واليسار . (Tariel, 2011, p139)

وهناك أيضا بعض الدراسات حديثة مثل دراسة **Linder2002**: التي هدفت إلى قياس

التخطيط الجسمي لدى ثلاث عينات من الأطفال (ذوي تشتت انتباه ،التوحد ،الأسبرجر) ،

ودراسة الزيات **2011** التي هدفت إلى قياس التخطيط الجسمي كمؤشر فارق بين المستويات

العقلية المختلفة (أطفال المعاقين عقليا القابلين لتعلم ،وأطفال من الفئة البينية ،وأطفال من

متوسطي الذكاء ، وأطفال مرتفعي الذكاء ، والأطفال فائقي الذكاء) .

وحسب دراسة **Martin** و **Ignazio2018**، فإن صعوبات التخطيط الجسمي تكون عند

الأطفال المعاقين ذهنيا لأن لديهم تمثيل مجزأ لأجسامهم.

ومن خلال هذه الدراسات ارتأينا أن نسلط الضوء على هذا المفهوم"التخطيط الجسمي " عند

فئة الأطفال المصابين بشلل الدماغى بتحديد،كون هذا المفهوم لم يحظى باهتمام على نحو

كاف وبالأخص عند هذه الفئة وللفت أنظار الباحثين والمختصين إلى هذين المفهومين

والعلاقة القائمة بينهما للقيام بدراسات مماثلة مستقبلا لإثراء التخصص والمكتبة ولمساعدة

فئة الأطفال المشلولين دماغيا وتحسين وتسهيل اكتسابهم للمفاهيم الأساسية مستقبلا،وهدفنا

من هذه الدراسة أيضا معرفة مدى تأثير الشلل الدماغى على اكتساب ونمو مفهوم التخطيط

الجسمي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغى والتعرف والتعمق في هذا المفهوم وفك

الغموض عنه.

فهل يعاني الأطفال المصابين بشلل الدماغى من تأخر فى اكتساب و نمو مفهوم التخطيط
الجسمى ؟

• فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة :

تعانى الحالات المصابة بالشلل الدماغى من تأخر فى اكتساب ونمو مفهوم التخطيط
الجسمى.

الفرضيات الجزئية :

- تعانى الحالات المصابة بالشلل الدماغى من تأخر فى اكتساب ونمو مفهوم التخطيط
الجسمى على مستوى نشاط الاستحضار.

-تعانى الحالات المصابة بالشلل الدماغى من تأخر فى اكتساب ونمو مفهوم التخطيط
الجسمى على مستوى نشاط البناء.

-تعانى الحالات المصابة بالشلل الدماغى من تأخر فى اكتساب ونمو مفهوم التخطيط
الجسمى على مستوى نشاط إعادة الإنتاج.

• أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة فى محاولة الكشف عن مدى تأثير الشلل الدماغى فى اكتساب
مفهوم التخطيط الجسمى عند ال حالات المصابة بالشلل الدماغى ، وتفيد هذه الدراسة

المشتغلين بمجال الشلل الدماغي للاهتمام بمفهوم التخطيط الجسمي لأنه من مفاهيم الأساسية في بناء شخصية الطفل كما أنها تساعده في كل مكتسبات اللاحقة خاصة اللغة .

• أهداف الدراسة :

-تسليط الضوء على موضوع الشلل الدماغي و إبراز تأثيره في اكتساب المفاهيم القاعدية -
تخطيط الجسمي - .

-التعرف على مفهوم التخطيط الجسمي عند الحالات المصابة بالشلل الدماغي.

-معرفة مدى تأثير الشلل الدماغي على اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي عند الحالات المصابة بالشلل الدماغي.

• التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1. الشلل الدماغي :

هو مجموعة من المظاهر العصبية الناتجة عن إصابة دماغية غير متطورة، وغير قابلة للشفاء وتكون إما قبل أو بعد أو أثناء الولادة.

ويخلف اضطرابات حركية عصبية تؤثر بشدة على الوضعية والحركة دون التأثير على قدرات المعرفية والفكرية مع احتمال وجود اضطرابات مصاحبة،ويمكن الكشف عن الشلل الدماغي بواسطة اختبارات عصبية لمعرفة مكان الإصابة ونوعها وشدتها.

2. التخطيط الجسمي :

يعرف اصطلاحاً على أنه خبرة أي فرد منا عن جسمه الخاص سواء كان في حالة حركة أو في حالة سكون ضمن ارتباطها مع العالم الخارجي ومن خلال إدراكه لجسمه ضمن البعد الزمني والبعد المكاني. (بن جخلد، 2021، ص 75)، نقصد به في هذه الدراسة التصور الذي يملكه كل فرد عن جسمه وهو كذلك معرفة مختلف أعضاء الجسم.

-المصطلحات الخاصة بمراحل اختبار التخطيط الجسمي:

3. الاستحضار: (Évocation)

يمثل أول مرحلة في النشاط المعرفي ، إذ ينبغي على الطفل التعرف ثم وضع القطع (les pièces)، الواحدة تلو الأخرى، فهو لا يتمكن من إنجاز هذه المهمة إذ لا يتوفر لديه تمثيل ذهني منظم القطع مع تحكمه المسبق لأبعادها الفضائية المتميزة وتتميز بمرحلتين متتاليتين : التعرف Reconnaissance، الموقعة Localisation .

4. البناء Construction :

هو المرحلة الثانية من النشاط المعرفي، إذ ينبغي على الطفل أن يقوم بمجموعة من التجميعات (désassemblage)، توافق صورة مألوفة حسب حدسه الأولى.

5. إعادة الإنتاج Reproduction :

هي المرحلة الثالثة من النشاط المعرفي، يؤطر حضور النموذج أو لوحة النموذجية (planche modèle)، عمل إنتاج القطع من خلال المقارنة .

الجانب النظري

الفصل الأول : الشلل الدماغي

• تمهيد

1. لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي

2. مفهوم الشلل الدماغي

3. أعراض الشلل الدماغي

4. أسباب الشلل الدماغي.

5. أنواع الشلل الدماغي

6. تصنيفات الشلل الدماغي

7. تشخيص الشلل الدماغي

8. مبادئ علاج الشلل الدماغي

• خلاصة

تمهيد:

يظهر الشلل الدماغي على شكل عجز بدني يتطور ويؤدي إلى عجز جسدي أثناء مرحلة النمو وذلك في أجزاء مختلفة من الجسم مرتبطة بأداء الوظائف الحركية، منها عدم إمكانية الوقوف وانعدام التوازن وعدم انسجام الحركات....الخ، وكثيرا ما ترتبط هذه الإصابات باضطرابات معرفية وحسية لكن بدرجات متفاوتة، مما يستوجب إذن تكفل شاملا متعدد اختصاصات ويتناول هذا الفصل التعريف بشلل الدماغ وتاريخيه، واهم الأسباب المسببة له ومختلف الأعراض التي تظهر على مصابين بالإضافة إلى أنواعه وتصنيفاته وطرق تشخيصه وأخيرا المبادئ العلاجية له.

1. لمحة تاريخية حول الشلل الدماغي :

إن المخلفات الحركية الراجعة لإصابة عصبية درست منذ بداية القرن التاسع عشر سنة 1843.

ظهرت أول أعمال لينتل Little حول الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأعضاء السفلية بسبب صعوبات الولادة. أما في سنة 1939 فلقد وضع فرويد Freud أول تصنيف للأعراض التشنجية و الأعراض الهرمية .

أما في سنة 1947 ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية أول الدراسات حول علاج الإعاقة الدماغية. (Roustit .J, 1998, p 13)

أستعمل مصطلح IMC بفرنسا من طرف تارديو Tardieu 1968 لكي يصف شلل الطفولة العصبي حيث فتح المجال أمام الفرق المهمة بكفالة الإعاقة الحركية ذات المنشأ الدماغي والتي تتبع دراسات الفرق ا لأنجلوساكسونية مثل دراسات BOBATH FROHLHCH و SNOEZEINEN وهو أول من ادخل مصطلح IMC في نهاية الخمسينات (Ronald J.Axavier, 1977, p.13)

2. تعريف الشلل الدماغي:

هو إصابة الدماغ في وقت تكون فيه القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة غير مكتملة النمو وتحدث هذه الإصابة إما داخل الرحم أو خلال السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل .

وهو اضطراب في الحركة وعدم استقامة في الجسم نتيجة لإصابة الدماغ الغير مكتمل بعيب أو خلل، وأيضا هو وصف غير محدد لعجز الحركة يبدأ عند الولادة أو في شهور الأولى من الحياة وسببه إصابة في دماغ ليس عارضة بل إصابة نهائية تظهر خلال مراحل النمو بقصور ذهني وحركي كما أنه ليس معديا أو وراثيا أو سبب مباشر للموت. (الجرواني ، صديق،

2013، ص 89-90)

وفي تعريف آخر الشلل الدماغي هو اضطراب وُلادي أو مكتسب يحدث بسبب آفة في المخ، مما يؤدي إلى اضطراب عصبي عضلي مع تعطل في النمو العادي للفرد والحركي والحسي والمعرفي والانفعالي وتلك الاضطرابات تكون ثابتة غير مستفحلة أو متعاظمة من حيث الخطورة أو اتساع المدى. (فهيمى ، 2008، ص 253)

كذلك يشير الشلل الدماغي إلى أنه تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عنه تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة، فالشلل الدماغي اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصاحبه غالبا اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية. إذن الشلل الدماغي هو المصطلح الذي يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض إلى إصابة دماغه الطبيعي بعارض بسبب عدم اكتمال نموه أو تلف في خلايا الناطق المسؤولة عن الحركة ومعرفة القوام والتوازن، وذلك أثناء فترة النمو الطبيعي (وبعد تكونه جنينا وحتى اكتمال الثانية من العمر). إذن فالشلل الدماغي مصطلح ذو مدلول واسع يستخدم عادة للإشارة إلى أي شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي. (الصدفي، 2007، ص 20، 21).

وهناك العديد من الباحثين والعلماء الذين خاضوا هذا الميدان وحاولوا إعطاء تعاريف مبسطة للشلل الدماغي الحركي من بينهم :

أ- **تعريف فيليب لاسير "Lacert Philipe"**: الشلل الحركي الدماغي هو اضطرابات عصبية ثابتة قبل 12 شهر من عمر الطفل، وتكون الملكات العقلية سليمة وكذلك لا تتأثر الحياة العاطفية والشخصية.

ب - **تعريف تاريدو "Guy Tardieu"**: يعتبر طبيب الأعصاب الفرنسي "Tardieu" أول من استخدم مصطلح الشلل الحركي الدماغي IMC وهذا في الخمسينات 1954.

وقدم أول تعريف له: الشلل الحركي الدماغي هو اضطراب عصبي حركي يترجم بخلل على مستوى تنظيم الحركات والإشارات والنتائج عن إصابة دماغية وقعت قبل الولادة أو في الطفولة الأولى .

وبعد هذا التعريف تكلم "تاريدو" عن توفر خاصيات الكلام عن إعاقة الشلل الدماغي وجود إصابة عصبية دماغية مسببة للإعاقة .

سيطرة الإعاقة الحركية، حيث تظهر غالبية على الاضطرابات الأخرى مع وجود مستوى العمر العقلي مماثل للأقران .

اضطرابات حسية سيكولوجية مصاحبة للاضطراب الحركي يجب أن تكون هذه الاضطرابات غير تطويرية، أي لتزداد مع نمو الطفل . وفي سنة "1968" اقترح "تاريدو" تعريفاً أوسع للشلل الحركي الدماغي حيث قال: أنها نتيجة لإصابة عصبية دماغية مبكرة وغير متطورة تحدث

قبل، خلال أو بعد الولادة تتمثل هذه إصابة في شلل في بعض الأعضاء والتي في بعض الأحيان تشل أعضاء النطق ويمكن أن تكون مصحوبة باضطرابات حسية وإصابات نسبية للنشاطات العليا باستثناء وجود تخلف عقلي. (مسالتي ، 2017، ص30).

3. أعراض الشلل الدماغي:

الشلل الدماغي ليست مشكلة حركية فقط ,ولكن المشكلة الحركية هي الأكثر وضوحا في

النظرة العامة للطفل ,ومع وجود المشاكل الحركية هناك مشاكل أخرى مثل:

المشاكل الحسية : جميع الحواس الخمس تتأثر في حالة الشلل الدماغي الشديد ولكن النسبة

تختلف من نوع لأخر ، ومثال على ذلك :

-فقد حاسة اللمس أو زيادة وكذلك زيادة حساسية التذوق ونقصها ونقص الشم، ونقص

السمع، ومشاكل البصر.

المشاكل البصرية:

يعاني حوالي 50 % من الأطفال المشلولين دماغيا من مشكلات بصرية منها:

-شلل العضلات حوالي 40%.

-ضمور العصب البصري 20%.

-ضعف البصر 30%.

-عيوب الانكسار مثل حسر البصر (قصر النظر) وخصوصا في الخدج.

- رآرة العين ، وهي حركة اهتزازية للعين ، غير إرادية.

-نقص في مجال الرؤية وخصوصا من لديهم شلل نصفي.

المشاكل السمعية:

- تبلغ نسبة الإعاقة السمعية 15-25% من الحالات وخصوصا المصابين بالوهن الكنعي

لارتباطه بالحصبة الألمانية وعدم توافق فصيلة الدم.

-نقص السمع الحسي العصبي (10 %)

-نقص السمع التوصيلي (التهابات الأذن الوسطى)

وتظهر على الأطفال المصابين بالشلل الدماغي عدة أعراض واضحة وشديدة منذ الولادة وتتمثل في:

-اضطرابات عاطفية وعناد.

-إعاقة حركية.

-نوبات صرعية.

-توتر دائم وعدم تناسق في العضلات.

-اضطرابات الشعور بالبرودة أو الحرارة أو الألم.

-اضطرابات في حاسة البصر والسمع.

-اضطرابات شديدة في المهارات اليدوية تنعكس على ارتداء الملابس.

-اضطرابات في البلع والمضغ والهضم.

-تشوهات في المفاصل بشدة وانسداد وارتخاء العضلات.

- إعاقة عقلية ونسبة ذكاء لديهم اقل من 80درجة. (الجرواني وصديق، 2012، ص91-92)
- رضاعة الطفل بصورة غير طبيعية أو وجود مشاكل خلال الرضاعة.
- التأخر في الابتسامة والمناغاة.
- اضطرابات في النوم والصراخ والقلق الزائد أو الخمول الزائد وضعف الاستجابة.
- يجد الطفل صعوبة في بدء الحركة و لااستمرار بها مما يؤثر على وضع الجسم وتوازنه وعدم وجود توافق حركي.
- عند إيقاف الطفل للمشي يقف على رؤوس أصابعه.
- تكون اليدين مقبوضتين والمفاصل مطوية.
- ظهور العلامات الأولى كعدم السيطرة على عضلات الرقبة والجدع.
- حدوث حركات رجفا نية ورعشات في سكون وتزداد مع الحرك ة. (الجوالدة والقمش، 2016، ص82).

4. أسباب الشلل الدماغي:

يحدث الشلل الدماغي نتيجة لعوامل حدثت قبل الولادة أو فيها ويسمى الشلل الدماغي بالشلل الدماغي ولادى. أما عندما يحدث الشلل الدماغي بعد الولادة فيسمى بالشلل الدماغي المكتسب ويعتقد إن حوالي 86% من حالات الشلل الدماغي هي من النوع ولادى الخلقي وان 14% منها من النوع المكتسب .

أ- أسباب ما قبل الولادة :

- نقص الأوكسجين في مرحلة ما قبل الولادة وذلك راجع لعدة أسباب منها التفاف الحبل السري حول عنق الجنين.
- ومن الأسباب الأخرى اختناق الأم لسبب ما أو فقر الدم.
- تعرض الأم الحامل للالتهابات المختلفة: وتشمل هذه الالتهابات الحصبة الألمانية وغيرها .
- إصابة الأم الحامل باضطرابات الأيض مثل السكري، واضطرابات أخرى مثل الربو الشديد، واضطرابات القلب، وتضخم الغدة الدرقية أو تسمم الحمل .
- عدم توافق العامل الريزوسي : إذ كان العامل الريزوسي لدى الجنين موجبا ولدى الأم سالبا، فإن دم الأم ينتج أجساما مضادة، وهذه الأجسام المضادة تحطم كريات الدم الحمراء لدى الجنين، ارتفاع معدل البيليروبين بسبب تكسر الهيموجلوبين وإذا كانت هذه الحالة شديدة فقد يصاحبها يرقان وربما تلف دماغي.
- الخداج: طفل الخداج هو الطفل الذي يولد قبل أن تبلغ مدة الحمل 40 أسبوعا أو الذي يولد ووزنه أقل من 2500غرام. والخداج قد ينتج عن عوامل عديدة منها إصابة الأم بالتهابات الكلى وغيرها، والأم التي يقل عمرها عن 16 سنة أو يزيد عن 40سنة وقد بينت الدراسات أن الخداج مسؤول عن أكثر من 30%من حالات الشلل الدماغي.

- العوامل الجينية :** وأخيرا فإن الشلل الدماغي قد ينتج عن عوامل مختلفة مرتبطة بالوضع الصحي العام للأم الحامل، فالشلل الدماغي ذو علاقة بسوء التغذية ويرتبط بالأشعة السينية وتناول العقاقير والكحول وغير ذلك. (البواليز، 2000، ص46، 47)
- ب- أسباب أثناء الولادة : تبدأ من بداية المخاض إلى ميلاد الطفل وتمثل ما بين 45 إلى 50% من حالات الشلل الدماغي ومن أهم هذه العوامل مايلي :
- تأخر الولادة: يمكن أن يؤدي إلى نزيف داخل دماغ الطفل نتيجة الضغط على رأسه مما يؤدي إلى تلف دماغي يحدث بعده الشلل الدماغي.
- إصابات أثناء الولادة: قد تحدث رضوض أو إصابات خاصة في دماغ الطفل نتيجة الولادة الغير طبيعية كأن تخرج رجلي الطفل في البداية قبل الرأس، وهذا بسبب اتخاذ الطفل وضع غير طبيعي داخل الرحم.
- تعرض الرأس لضغوط أثناء الولادة: من الممكن إن يتعرض رأس الجنين إلى ضغط أثناء الولادة بسبب استخدام الملقط أو أدوات أخرى، أو بسبب الضغط الغير طبيعي بسبب الولادات القيصرية في مستشفيات عند تعسر الولادة وولادة الطفل بسرعة أو التأخر في عملية الولادة.
- اختناق الجنين: قلة الأكسجين الواصل إلى الجنين والناجم عن انسداد في مجرى التنفس. نقص الأوكسجين: بسبب أسباب غير ميكانيكية تتعلق بانفصال المشيمة قبل الموعد، أو حدوث نزيف في المشيمة. (عبيد، 2012، ص 84-85)

ج-عوامل مابعد الولادة:

- الالتهابات الفيروسية التي تصيب الدماغ: مثل التهاب السحايا.
- الحوادث التي تسبب إصابات في الرأس ممكن أن يكون نتيجتها شلل دماغي لأن عظام الجمجمة لا تلتحم بشكل كلي إلا عندما يبلغ عمر الطفل من 9-12 شهر.
- الحرارة العالية جدا ارتفاع الحرارة الناتج عن الالتهابات أو عن فقدان السوائل كما في إسهال وكل ذلك من الممكن إن يسبب شلل دماغي. (الصدفي، 2007، ص37)

5. أنواع الشلل الدماغي :

يجمع الشلل الدماغي فئات غير متجانسة من الأفراد ما يجعله يتنوع في الجدول العيادي من شخص لآخر وهذا ما جعلنا نميز بين أنواع عدة من اضطرابات الحركة التي تمثل حقيقة الشلل الدماغي وهذا ما يسمح لنا بتحديد عدة أنواع من الشلل الدماغي والتي تقسم إلى 5 أنواع ويرجع عامل تصنيفها إلى الإصابة وتتمثل فيما يلي :

- النوع التشنجي (التصلبي) Spasticité

- النوع الإلتوائي (التخبطي) L'athétose

- النوع الإختلاجي l'ataxie

- النوع الإرتعاشي Le tremblement

- النوع التيبسي la rigidité

1- النوع التشنجي spasticité:

ينجم عن إصابة القشرة الدماغية ويشكل 25% من إصابات الشلل الدماغي، ويتميز بوجود تصلب في العضلات مما يؤدي إلى عدم تجانب الحركات وتختلف درجة التصلب بين مصاب وآخر لكنهم يتشابهون في وضع الجلوس وحركات محدودة ذات طابع واحد تؤدي مع مرور الوقت إلى تشوهات قومية كانهناء الظهر أو تشوه الركبتين والأصابع. (الجرواني وصدیق، 2012، ص 92).

2- النوع الإلتوائي (التخبطي) L 'athétose:

يعتبر أكثر الأنواع شيوعاً، ويكون ناتج عن إصابة الجزء الأمامي الأوسط للدماغ وبتحديد النواة الرمادية المركزية المسؤولة عن المراقبة وربط الحركات الإرادية. يتميز هذا النوع بظهور حركات لا إرادية تلقائية وتظهر هذه الأخيرة بوضوح على مستوى الأعضاء العلوية مقارنة بالأعضاء السفلية وتكون هذه الحركات مبالغ فيها أثناء القيام بحركات إرادية كالكتابة. (بوعكاز، 2000، ص 300).

