



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة وهران -02- محمد بن احمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والارطوفونيا

تخصص ارطوفونيا

مساهمة تقنية تدريبية مبنية على التقليد في تحسين التواصل اللفظي
عند الأطفال المصابين بطيف التوحد TSA

مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل في الأرطوفونيا

تحت اشراف الأستاذة:

أ. مرياح فاطمة الزهراء

من اعداد الطالبتين :

- عبد الهادي خيرة إيمان

- بوعرفة أحلام

| الصفة | الرتبة | جامعة الانتماء | الإسم واللقب |
|-------------|-----------------------|----------------|---------------------|
| رئيسة | أستاذة مساعدة أ | جامعة وهران 02 | بوعكاز تركية |
| مشرفا ومقرا | أستاذة محاضرة أ | جامعة وهران 02 | مرياح فاطمة الزهراء |
| مناقشة | أستاذة التعليم العالي | جامعة وهران 02 | قادري حليلة |

السنة الجامعية:

2023/2022

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي يسر لنا أمرنا هذا وأعاننا على انجاز هذا العمل، نحمده ونشكره، فاللهم اجعله علما نافعا لنا ولغيرنا.

نتقدم بالشكر والتقدير وكافة عبارات الامتنان لأستاذتنا الفاضلة " مرياح فاطمة الزهراء " لإشرافها على العمل المتواضع ومساندتها لنا في كل كبيرة وصغيرة فهي لم تبخل بأي معلومة أو نصيحة قد تضيف لنا، ونخص رفيقة رحلتنا الصغيرة " هبة الرحمان " التي رافقتنا كذلك طوال فترة المذكرة سائلين لها أن تكون خير فتاة باره بوالديها.

نخص بالذكر الأستاذ "صغير عبد الإله" وحرمه الأستاذة " بن عمارة. م " على مساهمتهم الكبيرة جدا في تطورنا في المجال الميداني والعملي، فقد كانت توجيهاتهم لنا أحد أهم أسباب نجاح هذا العمل.

ونشكر شكرا كبيرا لكل من درسنا على مدار سنوات الجامعة ولكل من كان له أثر داخلنا سواء جيد أو سلبي ففي جميع الأحوال جميعها كانت دروس للحياة.

والشكر موصول لكل من ساهم معنا في هذا العمل بمعلومة أو فكرة أو بدعاء.

سائلين المولى عز وجل أن يجعل جهدنا هذا شفيعا لنا يوم القيامة.

الإهداء

اللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضا ولك الحمد على كل حال.

إلى من هزمتني الحياة برحيلهم، الى روح جداي وعمتي رحمهم الله
إلى عزي واعتزازي، إلى من لا توفيهما اللغة بأحرفها الثماني والعشرين .. أحد أبواب
الجنة ومصدر الحياة داخلي الى الأمان والحياة، إلى مصدر فخري الأبدي إلى والداي
حفظهما الله.

إلى من امسكتا بيدي حين توقفت الحياة عن مد يدها لي إلى أختاي اللتان أجهل كيف
أكافئهما على كل لحظة كانتا فيها السند الى عائشة وأحلام.

إلى من رزقت بهم سندا وملادي الأول والأخير إخوتي ياسين، محمود ويوسف.
إلى صديقة المواقف وشريكة الدرب والأخت التي منحنتني إياها الحياة غالياتي هبة
إلى من جمعتني بهما الجامعة وكانتا من محاسن صدفي خير رفيقتين وأختين أحلام وفتيحة.
إلى عزيزتي مشاعل التي أحاطتني بدعائها في كل مرة، على أمل أن التقيك يوما على خير.
إلى دواهي القلب..

إلى كل من يطمح أن يضيف لمجال عملنا هذا بخالص النية ولكل من يحاول دعم الأطفال
المميزين.

ولكل من سقط اسمه سهوا ..

عبد الهادي خيرة إيمان

الإهداء

أهدي فرحة تخرجي إلى تلك الانسنة العظيمة التي طالما تمننت أن تقر عينها برؤيتي في
يوم كهذا إلى أمي.

وإلى من كلل العرق جبينه و علمني أن النجاح لا يأتي إلا بالصبر والإصرار إلى أبي
إلى الأيدي الطاهرة التي أزالت من طريقي أشواك الفشل.
إلى من ساندني بكل حب عند ضعفي.

إليكم عائلتي.

وإلى رفقاء الجامعة وطريق النجاح إيمان وفتيحة

بوعرفة أحلام

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مساهمة تقنية تدريبية قائمة على التقليد في تحسين التواصل اللفظي عند الطفل التوحدي، حيث تم تصميم البحث وتقسيمه إلى جانب نظري وآخر تطبيقي ولتحقيق هذا الهدف عملنا على تربص لمدة 3 أشهر محاولين معرفة نقاط القوة والضعف عند الطفل التوحدي الذي يعاني من نقص في المعجم اللغوي مما يشكل له صعوبة في التواصل اللفظي مع محيطه.

تم إجراء الدراسة باستخدام المنهج شبه تجريبي على أربع حالات تم اختيارهم بطريقة قصديه بحيث تم مراعاة درجة التوحد بالإضافة إلى سن العينة المتمثل في (3 إلى 5 سنوات) من عيادة خاصة بولاية – وهران- الجزائر، وذلك بالاعتماد على الأدوات التالية: اختبار CARS-ST-2 ويعتبر اختبار مكيف يقيس درجة التوحد عن الطفل بالإضافة لاختبار اللغة الشفهية خومسي Elo والذي بدوره مكيف حسب البيئة الجزائرية إذ تم استخدام بند واحد فقط المتمثل في بند تكرار الكلمات، التقنية التدريبية القائمة على التقليد والتي تعتبر من اجتهاد الباحثين بحيث تركز على مبدأ التكرار عن طريق التقليد.

وبعد تحليل البيانات وتفسيرها ومناقشتها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- التقليد يعد من الوسائل الأساسية لتعليم أي طفل يعاني من طيف التوحد.
- للتكرار دور هام في ترسيخ المعلومة عند الطفل التوحدي.
- يستطيع الطفل التوحدي اكتساب قدر كبير من الكلمات التي تساعده في تنمية قدراته اللغوية عن طريق عملية التقليد اللفظي.
- يوجد اثر ايجابي لتقنية التدريبية القائمة على التقليد في اكتساب التواصل اللفظي للطفل التوحدي.

Study summary:

This study aimed to verify the contribution of a training technique based on tradition in improving verbal communication in the autistic child, where the research was designed and divided into a theoretical and applied aspect and to achieve this goal we worked on a training for 3 months trying to find out the strengths and weaknesses of the autistic child who suffers from a lack of lexicon, which poses a difficulty in verbal communication with this surroundings.

The study was conducted using a semi- experimental approach on four cases that were selected intentionally, so that the degree of autism was taken into account in

addition the age of the Sample represented in (3to5 years) from a private clinic in the wilaya of Oran -Algeria , relying on the following tools: Cars-st-2 test it is an adapted test that measures' the degree of autism about the child in addition to the oral language test khomsi Elo, which in turn is adapted to the Algerian environment, as only one item of repeating words, the exiting training technique on imitation, which is considered one of the researchers jurisprudence, so that it is based on the principal of repetition through imitation.

After analyzing, interpreting and discussing the data, the following results were reached:

- imitation is one of the primary means of educating any child with autism spectrum.
- repetition has an important role in consolidating information in the autistic child.
- The autistic child can acquire a large amount of words that help him develop his language abilities through the process of verbal imitation.
- there is a positive effect of the imitation-based training technique on the acquisition of verbal communication for the autistic child.

فهرس الدراسة

| | |
|-------|--------------------------------|
| أ | الشكر والتقدير |
| ب | الإهداء الأول |
| ج | الإهداء الثاني |
| د | ملخص الدراسة بالعربية |
| هـ | ملخص الدراسة بالإنجليزية |
| 02-01 | مقدمة |

الجانب النظري

الفصل الأول: الإشكالية

| | |
|-------|--------------------------|
| 03 | الإشكالية |
| 04-03 | الدراسات السابقة |
| 04 | الفرضية |
| 04 | أهداف الدراسة |
| 04 | أهمية الدراسة |
| 04 | المفاهيم الإجرائية |

الفصل الثاني: التوحد

| | |
|-------|--|
| 05 | تمهيد |
| 06 | تعريف التوحد |
| 08-07 | التطور التاريخي لاضطراب طيف التوحد |
| 11-09 | أسباب التوحد |
| 13-11 | خصائص الطفل التوحد |
| 14-13 | أعراض التوحد |
| 16-15 | النظريات المفسرة للتوحد |
| 19-16 | أشكال التوحد |
| 23-19 | تشخيص التوحد |
| 28-23 | التشخيص الفارقي للتوحد |
| 29-28 | الدراسات السابقة |
| 30 | خلاصة |