ويتصف هذا النوع بظهور حركات إلتوائية غير منتظمة وغير هادفة، ويتميز بتوتر عضلي غير ثابت، وهو يتغير باستمرار ينتج عن ذلك صعوبة إبقاء الجسم في وضع معين، إما يكون التوتر العضلي مفاجئاً فيظهر على هيئة حركات لا إرادية التي تزيد حدتها لما يكون الطفل متوتراً وتقل في حالات الاسترخاء وتختفي في حالة النوم، ومن أبرز أعراضه صدور حركات لا إرادية بطيئة، حركات عنيفة للقدمين والذراعين واليدين وحتى عضلات الوجه وتتحرك اليد وأصابع القدمين دون سبب وعندما يتحرك الطفل إرادياً فإن حركته تصبح

سريعة ومنتسعة أي هناك تغيرا مستمر للضغط العضلي وتوازن الطفل يكون رديئا، ويسقط بسهولة والكثير من الأطفال المصابين بالاختلال الحركي ذو الذكاء العادي تكون أعضاء النطق عندهم مصابة ما يصعب عليهم الاتصال وإيصال أفكارهم واحتياجاتهم.

(Albirtrecia.1969.p81)

3- النوع الإختلاجي L'ataxie:

ناتج عن إصابة في المخيخ الذي يمثل مركز تنسيق حركات العضلات والتوازن ومن أهم خصائص هذا النوع من الشلل عدم التآزر الحركي، فبيدي الطفل صعوبات في الجلوس والوقوف، حركات إرادية تكون غير متناسقة ويسقط كثيرا ويستعمل يديه بصعوبة، تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل الدماغي ما بين 5-10% من الحالات تقريبا، والمصابين بهذا النوع لا يقومون بحركات التي لا تشعرهم بالأمان ما يجعل حركاتهم محدودة. (Mahde R et Massen et Manciaux M .1972 .p610)

ويتصف هذا النوع ب :

- عدم قدرة الفرد على احتفاظ بتوازن الجسم.
- الحركات غير متناسقة.
- انخفاض مستوى التوتر العضلي.
- الحركات التشنجية والتخبطية.
- المشي المترنح الناتج عن إصابة المخيخ المسؤول عن توازن الجسم. (العزة ، 2000 ، ص60).

4- النوع الإرعاشي Le tremblement :

هو عبارة عن حركات لا إرادية تتميز بارتعاش في أطراف تظهر أما بصفة مستمرة أو أثناء الحركات الإرادية، وقد تمس هذه الحركات كل أجزاء الجسم أو البعض منها وتحدث هذه الحركات نتيجة لفشل في القيام بنشاطات هادفة مثل المحاولة إلى الوصول إلى شيء معين وهذا راجع إلى غياب التناسق الحركي الذي يعود إلى غياب التنسيق المخيخي (coordination cérébelleux)، فالمصاب هنا لا يستطيع القيام بالحركات (المتعكسة) كما يلاحظ عدة اضطرابات في التوازن.

5- النوع التيبسي la rigidité :

هي إعاقة نادرة جدا تحدث فيها تشنجات شديدة تنتج عن توتر عضلي متواصل يتميز بتقلص العضلات المستمر وحركة لا إرادية محدودة جدا فيجد المصاب صعوبة كبيرة في المشي أو في نوع آخر من أنواع الحركة، وتكون العضلات صلبة للغاية وفي العادة تكون الإصابة بهذا النوع رباعية أطراف ويصاحبها صغر حجم الرأس وتخلف عقلي.

(السيد، 1999، ص 320).

ويمكن أن نميز صفاته فيما يلي :

- شلل نادر في حدوثه.

- حدوث تشنجات شديدة جدا .

- توتر عضلي بالغ الشدة.

- يقاوم المصاب الحركة.

-الإصابة في هذا النوع تكون رباعية.

-تكون مصحوبة بصغر رأس المصاب وتخلف عقلي شديد. (العزة، 2000، ص60).

6. التصنيفات الخاصة بالشلل الدماغي:

أ-التصنيف حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي ومنها :

يصنف الشلل الدماغي وفقا للأطراف المصابة إلى أنواع التالية :

• شلل نصفي جانبي. Hémiplégie

• شلل رباعي. Tétraplégie.

• شلل كلي سفلي Diplégie

• شلل نصفي سفلي Paraplégie

• شلل أحادي الطرف Monoplégie

1) الشلل النصفي الجانبي Hémiplégie:

هو الشلل الذي تقتصر عليه الإصابة على أحد جوانب الجسم كان ذلك الجانب أيمن أو

أيسر فإن الإصابة عمودية لنصف الجسم، فيمكن لهذا النوع من إصابة المساس بنصف

الوجه، عامة تكون حادة على مستوى العضو العلوي (اليد)، ونجد إصابة هذه الأطراف عند

الأشخاص المتشنجين أي النوع التشنجي ، ومن أعراضه :

• إصابة أحد جانبي الجسم.

• انغلاق قبضة اليد.

- انثناء الرجل للداخل.

- الوقوف على رؤوس أصابع القدمين.

(2) الشلل الرباعي **Tétraplégie**:

في هذه الحالة الإصابة تكون على مستوى الأطراف الأربعة إلا أن شدة الإصابة تكون في أطراف العليا أكثر من الأطراف السفلى، وترتكز الإصابة على مستوى الجذع، الرقبة، ومن بين الأعراض مايلي :

- إصابة الجسم كله.

- عدم التحكم برأس.

- انحناء الذراعين والرجل للداخل.

- انغلاق قبضة اليد اليمنى واليسرى.

- الوقوف على رؤوس الأصابع.

(3) الشلل الكلي السفلي **Diplégie**:

في هذه الحالة نجد الإصابة تمس الأطراف الأربعة إلا أن إصابة الطرفين السفليين تكون أشد من العلويين.

(4) الشلل النصفي السفلي **Paraplégie**: ويشمل شلل الرجلين فقط من الجسم .

(5) الشلل أحادي **Monoplégie**:

هنا نجد إصابة طرف واحد في الجسم سواء طرف علوي (اليد) أو سفلي (الرجل)

(صغير، 2019، ص 25-27).

ب- التصنيف على أساس شدة الإصابة وينقسم إلى 3 أقسام :

• الشلل الدماغي البسيط : وصاحب هذه الحالة يستطيع اعتناء بنفسه والمشي دون استخدام الأجهزة وأدوات مساعدة.

• الشلل الدماغي المتوسط : ويكون النمو الحركي عند الفرد في هذه الحالة بطيئاً جداً ويستطيع المصاب تعلم المشي باستخدام الأدوات وأجهزة المساعدة.

• الشلل الدماغي الشديد : وتكون إصابة شديدة وتمنع الفرد من العناية بنفسه أو التحرك بشكل مستقل أو الكلام ويكون الطفل بحاجة إلى علاج مكثف ومنظم ومتواصل .(العزة، 2000، ص57).

7. تشخيص الشلل الدماغي:

إن تشخيص الشلل الدماغي ليس يسيراً، فهو يمثل مشكلة للقائمين على تحديده أو تشخيصه وذلك لأسباب كثيرة، منها تعدد أنواعه، ومنها تداخله مع أمراض أخرى تتشابه مع أعراضه، ومنها ما يتمثل في وجود أخطاء في عملية التشخيص نفسها بمعنى أن طبيباً ما قد يشخص الحالة على أنها شلل دماغي وآخر لا يشخصها بنفس المرض. كذلك من المشكلات هي أن الشلل قد لا يظهر مع الميلاد، بل يتأخر حتى يبلغ الطفل عاماً ونصف العام وهكذا.. ويتم التشخيص بناء على ثلاث مراحل هي:

- مستوى الكشف والتعرف الأولي:

في هذا المستوى يتم التعرف على الدلالات أو العلامات التي قد يستدل منها على احتمال إصابة الطفل بالشلل الدماغي وهي نفسها الأعراض الواضحة التي تطرقنا لذكرها فيما سبق.

- **التشخيص الطبي :** يقوم الطبيب بإجراء عدة اختبارات خاصة كي يعلم من خلالها

الكثير عن كل الأسباب المتعلقة بشلل الدماغي منها :

أ- التصوير المقطعي أو الطبقي Computed tomographe (CT) :

وهو أداة أو وسيلة جيدة يمكن من خلالها الحصول على معلومات عن تشخيص التشوهات الوليدية، والنزيف داخل الجمجمة، ويمكن أن تكشف لنا النقاب عن المناطق التي تتم داخلها الدماغ أو أي مشاكل فيزيقية أخرى وبذلك المخ، والتكيسات الشاذة يتمكن الأطباء من الحكم بشكل أفضل على الأماكن التي تأثرت.

ب- التصوير الفوق السمعي لحدِيثِي الولادة أو التخطيط بالموجات فوق

السمعية Ultra Sound: يمد الطبيب بمعلومات عن الكتلة أساسية Basalgangba وما

يسمى بالجسم الجاسئ Callosun corps في الدماغ كذلك نحصل على معلومات عن

النظام البطيني Ventriculaire وكذلك ما إذا كان يوجد نزيف داخلي بطيني أم لا.

ج- الرنين المغناطيسي (MRI (Magnétique résonance Imaging):

وهو مفيد جدا من الأسبوع الأول إلى الثالث من عمر الطفل وهو يعطينا صورة أفضل مما نحصل عليه من الأشعة السينية X ويعد التصوير بالرنين المغناطيسي أفضل دراسة لتقدير مرض المادة البيضاء. White matter disorder.

د- التخطيط الكهربائي: EEG(électroencéphalogramme)

ويكون اللجوء إليه عندما يشك الطبيب أن لدى المريض نوبة صرعية Seizure وذلك حتى نحدد طبيعة الاضطراب، ويكون ذلك باستخدام ما يسمى déesses électro أي مسرى كهربائي يوضع على فروة الرأس Scalp ليسجل التيارات الكهربائية الطبيعية داخل الدماغ، وهذا التسجيل يساعد الطبيب على أن يرى أنماط أو الإشارات الدالة على النشاط الكهربائي للمخ والتي يفترض أن تكون راجعة إلى اضطراب صرعي.

• التشخيص النفسي:

لا يقل التشخيص النفسي أهمية عن كل ما سبق خصوصا في حالات الشلل الدماغي فهو مكمل ويعطي صورة توضيحية عن الحالة العقلية التي يمكن أن نحدد من خلالها ما إذا كانت إصابة الطفل عقلية (تخلف عقلي) ناشئة عن الشلل الدماغي، على الرغم من أننا في بعض أحياء لا يمكننا تحديد ذكاء الطفل بسبب معاناته من مشاكل في الحركة وإحساس والكلام مما يعوق أداء الفرد على الاختبارات العقلية . (فهيم، 2008، ص 256-259)

8. مبادئ علاج الشلل الدماغي:

مع العلم أنه لا يوجد علاج شاف للشلل الدماغي ولا بد أن نتيقن أن لكل داء دواء ومعظم العلاجات في الشلل الدماغي تهدف إلى استثارة مناطق بديلة في الدماغ تقوم بعمل المناطق التي فقدت وظيفتها، وهي طريقة ناجحة من حيث الفكرة ولكن الصعوبة تأتي في التطبيق فهناك طرق متعددة لتحفيز الدماغ. فمريض الشلل الدماغي فقد وظيفة بعض الخلايا في الدماغ ترتب عليها فقدان بعض الوظائف الحيوية وإن تمكنا من معرفة كيفية تحفيز والتحكم بالمناطق البديلة فعندها سيتم علاج الشلل الدماغي، وعليه فإن التدخل المبكر لن يعالجه ولكن يتحكم في الحالة ويمنع تدهورها بشكل سريع. (الجوالده والقمش، 2016، ص83)

وبصفة عامة كلما بدأ العلاج مبكرا زادت فرصة الطفل في التغلب على العجز، ويكون قادرا على تعلم المهام الصعبة حتى يتمكن في النهاية من إكمالها أو إنجازها. وحتى يؤتى العلاج ثماره لابد من فريق من المتخصصين مثل:

-طبيب أطفال وطبيب أعصاب تخصص أطفال وأخصائي نفسي للأطفال، كل هؤلاء يساعدون الطفل المعوق على النمو. ويكون القائد في هذه الحالة هو طبيب الأطفال الذي يجب أن يصوغ كل النصائح الطبية لكل أعضاء الفريق العاملين معه. وهو الذي يكون عليه متابعة الطفل طوال سنوات العلاج.

- **طبيب العظام:** هو جراح متخصص في علاج العظام والعضلات والأوتار والأجزاء الأخرى من الجهاز العظمي. هذا الطبيب يمكن أن يطلب منه أن يتتبع ويشخص ويعالج المشاكل العضلية المرتبطة بالشلل الدماغي.
- **أخصائي علاج طبيعي:** عليه إعداد برامج العلاج الطبيعي والتمرينات المصاحبة لها ، والغرض من هذا أن يساعد على تحسن حركة المريض وأن يجعل العضلات أكثر مقاومة وشدة.
- **معالج مهني :** يمكنه مساعدة المرضى عن طريق تعليمهم مهارات الحياة اليومية وكيفية التعامل في المدرسة والعمل.
- **أخصائي علاج الكلام واللغة:** يكون متخصصا في تشخيص وعلاج مشاكل الاتصال والتواصل. (فهيم، 2008، ص265)
- يهتم المختص كذلك بالجانب اللغوي وما يلحقه من المشاكل المعرفية (الفهم، والإدراك... الخ) وكذا أساليب تعلم اللغة بغرض التواصل هي أسس ينبغي تعليمها وإنشاء النشاطات الملائمة لتنفيذه حيث أن أخصائي علاج اللغة والكلام أو المختص الأرتط وفوني يركز على الجانب الحركي الذي له علاقة مباشرة باللغة و الكلام la phonation والتصويت وكذلك يتدخل من الناحية المعرفية للغة والذي أساسها الفهم بكل أنواعه وكذا الإدراك والذاكرة وما يتبعها كيفية انعدام القدرة على الكلام بوضوح من المشاكل الشائعة في حالات الوهن الحركي الدماغي ، ويعتمد العلاج على السبب ، فإذا كان السبب هي إصابة مركز الكلام في القشرة

الدماغية فذلك عطل لا يمكن علاجه ولكن يجب على العائلة التركيز على كيفية التواصل مع الطفل وفهم تعبيراته غير الصوتية كتغيرات الوجه والإشارات وإذا كانت المشكلة في عضلات الفم واللسان فيمكن بمساعدة المختص الأروطوفوني من تدريب الطفل على الكلام ، وهنا يجب أن لا ننسى أن الطفل الذي لا يسمع لا يتكلم وعليه يجب قياس السمع للطفل بشكل دوري لمعرفة وجود أي نقص في القدرات السمعية وعلاجها مبكرا ، كما منع التهاب الأذن الوسطى. (مسالتي، 2017، 67).

- **أخصائي نفسي:** يساعد المرضى وأسره في التغلب على الضغوط التي يتعرضون لها من متطلبات الشلل الدماغي وأحيانا يساهم في العلاج مع فريق العمل من أجل متابعة المشاكل السلوكية والعادات الغير مرغوبة.

- **أخصائي اجتماعي:** يساعد المرض وأسره في التكيف مع المجتمع وما يصادفهم من برامج تربية يحتاجها المصاب بالشلل الدماغي.

- **أخصائي تربوي:** يلعب دورا مهما جدا عندما يكون الفرد معاقا عقليا أو ذا صعوبات تعلم، فيكون دوره مساعدة الفرد في التغلب على تلك المشكلات التي تقف عقبة في طريق التعلم.

الأسرة لها دور لا يقل أهمية أبدا، كأحد الأعضاء المشاركين في فريق العلاج لأنه عليهم خطوات عديدة كاتخاذ القرار وتطبيق خطة العلاج ومتابعة خطوات البرنامج الموضوع للطفل المصاب بالشلل الدماغي. (فهيم، 2008، ص 265، 266).

خلاصة الفصل :

الشلل الدماغي هو مجموعة من اضطرابات التي تؤثر على الحركة أو التوتر العضلي أو وضعية الجسم ويحدث نتيجة حدوث تلف بالدماغ قبل اكتمال نموها غالبا قبل الولادة .

تظهر مؤشرات أعراض خلال فترة الرضاعة وسنوات ما قبل المدرسة، وبصفة عامة يسبب الشلل الدماغي خلافا في الحركة يكون مصحوبا بردود أفعال مبالغ فيها أو ارتخاء أو تشنج في أطراف والجذع، أو وضعية غير طبيعية للجسم أو حركات لا إرادية، أو عدم الاتزان أثناء المشي أو مجموعة من أعراض .

قد يعاني مصابوا الشلل الدماغي من مشاكل في البلع وعادة ما يكون لديهم عدم اتزان بين عضلات العينين بحيث لا تركز العينان على الشيء نفسه، وربما يكون نطاق الحركة لديهم محدود في عدد من مفاصل الجسم بسبب تيبس العضلات .

للشلل الدماغي عدة مسببات كثيرة وتفاوت تأثيراتها على وظائف الجسم إلى حد كبير، ففي حين أن بعض المصابين به يمكنهم المشي، يحتاج آخرون للمساعدة في المشي، وقد يصاب البعض بإعاقات ذهنية لا تحدث لغيرهم، وربما ينجم عنه صرع أو عمى أو صمم في بعض الحالات، ويستمر اضطراب الشلل الدماغي مدى الحياة، ولا يوجد له علاج، غير أن العلاجات قد تساهم في تحسين الوظائف الحركية.

الفصل الثاني: التخطيط الجسمي

• تمهيد.

1. لمحة تاريخية حول التخطيط الجسمي

2. مفهوم التخطيط الجسمي

3. الفرق بين التخطيط الجسمي والصورة الجسمية

4. مراحل نمو وتطور التخطيط الجسمي

5. ميكانيزمات اكتساب التخطيط الجسمي

6. أهمية اللغة في اكتساب التخطيط الجسمي

• خلاصة الفصل

تمهيد:

من أهم القدرات التي تساهم في النمو العادي للفرد نجد إدراكه للتخطيط الجسمي الذي يعتبر عاملا أساسيا في معرفة الطفل لمكونات جسمه وأماكن تموضع مختلف أعضائه، وسوف نحاول في هذا الفصل التطرق وإمام بمختلف الجوانب الخاصة بهذا المفهوم انطلاقا من لمحة تاريخية حول التخطيط الجسمي ومختلف التعريفات التي تطرقت إلى مفهوم هذا المصطلح ثم الفرق بين التخطيط الجسمي والصورة الجسمية ثم مختلف مراحل نمو وتطور التخطيط الجسمي لدى الأفراد والميكانيزمات التي تتدخل في اكتسابه وصولا إلى أهمية التخطيط الجسمي في اكتساب اللغة .

1. لمحة تاريخية حول التخطيط الجسمي :

أتى الفيسيولوجي (ريل) ، في بداية القرن 19 بمصطلح ألا وهو Coenesthésie ، وهي كلمة لاتينية تنقسم إلى Coen ، الذي يعني مشترك و Esthésie ، والذي يعني الإحساس إذن Cœnesthésie ، تعني الإحساس المشترك .

وهكذا أقيمت أول خطوة لفهم بنية تسمح بإدماج Cœnesthésie ، أي مجمل المعطيات الداخلية والخارجية لمعرفة الجسم. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p33)

وقد تطور هذا التصور وحدد من طرف العديد من الباحثين أمثال : WALLON " ، "HEAD" "schelder" ، " LERMITTE " ، فهم حددوا التخطيط الجسمي على أنه ليس معطيات أولية ولا قوانين بيولوجية فيزيائية ولكنه نتيجة لعلاقة صحيحة بين الفرد وما بداخله.

أما هيد " HAED " ، سنة 1911 (Jean, Benthos 1972, p 125) يقول إن هناك نموذج وضعي للجسم وهذا النموذج يمكن أن يتغير حسب التغيرات الحسية التي تمثل قاعدة ظهور حركة أخرى ، وهذا التخطيط يتغير إلا أنه يبقى دائما موجود فهو في تكيف مستمر نظرا لضرورة استدخال معلومات جديدة ناتجة عن تغيير الوضعيات في كل وقت ، وهكذا أعطى هيد " HEAD " ، تعريف لتخطيط الجسمي على أنه يقوم في فعال متغير باستمرار نتيجة للمعطيات الآتية والماضية بحوصلة دينامية والتي تعطي لأفعالنا وإدراكاتنا للإطار

الفضائي،المكاني، المعلمي، الذي يمنح لهم معنى . (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p34)

أما بول شيلدر (POAULSCHILDER) ، فحسبه التخطيط الجسمي لا يقتصر على خلاصة المعلومات الحسية وإنما هو شرط لوجود هذه التجربة الحسية ،فهو ليس مجرد إستدخال سلبي لمعطيات لمسية، سمعية، بصرية، ولكن التخطيط سيرورة فعالة تستدعي الاحتياجات الانفعالية الفسيولوجية للفرد وكذلك الخبرة الذاتية المرتبطة به. (Poul Robert, 1999, p25)

أما " VANBOGAERT " بعد اعترافها بأهمية المعطيات اللمسية المعيقة يقول : إذا هناك إدراك لعضو مستقل عن المعطيات الحواسية هذا يدل على وجود نموذج وتخطيط مستقل . (AJuriaguerra 1982, p386)

كما تعددت الدراسات والتخصصات التي درست مفهوم التخطيط الجسمي ونذكر منها :
أ-علم النفس العصبي: الذي درس مصطلح التخطيط الجسمي في شكل محدود جدا تحت مصطلح (إنكار الجسم) Somatognosie.

ب-أما في علم الأعصاب : فتطرقوا إلى مفهوم التخطيط الجسمي بأسلوب واسع، بحيث سمح لهم بوصف حالة نفسية مرضية للجسم تهتم بمجموعة من الحالات المرضية. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p646)

2. تعريف التخطيط الجسمي:

قبل التطرق إلى تعريف التخطيط الجسمي يجب أن نتعرف أولاً على مفهوم التخطيط ثم مفهوم الجسم لنشمله بعداً ذلك في تعريف التخطيط الجسمي.

• تعريف التخطيط:

التخطيط لغوياً هو عبارة عن رسم شكل أو وصف لشيء ما، لميكانيزم ما، أو لوضعية ما

تحت شكل مبسط ومبين لأهم أجزائه . (Paul Robert , 1999 ,p352)

فالتخطيط عملية تنظيمية يتوقع فيها مصمم العمل مختلف مراحلها . (عبد المجيد ، 1998 ، ص 57) .

• اصطلاحاً: فتعريفه المدرسة المعرفية على أنه إطار بنية معرفية تمنح خصائص عامة لشيء أو حدث.

• تعريف الجسد: مصطلح الجسد في اللغة العربية يشير إلى البدن، الجثة، الجذع (جروان السابق، 1985، ص 841).

والجسم (le courps)، باللغة الفرنسية وباللغة اللاتينية (courpus)، يقصد به الجزء المادي للكائنات الحية. (Paul Robert , 1999 p364)

• اصطلاحاً: يعرف "SILAMY NORBER" الجسم على أنه تلك الوحدة التي تضعها على علاقة مع العالم الخارجي والتي نحس ونعمل ونعيش بها.

(SILAMY NORBER, 1980 ,p34)

• تعريف التخطيط الجسمي **Shémacorporel**:

حسب **SILLAMY NORBER** : فإن التصور الجسمي إحساس جديد ، وهو الذي يعطينا

المعلومات الضرورية لنشاطنا أخذين بعين الاعتبار تبليغ حواسنا والتأثيرات الخارجية

أحاسيس لمسية وبصرية شمعية وذوقية . (Norber, 1980, p173)

• تعريف قاموس الأرتوفونيا :

التخطيط الجسمي هو الصورة التي نكونها عن جسمنا كصورة كلية في الحالة الساكنة أو

المتحركة ، وبارتباط الأجزاء مع بعضها وخاصة بارتباطه مع المكان والأشياء المحيطة وهي

تتم وفق سيرورة نفسية وفيزيولوجية انطلاقا من معطيات إدراكنا ، نعطي كل لحظة الشعور

بمعرفة الجسد وتوجهه في الفضاء . (Frédérique Brin, 1997, p228)

ومنه فالتخطيط الجسمي هو التمثيل الذهني الذي يملكه كل إنسان عن جسده ومختلف

أقسامه والمكان والوضعية التي يأخذها في الفضاء.

ويتعلق التخطيط الجسمي بتعرف الطفل على جسمه ومن ثم تمثله الذي يتجلى من خلال

الصورة الذهنية المكونة حول الجسم ، وتشير الباحثة BERTRAND 2009 ، إلى إمكانية

عدم اكتمال نمو تمثّل الجسم رغم بناء صورة ذهنية حوله وهذا راجع إلى عدم تحكم الطفل

في مفهوم الفضاء المرتبط بنمو التخطيط الجسمي (Bertrand,2009,p27)

كما يتعلق التخطيط الجسمي بالصورة التي يكونها الطفل حول جسمه (الصورة الكلية أو

الصورة الجزئية) ، في الحالة الثابتة أو في الحالة المتحركة (الديناميكية) ، وحول العلاقة

التي تجمع الأجزاء المكونة للجسم وعلاقات هذه الأخيرة مع الفضاء (l' espace) والأشياء المحيطة بها. وتتم هذه الصورة وفق سيرورة مزدوجة نفسية وفيزيولوجية، وهذا من خلال المعطيات الحسية التي تمدنا في كل لحظة بالوعي بالمعرفة وتوجيه الجسم في الفضاء (Brin,2011,p246)

يعتبر التخطيط الجسدي تنظيم عصبي يحتوي على كل تمثيلات أعضاء الجسم، وتلعب المدخلات العصبية الحسية المستمدة من مختلف الحواس دورا هاما في توجيه النشاط الحركي لموضع الجسم في الفضاء (بن جديدي، 2017، ص14).

• تعريف الصورة الجسمية :l' image du corps

يعتبر PaulSchelder أول من استعمل مصطلح الصورة الجسمية سنة (1923) حيث يعرفها على أنها الصورة الذهنية الذاتية اللا شعورية التي تشكلها على أجسامنا وبها نتمكن من تصورها أي تكون عبارة عن تمثيل إسقاطي لمشاعر وانفعالات الشخص.

(Schelde Paul, 1978, p112)

3. الفرق بين التخطيط الجسدي والصورة الجسمية :

-التخطيط الجسدي (Schéma corporel) : هو الجانب الوظيفي والعصبي للجسم، وهو نفسه عند كل الأشخاص يتكون عن طريق الخبرة والتعلم ويبقى ثابتا ولا يتغير مهما كان المكان والزمان والظروف التي نعيش فيها.

- الصورة الجسمية (L'image du corps) : فتكون خاصة عند كل فرد فهي ترتبط بتاريخ

الشخص كما أنها صورة ذاتية لاشعورية تعبر عن تمثيل إسقاطي لمشاعر وانفعالات

الشخص الذي ينشأ بين الأفراد.

- ترى DOLOTO François أن الفرق بين الصورة الجسمية والتخطيط الجسمي يظهر في

مخططنا الجسمي الذي هو التحويل المعاش في أبعاده الثلاثية، في الواقع يبني بتعلم

والتجارب بينما الصورة الجسمية تبنى بالاتصال بين الأشخاص والآثار المسجلة بلذة مكتوبة

أو مخزنة (François, 1983, p63).

- إن مخطط الجسم يقوم على ركيزة عصبية ومغصلية والوضعية بنسبة للجسم والقوة .

بينما مفهوم صورة الجسم يلخص في تأصل اللاوعي للحالة "sujet" خاصة في الطريقة التي

من خلال تاريخه سيستمر في مخطط جسمه .

ومن خلال ما سبق نجد أن الخلط المتواجد بين المصطلحين يمكن تمييزه بمعرفة القاعدة

النفسية العصبية لكليهما، فمخطط الجسم يبعث نحو المفهوم الحقيقي والواقعي للجسم، وكيفية

تموضعه وحركته، بينما صورة الجسم تبعث نحو الجسم الهوامي الخيالي ومدى تطابقه مع

الجسم الواقعي (خوجة ، 2009، ص 91) .

يرى أنزيو (D.Anziew) في هذا الصدد أن صورة الجسم تنشأ عند التقاء الجسم المادي

مع الذات الجسمية، فصورة الجسم تمثل من إيداع ذاتيتنا، كما أنها تنتمي إلى الشكل الخيالي

فهي لاشعورية قاعدتها انفعالية، فيما يحيا الجسم كوسيلة يمارس عن طريقها علاقات مختلفة

مع الآخرين ويضيف أنزيو أن الصورة الجسمية قاعدتها انفعالية يكون الجسد معاشا، أما المخطط الجسمي فقاعدته عصبية .

أما دولتو (DOLTO) : فترى أن التخطيط الجسمي نفسه بنسبة للجميع وهو مرتبط بالنضج العصبي في حين أن صورة الجسم لاشعورية وخاصة بكل فرد .

يرى كل من " هيد وهولميز " أن المخطط الجسمي يشير إلى حركة تركز على الجسم كوحدة

أما صورة الجسم فهي التي تتعامل مع الوضعيات ضمن صورتها الهيأوية : أي أن صورة

الجسم تركز على وضعيات معينة يتخذها الجسم من خلال إظهارها على مستوى خيالي، أما

التخطيط الجسمي فيركز على الجسم ككل وكمركز، وليس كوضعيات مختلفة، هذا الأمر

يجعل من صورة الجسم تتأثر بالبيئة المحيطة أكثر من التخطيط الجسمي الذي يتأثر بحالة

الجسم فقط (حاج ،2014، ص96) .

المخطط الجسدي	صورة الجسم
-هي صورة جزء منها لا واعى وجزء آخر واعى تعمل على تنظيم موضع الجسم وحركته.	-هي صورة لا واعية عن شكل الجسم.
-ينتمي إلى السجل الحسي الحركي والمعرفي.	-تنتمي إلى السجل الخيال العاطفي فيتم اعتبار الجسد كوسيلة للعلاقة مع الآخرين.
المخطط الجسمي ثابت عند جميع الأفراد إلا إذا حدث خلل عصبي ما.	-صورة الجسم خاصة بكل فرد وتتأثر بالجانب الاجتماعي.
-يتم تطور المخطط من خلال التعلم والتجارب وموضع الجسم المكاني والزمني إذ أن المعلومات الحسية التي يتم استقبالها من الفضاء عن طريق الحواس تعمل على تطوير نموه في الدماغ.	-صورة الجسم تتشكل من خلاصة التجارب والخبرات العاطفية المعاشة والتي تتجلى في الرضا أو عدم الرضا عن شكل الجسم.
-له قاعدة عصبية واضحة تتمركز في منطقة الفص الجداري الأيمن.	-له قاعدة عصبية انفعالية تتمركز في الجهاز اللمسي واللوزة.
-اضطرابات المخطط الجسمي تتمثل في عمه الجسد، عسر التمييز المركزي، عسر التمييز المحيطي...	-اضطرابات صورة الجسم تتمثل في فقدان الشهية العصبية، البدانة...

جدول (1): يبين الفرق بين الصورة الجسمية والمخطط الجسمي. (بن جديدي، 2017، ص1)

4. مراحل نمو وتطور التخطيط الجسمي:

وفق مبادئ النموذج المعرفي لبياجي، اقترح Ajuriagrra 1970 ، خمسة مستويات لنمو

التخطيط الجسمي وهي :

- الخضوع الجسمي (0-3 اشهر) .

- العيش الجسمي (3 أشهر-3 سنوات) .

- التعرف الجسمي (بداية من سنتين) .

- الإدراك الجسمي (3-7 سنوات) .

- التمثل الجسمي (8-12 سنة) .

وبحلول 12 سنة يستقر نمو التخطيط الجسمي لدى الفرد ، كما أشارت من جهتها DOLTO

(1984) ، إلى البناء التدريجي للتخطيط الجسمي من خلال التعلم والخبرات ،فهو ترجمة

لصورة الجسم التي تحيل إلى التركيب الحي للخبرات انفعالية فهي مرتبطة بذات الطفل

وتاريخه الشخصي وتلعب دور الواسطة في علاقة الطفل مع الآخر ،كما يعتبر التمثيل

الذهني للجسم ضروري في نمو نشاط اللغة . (Meljacet al ,2010,p10)

يتطور وينمو المخطط الجسمي وفقا لمكتسبات فطرية موجودة من قبل عند الطفل بالإضافة

إلى تجربة و حركة الجسم في الفضاء والمعلومات التي يتلقاها من خلال الحواس وتتطور

هذه الحواس بشكل مبكر في مراحل الحمل ، وهي تتفاعل وتتطور مع بعضها البعض ، ولقد

أجريت دراسات حول المرحلة الجنينية وكيف يتم بناء المخطط الجسمي فكانت بداية الدراسة

حول مدى التنسيق بين اليد والقدم عند الأجنة داخل الرحم باستخدام الموجات فوق الصوتية رباعية الأبعاد، وكذا مراقبة الأطفال حديثي الولادة وأظهرت النتائج أن في العمر من 19-35 أسبوعاً من الحمل يبدأ الجنين بفتح الفم قبل تحريك اليد وإيصالها للفم وهذا يعني أن التكامل الحسي يكون بالتدرج أي أن التكامل يتطور عند الجنين والطفل حديث الولادة من خلال تحفيز حركة اليد ولمس الأجزاء الجسمية الأخرى .

وكتأكيد على أن المخطط الجسمي هو مخطط لاشعوري عصبي نجد بما يسمى بظاهرة الطرف الشبكي أو الأطراف الوهمية، ففي كثير من الأحيان يحس الأشخاص المبتورة أطرافهم ببعض الأحاسيس المتمثلة في الألم الشديد أو الإحساس بوجود العضو المبتور، وهذا يفسر أن المخطط الجسمي يسجل كل المعلومات المتعارف عليها من قبل وأن القشرة الحسية الجسدية المسؤولة عن تمثيل المخطط الجسمي، ولا تزال تولد التمثيل العصبي لأطرافهم . (GEANGU, 2008, p107)

وترجع ظاهرة الطرف الشبكي في أن الإدراك الحسي بجسم الشخص ينتج من إشارات حسية واردة تترك ذاكرة في الدماغ، ويصبح إجمالي هذه الإشارات صورة للمخطط الجسمي، ولكن وجود الأطراف الشبكية لدى أناس ولدوا من دون طرف أو فقدوا طرف في عمر مبكر يوحي بأن الشبكات العصبية الخاصة بالإدراك الحسي للجسم وأجزاءه يتم بناؤها في الدماغ، وغياب المعلومات الواردة لا يوقف الشبكات عن توليد الرسائل فيما يخص الأجزاء المفقودة من الجسم، وبذلك تستمر الشبكات في إنتاج هذه الرسائل طول العمر وباختصار لا تكون

الأطراف الشبكية أمرا محيرا إلا إذا افترضنا أن الجسم يرسل رسائل حسية إلى دماغ قابل للتلقي، وتصبح الأطراف الشبكية مفهومة إذا عرفنا أن الدماغ يولد خبرات الجسم، فالإشارات الحسية الواردة تعدل تلك الخبرات .

إذن إن الإحساس بالألم راجع لعدم وصول الإشارة الحسية من الطرف إلى شبكة العصبونات، وفي غياب التنبيه الحسي العادي قد تولد هذه الشبكة مستويات عالية من النشاط (الفعالية) على هيئة تنبيهات، وهذا النوع من الإشارة يمكن أن يحول بسهولة كبيرة إلى شعور بالحرقة وقد ينشأ ألم آخر عن محاولة شبكة العصبونات جعل الأطراف تتحرك كما ينبغي لها طبيعياً، فعندما لا تستجيب الأطراف لدى المبتورين أو مشلولي النصف الأسفل فإن هذه الشبكة (التي يقوم تشكيلها مسبقا على أساس أن الأطراف يمكن أن تتحرك حقا) تقوم بإرسال رسائل أكثر تكرارا وأقوى شدة لحث العضلات على تحريك الطرف وهذه المخرجات يمكن أن تدرك حسيًا على هيئة تشنجات ، كما يمكن الإحساس برسائل صادرة مشابهة على هيئة ألم ووخز .

وأي إصابة أو ضرر في المستوى القشري لجزء الجسم المتضرر ويغير طريقة عمل الدماغ على إدراكه للجسم في الفضاء ويغير من المخطط الجسمي، وعلى سبيل المثال تبين أن تمثيل جزء الظهر من الجسم في القشرة الحسية الجسمية الأولية S₁ تكون مختلفة في الأشخاص الذين يعانون من آلام المزمنة أسفل الظهر، هذه الآلام تعمل على خلل في التمثيل على مستوى S₁ .

وقد أشارت العديد من الدراسات أن الألم المزمن يعطل الوظيفة الإدراكية، ويتأثر بذلك مخطط الجسم وبالرغم من التأثير السلبي للألم على القشرة الحسية الجسمية إلا أن الأداء الحركي بما فيه الأنشطة الرياضية تساهم في تعديل المخطط الجسمي وتعمل على تصحيح المدخلات الحسية والحركية والبصرية، وبالتالي فالأداء الحركي المنظم له علاقة بين تخفيف الألم الجسمي المزمن وتعديل المخطط الجسمي للمريض.

(Thrum et al 2013, p551)

وقد قدم كل من ستايز ودي مور (STAES MEUR DE 1983) أربعة مراحل لنمو وتطور المخطط الجسمي وهي :

أ- إدراك الجسد كوحدة متكاملة : الجسد المعاش (0-2 سنة) في أثناء هذه المرحلة الأولى ،يستطيع الطفل ممارسة عدة نشاطات حركية ،وذلك بهدف الوصول إلى تحكم عام في هذه الحركات ولإدراك جسمه بشكل كامل هذه النشاطات تنتقل من كونها نشاطات تلقائية (التي تستعمل أثناء اللعب) إلى نشاطات أكثر اندماجية ضمن الوصول إلى استجابات للمعطيات والأوامر اللفظية (امشي اجريأقفز) وضمن إحساسات دقيقة (توازن ،وقوف) وضمن عروض محددة (الزحف على أربعة قوائم ،المشي البهلواني) .

ب- التعرف على أجزاء الجسم (02-5 سنوات) : بعد الإدراك الكلي للجسم تأتي مرحلة التعرف على كل عضو من الجسم كجزء خاص وذلك بشكل داخلي (بالإحساس بكل عضوه من أعضاء الجسم) وبشكل خارجي (عن طريق رؤية كل عضو على المرأة ، أو على

طفل آخر ،أو ضمن صورة (الطفل مدعو هنا لتحديد كل عضو بالاستناد للآخر،وذلك بغية الحصول على صورة جسمية ،كما يجب عليه أيضا أن يستطيع إظهار وتسمية الأجزاء المختلفة من الجسم ووضعها ضمن إطار حسي .

ت-التوجه الجسمي: (5-6 سنوات) الطفل هنا يمر إلى:

•إمكانية القيام بأعمال حسية أكثر إجرائية.

• الربط بين المركبات الجسمية ومختلف الأشياء الخاصة بالحياة اليومية .

•معرفة أكثر تحليلية للفضاء الإشاري (التي تعني مختلف الوضعيات التي يمكن أن يأخذها

كل عضو من الجسم في هذه المرحلة يركز الطفل على الوضعيات المختلفة وليس على

حركات ففي أثناء أي نشاط يجب أن يسجل وجود وقت مستقطع ضروري من أجل أن يحس

الطفل بالوضعية وكذا لتسجيل صيف خفيف وتعب من أجل الوعي بالعضو المتموضع

للمساعدة في إدراك مفهوم هذه الوضعية .

ج- التنظيم الجسمي (6-8سنوات) : في هذه المرحلة يتمكن الطفل من التلاعب بمختلف

إمكانياته الجسدية ويعرف مختلف أقسام جسمه كما يعرف مختلف المفاهيم والوضعيات،

ويصل إلى وضع نفسه ضمن حركية تتمثل فيما يلي :

-من وجهة تحليلية: يصل إلى التحكم الجسمي بفعل نشاطات التناسق والتوازن وكف

بإصدار الأصوات.

-من وجهة تركيبية: من جهة يتوقع ويكيف حركاته من أجل الوصول إلى الهدف المطلوب، ومن جهة يعبر بواسطة جسده عن الفعل أو عن الإحساس أو عن الانفعال. أي أن الطفل هنا سيتوصل إلى تخطيط لحركاته وتمثيلها وإلى فهم الوضعيات المقدمة أثناء المواقف وفهم تعبيرات الأفراد والتحكم في إيماءاته الجسدية. (الحاج، 2017، ص 99-

(100)

5. ميكانيزمات اكتساب التخطيط الجسمي :

لقد اختلف آراء الباحثين حول الميكانيزمات التي تتدخل في اكتساب التخطيط الجسمي ف " HEAD FREDERIC " اقترح 3 ميكانيزمات هي :

أ- ميكانيزم الرؤية ب- ميكانيزم الإشارات ت -ميكانيزم الوضعيات .

أ- ميكانيزم الرؤية : يلعب ميكانيزم الرؤية دورا هاما في اكتساب التخطيط الجسمي، فالطفل هنا يعتمد كثيرا على إدراك البصري (LAPERCEPTIONVISUELLE) ، في التعرف على أعضاء جسمه واكتشاف العالم الخارجي المحيط به .

ب- ميكانيزم الإشارات :

يكتشف الطفل هنا جسده باستعمال حاسة اللمس ، ويكون ذلك بطريقة إرادية وواعية ، فمثلا

إذا أراد الطفل القيام بوضعية بسيطة فعليه أن يبسط يديه وأصابعه ويمدها للوصول إلى

الشيء الذي يريده وهنا يظهر الطفل مدى وعيه لأعضائه ووظائفها وكذلك يكون بمساعدة

الإدراك البصري، حيث يربط وينسق بين حاستي البصر واللمس وأعضاءه التي تتطلب تدخل مختلف الإحساسات والتي تمكن الطفل من إنتاج وضعيات وحركات باستعمال أجزاء حسية.