الفصل الثالث: التواصل

| | |
|---|-------|
| تمهيد | 31 |
| تعريف التواصل | 32 |
| أنواع التواصل | 33-32 |
| أنماط التواصل | 34-33 |
| التواصل عند الأطفال العاديين | 35-34 |
| التواصل عند الأطفال التوحديين | 36-35 |
| الفرضيات العلمية المفسرة لاختلال التواصل لدى أطفال التوحد | 37-36 |
| مشاكل اللغة عند الطفل التوحدي | 41-37 |
| اساليب تحسين مهارات التواصل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد | 44-41 |
| الدراسات السابقة | 45-44 |
| خلاصة | 46 |

الفصل الرابع: التقليد

| | |
|-------------------------------------|-------|
| تمهيد | 47 |
| تعريف التقليد | 48 |
| مرتحل تطور التقليد عند الطفل العادي | 49-48 |
| أنواع التقليد | 51-49 |
| مشكلات التقليد عند الطفل التوحدي | 51 |
| الدراسات السابقة | 52-51 |
| خلاصة | 53 |

الدراسة الميدانية

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

| | |
|-----------------------------|-------|
| أ- الدراسة الاستطلاعية | |
| تعريف الدراسة الاستطلاعية | 54 |
| أهداف الدراسة الاستطلاعية | 54 |
| حدود الدراسة الاستطلاعية | 54 |
| إجراءات الدراسة الاستطلاعية | 55-54 |
| أدوات جمع البيانات | 57-55 |

| | |
|-------|--------------------------------|
| 58-57 | الاستنتاج |
| | ب- الدراسة الأساسية: |
| 58 | منهج الدراسة الأساسية |
| 58 | تصميم البحث |
| 59-58 | حدود الدراسة الأساسية |
| 59 | عينة الدراسة |
| 60 | أدوات جمع البيانات |
| 70-60 | إجراءات الدراسة الأساسية |

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

| | |
|-------|---|
| 71 | تمهيد |
| 73-72 | تقديم الحالات |
| 76-73 | تحليل نتائج اختبار درجة التوحد cars-st-02 |
| 78-76 | التقنية التدريبية القائمة على التقليد |
| 80-78 | تحليل نتائج اختبار خومسي elo |
| 82-80 | عرض ومناقشة النتائج |
| 82 | الاستنتاج العام |
| 83 | خاتمة |
| 86-84 | قائمة المراجع |
| | ملاحق |

فهرس الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | رقم الجدول |
|--------|--|------------|
| 21 | مراحل تمييزية لأعراض طيف التوحد حسب DSM5 | 01 |
| 22-21 | مقارنة في المعايير التشخيصية القديمة والجديدة ل DSM3 | 02 |
| 24 | الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد والاعاقة العقلية | 03 |
| 25 | الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد وفصام الطفولة | 04 |
| 26 | الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد والاعاقة السمعية | 05 |
| 27 | الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر | 06 |
| 28 | الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد ومتلازمة ريت | 07 |
| 57 | نتائج ثبات الاختبار باستعمال طريقة التجزئة النصفية | 08 |
| 59 | يمثل خصائص العينة المدروسة | 09 |
| 70-69 | بند تكرار الكلمات في اختبار ELO | 10 |
| 73 | نتائج الحالة الأولى عند تطبيق مقياس CARS-2-ST | 11 |
| 73 | حاصل جمع المقياس للحالة الأولى | 12 |
| 74 | نتائج الحالة الثانية عند تطبيق مقياس CARS-2-ST | 13 |
| 74 | حاصل جمع المقياس للحالة الثانية | 14 |
| 75 | نتائج الحالة الثالثة عند تطبيق مقياس CARS-2-ST | 15 |
| 75 | حاصل جمع المقياس للحالة الثالثة | 16 |
| 76 | نتائج الحالة الرابعة عند تطبيق مقياس CARS-2-ST | 17 |
| 76 | حاصل جمع المقياس للحالة الرابعة | 18 |
| 80 | نتائج الفرضية الأساسية | 19 |