ت- ميكانيزم الوضعيات : يرجع " HED FREDERIC " اكتساب مفهوم التخطيط الجسمي بدرجة الأولى إلى ميكانيزم الوضعيات أين يتدخل إدراك البصري والحسي، حيث أن كل تغيير يقوم به الطفل يكون واعيا به إذ كان ذو علاقة مع شيء محدد .

هذا يعني أننا نصبح واعيين بأجسادنا بفضل حركات التي ننفذها مع مختلف الوضعيات التي نتخذها للقيام بأي وظيفة ويكون هذا بواسطة الدماغ الذي يستقبل المعلومات .

(Stella Al biracial 19961 p29)

6. أهمية اللغة في اكتساب التخطيط الجسمي :

تعتبر اللغة وسيلة لجمع واكتساب وتخزين المعلومات ،يقول " OLERON " أن اللغة تعتبر وسيلة مسهلة لترتيب وتخزين واسترجاع المعلومات كما تساهم بالتحكم وتميز وتحليل المفاهيم، إذ تعتبر الرابط المنظم للمفاهيم المكتسبة لتخطيط الجسمي ،كما تعتبر الراشد الناقل الأساسي للمعارف واكتساب الأولي بنسبة للطفل بحيث يستعمل فرص الحياة اليومية للدخول في تفاعلات معه ويمكنه من اكتساب المعارف المتعلقة بجسده.

(ليندة، وافية ، 2015، ص60)

خلاصة الفصل:

مما سبق نستنتج أن التخطيط الجسمي أحد المفاهيم النمائية الهامة في مرحلة الطفولة، وهو المعرفة العقلية التي تحملها على مختلف أعضاء الجسم وبالطريقة التي تتفاعل فيما بينها، وهذه المعرفة تكون رمزية عند استعمال الأسماء الجسمية وهذا ما يسمح للطفل بأخذ البعد اللازم بنسبة للإدراك وبالتالي الوصول إلى التمثيل العقلي لجسمه ، فالتخطيط الجسمي هو معرفة مختلف أعضاء الجسم كالعين اليد الفم الرجل الخ . ويكتسبه الطفل شيئاً فشيئاً أثناء الطفولة الأولى ومن خلال هذا الاكتساب يصبح بإمكانه تسمية أجزاء الجسم وبالتالي يكتسب مفردات خاصة بذلك ويصبح واعي بحجم جسمه الذي يشغل حيزاً في الفضاء وهذا ما يسمح له بتحكم فيه وفي حركاته فبنسبة للحركة يكون تنظيمها انطلاقاً واعتماداً على التخطيط الجسمي .

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية لدراسة

• تمهيد

1. منهج البحث

2. حدود البحث

2-1- الحدود المكانية

2-2- الحدود الزمنية

3. عينة البحث

4. أدوات الدراسة

4-1- المقابلة

4-2- الملاحظة

4-3- اختبار التخطيط الجسمي

تمهيد :

بعد التطرق إلى الجانب النظري ، سنعرض الجانب التطبيقي الذي يعتبر من أهم أسس الدراسة العلمية نظرا لكونه يسمح بتوصيل الإجابة على تساؤلات البحث و التحقق من الفرضية.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى الدراسة الاستطلاعية ، ثم نوع المنهج الذي يصب فيه البحث بعدها سنتطرق إلى عرض عينة البحث وخصائصها. يليه عرض الأدوات المستعملة في جمع المعلومات والمتمثلة في المقابلة والملاحظة والاختبارات المطبقة على عينة البحث.

1. منهج البحث:

اعتمدنا في بحثنا على المنهج الوصفي الذي يعتبر من أكثر الوسائل شمولاً و تحليلاً كما انه واحد من أهم و ابرز مناهج البحث في مجال نمو اللغة فأعراض الكلام و يعد مصدر هام لجمع المعلومات عن الحالات. فهو المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حول الطفل و لغته من حيث مميزات العيادية وعلاقتها مع متغيرات أخرى. من هذا المنطق. اعتمدنا على دراسة الحالة التي تعتبر نمطاً من المنهج الوصفي. كما انه هو المنهج المناسب الذي يسمح لنا بتقصي مختلف الجوانب العيادية لدى كل حالة في ضوء فروض الدراسة . و تتميز دراسة الحالة بكونها تستقي المعلومات والبيانات الخاصة بالحالة المراد بحثها من مصادر عديدة. فكل مصدر قيمته في إطاره الخاص وعلاقاته الوظيفية بالحالة. (جودة شاكر، 2007).

2. حدود البحث:**2-1- الحدود المكانية:**

عيادة المتخصصة في جراحة العظام و التأهيل الوظيفي لضحايا حوادث العمل CSORVAT مسرغين "وهران" تابعة لوزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي الصندوق الوطني لتأمين الاجتماعي.

• تقديم العيادة:

تقع العيادة جنوب غرب مدينة وهران على طريق تلمسان

المساحة الإجمالية: 40.000 م²

مساحة المباني: 7200 م² مقسمة على 32 جناح جاهز

مساحة خضراء: 32800 م²

تقديم العيادة جراحة العظام و رعاية و إعادة التأهيل الوظيفي للمواطنين التاليين :

حادث في العمل - مؤمن اجتماعي - المستفيدون من تأمينات الاجتماعية

• الخدمات و الوسائل المتوفرة بالعيادة:

الفحوصات المتخصصة في جراحة العظام. الفحوصات المتخصصة في إعادة تأهيل

الوظيفي , المصلحة مزودة بما يلي :

03 غرف للفحوصات المتخصصة . غرف علاج . وحدة تصوير طبي. مختبر التحاليل

الطبية تكلف بالفحوصات الكيمياء الحيوية وأمراض الدم و أمصال و تخثر الدم ، مصلحة

جراحية مكونة من غرفتي عمليات مجهزتين ، مصلحة التخدير و إنعاش و مراقبة ما بعد

التدخل مجهزة بثمانية أسرة. مصلحة استشفاء بسعة 20 سرير، توفر مصلحة إعادة التأهيل

الوظيفي و إعادة التأهيل للكبار المؤمنين اجتماعيا وكذلك الأطفال ذوي الإعاقات الحركية

المسجلين في العيادة حيث يوجد 2 غرف للعلاج الميكانيكي و غرف لياقة بدنية و علاج

نفسي و 3 غرف للعلاج الطبيعي (تدليك ، بالأشعة تحت الحمراء) يوجد صيدلية مركزية ،

مصلحة بيداغوجية يهتم فيها الهيكل الطبي التربوي بالأطفال من ناحية البداغوجية ذوي

إعاقة الحركية يوجد فيها مدرسة مخصصة لهم .

يوجد أخصائية نفسانية في تصحيح التعبير اللغوي و غرفة لإعادة التأهيل للأطفال الذين يعانون من شلل دماغي و كراسي متحركة أيضا.

• سياسة الجودة ISO9001:

لقد صنفت العيادة مؤخرا على سياسة الجودة ISO9001 في طبعة 2015

2-2- الإطار الزمني:

امتدت هذه الدراسة من 28 جانفي إلى غاية 9 مارس 2022 و قد واجهنا صعوبات عديدة لاستكمال الدراسة بسبب تفشي جائحة كورونا في البلاد.

3. عينة البحث :

تعد العينة الخطوة الأساسية و الضرورية في البحث العلمي ومن شروطها أن تمثل المجتمع الأصلي و تعرف بأنها المعاينة الهادفة التي يعتمد عليها الباحث لاختيار وحدات معينة يجمع منها المعلومات ويستثني غيرها.

أما عينة بحثنا فقد تم اختيارها بطريقة مقصودة و اشتملت على ذكر و 3 إناث تتراوح أعمارهم بين 5 و 10 سنوات مستوى الذكاء لديهم عادي مع وجود اضطرابات مصاحبة عند البعض كاضطرابات النطق و قد توفرت هذه الحالة على مختلف الخصائص المطلوبة والتي تتوافق وتستوفي شروط البحث.

تم اختيار العينة تبعا لمتطلبات البحث و هي كالتالي:

- لا بد أن يكون أطفال مصابين بشلل دماغي.

- أن يكونوا ناطقين.

- متمكنين من العمل بأيديهم بشكل طبيعي.

الجنس: تكونت عينة البحث من ذكر و 3 إناث و هذا ما يوضحه الجدول التالي:

مصدر التوجيه	الجنس	السن	الحالة	
طبيب العظام	ذكر	9	ج.م	1
الخالة المختصة نفسية تعمل بمصلحة	أنثى	5: 1	ف.م	2
وحدة الكشف و متابعة لصحة المدرسية	أنثى	10 : 1	ل.ر	3
طبيب العظام	أنثى	6 : 8	ب.إ	4

جدول (2): يمثل عينة البحث:سناها ومصدر التوجيه .

4. أدوات البحث:

4-1- المقابلة:

يمكن تعريف المقابلة بأنها عبارة عن محادثة موجهة بين الباحث و شخص أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين. يسعى الباحث لمعرفة من أجل تحقيق أهداف الدراسة.ومن الأهداف الأساسية للمقابلة الحصول على المعلومات التي يريدها الباحث بإضافة إلى التعرف على ملامح أو مشاعر وتصرفات المبحوثين في مواقف معينة.

و يمكن استخدام المقابلة بشكل فعال في المجتمعات الأمية و في الدراسات التي تتعلق

بأطفال. (أبو نصار و آخرون . 1999. ص 55)

• التعرف الإجرائي للمقابلة:

هي المقابلة مع الحالات وأولياءهم مباشرة بهدف جمع المعلومات الضرورية لتعرف والتعمق

في الاضطرابات التي تعاني منها عينة البحث.

أجريت المقابلة مع الأخصائية ا لأرطوفونية بالمركز المختص في إعادة التأهيل الوظيفي

لضحايا حوادث العمل مسرغين "وهران" والتي قامت بتزويدنا بجميع البيانات والمعلومات

الخاصة بكل مفحوص و مساعدتنا في اختيار العينة التي تناسب شروط البحث.

4-2- الملاحظة:

هي المشاهدة والمراقبة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة وتسجيل الملاحظات عنها. والاستعانة

بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك السلوك أو تلك الظاهرة بغية تحقيق أفضل النتائج

والحصول على أدق المعلومات (عبد الله محمد الشريف، 1996، ص118).

و قد اعتمدنا على الملاحظة لأنها تتناسب و تلائم شروط بحثنا.وتعتبر كافية لدراسة مختلف

الصعوبات التي يعاني منها الطفل المصاب بشلل الدماغى وقد لاحظنا على الحالات

مايلي:

- الحالة 1 م.ج: يظهر عليه استقرار و بشاشة و رغبة في التواصل.

- الحالة 2 ف.م: هي أصغر الحالات وقليلة الكلام والتواصل .

- الحالة 3 ل.ر: خجولة نوعا ما.

- الحالة 4 ب.إ: عفوية تماما و لها رغبة كبيرة في التواصل و لا تمل أو تتعب من الكلام.

• أهم الصعوبات التي واجهتنا خلال البحث:

- صعوبة إيجاد عيادة تقبل المتربص بسبب جائحة كورونا.

- صعوبة إيجاد اختبار التخطيط الجسمي جاهز مع غلاء سعره مما اضطرنا إلى تجهيزه

بأنفسنا.

- صعوبة إيجاد حالات وعينات ملائمة وتستوفي شروط البحث .

4-3- اختبار تخطيطي الجسمي (-R- Shéma corporal) :

يعتبر نضج التخطيط الجسمي من المؤشرات المهمة لنمو النشاط اللغوي. فهو في علاقة

مباشرة مع مختلف المفاهيم القاعدية الأخرى التي فصلنا فيها في الجزء النظري من هذه

الدراسة. لذا وقع اختيارنا على هذا الاختبار الذي اعد من طرف مجموعة من الباحثين.

(Meljac et All, 2010)

وهي عبارة عن مراجعة للطبيعة الأولى لاختبار التخطيط الجسمي الصادر سنة 1966 يقيم

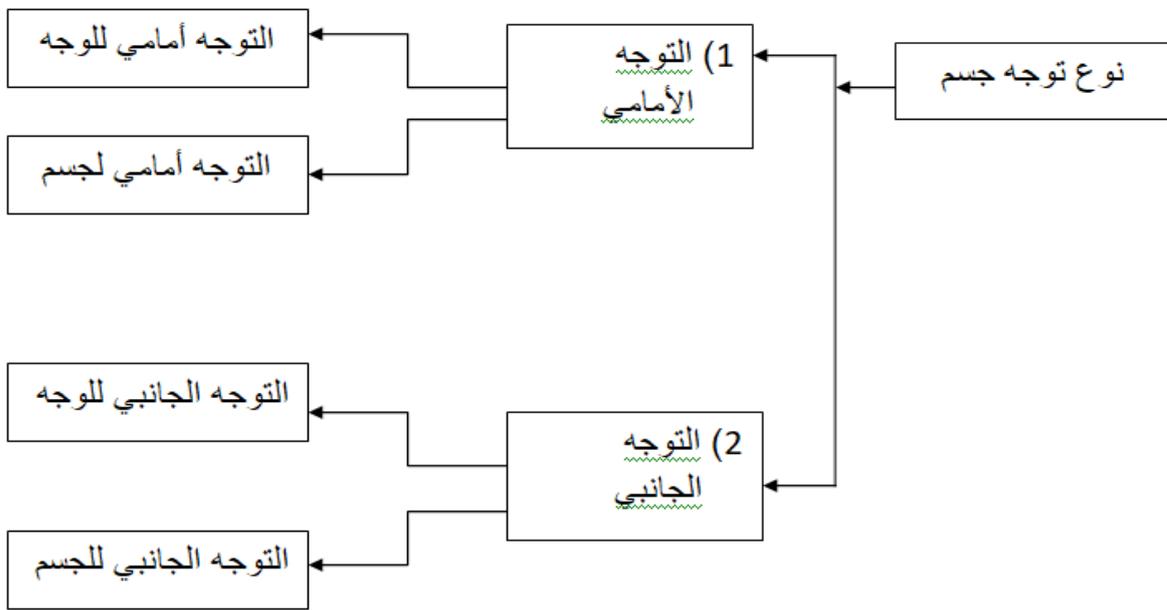
هذا الاختبار نمو التمثل الذهني (representation du corps) لدى الطفل الخاص

بالجسم تمت معايرته على 450 طفل (إناث و ذكور) تتراوح أعمارهم من 3 إلى 11 سنة

جاء تركيزنا على تخطيط الجسمي نظرا لقيمة و أولوية هذا المفهوم في الاكتساب المعرفي

ودوره القاعدي في النمو في مفاهيم أخرى كالفضاء و الزمان و غيرها من مفاهيم التي هي أيضا أساس التوظيف اللغوي.

- نميز في بنية الاختبار اختبار بين فرعين (sous-épreuve) مرتبطين بنوع توجه الجسم. إذ يحتوي الاختبار على الجزء الأول خاص بتوجه الأمامي للجسمي (orientation de face)، أما الثاني يتعلق بالتوجه الجانبي للجسم. (Orientation de profile)



- يرجع اختيار تمرير أجزاء الاختبار وفق سن و قدرات الطفل إذ يطبق الفاحص الجزء الخاص بالتوجه الأمامي مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 3 إلى 5 سنوات و 11 شهر. في حين يطبق كل من الجزأين (التوجه الأمامي و الجانبي) على التوالي مع فاصل زمني ب 30 ثانية مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 6 إلى 8 سنوات و 11 شهر. ويكتفي الفاحص بتطبيق جزء التوجه الجانبي فقط مع فئة الأطفال الذين تكون أعمارهم من 9 سنوات إلى 11 سنة و 11 شهر.

- يسمح كل جزء من اختيار فحص نوعين من التمثلات (تمثل الجسم + تمثل الوجه) وهذا تبعا لنوع التوجه. ويتم تناول هذين النوعين من التمثل وفق ثلاثة مراحل إجرائية متتابعة تعتمد مباشرة على مفاهيم النظرية المعرفية لـ Piaget حول الصورة الذهنية (l'image mental)

- مرحلة الاستحضار: (Evocation)

يتم هذا النشاط المعرفي في أول مرحلة. إذ ينبغي على الطفل التعرف ثم وضع القطع (les pieces) الواحدة تلو الأخرى. فهو لا يتمكن من إنجاز هذه المهمة إذ لا يتوفر لديه تمثيل ذهني منظم للقطع مع تحكمه المسبق لأبعادها الفضائية المتميزة و نميز في الاستحضار مرحلتين متتابعتين هما:

• التعرف: Reconnaissance:

يكون من خلال أول اتصال للطفل مع مادة الاختبار تكون كل قطعة مقدمة للطفل مرقمة إذ ينبغي له قلبها و تسمية أو تعيين على جسمه الجسم المصور في القطعة.

• الموقع Localisation:

بعد تعرف الطفل على القطعة، يطلب منه تحديد موقع القطعة في لوحة العمل (Planche du travail) و التي يستخرج منها الفاحص إحداثيات مركز القطعة عموديا (بالأعداد) وأفقيا (بالأحرف) معتمدا في ذلك على شبكة تبين مناطق القبول. (Zones de tolerance)

-مرحلة البناء (construction):

خلال المرحلة الثانية ينبغي على الطفل أن يقوم بمجموعة من التجميعات (des assemblages) توافق صورة مألوفة حسب جسده الأولي

-مرحلة إعادة الإنتاج: مع النموذج (Reproduction):

خلال المرحلة الثالثة يوظف حضور النموذج أو اللوحة النموذجية (Planche model) عمل إنتاج تجميع القطع خلال المقارنة.

بفضل مختلف أنواع هذه الوضعيات و التي هي نفسها في كل المحتويات (الجسم / الوجه

الأمام.الجانب) لا يكشف الطفل عن إدراكه الآني (Perception instantane)

للجسم. لكن أيضا يكشف عن كل الخطوات التي تساهم في تنظيم كل عناصر الصورة. من

هذا منطلق. نتكلم مثلا في هذا الاختبار عن النتيجة المحصل عليها في التوجه الجانبي

بنسبة لتمثل الوجه خلال مرحلة البناء

- يشير الاختصار (ADSC) إلى سن نمو التخطيط الجسمي و الذي يعبر عن مستوى

نمو تمثل الجسم لدى الطفل في هذا الاختبار. ويتم الحصول عليه بإسقاط نتائج الطفل على

منحنى نمو التخطيط الجسمي (Courbe de developpement)

- يحتل التحليل الكيفي للمعطيات المتحصل عليها مكانة مهمة في التأويل العيادي للنتائج

(مثلا إبدال قطعة بقطعة أخرى عدم إدراك الأبعاد الفضائية للقطع و عدم إستعاب توجهها

في الصورة الكلية..... الخ) إذ يعطي هذا الاختبار للملاحظة العيادية و تدخل الفاحص

أهمية خاصة وهذا بالرجوع إلى مفاهيم المقاربة التفاعلية للمفكر Vysotsk كما يستخدم الفاحص كما هو مبين في دليل اختبار نظام خاص لتتقيط حتى يعبر عن مستوى نمو التخطيط الجسمي كما يظهر أسفله في الجدول نبين من جهة أخرى أن هناك إمكانية الحصول على سن نمو التخطيط الجسمي الموافق لتوجه واحد فقط (مثلا سن نمو التخطيط الجسمي الخاص بالتوجه الأمامي: وجه/جسم).

التنقيط	سن نمو التخطيط الجسمي (ADSC)
=	موافق لسن الطفل
-	أقل من سنة أو سنة بضعة أشهر
-	انحراف أكبر من سنتين و يوافق لأداء نسبيا جد ضعيف
+	تقدم معتدل (من سنة إلى سنتين)
+	تقدم مهم (ثلاثة سنوات أو أكثر)

جدول (3): يبين التنقيط الموافق لسن نمو التخطيط الجسمي ADSC

(أجد محمد عربي، 2018، ص 178-180)

الفصل الرابع: عرض وتحليل و مناقشة نتائج الدراسة

1. تقديم الحالات

2. عرض نتائج الحالات

3. مناقشة النتائج

1. تقديم الحالات:

1. معطيات عيادية أولية للحالة الأولى (م.ج):

تقدمت الحالة إلى الفحص بالمركز البيداغوجي المختص في إعادة التأهيل الوظيفي لضحايا حوادث العمل "مسرغين" بوهران، بتاريخ 13/04/2017، إذ تم توجيه الأم من طرف طبيب العظام بعد خضوع الحالة لعدة فحوصات طبية وكان عمره 4 سنوات ونصف.