مقدمة

الإعاقة هي إحدى المشكلات التي تواجه فئة من المجتمع تعتبر للأسف مهمشة بشكل كبير في وقتنا الحالي، فهي مشكلة ذات أبعاد مختلفة تؤدي إلى عرقلة المسيرة النمائية والتطور في المجتمع، ومن هذا المنظور أصبحت رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة قضية اجتماعية ملحة، حيث يتوجب إعطاء هذه الفئة الخاصة القدر المناسب من الرعاية والاهتمام حتى يتسنى لهم الاندماج في المجتمع إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم، ويعد طيف التوحد من الفئات الخاصة التي بدأت في تلقي الاهتمام والرعاية بشكل ملحوظ مؤخراً لما تعانيه هذه الفئة من إعاقة نمائية شاملة تؤدي إلى انغلاقهم وانعزالهم، ويعود الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به للطبيب النفسي ليو كانر الذي استخدم مصطلح الاوتيزم (ماجدة السيد عمارة، 2008، ص14)

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل ولغزا محيرا لكثير من العلماء في مختلف المجالات كونه يؤثر على الكثير من مظاهر النمو المختلفة للطفل، ولم تكن الاضطرابات النمائية لا سيما اضطراب طيف التوحد معروفة أو مقبولة بين الأخصائيين، حيث كان يتم تصنيفهم على أنهم مصابون بأمراض عقلية، وتعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات المركزية والأساسية التي تؤثر سلبا على مظاهر نموه الطبيعي والتفاعل الاجتماعي ويشمل اضطرابات اللغة والتواصل لدى أطفال التوحد كل من التواصل اللفظي وغير اللفظي الذي يعود إلى أسباب محورية تسبب القصور والضعف في المهارات اللغوية والتي إذا انعدمت من الصعب التواصل مع الغير ومن هذه المهارات نجد الانتباه و التركيز والتقليد. (نصر، 2002، ص82)

وتعتبر مهارة التقليد من المهارات الهامة لاكتساب اللغة كما أوضحت النظريات المفسرة منها النظرية السلوكية التي تعبر على أن النمو اللغوي يخضع لمبادئ التعلم وأهمها: التقليد.

ونظرا لأهمية هذه المهارة قمنا بهذه الدراسة لمحاولة معرفة مساهمة تقنية تدريبية قائمة على التقليد في تحسين التواصل اللفظي عند الطفل التوحدي.

وعليه، قمنا بتقسيم الدراسة إلى جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي، تضمن الجانب النظري أربعة فصول:

الفصل الأول: يتضمن مدخل إلى الدراسة تناولنا فيه طرح الإشكالية، الفرضيات والدراسات السابقة، أهداف وأهمية الدراسة، تحديد المفاهيم الإجرائية.

الفصل الثاني: تطرقنا فيه إلى تعريف التوحد، التطور التاريخي لاضطراب التوحد، أسباب التوحد، خصائص الطفل التوحدي، أعراض التوحد، النظريات المفسرة للتوحد، أشكال التوحد، تشخيص اضطراب التوحد والتشخيص الفارقي لاضطراب التوحد ثم الدراسات السابقة.

الفصل الثالث: تطرقنا إلى تعريف التواصل، أنواع التواصل، أنماط التواصل، التواصل لدى الأطفال العاديين والتواصل لدى الأطفال التوحديين، النظريات العلمية المفسرة لاختلال التواصل لدى أطفال طيف التوحد، أساليب تحسين مهارات التواصل لدوي اضطراب طيف التوحد ثم الدراسات السابقة.

الفصل الرابع: تناولنا في هذا الفصل مفهوم التقليد، مراحل تطور التقليد عند الطفل العادي، أنواع التقليد ومشكلات التقليد عند الطفل التوحدي ثم الدراسات السابقة.

أما الجانب التطبيقي فيوجد فيه فصلين:

الفصل الخامس: يحتوي على قسمين أولاً الدراسة الاستطلاعية والتي ذكرنا فيها أهداف الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة الاستطلاعية، إجراءات الدراسة الاستطلاعية و أدوات جمع البيانات في الدراسة الاستطلاعية ثم نتائجها وعليه انتقلنا الى الدراسة الأساسية وبدأنا بذكر المنهج المتبع، حدود الدراسة الأساسية، عينة الدراسة الأساسية، أدوات جمع البيانات وإجراءات الدراسة الأساسية.

الفصل السادس: كان حول تقديم الحالات ثم تحليل نتائج درجة التوحد من خلال مقياس كارس، التقنية التدريبية المبنية على التقليد، تحليل نتائج اختبار اللغة الشفهية خومسي قياس قبلي وبعدي ثم الاستنتاج العام.