ومن خلال المقابلات العيادية الأولية مع المختصة الأرطوفونية تم إعداد حصيلة السوابق التاريخية (Bilan Anamnestique) والتي يمكن ذكر أهم عناصرها في الجدول التالي:

المحتوى	محاو السوابق التاريخية
ولد الطفل بتاريخ 24-03-2013 بوهران وهو طفل أول في العائلة تليه أخت واحدة سنتين (سنتين) يعيش الطفل مع أسرته ، الأم مأكثة في البيت و الأب عامل يومي .	1- معطيات خاصة بالطفل والبنية الاجتماعية للعائلة
ظروف الحمل عادية يوجد إجهاض قبل الحالة ولم تعاني الأم من أي أمراض ولم تتناول أية أدوية، الولادة كانت طبيعية لكن عسيرة دامت 24 ساعة وعانت الأم من انخفاض نسبة السكر .	2- ظروف الحمل والولادة ووضعية المولود
اللغة العربية الجزائرية (لهجة وهرانية).	3- اللغة الأم المستعملة في البيت
عانت الحالة بعد الولادة من زرقة ونقص الأوكسجين وتشنجات وبقيت في الإنعاش مدة 3أيام + منعكس المس ناقص بالإضافة إلى تعرض الحالة لنوبات عصبية متكررة مما جعل التطعيم غير منتظم.	4- السوابق الطبية المرضية
الرضاعة اصطناعية، شد الرأس 18شهر والجلوس سنتين ، الوقوف بالمساعدة 2.5سنة	5- النمو النفسي الحركي
المناغة 8أشهر، الابتسامة 5أشهر ، الكلمة الأولى جاءت متأخرة 28شهر وكانت الحالة تعاني من صعوبة في النطق حيث امتاز كلام الطفل من ناحية الإنتاج بعدم الوضوح وخلل في مخارج الأصوات، أما الفهم بفهم الكلام والإشارات والتعبير الوجهية.	6- النمو اللغوي بين الفهم والإنتاج
نمو مهارات التواصل الغير لفظي كان جيد: النظر، التصويب، الانتباه المشترك، تبادل الأدوار .	7- نمو مهارات الاتصال الغير لفظي
لم يعاني الطفل من اضطرابات نفسية وجدانية psycho affectifفهو حسب الأم في جو عائلي مناسب يتم بحضور الوالدين، إلا أنه تم تسجيل غير عادية على أخته وحماة زائدة من طرف الأب	8- النمو النفسي الوجداني
4سنوات ونصف دخل قسم الملاحظة ثم التمهيدي في سن 6سنوات ثم التحضيري 7سنوات ثم في السنة الأولى (8-9)	9- مزاولة نشاط الروضة
تعامل الطفل جيد وعفوي + التركيز قليل، تحسن نطق مخارج الأصوات والكلمات تدريجيا، سلوك جيد	10- السلوك، اللغة، التفاعل

جدول (4): يمثل أهم عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الأولى .

من جهة أخرى لم تبين الاختبارات المكملة (الفحص الطبي للسمع والرؤية) أي خلل عضوي على مستوى حاسة السمع والرؤية.

كما خضعت الحالة أيضا إلى اختبار فحص أجزاء الجهاز النطقي بما فيها اللسان، الحنجرة، الأسنان وعضلات الفك واللسان والتي أكدت عدم وجود أي خلل أو تشوه على مستوى اللسان وعضلات الفك والأسنان وسلامة الحنجرة.

- خضعت الحالة أيضا إلى اختبار EEG

- نوع الإعاقة: شلل رباعي لكن بعد التكفل أصبح يستخدم يديه بشكل مقبول ولكن المشي لا يمشي.

• تحليل نتائج الحالة الأولى في اختبار التخطيط الجسدي (Schéma Corporel-R)

• الحالة 1 (م.ج)



حالة 1 رسم الرجل (2)

بعد تمرير الاختبار



حالة 1 رسم الرجل (1)

قبل تمرير الاختبار

ملاحظة: يشمل رسم الرجل في اختبار التخطيط الجسدي فقط للتعرف على تأثير تمرير الاختبار (قبل التمرير وبعد التمرير)، وهذا مهم هذه عيادية في تقديم قدرة التصحيح الذاتي لدى الطفل والمهارة الحركية اليدوية وتعليقاته الرسم.

• تحليل نتائج التوجه الجانبي: الجسم:

تبين لنا نتائج الموضحة في الجدول أ سفل ومن خلال رجوعنا إلى المعطيات العيادية (ملاحظة سلوك الطفل وظروف التطبيق) خلال تمرين الاختبار أن الحالة لم تعاني أية صعوبات في المراحل الثلاثة بما فيها مرحلة الاستحضار، ونشاط البناء، ونشاط إعادة الإنتاج إذ تمكنت الحالة من التعرف على مختلف القطع (04 من أصل 04)، أخطأت الحالة فقط في تحديد موقع الذراع في مرحلة الاستحضار لكن سرعان ما تداركت الخطأ. تجميع القطع كان بشكل متناسق في مختلف مراحل الاختبار.

• حالة 1 التوجه الجانبي:



نشاط إعادة الإنتاج



نشاط البناء

- تحليل نتائج الحالة الأولى في التوجه الجانبي: الوجه:

نتائج الحالة في التوجه الجانبي للجسم كانت أحسن بقليل مقارنة بتوجيه الجانبي: للوجه،
 عموما لم يكن الفارق كبيرا إذ تمكنت الحالة من تعرف وتسمية (4قطع من أصل 06قطع)،
 لكن في تحديد الموضع تمكنت الحالة من تحديد موقع كل القطع ولم تخرج عموما عن
 منطقة القبول كما هو مبين في اللوحة الأولى لنشاط البناء، كما بينت النتائج في مرحلة
 إعادة إنتاج ثبات تقريبي للحالة في اختبار مواضع القطع وفق توجيهها.

- حالة 1 التوجه الجانبي:



نشاط إعادة الإنتاج



نشاط البناء

جدول (5): يمثل نتائج الحالة الأولى في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الجانبي)

التوجه الجانبي				
الاسم : حالة 1 م.ج		السن : 9 سنوات		
نشاط الاستحضار		نشاط البناء	إعادة الإنتاج	
التعرف	تحديد الموضع	تحديد الموضع	تحديد الموضع	
الجسم	4	4	4	
الوجه	4	6	6	
المجموع	8	10	10	
مجموع نقاط تحديد الموضع		30		
سن نمو التخطيط الجسمي ADSC		(10:1) عشر سنوات وشهر الانحراف (+)		

من خلال رجوعنا إلى النتائج المبينة أعلاه، بينت نتائج اختبار التخطيط الجسمي أن الحالة الأولى : محمد (9سنوات) ، لا يعاني من أي تأخر في نمو التخطيط الجسمي وأن لديه تقدم معتدل في انحراف الموجود بين سنه الزمني و سن نمو التخطيط الجسمي قدر ب: 18 شهر، وهذا ما يبين نضج نمو التمثل الذهني (Représentation mentale)، الخاص بجسم (التوجه الجانبي)

II. معطيات عياديه للحالة الثانية:

نقدم الحالة الثانية ف.م للفحص بالمركز البيداغوجي المختص في إعادة التأهيل الوظيفي لضحايا حوادث العمل مسرعين بوهران وهي في سن 4 سنوات إذ قدمت الحالة من طرف الحالة والتي هي مختص نفسية تعمل بالمصلحة البيداغوجية للمركز. ومن خلال المقابلات العادية مع المختصة الأرطوفونية تم إعداد حصيلة السوابق التاريخية والتي يمكن ذكر أهم عناصرها من خلال الجدول التالي :

المحتوى	محاور السوابق التاريخية
ولدت الطفلة بتاريخ 03/02/2018 بوهرا ن وهي تحتل المرتبة الثانية ولها أخوات تعيش الطفلة في جو اسوف مع العائلة النووية , الأم ماكت في البيت و الأب عامل حر	1معطيات خاصة بالطفل وبنية اجتماعية
ظروف الحمل عادية لاوجود لإجهاض ولم تتناول الأم أي أدوية و الولادة طبيعية و الرضاعة اصطناعية	2ظروف الحمل و الولادة و وضعية المولود
اللغة العربية الجزائرية (لهجة الوهرانية)	3اللغة الأم المستعملة في
عانت الحالة من رقة بعد الولادة ونقص في الأكسجين وتعرضت لنوبات عصبية متكررة مما جعل التطعيم غي منتظم	4السوابق المرضية الطبية
شد الرأس وأشهر جلوس:14شهر, المشي:3سنوات ونصف, اليد المستعملة اليمنى	5النمو النفسي الحركي
ابتسامه3أشهر مناغاة :5أشهر الكلمة الأولى 24أشهر, كانت الحالة تعاني من خلل في مخارج أصوات مما جعل بعض الكلمات غير مفهومة ولكن الفهم عادي جدا يفهم كلام إشارات ,تعبير	6النمو اللغوي بين الفهم وإنتاج
نمو مهارات التواصل الغير اللفظي كان جيد جدا النظر, التصويب, الانتباه, التركيز, تبادل أدوار	7نمو مهارات الاتصال الغير اللفظي
لم يتم تسجيل أي اضطرابات نفسية وحدانية Psychoaffectif الجو عائلي مناسب حضور دائم للوالدين والأقارب ووجود غير طبيعي من أختها الصغيرة حديثة الولادة	8النمو النفسي الوجداني
درست في مدرسة قرآنيه والتحقّت بالمركز في سن 4سنوات قسم الملاحظة وهذه السنة تحضير (5سنوات)	9مزاولة نشاط الروضة
تفاعل جيد, اللعب الرمزي موجود, التركيز جيد كما لوحظ تحسن في نطق مخارج أصوات وسلوك جيد جدا	10السلوك, اللغة, التفاعل

جدول (6): أهم عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الثانية .

من جهة أخرى لم تبين الاختبارات المكملة (الفحص الطبي للسمع و الرؤية) أي خلل عضوي على مستوى حاسة السمع و الرؤية.

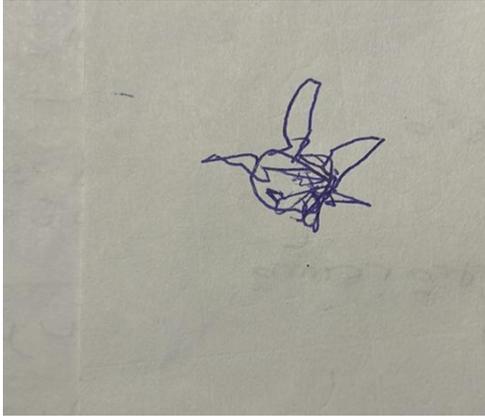
كما خضعت الحالة أيضا إلى اختبار فحص أجزاء الهضمي بما فيها اللسان، الحنجرة، الأسنان وعضلات الفك واللسان و التي أكدت عدم وجود أي خلل أو تشوه على مستوى اللسان وعضلات الفك و الأسنان وسلامة الحنجرة.

-خضعت الحالة أيضا إلى اختبار EEG

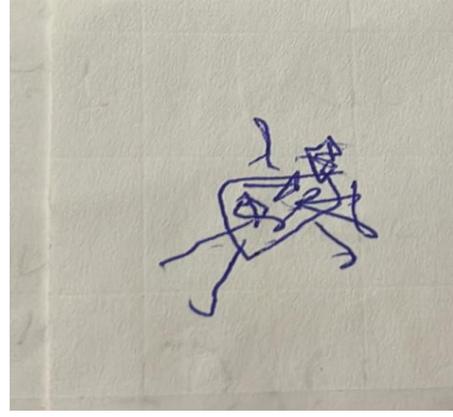
نوع الإعاقة: شلل طرفي

• تحليل نتائج الحالة في اختبار التخطيط الجسمي (ShémaCoporel-R)

• حالة 2 ف.م رسم الرجل:



رسم الرجل قبل تمرير اختبار



رسم الرجل بعد تمرير اختبار

- تحليل نتائج التوجه الأمامي للجسم:

تبيين لنا النتائج الموضحة في الجدول أعلاه و النظرة الأولية لنتائج الحالة الثانية مواجهة الحالة لبعض الصعوبات في التعرف على بعض القطع وتحديد موضعها إذ تعرفت الحالة على 6 قطع من أصل 9 قطع و حددت موضع 4 قطع فقط تحديدا صحيحا في مرحلة الاستحضار و امتدت هذه الصعوبات إلى نشاط البناء فقد تمكنت الحالة من تحديد موضع 4 قطع من أصل 9 قطع مع وجود أبعاد و فراغات بين القطع أما في نشاط إعادة الإنتاج فقد صحت الحالة موقع القطع مع قليل من التحفيز والتشجيع و توضح لنا كل هذه الصعوبات نوعية التمثل الذهني الخاص بجسم لدى حالة 2.

- حالة 2 ف.م التوجه أمامي للجسم:



نشاط البناء



نشاط إعادة إنتاج

- تحليل نتائج التوجه الأمامي الوجه للحالة الثانية:

جاءت نتائج الحالة الثانية في التوجه الأمامي للوجه تقريبا مماثلة بنتائجها لتوجه الأمامي للجسم وهذا ما تبينه القيم المتحصل عليها في نشاط استحضار أن تمكنت الحالة من

التعرف على 8 قطع من أصل 11 قطعة كما جاء مستوى التعرف على موضعها في حدود المتوسط ، حيث تمكنت الحالة في نشاط البناء من تحديد موضع كل القطع تقريبا باستثناء قلب الأنف و الفم لكن وضعتهم في موضعهم الصحيح وتداركت الخطأ في مرحلة نشاط إعادة الإنتاج و قامت بتصحيحه.

• حالة 2 ف.م التوجه الأمامي للوجه:



نشاط البناء



نشاط إعادة إنتاج

- جدول (7): يمثل نتائج الحالة الثانية في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الأمامي)

التوجه الأمامي					
الاسم: ف.م السن: (5:1) خمس سنوات وشهر					
إعادة الإنتاج		نشاط البناء		نشاط الاستحضار	
تحديد الموضع		تحديد الموضع	تحديد الموضع	التعرف	
8		4	6	6	الجسم
9		9	9	8	الوجه
17		13	15	14	المجموع
47			مجموع نقاط تحديد الموضع		
الانحراف (=)		5 سنوات		سن نمو التخطيط الجسمي ADSC	

من خلال رجوعنا إلى النتائج المبينة أعلاه بينت نتائج اختبار التخطيط الجسمي أن الحالة الثانية :
 ب-مريم (خمس سنوات وشهر) أن الحالة لا تعاني من تأخر في سن نمو التخطيط الجسمي ،
 إذ قدر انحراف الموجود بين سنها الزمني و سن نمو التخطيط الجسمي بشهر واحد فقط وهو تقريبا
 موافق لسن الحالة و سن نمو التخطيط الجسمي عند الطفل العادي.

III . معطيات عيادية خاصة بالحالة الثالثة (ل.ر):

تقدمت الحالة إلى الفحص بالمركز البيداغوجي المختص في إعادة التربية والتأهيل الوظيفي
 لضحايا حوادث العمل "مسرغين"بوهران بناء على توجيه من طرف وحدة الكشف والمتابعة
 الصحة المدرسية وذلك بعد أن عانت الحالة من صعوبة في التأقلم في المدرسة العادية
 ومعاناتها من صعوبات متعددة وكان عمرها عند الدخول إلى المركز 6سنوات ونصف، وبعد
 المقابلة مع الأخصائية الأطفونوية تم إعداد حصيلة السوابق التاريخية
 (bilan anamnestique)والتي يمكن ذكر أهم عناصرها من خلال الجدول التالي:

المحتوى	محاو السوابق التاريخية
-ولدت الحالة بتاريخ: 12/02/2012 -وهران-تحتل المرتبة الأولى في العائلة تليها أخت صغرى تعيش الحالة مع أسرتها النووية، الأم مأكثة في البيت والأب: تاجر	1-معطيات خاصة بطفل والبنية الاجتماعية الخاصة بالعائلة
- فترة الحمل 8 أشهر ونصف لم تتناول الأم أي أدوية ولا تعاني من أية أمراض،الولادة كانت طبيعية ولكن عسيرة وقبل أوان	2-ظروف الحمل والولادة و وضعية المولود
اللغة العربية (اللهجة المحلية الوهرانية)	3-اللغة الأم المستعملة في البيت
ولدت الحالة قبل الأوان وعانت من زرقة ونقص في الأوكسجين وحدث خطأ طبي تمثل في عدم القيام بإنعاش للحالة+التطعيم غير منتظم بسبب تعرض الحالة لنوبات عصبية	4-السوابق الطبية المرضية
الرضاعة طبيعية لمدة شهر ونصف ثم اصطناعية، جلوس 7 أشهر، الحبو 9 أشهر، المشي 17 أشهر، اليد المستعملة: اليمنى	5-النمو النفسي الحركي
المناعة: 6 أشهر، ابتسامة 3 أشهر، الكلمة الأولى 20 شهر يمتاز كلام الحالة من ناحية الإنتاج بالوضوح عمرها مع وجود ثلثة ابتدائية كون الحالة خجولة كثيرا أما الفهم جيد جدا	6-النمو اللغوي بين الفهم والإنتاج
جيد: النظر، التصويب، الانتباه المشترك، التركيز، تبادل الأدوار، التواصل البصري	7-نمو مهارات اتصال الغير لفظي
لا تعاني الحالة من أي اضطرابات نفسية وجدانية إلا أنها خجولة كثيرا وهذا الخجل تسبب في نوع من ثلثة	8-النمو النفسي الوجداني
6سنوات ونصف دخلت قسم الملاحظة ثم 7سنوات التحضيري ثم 8سنوات سنة أولى ثم 9سنوات سنة الثانية، عشر سنوات سنة 3	9-مزاوله نشاط الروضة
تفاعل موجود وجيد ولعب رمزي موجود، السلوك جيد جدا	10-السلوك،اللغة، التفاعل

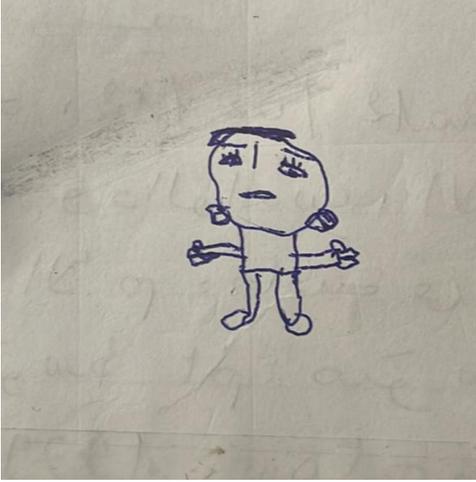
جدول (8): أهم عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الثالثة .

من جهة أخرى، لم تبين الاختبارات المكملة (الفحص الطبي للسمع والرؤية) أي خلل عضوي على مستوى حاسة السمع أما حالة الرؤية (7/10) كما خضعت الحالة أيضا إلى اختبار فحص أجزاء الجهاز النطقي بما فيها اللسان، حنجرة الأسنان وعضلات الفك واللسان والتي لم أكدت عدم وجود أي خلل أو تشوه عضوي على مستوى الأعضاء السابقة الذكر.

- خضعت الحالة لاختبار (EEG)

- نوع إعاقه: شلل نصفي أيمن لكن هناك تحسن جيد جدا وملحوظ بعد التكفل.

• حالة 3 ل.ر رسم الرجل:



رسم الرجل بعد تمرير الاختبار

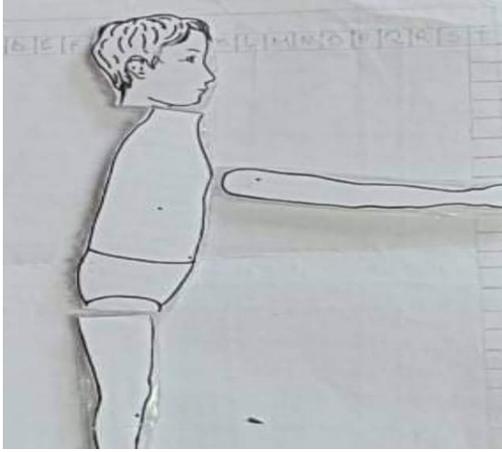


رسم الرجل قبل تمرير الاختبار

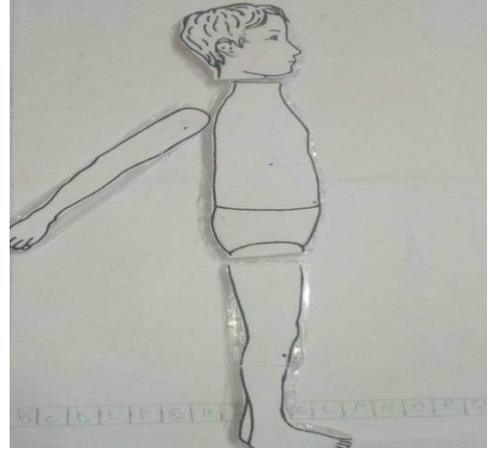
• تحليل نتائج الحالة الثالثة في التوجه الجانبي (الجسم):

توضح لنا النتائج الموضحة في الجدول أعلاه ومن خلال النظرة الأولية و الرجوع إلى المعطيات العادية ملاحظة سلوك الحالة و ظروف التطبيق خلال تمرير الاختبار أن الحالة لم تواجه أي صعوبات خلال مرحلة تطبيق الاختبار المختلفة أن تمكنت في مرحلة الإحضار من التعرف و تسمية 3 قطع من أصل 4 قطع وأما في تحديد الوضع فقد حدد الحالة موضع القطع بطريقة صحيحة و استمرت الحالة في نشاط البناء في النبات تقريبا في موضع القطع إذ أخطأ فقط في تقديم الذراع إلى جهة معاكسة، أما في مرحلة إعادة الإنتاج فقد اجتازتها الحالة بنجاح ووضعت كل القطع في موضعها.