الجانب النظري

الفصل الأول

الفصل الأول : الإشكالية

- 1- الإشكالية
- 2- الدراسات السابقة
- 3- الفرضية
- 4- أهداف الدراسة
- 5- أهمية الدراسة
- 6- المفاهيم الإجرائية

الإشكالية:

إن الاهتمام بالأطفال بشكل عام والأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد بشكل خاص هو من أولويات المجتمع ككل، ويقاس تقدم المجتمع وتقدمه على درجة الاهتمام والرعاية بهم والعمل على تنمية مهاراتهم المختلفة فظاهرة التوحد لا تقتصر على المجتمعات النامية فحسب بل هي موجودة في المجتمعات المتحضرة التي تهتم ببناء الأفراد وعقولهم. (سوسن ، 2015 ، ص 35)

يعد التوحد أحد اضطرابات النمائية الشاملة التي تسبب المشاكل والارتباك لدى الأطفال المصابين بالتوحد، و تحدث له إرباكا لأنها تتضمن اضطرابا في جوانب الأداء النفسي في مرحلة الطفولة وقد تمتد إلى أعمار أخرى، بما في ذلك اضطرابات الانتباه والإدراك والتعلم واللغة ومهارات الاتصال الحسي والحركي، كلها تنعكس سلبيًا على من يتعامل مع هؤلاء الأطفال من أفراد عائلته والمعلمين والخبراء وأقرانه في المدرسة وفي البيئة التي يعيش فيها.

فلقد شهدت العقود الأخيرة تقدما كبيرا في مجال فهم وتشخيص اضطرابات التوحد، بناءً على معايير النتائج المتحصل إليها. ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدما شاملا تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالتوحد، كمحاولة فهم طبيعة أسبابه والية تشخيصه، خصائصه وكيفية التعامل معه وفق للبرامج التربوية العلاجية وأجمعت الدراسات على انه اضطراب عصبي يصيب الطفل خلال السنوات الأولى حيث يتمركز حول ثلاث مجالات أساسية يظهر فيها القصور في المهارات، الاهتمامات والوحدات التعليمية. (عنان، 2011، ص 27)

يعتبر العجز في المهارات التواصلية إحدى الخصائص الرئيسية التي يتميز بها أطفال التوحد، ذلك لوجود قصور واضح في التواصل وفي تكوين العلاقات الاجتماعية لديهم بشكل فعال والحفاظ عليها كما انهم يتصفون بالعزلة والانسحاب والعيش بطريقة خاصة ومختلفة.

كما أن الطفل التوحدي يعاني من عدم اكتساب وتطوير مهارات عديدة، منها التقليد الذي يعتبر من المهارات الأساسية التي من شأنها مساعدة الطفل على التعلم، وقد اهتم العديد من الباحثين على تعزيز هذه المهارة على غرار بياحيه الذي يعتبر التقليد عملية تساهم في ظهور الوظيفة الرمزية لأنه يضمن الانتقال بين الذكاء الحسي-الحركي والتمثيل بالإضافة إلى هذا يعتبر التقليد مهارة معرفية تظهر مبكرا في مراحل التطور الإنساني، لأنها وسيلة فعالة في عملية التعلم تعمل على تطوير التواصل لدى الأطفال العادين وبذلك فالعمل على تحسين مستوى التقليد لدى هؤلاء الأطفال يمكن أن يساعدهم على تطوير وسيلة فعالة للتواصل اللفظي وغير اللفظي وتسهيل عملية التعلم وتنمية مختلف المهارات الحياتية.

ومن بين الدراسات القليلة في الجزائر نجد دراسة احمد خروبي بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي مقترح قائم على التقليد والانتباه المشترك لتحسين مهارات التواصل غير لفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد" بمدينة غرداية، وتم استخدام المنهج التجريبي بتصميم شبه تجريبي ذو المجموعتين التجريبية و الضابطة بقياس قبلي و بعدي لتحقيق أهداف الدراسة، كما تكونت عينة الدراسة من 16 طفلا توحديا اختيروا بالطريقة العمدية، وللتأكد من فاعلية البرنامج تم تطبيق مقياس مهارات التواصل غير اللفظي على عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج على العينة التجريبية، لمعرفة التغيير الذي حدث على مجموعة البحث، وبعد جمع البيانات ومعالجتها إحصائيا توصلت النتائج إلى انه يوجد فاعلية للبرنامج التدريبي المقترح لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة الدراسة التجريبية. (احمد، 2021)