• حالة 3 ل.ر. توجه الجانبي :



نشاط البناء

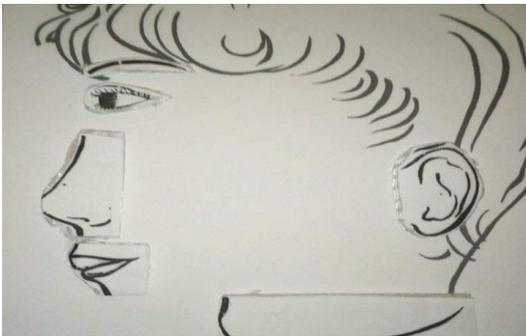


نشاط إعادة الإنتاج

• تحليل نتائج الحالة الثالثة في التوجه الجانبي للوجه:

في نشاط الاستحضار الخاص بالوجه تمكنت الحالة من التعرف على 4 قطع من أصل 6 قطع و حددت موضع 5 قطع من أصل 6 قطع أما في المرحلة البناء فقد تمكنت من تحديد موضع كل القطع أي 6 من أصل 6 قطع واستمر هذا النبات إلى مرحلة إعادة الإنتاج حيث تمكنت أيضا من وضع كل القطع في موضعها الصحيح ولم تخرج عن منطقة القبول.

• حالة 3 ل.ر. التوجه الجانبي:



نشاط إعادة الإنتاج



نشاط البناء

جدول (9): يمثل نتائج الحالة الثالثة في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الجانبي):

التوجه الجانبي				
الاسم: ل.ر.				السن: (10:1) عشر سنوات وشهر
نشاط الاستحضار		نشاط البناء	إعادة الإنتاج	
التعرف	تحديد الموضع	تحديد الموضع	تحديد الموضع	
3	4	3	4	الجسم
4	5	6	6	الوجه
7	9	9	10	المجموع
مجموع نقاط تحديد الموضع				28
سن نمو التخطيط الجسمي				(9:9) تسع سنوات وتسع أشهر الانحراف (-)
ADSC				

من خلال رجوعنا إلى النتائج المبينة أعلاه بينت نتائج اختبار التخطيط الجسمي أن الحالة الثالثة ل.رجاء (10سنوات وشهر) ، تعاني من تأخر في سن نمو التخطيط الجسمي .

إذ قدر انحراف الموجود بين سنها الزمني و سن نمو التخطيط الجسمي ب 5أشهر، وهذا مايبين أن الحالة تعاني من تأخر بسيط في نضج ونمو التمثل الذهني للجسم الموافق لسن الحالة وهذا ما يستدعي العمل العلاجي لتدعيم هذا المفهوم القاعدي الذي هو في تفاعل مباشر مع مفهوم الفضاء (l'espace) ومختلف النشاطات النفس-معرفية ، كما أنه ضروري لنمو نشاط اللغة .

IV. معطيات عيادية للحالة الرابعة: ب.ا

الحالة الرابعة هي فتاة تبلغ من العمر 7سنوات تقدمت للفحص بالمركز البي داغوجي المختص في إعادة التأهيل الوظيفي لضحايا العمل "مسرغين" وهران بتاريخ 23/10/2019 تم توجيه الحالة من طرف طبيب العظام بعد خضوع الحالة لعدة فحوصات طبية.

ومن خلال المقابلات العيادية الأولية مع المختصة الأرتوفونية بالعيادة قدمت لنا مختلف المعلومات والبيانات عن السوابق التاريخية للحالة وعليه تم إعداد حصيلة السوابق التاريخية التالية:

المحتوى	محاور السوابق التاريخية
ولدت الحالة بتاريخ: 11/07/2015 وهران وهي طفلة الأولى في العائلة لها أخت توأم وتعيش في جو اسري غير مريح نوعا ما بسبب مرض الأم (مشلولة اثر تعرضها لحادث مع الخالة) إلا أنها لأبداً موجودة والجدة أيضا الأب يعمل تاجر حر .	1- معطيات خاصة بطفل و بنية اجتماعية الخاصة بالعائلة
الحمل طبيعي 9 أشهر مرغوب فيه، الولادة طبيعية (توأم) ولا يوجد أمراض ولم تتناول الحالة أي أدوية.	2- ظروف الحمل والولادة ووضعية المولود
اللغة العربية (اللهجة المحلية الوهرانية)	3- اللغة الأم المستعملة في البيت
عانت الحالة عند الولادة من نقص في الأوكسجين وتعرضت لنوبات عصبية، التطعيم كان مننظم، الرضاعة اصطناعية تعرضت الحالة لحادث سيارة وهي في سن 4 سنوات ونصف	4- السوابق الطبية المرضية
جلوس: 4 سنوات، الحبو: 5 سنوات وليس حبو تام (زحف) المشي لا تمشي	5- النمو النفسي الحركي
ابتسامة: أشهر، مناغاة: 7 أشهر، كلمة أولى: 12 أشهر لاتعاني الحالة من صعوبة في النطق باستثناء مخارج بعض أصوات مثل (ق-ك، ر-ل) على العموم اللغة من ناحية الفهم مقبولة أما من ناحية الإنتاج فكلام الحالة مفهوم غير أنها تعاني من ثقل نتيجة الصدمة التي تعرضت لها بفعل الحادث وشلل أمها.	6- النمو اللغوي بين الفهم والإنتاج
نمو مهارات التواصل الغير لفظي جيد: التصويب، النظر، الانتباه، تبادل الأدوار، التغييرات الوجهية....	7- نمو مهارات الوجداني
تعاني الحالة من صدمة نفسية لم تتجاوزها بعد بفعل الحادث الذي تعرضت له وبسبب أمها المريضة والمعقدة (مشلولة) والجو الأسري متوتر نوعا ما بسبب حالة الأم	8- النمو النفسي الوجداني
5 سنوات دخلت قسم ملاحظة ثم 6 سنوات التمهيدي، ثم 7 سنوات التحضيري	9- مزاوله نشاط الروضة
تفاعل جيد جدا وعفوي، اللغة مفهومة تعبيراً وإنتاجاً وفهم السلوك جيد جدا	10- السلوك، اللغة، التفاعل

جدول (10): أهم عناصر حصيلة السوابق التاريخية للحالة الرابعة.

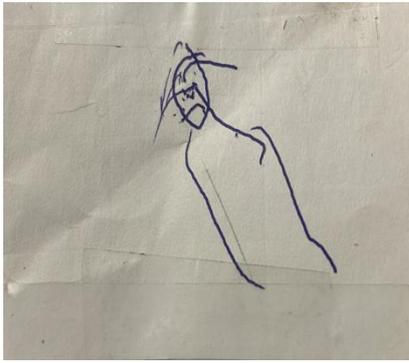
ومن جهة أخرى، لم تبيّن نتائج الاختبارات المكتملة (الفحص الطبي للسمع والرؤية) وجود أي خلل عضوي أي أن السمع جيد والرؤية جيدة.

اختبار فحص أجزاء الجهاز النطقي أيضا لم يبين وجود أي خلل على مستوى أعضاءه (لسان، أسنان، حنجرة، فك...)

-خضعت الحالة إلى اختبار (EEG)

نوع الإعاقة: شلل رباعي لكن بعد التكفل أصبحت تستخدم الحالة يديها بشكل أحسن ومقبول ولكن المشي لا تمشي، توقف بللمساعدة.

- تحليل نتائج الحالة في اختبار التخطيط الجسمي: (schéma corporel-r)
- حالة 4 ب.إ اختبار رسم الرجل:



رسم الرجل قبل تمرير الاختبار

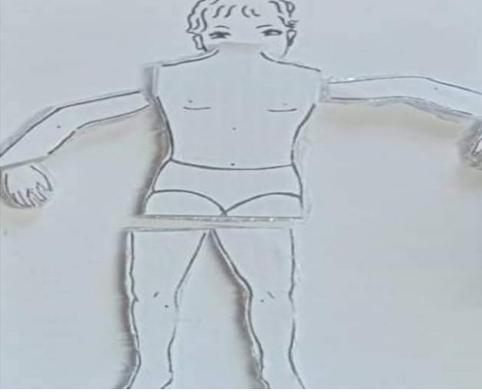


رسم الرجل بعد تمرير اختبار

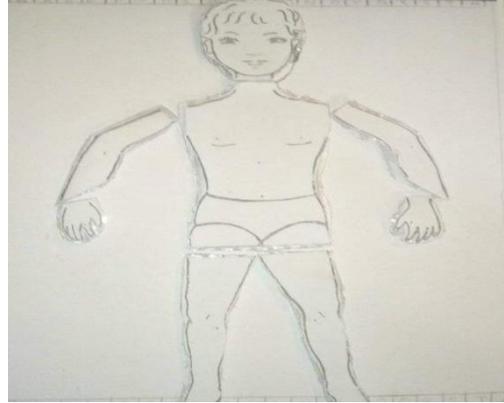
- تحليل نتائج التوجه الأمامي للجسم:

تبين لنا الملاحظات و النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن الحالة لم تعاني من صعوبة كبيرة خلال مختلف مراحل الاختبار الثلاث إذ تمكنت من التعرف على مختلف القطع ووضعتها في موقعها المناسب تقريبا سواء في مرحلة الاستحضار أو مرحلة نشاط البناء أو في مرحلة إعادة الإنتاج إذ لاحظنا تبات لدى الحالة وتركيز كبير في موقعة القطع.

• حالة 4 ب.إ التوجه الأمامي للجسم:



نشاط البناء



نشاط إعادة الإنتاج

• تحليل نتائج الحالة في التوجه الأمامي للوجه:

سجلت الحالة صعوبة قليلة في التوجه الأمامي للوجه مقارنة بالتوجه الأمامي للجسم إذ تمكنت من التعرف في مرحلة الاستحضار على 8 قطع من أصل 11 قطعة كما حددت موقعها لكن مع قلب الأذنين، أما في مرحلة البناء فقد تمكنت من وضع 7 قطع في موضعها ماعدا الأذنين التي وضعتهم في موضعهم لكن بطريقة عكسية وهذا ما توضحه الصورة أدناه لكن تداركت ذلك في مرحلة إعادة الإنتاج وصححت الموضع لكن أزاحت الفم عن موضعه ولم تضع الحاجب الأيسر في مكانه.

• حالة 4 ب.1 التوجه الأمامي للوجه:



نشاط إعادة الإنتاج



نشاط البناء

- جدول (11): يمثل نتائج الحالة الرابعة في اختيار التخطيط الجسمي (التوجه الأمامي)

التوجه الأمامي				
الاسم ب إ السن: 7 سنوات و 8 أشهر				
إعادة الإنتاج	نشاط البناء	مرحلة الاستحضار		
تحديد الموضوع	تحديد الموقع	تحديد الموقع	التعرف	
08	08	08	08	الجسم
09	07	04	07	الوجه
17	15	12	15	المجموع
		44	مجموع نقاط تحديد الموضوع:	
الانحراف: (- -)		خمس سنوات	سن التخطيط الجيمي (ADSC)	

• تحليل نتائج الحالة 4 في التوجه الجانبي الجسم:

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال الرجوع إلى الملاحظات والمعطيات الخاصة بظروف تطبيق الاختيار وسلوك الحالة نلاحظ أن الحالة عانت من صعوبات في التعرف على أعضاء الجسم الجانبي خلال مرحلة استحضار إذ تمكنت من التعرف على قطعة واحدة فقط من أصل أربع قطع أما في مرحلة البناء فقد تمكنت الحالة من تحديد موضع كل قطع هو صبغة صحيحة قطعت الذراع أبدلت اتجاهها لكن تداركت الخطأ في مرحلة استحضار.

• حالة 4 ب.إ التوجه الجانبي للجسم :



نشاط إعادة الإنتاج



نشاط البناء

• تحليل نتائج الحالة 4 في التوجه الجانبي: الوجه

أظهرت الحالة في التوجه الجانبي للوجه صعوبة كبيرة مقارنة بتوجه الجانبي للجسم إذ تمكنت في مرحلة استحضار من التعرف على 3 قطع من أصل 6 قطع وتمكنت من تحديد موضوع قطعة واحدة فقط واستمرت الصعوبة في مرحلة البناء إذ لاح ظنا ثبات الحالة وتمكنها من تحديد موضع قطعة واحدة فقط بشكل صحيح لكن تحسنت في مرحلة إعادة الإنتاج مع قليل من التحفيز والتشجيع وتمكنت من تحديد موضع 5 قطع من أصل 6 قطع:

• حالة 4 ب.إ التوجه الجانبي للوجه:



نشاط البناء



نشاط إعادة الإنتاج

جدول (12): يمثل نتائج الحالة الرابعة في اختبار التخطيط الجسمي (التوجه الجانبي).

التوجه الجانبي				
الاسم: ب.إ			السن: 7 سنوات و 8 أشهر	
نشاط الاستحضار		نشاط البناء	إعادة الإنتاج	
التعرف	تحديد الموضع	تحديد الموضع	تحديد الموضع	
الجسم	1	4	4	4
الوجه	3	1	1	5
المجموع	4	5	5	9
مجموع نقاط تحديد الموضع		19		
سن نمو التخطيط الجسمي ADSC		7 سنوات الانحراف (-)		

من خلال رجوعنا إلى النتائج المبينة أعلاه بينت نتائج اختبار التخطيط الجسمي أن الحالة الرابعة ب.إ (7سنوات و 8أشهر) أنها تعاني فعلا من تأخر في نمو التخطيط الجسمي، إذ قدر انحراف الموجود بين سنها الزمني و سن نمو التخطيط الجسمي في التوجه الأمامي ب 32شهر لي سنتين و 8أشهر، أما في التوجه الجانبي فقد ب 8أشهر وهو ما يؤكد عدم نضج نمو التمثل الذهني للجسم الموافق لسن الحالة، وكل هذا التأخر الملحوظ يستدعي العمل العلاجي لتدعيم هذا المفهوم القاعدي الذي هو في تفاعل مباشر مع مفهوم الفضاء ومختلف النشاطات النفس-معرفية، فهو ضروري لنمو نشاط اللغة .

خلاصة التحليل:

نشاط إعادة الإنتاج	نشاط البناء	نشاط الاستحضار		
10	10	10	الحالة الأولى	
17	13	15	الحالة الثانية	
10	9	9	الحالة الثالثة	
17	15	12	التوجه الأمامي	الحالة الرابعة
9	5	5	التوجه الجانبى	

جدول : يبين نتائج الحالات العيادية في اختبار التخطيط الجسمي خلال مراحل الثلاث

➤ مناقشة نتائج الحالات العيادية في ضوء فروض الدراسة:

- مناقشة نتائج الحالات العيادية الأربع في ضوء الفرضية الجزئية الأولى التي نصت على أن : الحالات المصابة بالشلل الدماغي تعاني من تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي على مستوى نشاط الاستحضار .

بعد تطبيق اختبار التخطيط الجسمي لكل من "مالجاك (MALJAK)" ، و"ستمباك (STAMBEK)" ، "برجس (BERGES)" ، على الحالات العيادية الأربع وعرض النتائج ودراستها وتحليلها توصلنا إلى وجود تباين في نتائج الحالات في مرحلة الاستحضار إذ تحصلت الحالة الأولى على 10 نقاط من أصل 11 نقطة ما بين التوجه الجانبي للجسم والوجه، وهو ما يبين أن الحالة عموماً لا تعاني من تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي في نشاط الاستحضار وهو ما ينفي ويتعارض مع الفرضية الجزئية الأولى. أما الحالة الثانية فقد تحصلت على مجموع 15 نقطة من أصل عشرين نقطة في التوجه الأمامي وهو ما يبين لنا أن الحالة فعلاً تعاني من تأخر في مرحلة الاستحضار وهو ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الأولى.

أما الحالة الثالثة فقد تحصلت في التوجه الجانبي للجسم والوجه على مجموع 9 نقاط من أصل 11 نقطة وهو ما يبين لنا وجود تأخر طفيف نوعاً ما لكنه يتوافق ويؤكد صحة الفرضية الجزئية الأولى.

أما الحالة الرابعة فقد تحصلت في التوجه الأمامي للجسم والوجه على مجموع 12 نقطة من أصل 20 نقطة، أما في التوجه الجانبي للجسم والوجه فقد تحصلت على مجموع 5 نقاط من أصل 11 نقطة وهو ما يؤكد لنا أن الحالة تعاني من تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي في مرحلة استحضار وبتالي يؤكد لنا صحة الفرضية الجزئية الأولى .

مناقشة نتائج الحالات العيادية الأربع في ضوء الفرضية الـ جزئية الثانية : " تعاني الحالات المصابة بالشلل الدماغي من تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي على مستوى نشاط البناء "

من خلال دراسة نتائج الحالات العيادية الأربع و الجدول الموضح أعلاه سجلنا تباين في نتائج الحالات في نشاط البناء كما هو الحال في نشاط الاستحضار إذ لاح ظنا تحسن طفيف في النتائج في نشاط البناء مقارنة بنتائج الحالات في مرحلة الاستحضار، إذ سجلت الحالة الأولى مجموع عشر نقاط من أصل 11 نقطة في التوجه الجانبي للجسم والوجه وهو وهو ما يتنافى مع صحة الفرضية الثانية التي نصت على جود تأخر على مستوى هذه المرحلة إذ كانت نتائج الحالة مقارنة للطفل العادي.

أما الحالة الثانية فقد تحصلت على 13 نقطة من أصل 20 نقطة في التوجه الأمامي للجسم والوجه وهو ما يبين ويؤكد لنا صحة الفرضية الجزئية الثانية .

أما الحالة الثالثة فقد تحصلت على مجموع 9 نقاط من أصل 11 نقطة وهو ما يبين وجود تأخر طفيف في نمو واكتساب مفهوم التخطيط الجسمي وب التالي تأكد صحة الفرضية الجزئية الثانية.

أما الحالة الرابعة فقد تحصلت على مجموع 15 نقطة من أصل عشرين نقطة في نشاط البناء التوجه الأمامي للجسم والوجه وقد تحسنت مقارنة بمرحلة استحضار أما في التوجه الجانبي للجسم والوجه فقد تحصلت على مجموع 5 نقاط من أصل 11 نقطة وهذا النتائج المسجلة والمبينة في أعمدة البيانية أعلاه توضح وتؤكد لنا صحة الفرضية الجزئية الثانية التي نصت على وجود تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي لدى الحالات المصابة بالشلل الدماغي في مرحلة البناء.

- مناقشة نتائج الحالات العيادية الأربع في ضوء الفرضية الرئيسية الثالثة التي نصت على: " تعاني الحالات المصابة بالشلل الدماغي من تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي على مستوى نشاط إعادة الإنتاج"

من خلال النتائج المبينة في الأعمدة البيانية الموضحة أعلاه وسجلنا تحسن ملحوظ وتباين في نتائج الحالات مقارنة بمرحلتها الاستحضار والبناء، إذ سجلت الحالة الأولى مجموع 10 نقاط في التوجه الجانبي للجسم والوجه من أصل 11 نقطة، أما الحالة الثانية فقد تحصلت على مجموع 17 نقطة من أصل 20 نقطة في التوجه الأمامي للجسم والوجه وهو تحسن ملحوظ وفرق واضح مقارنة بمرحلتها الاستحضار والبناء.

أما الحالة الثالثة فسجلت مجموع 9 نقاط من أصل 11 نقطة في التوجه الجانبي للجسم والوجه وهو ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثالثة.

أما الحالة الرابعة فقد سجلت مجموع 17 نقطة من أصل 20 نقطة في التوجه الأمامي للجسم والوجه، أما في التوجه الجانبي للجسم والوجه فتحصلت على مجموع 9 نقاط من أصل 11 نقطة ، وبرغم من تحسن نتائج الحالات العيادية الأربع في نشاط إعادة الإنتاج مقارنة مرحلتين السابقتين إلا أنه يبقى يتضح لنا وجود تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسدي عند الحالات المصابة بالشلل الدماغي في مرحلة إعادة الإنتاج وهو ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثالثة.

- مناقشة نتائج الحالات العيادية الأربع في ضوء الفرضية العامة :

بعد تطبيق اختبار التخطيط الجسدي على الحالات العيادية الأربع المصابة بالشلل الدماغي وعرض النتائج ودراستها وتحليلها في ضل الفروض الرئيسية لدراسة تأكدت لنا صحة الفرضية العامة التي نصت على أن الحالات المصابة بالشلل الدماغي يعانون من تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسدي وهو ما يتوافق مع دراسة كل من " ألبريتريكا (ALBITRECCIA ، و" تورنا ي (TOURNAY) " ، التي بينت أن جل الأطفال المصابين بشلل الدماغي يشكون من خلل في التمثيل الجسدي.

ومما سبق دراسته وتحليله تتأكد لنا صحة الفرضية العامة وبناءا عليه فإن الحالات المصابة بالشلل الدماغي يعانون من تأخر في اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسدي.

خاتمة

خاتمة:

لقد حاولت دراستنا التعرف على البحوث المتخصصة في مجال الشلل الدماغي، إلا أن الدراسات تبقى ناقصة نظرا لاحتياجات هذه الفئة إلى المساعدة والمساندة، إضافة إلى كون الحالات المصابة بالشلل الدماغي بحاجة إلى تربية ضرورية كون أن الشلل الدماغي إصابة نمائية مزمنة ومتعددة الأعراض فهو ينجم عن تلف الدماغ قبل أثناء وبعد الولادة.

وعلى الرغم من تعدد أسبابه إلا أن أكثرها شيوعا هو نقص الأكسجين عن دماغ الطفل، وأعراض الشلل الدماغي تختلف من طفل إلى آخر باختلاف موقع التلف الدماغي ونوعه وشدته، وهذا ما يجعلنا نسلط الضوء عليه أكثر وأكثر إذ تناولت دراستنا هذه دراسة أحد المفاهيم النمائية الهامة في مرحلة الطفولة لدي هذه الفئة وهو مفهوم التخطيط الجسمي الذي يمثل المعرفة العقلية التي يحملها كل طفل على مختلف أعضاء الجسم والطريقة التي تتفاعل فيما بينها، وهذه المعرفة تكون رمزية عند استعمال الأسماء الجسمية وهو ما يسمح لطفل بأخذ البعد اللازم بنسبة للإدراك وبالتالي الوصول إلى التمثيل العقلي لجسمه، فالتخطيط الجسمي هو معرفة كل أعضاء الجسم.

وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة إلا أن الشلل الدماغي يؤثر بطريقة مباشرة على اكتساب ونمو مفهوم التخطيط الجسمي ويختلف هذا التأثير من حالة إلى أخرى باختلاف شدة إعاقة ونوعها.

ومن الاقتراحات التي نراها مناسبة :

- تسليط الضوء أكثر على هذه الفئة عامة وعلى هذه المفاهيم النمائية خاصة وتكثيف البحوث الميدانية.
- بناء برامج وبروتوكولات علاجية تستهدف تنمية هذا المفهوم القاعدي لدى هذه الفئة.
- النظر المدقق إلى مستقبل الطفل من ناحية الدراسية والاجتماعية.
- توعية المواطنين بأساليب التعامل مع هذه الفئة من خلال وسائل الإعلام.
- الاستفادة من تجارب العالمية المتعلقة بهذا الموضوع كون التجارب المحلية قليلة جدا.
- التركيز على فئة ذوي الاحتياجات الخاصة التي هي مهمشة كثيرا في مجتمعنا وتعاني من ضغط المجتمع يضاف إليها الضغط النفسي الناجم عن الاضطراب الذي يعاني منه.

قائمة المراجع

• قائمة المصادر والمراجع:

(1) المراجع العربية:

1- أجد محمد عربي. (2018). تأخر نمو اللغة الشفهية عند الطفل مقارنة لسانية عيادية

في ضوء مفاهيم النظرية الخيلية الحديثة. رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث

تخصص أرطوفونيا. جامعة الجزائر 2.

2- الجرواني إبراهيم هالة، محمود صديق رحاب. (2013). الإعاقة الحركية "التأهيل". دار

المعرفة الجامعية الإسكندرية. جمهورية مصر العربية.

3- الجوالدة فؤاد عيد، القمش مصطفى نوري. (2011). الإعاقة الجسمية الصحية. دار

الثقافة. عمان-الأردن.

4- الحاج سعد. (2014). اثر برنامج علاجي لتحسين مستوى التصور الجسدي على

خفض صعوبات الكتابة. رسالة دكتوراه علوم في التربية الخاصة. جامعة الجزائر 2.

5- السيد عبيد ماجدة. (2001). نوي التحديات الحركية. دار الصفاء للنشر والتوزيع.

عمان.

6- السيد فهمي علي محمد. (2008). الإعاقة الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث

التدخل. دار الجامعة الجديدة.

7- العزة سعيد حسني. (2006). الإعاقة الحركية والحسية. ط4. الأردن.

8- بابوري وافية، بلحاج ليندة. (2015). مدى مساهمة اكتساب التخطيط الجسمي في

5 تحديد وتنمية الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي (درجة خفيفة). دراسة ميدانية لـ حالات.

9- بوعكاز سهيلة. (2006). إعادة التربية الوظيفية عند الطفل المعاق حركيا عصبيا من طرف الأرتوفونيا كفالة الوظائف المسهلة للكلام. الجزائر.

10- خوجة عادل. (2009). اثر برنامج رياضي مقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا. رسالة دكتوراه في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية. جامعة الجزائر.

11- صغير نجوى. (2019). دور استعمال اللوغاتوم في تحسين ديناميكية النطق عند المراهق المصاب بالإعاقة العصبية الحركية IMC. رسالة ماستر. جامعة عبد الحميد بن باديس. مستغانم-الجزائر.

12- مسالتي نفيسة. (2017). دراسة استراتيجيات الفهم الشفهي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغى IMC. بمصلحة الطب الفيزيائي بوهران. جامعة عبد الحميد بن باديس. مستغانم.

• **المجلات:**

13- بن جديدي سعاد. (2017). الأسس النيوروسيكولوجية لصورة الجسم والمخطط الجسمي. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية. المجلد 2. العدد 5. محملة من الموقع:

<http://www.asjps.erist.dz/en/article/33737>

14- بن طالبي ليندة. (2011). أهمية التخطيط الجسدي في اكتساب الجانبية عند الأطفال المصابين بالإعاقة الذهنية. مجلة المرشد. المجلد 11. العدد 2 ديسمبر 2021. ص 390-406. جامعة الجزائر 2.

15- ملزك رونالد. (1999). الأطراف الشبكية. المجلد 15. مجلة العلوم. محمل من الموقع:

<http://www.oloommagazine.com/articles/ArticleDétails.aspx?ID=1075>

• **القواميس والموسوعات:**

16- جروان السابق "الكنز". (1985). قاموس عربي-فرنسي. دار السابق. بيروت-لبنان.

17- عبد المجيد سامي. (1998). معجم مصطلحات علم النفس "عربي-فرنسي". دار الكتاب اللبناني. بيروت.

(2) المراجع الأجنبية:

18- Albirtrecia. (1969). La préparation à la scolarité des enfants infirmes moteurs cérébraux.

- 19- Bertrand, R. (2009). Retard de parole de langage : pratique de rééducation. France. Ortho-édition.
- 20- Brin, FL. (2011). Dictionnaire d'orthophonie troisième édition. France. Ortho-édition.
- 21- Dolto François. (1984). L'image conscient du corps. Edition sevil. Paris.
- 22- Frédérique Brin. (1997). Dictionnaire d'orthophonie. Edition France.
- 23- Geangu Elena. (2008). Notes on self Awareness developpement in early infancy Romanian Association for cognitive science cognition brain behavior. Volume XII. No1.
- 24- Mande R et All. (1972). Pédiatre médecin-sciences dépôt l'égal. Troisième trimestre.
- 25- Sehilden Paul. (1978). L'image du corps. Edition Masson. Paris.
- 26- Stella, Albitreccia. (1961). La préparation à la scolarisation des enfants IMC. Edition Association Nationale des imc. Paris.
- 27- Tariel F. (2001). Les mécanismes neuro cognitifs de l'inscription corporelle dans les jugements de l'latéralité. Psychologie Université Paris Sud Paris.XI, Français NNT.20011.PA123007.
- 28- Thurm et All. (2013). Chronic pain effect on body schema and neuropsychological performance in athletes: A pilot study, perceptual & Motor Skills: Physical développement& Measurement.

- **Les Dictionnaires :**

29- Robert Paul. (1999). Le petit Robert. Edition par les dictionnaires le Robert. Paris France.

30- Sillamy Nobert. (1980). Ency, lopedie de psychologie. Edition P.U.F.

31- Sillamy Norbet. (1979). Dictionnaire de la psychologie. Edition Larousse.Paris.

ملاحق

الملحق 01: اختبار التخطيط

الجسمي

Orientation de FACE

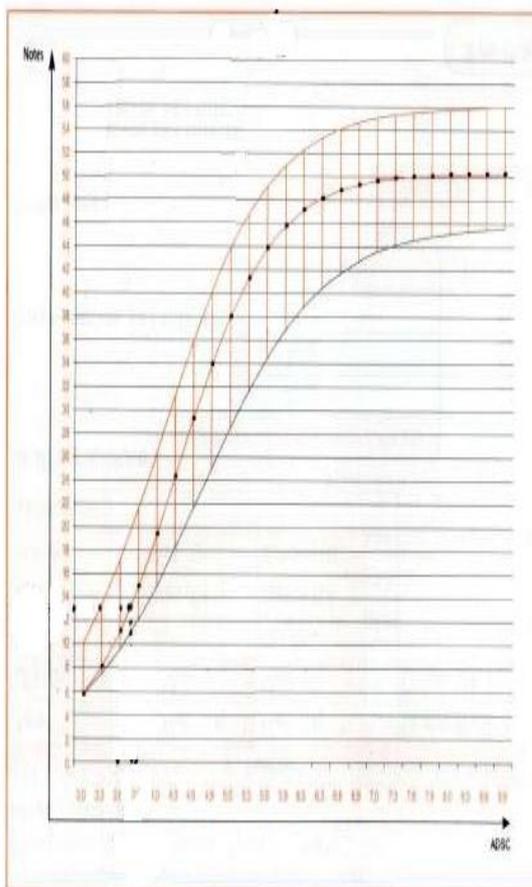
VISAGE										
Phase		Evocation				Construction		Reproduction		
n°	Pièce	Reconnaissance		Commentaire	1 ^{re} Localisation		2 ^e Localisation		3 ^e Localisation	
1	Œil (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
2	Cheveux (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
3	Oreille (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
4	Menton	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
5	Œil (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
6	Bouche	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
7	Sourcil (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
8	Nez	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
9	Oreille (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
10	Cheveux (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
11	Sourcil (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
Totaux (max. 11)		(N)**								

Observations :

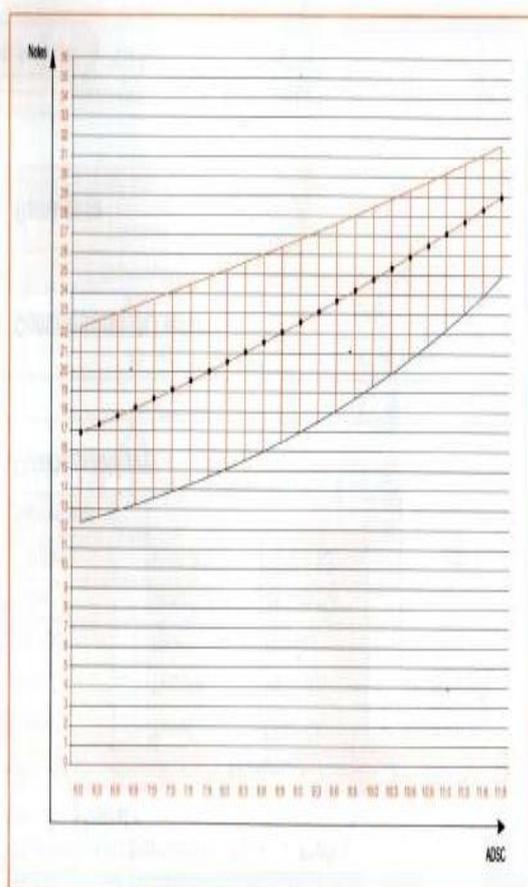
*N : Nommée, Exp : Expliquée, D : Désignée ; ** (N) Rappel : ne sont prises en compte que les pièces nommées.

Conversion des notes en ADSC (Age de développement au Schéma Corporel - R)

Orientation de FACE



Orientation de PROFIL



- : 3^{ème} quartile (75%)
- : Médiane (50%)
- : 1^{er} quartile (25%)



Epreuve de Schéma Corporel - R

Cahier de passation

NOM	
PRENOM	
Age	
Classe	
Sexe	
Latéralité	<small>Droite, Gauche, Ambidextre, Non définie</small>

Orientation(s) administrée(s): Face Profil

	Année	Mois	Jours
Date de l'examen			
Date de naissance			
Age			

Durée	
Début	
Fin	
Durée	

Récapitulatif des notes de l'Orientation de FACE				
	Evocation		Construction	Reproduction
	Reconnaissance	1 ^{re} Localisation	2 ^e Localisation	3 ^e Localisation
Corps (max. 9) :				
Visage (max. 11) :				
Ensemble (max. 20) :				
Total des 3 notes de Localisation (max. 60) :				
ADSC* (cf. p.7) :		_____ ans _____ mois	Écart **	

Récapitulatif des notes de l'Orientation de PROFIL							
	Evocation			Construction		Reproduction	
	Reconnaissance	Choix	1 ^{re} Localisation	Choix	2 ^e Localisation	Choix	3 ^e Localisation
Corps (max. 6) :							
Visage (max. 6) :							
Ensemble (max. 12) :							
Total des 3 notes de Localisation (max. 36) :							
ADSC* (cf. p.7) :		_____ ans _____ mois		Écart **			

*ADSC : Age de Développement au Schéma Corporel - R ;

**Ecart : écart par rapport à un « développement standard » : = (conforme), + (supérieur), ++ (très supérieur), - (inférieur), -- (très inférieur)

Orientation de FACE

CORPS										
Phase		Evocation				Construction		Reproduction		
n°	Pièce	Reconnaissance		Commentaire	1° Localisation		2° Localisation		3° Localisation	
1	Jambe (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
2	Tronc (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
3	Main (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
4	Cou	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
5	Bras (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
6	Jambe (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
7	Tronc (D)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
8	Bras (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
9	Main (G)	N / Exp / D*	0	1		0	1		0	1
Totaux (max. 9)		(N)**								

Observations :

*N : Nommée, Exp : Expliquée, D : Désignée ; ** (N) Rappel : ne sont prises en compte que les pièces nommées.

Dessin du Bonhomme

Dessin n°1

Forme globale du corps correcte : Oui Non

Orientation du Bonhomme : Face Profil

Niveau général :

Présence*			
Tête	Tronc	Main (D)	Doigts (D)
Œil (D)	Bouche	Main (G)	Doigts (G)
Œil (G)	Nez	Oreilles	
Cou	Bras (D)	Jambe (D)	
Epaules	Bras (G)	Jambe (G)	
Vêtements			

Qualité graphique :

Commentaires de l'enfant :

Remarques :

Dessin n°2

Forme globale du corps correcte : Oui Non

Orientation du Bonhomme : Face Profil

Niveau général :

Présence*			
Tête	Tronc	Main (D)	Doigts (D)
Œil (D)	Bouche	Main (G)	Doigts (G)
Œil (G)	Nez	Oreilles	
Cou	Bras (D)	Jambe (D)	
Epaules	Bras (G)	Jambe (G)	
Vêtements			

Qualité graphique :

Commentaires de l'enfant :

Remarques :

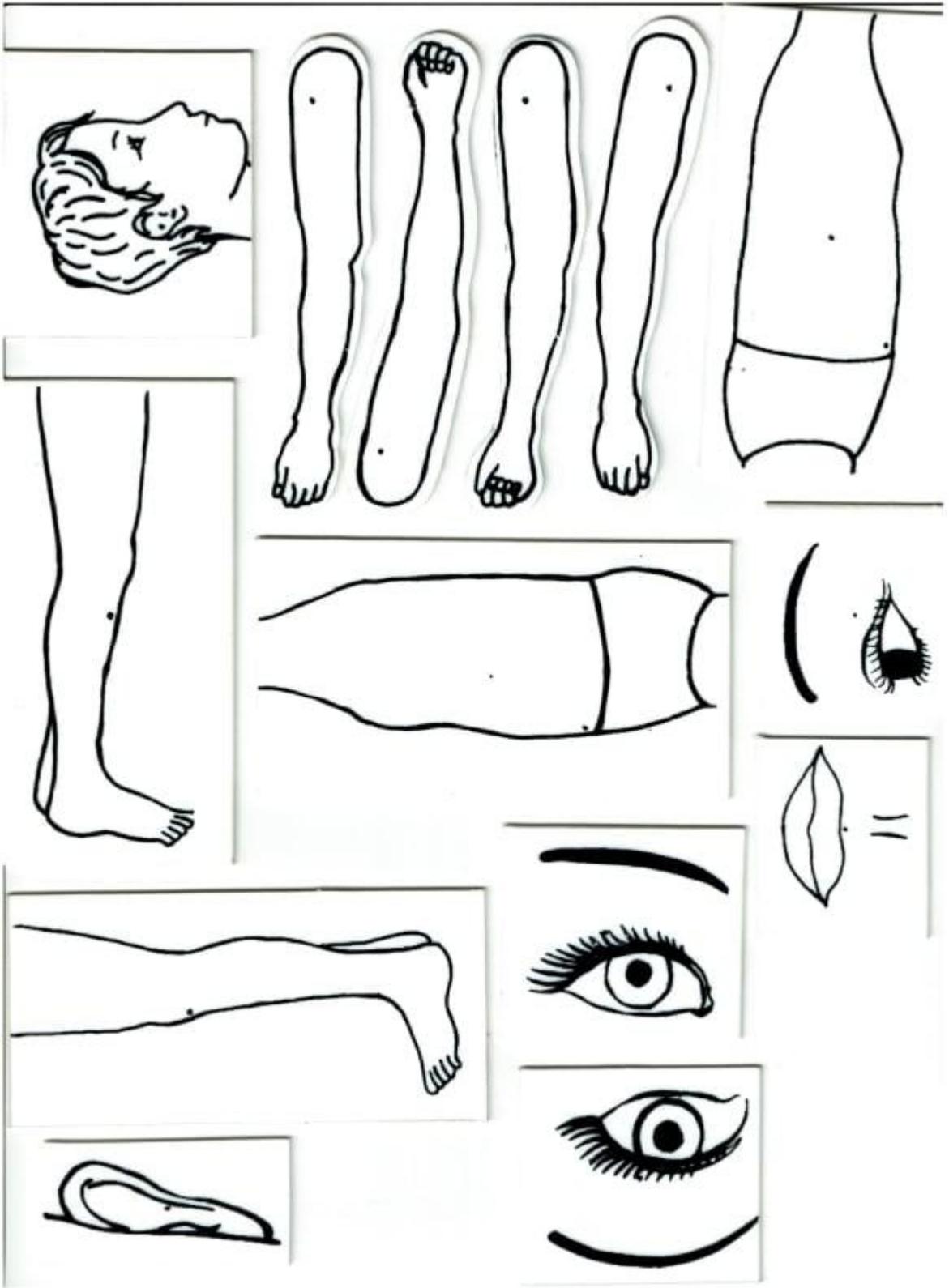
Evolution des dessins

Différence entre les dessins n°1 et n°2 :

Evolution

Influence du test : Oui Non

* Cocher les parties du corps présentes, le cas échéant inscrire le nombre de doigts et le type de vêtements présents

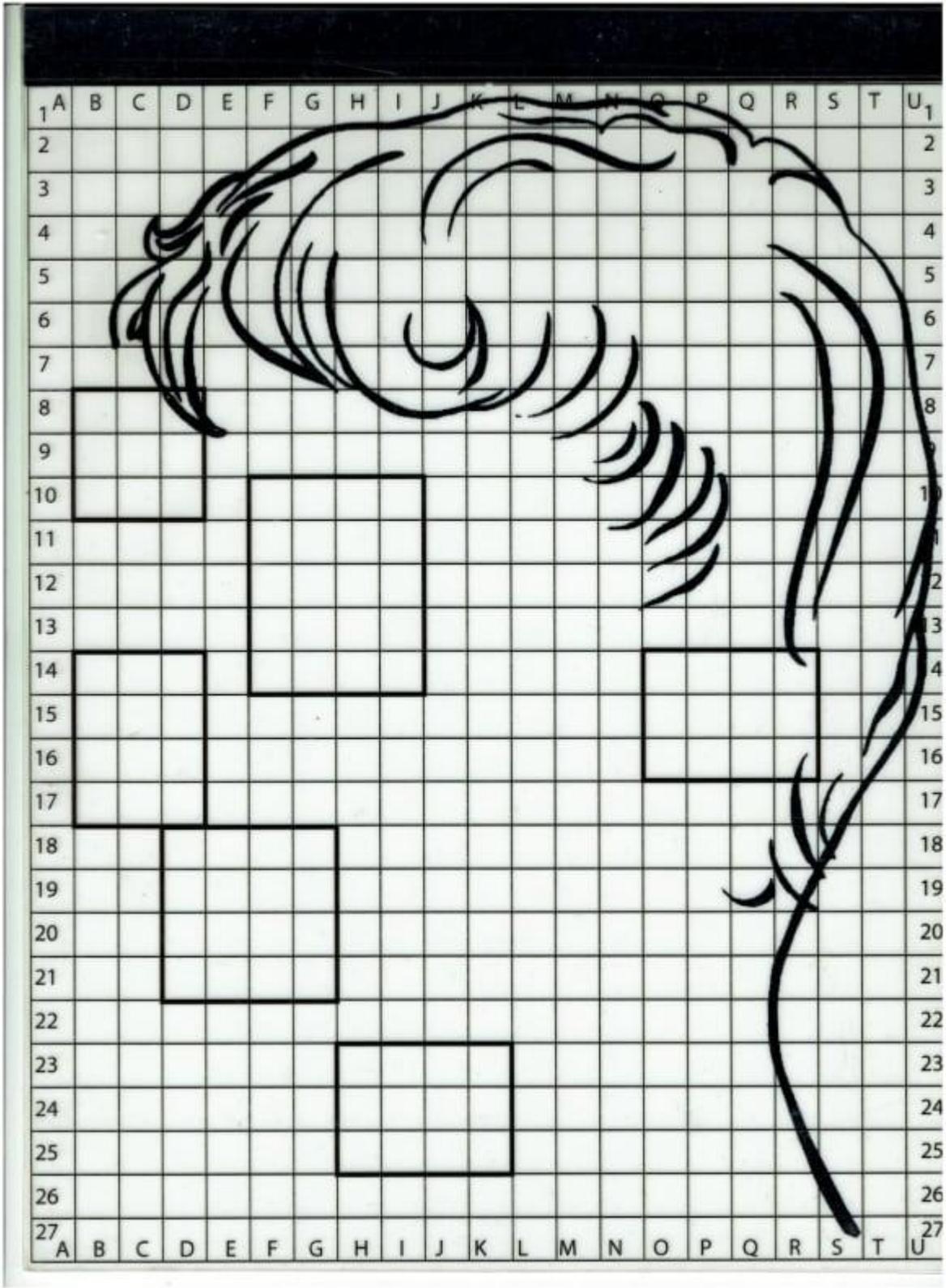




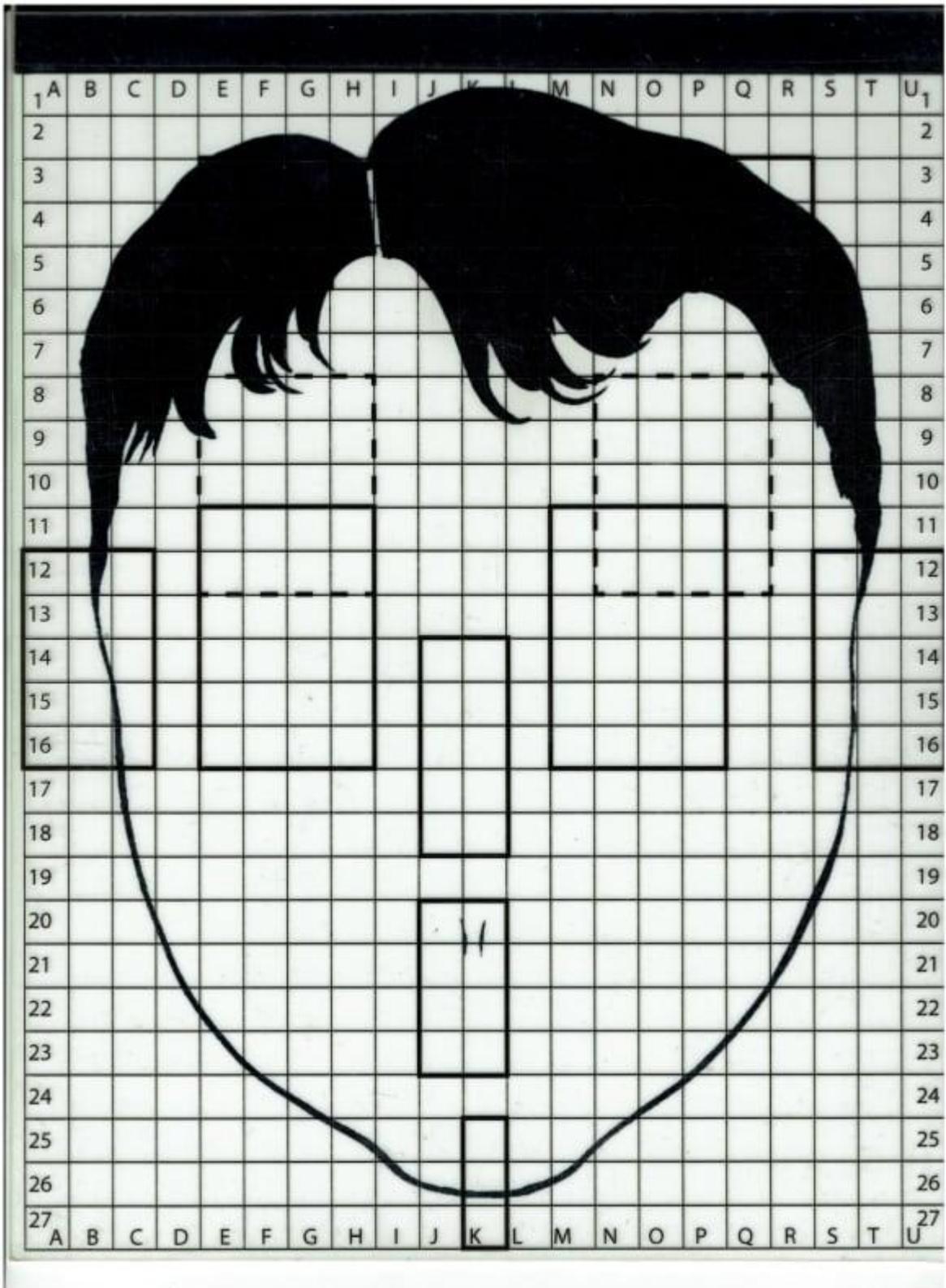




1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	1
2																						2
3																						3
4																						4
5																						5
6																						6
7																						7
8																						8
9																						9
10																						10
11																						11
12																						12
13																						13
14																						14
15																						15
16																						16
17																						17
18																						18
19																						19
20																						20
21																						21
22																						22
23																						23
24																						24
25																						25
26																						26
27	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	27



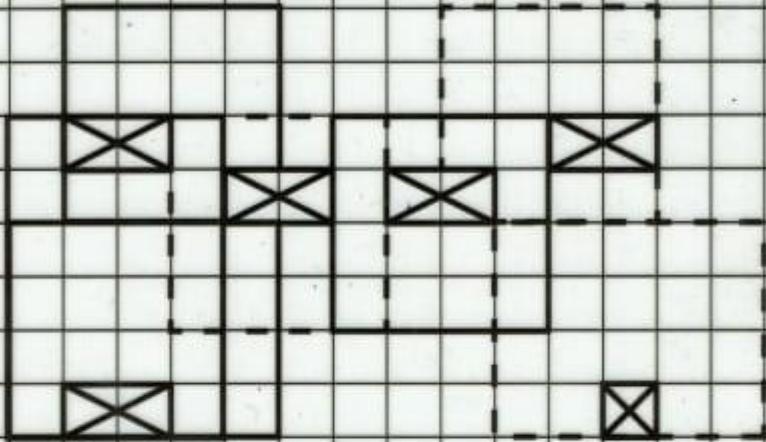
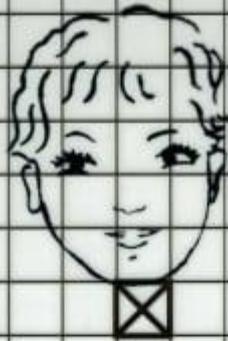


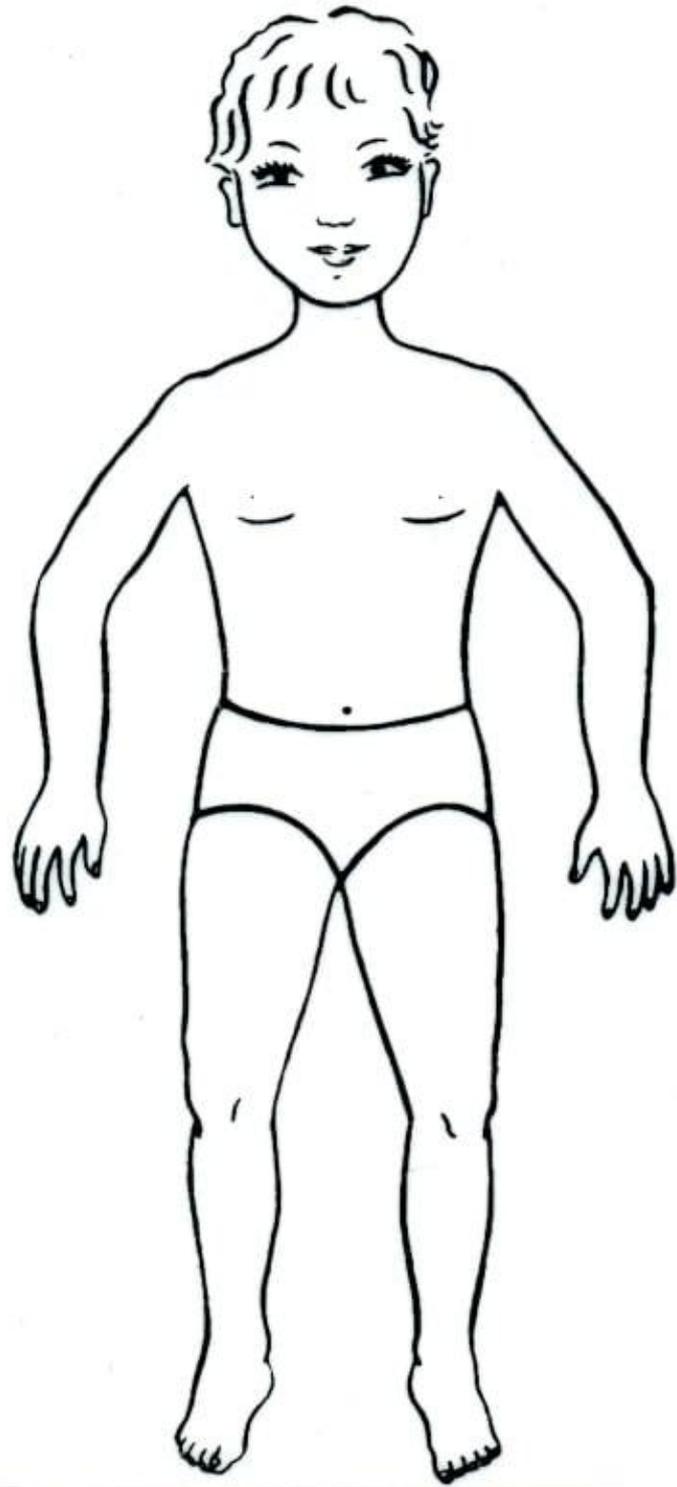




1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	1	
2																							2
3																							3
4																							4
5																							5
6																							6
7											X												7
8																							8
9																							9
10																							10
11						X										X							11
12							X			X													12
13																							13
14																							14
15																							15
16						X											X						16
17																							17
18																							18
19																							19
20																							20
21																							21
22										X		X											22
23																							23
24																							24
25																							25
26																							26
27	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	27	

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	1
2																						2
3																						3
4																						4
5																						5
6																						6
7																						7
8																						8
9																						9
10																						10
11																						11
12																						12
13																						13
14																						14
15																						15
16																						16
17																						17
18																						18
19																						19
20																						20
21																						21
22																						22
23																						23
24																						24
25																						25
26																						26
27	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	27







**الملحق 02: نموذج يمثل نتائج الحالة
الثانية في اختبار التخطيط الجسمي
(التوجه الأمامي للجسم)**



Epreuve de Schéma Corporel - R

Cahier de passation

NOM **MARION**
 PRENOM **Suzanne**
 Age **5 ans 6 mois**
 Classe **Préparatoire**
 Sexe **F**
 Lettré

Orientations administratives: Fanc (1, 4, 6, 7)

	Argente	Miroir	Bois
Date de l'examen	11	02	2017
Date de naissance	03	02	2011
Age	5	ans	6 mois

Durée
 Début **11h00**
 Fin **11h30**
 Durée **30 min**

Récapitulatif des notes de l'Orientation de FACE

	Evocation		Construction		Reproduction
	Reconnaissance	1 ^{re} Localisation	2 ^{de} Localisation	3 ^{de} Localisation	2 ^{de} Localisation
Corps (max 6)	6	6	4		8
Vieage (max 11)	8	5	3		3
Ensemble (max 20)	14	11	13		11
Total des 3 notes de Localisation (max 30)					
ADSC* (cf p. 7)		05 ans	00 mois	Ecart ** =	

Récapitulatif des notes de l'Orientation de PROPS

	Evocation			Construction		Reproduction	
	Reconnaissance	Choix	1 ^{re} Localisation	Choix	2 ^{de} Localisation	Choix	2 ^{de} Localisation
Corps (max 6)							
Vieage (max 6)							
Ensemble (max 12)							
Total des 3 notes de Localisation (max 36)							
ADSC* (cf p. 7)		ans	mois	Ecart **			

Age de Développement au Schéma Corporel - R

écart par rapport à un « développement standard » = (normal), + (supérieur), ++ (très supérieur), - (inférieur), -- (très inférieur)

Orientation de FACE

CORPS														
Phase		Evocation				Construction		Reproduction						
n°	Pièce	Reconnaissance		Commentaire	1 ^{re} Localisation		2 ^e Localisation		3 ^e Localisation					
1	Jambe (D)	N / Exp / D*	0	0	1/2 g 201	N22	0	0	H22	0	0	H23	0	0
2	Torse (G)	N / Exp / D*	0	1	—	I10	0	0	K13	0	0	K12	0	0
3	Man (D)	N / Exp / D*	0	0	1/2 adu1	F11	0	0	F10	0	0	E15	0	0
4	Cou	N / Exp / D*	0	0	—	/	0	1	/	0	1	/	0	1
5	Bras (D)	N / Exp / D*	0	1	—	—	0	1	/	0	1	/	0	1
6	Jambe (G)	N / Exp / D*	0	1	1/2 g 201	M22	0	0	M23	0	0	M23	0	0
7	Torse (D)	N / Exp / D*	0	1	—	/	0	1	K13	0	0	K12	0	0
8	Bras (G)	N / Exp / D*	0	1	—	/	0	1	/	0	1	C12	0	0
9	Man (G)	N / Exp / D*	0	1	1/2 adu1	N10	0	0	N10	0	0	H18	0	0
Totaux (max 9)		N°**	03				05			06			07	

Observations :

* Exp : Expliqué, D : Désigné ; ** (N) Rappel : ne sont pris en compte que les pièces nommées.

Orientation de FACE

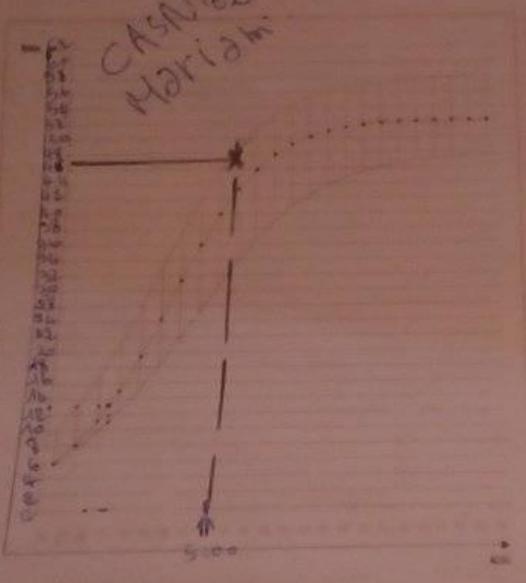
VILLAGE										
Phase		Evocation				Construction			Reproduction	
n°	Pièce	Reconnaissance		Commentaire	1 ^{re} Localisation		2 ^e Localisation		3 ^e Localisation	
1	Oreille (G)	(N) Exp / D*	0 1	/əyhūh/	N15	0 1	N15	0 1	M15	0 1
2	Cheveux (G)	N / Exp / D*	0 1	/səwvūw/	M6	0 1	O5	0 1	L6	0 1
3	Oreille (D)	(N) Exp / D*	0 1	—	A22	0 1	A22	0 1	A23	0 1
4	Menton	N / Exp / D*	0 1	—	I26	0 1	F25	0 1	I25	0 1
5	Oreille (D)	N / Exp / D*	0 1	/əyhūh/	F14	0 1	F16	0 1	F13	0 1
6	Bouche	(N) Exp / D*	0 1	/fūhm/	I24	0 1	I23	0 1	G22	0 1
7	Source (D)	N / Exp / D*	0 1	—	A22	0 1	A22	0 1	A23	0 1
8	Nerz	(N) Exp / D*	0 1	/hifū/	I21	0 1	A20	0 1	I19	0 1
9	Oreille (G)	(N) Exp / D*	0 1	/səf/	T18	0 1	T17	0 1	T20	0 1
10	Cheveux (D)	N / Exp / D*	0 1	—	M6	0 1	O5	0 1	L6	0 1
11	Source (G)	N / Exp / D*	0 1	—	N12	0 1	N11	0 1	F11	0 1
Totaux (max. 11)		(N)**						09		09

Observations :

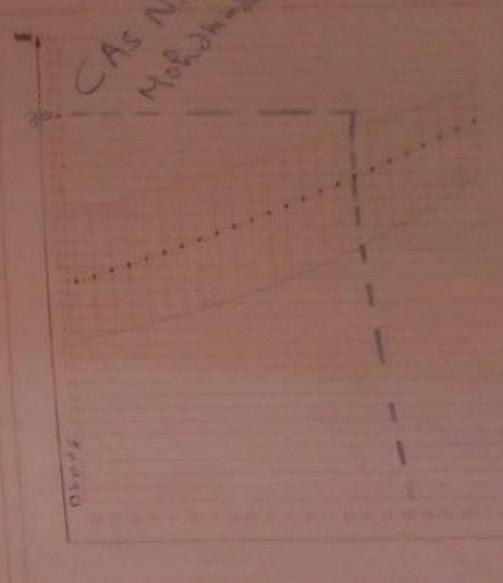
la, Exp : Expliquée, D : Désignée, ** (N) Rappel ne sont prises en compte que les pièces nommées.

Conversion des notes en ADSC (Age de développement au Schéma Corporel - R)

Orientation de FACE



Orientation de PROFIL



- 3^{me} quartile (75%)
- - - Médiane (50%)
- 1^{er} quartile (25%)

Dessin du Bonhomme

Dessin n°1

Forme globale du corps correcte : Oui Non
 Orientation du Bonhomme : Face Profil
 Niveau général :

Présentation					
Tête	<input checked="" type="checkbox"/>	Tronc	<input checked="" type="checkbox"/>	Man (D)	<input checked="" type="checkbox"/>
Doigts (D)	<input checked="" type="checkbox"/>	Bouche	<input checked="" type="checkbox"/>	Doigts (G)	<input checked="" type="checkbox"/>
Doigts (G)	<input checked="" type="checkbox"/>	Nez	<input checked="" type="checkbox"/>	Oreilles	<input checked="" type="checkbox"/>
Cou	<input checked="" type="checkbox"/>	Bras (D)	<input checked="" type="checkbox"/>	Jambe (D)	<input checked="" type="checkbox"/>
Epaules	<input checked="" type="checkbox"/>	Bras (G)	<input checked="" type="checkbox"/>	Jambe (G)	<input checked="" type="checkbox"/>
Vêtements	<input checked="" type="checkbox"/>				

Qualité graphique :

Commentaires de l'enfant :

Sans parler

Remarques :

La fille est calme et prend beaucoup de temps pour dessiner

Dessin n°2

Forme globale du corps correcte : Oui Non
 Orientation du Bonhomme : Face Profil
 Niveau général :

Présentation					
Tête	<input checked="" type="checkbox"/>	Tronc	<input checked="" type="checkbox"/>	Man (D)	<input checked="" type="checkbox"/>
Doigts (D)	<input checked="" type="checkbox"/>	Bouche	<input checked="" type="checkbox"/>	Doigts (G)	<input checked="" type="checkbox"/>
Doigts (G)	<input checked="" type="checkbox"/>	Nez	<input checked="" type="checkbox"/>	Oreilles	<input checked="" type="checkbox"/>
Cou	<input checked="" type="checkbox"/>	Bras (D)	<input checked="" type="checkbox"/>	Jambe (D)	<input checked="" type="checkbox"/>
Epaules	<input checked="" type="checkbox"/>	Bras (G)	<input checked="" type="checkbox"/>	Jambe (G)	<input checked="" type="checkbox"/>
Vêtements	<input checked="" type="checkbox"/>				

Qualité graphique :

Commentaires de l'enfant :

Sans parler

Remarques :

Les mêmes notes + elle a dessiné la tête seulement mais le reste des membres ne l'a pas dessinés

Evolution des dessins

Différence entre les dessins n°1 et n°2 :

Evolution :

Influence du test : Oui Non

Cocher les parties du corps présentes, le cas échéant inscrire le nombre de doigts et le type de vêtements présents

الملحق 03: النموذج بالعربية

التوجه الأمامي

الاسم		السن:		
إعادة الإنتاج	نشاط البناء	مرحلة الاستحضار		
تحديد الموقع	تحديد الموقع	تحديد الموقع	التعرف	
				الجسم
				الوجه
				المجموع
			مجموع نقاط تحديد الموقع:	
			سن التخطيط الجيمي (ADSC)	
			الانحراف: ()	