ونجد دراسة نعيمة هميلة بعنوان "دور التقليد في تنمية لغة الطفل التوحدي" حيث شملت الدراسة على أربع حالات من أطفال التوحد تم اختيارهم بمركز بن عكنون ولاية الجزائر ، حيث تم اختيارهم على أساس اختبارات تشخيصية من طرف أخصائي المركز، باستعمال المنهج الوصفي العادي وتقنية دراسة

حالة، وتم تطبيق اختبار الفحص اللغوي على هذه العينة وذلك بالتركيز على النطق، الجانب الفيزيولوجي واللسانيات، وقد بينت النتائج قدرة الطفل التوحدي في الحالات المدروسة على تنمية لغته من خلال تطبيق المقياس عن طريق التقليد أثناء التطبيق وذلك بدرجات متفاوتة اقل ما يقل عنها مقبول. (نعمة، 2018)

من خلال ما تقدم وسبق ذكره تبلورت لدينا فكرة البحث عن تقنية تدريبية قائمة على التقليد في تحسين الجانب التواصل اللفظي للطفل المتوحد ومن خلال هذا البحث استنبطنا التساؤل المتمثل في:

- هل يوجد أثر ايجابي للتقنية التدريبية القائمة على التقليد في اكتساب التواصل اللفظي للطفل التوحدي؟
وعليه طرحنا الفرضية التالية:

الفرضية العامة:

-يوجد أثر ايجابي للتقنية التدريبية القائمة على التقليد في اكتساب التواصل اللفظي للطفل التوحدي.

أهداف الدراسة:

- 1- مساعدة الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تحسين عملية التقليد لما تحويه من أهمية لتنمية مهارة التواصل لديهم.
- 2- تحقيق مبدأ التعلم واكتساب اللغة القائم على أن الأطفال يتعلمون اللغة من خلال التقليد.
- 3- التحقق من فعالية التقنية القائمة على التقليد في تحسين التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أهمية الدراسة:

- 1- طرح مشكل التواصل عند الطفل التوحدي ومدى أهمية وجود وسيلة تساهم في تطوير هذا المجال.
- 2- التعريف بقدرة التقليد على خلق فرص تساعد الطفل على اكتساب مهارات جديدة.
- 3- تسليط الضوء على فئة أطفال التوحد الذين لديهم امكانيات للتواصل اللفظي لكنها تستبدل ببرامج تحد من هذه الإمكانيات.

المفاهيم الإجرائية:

التوحد: هو اضطراب نمائي لا يزال مجهول الأسباب عادة ما يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل يؤدي لظهور مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي، التواصل البصري مع الغير وأغلب الوظائف المعرفية بشكل أساسي، في هذه الدراسة يقصد به الأطفال الذي أثبت مقياس تقييم التوحد cars-st-02 انهم مصابين بالتوحد.

التواصل اللفظي: يعرف التواصل اللفظي في الدراسة الحالية إجرائيا بأنه استخدام الطفل المتوحد الكلمة أو مجموعة من الكلمات بغرض التفاعل اللفظي مع محيطه عن طريق وجود حوار وفي دراستنا هذه هو الأساس الذي نريد تحقيقه عن طريق التقنية.

التقليد: هي القدرة على إعادة نفس الحركة أو الكلمة تم القيام بها أمام الطفل بطريقة سلسلة وسهلة وهو التقنية العلاجية المتبعة في هذه الدراسة من أجل تدريب الطفل التوحدي على التواصل اللفظي

الفصل الثاني

الفصل الثاني

اضطراب التوحد

تمهيد

- 1- تعريف التوحد
- 2- التطور التاريخي لاضطراب التوحد
- 3- أسباب التوحد
- 4- خصائص الطفل التوحدي
- 5- اعراض التوحد
- 6- النظريات المفسرة للتوحد
- 7- اشكال التوحد
- 8- تشخيص اضطراب التوحد
- 9- التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد
- 10- الدراسات السابقة

خلاصة

تمهيد:

يكتسي موضوع التوحد أهمية بالغة في الدراسات النفسية و التربوية، حيث أصبح الاهتمام به ضرورة لا بد منها، نظرا لانتشاره السريع عند الأطفال في مختلف أرجاء العالم، كما ازداد الاهتمام والاجراءات الدراسات والأبحاث العلمية من اجل فك الغموض حول هذا الاضطراب وفهمه والتعرف على مسبباته للتوصل الى التشخيص الدقيق للاضطراب لما له من تأثير على نمو الطفل، وقدرته على التفاعل والتواصل مع العالم الخارجي.

ونظرا لأهمية هذا الموضوع وحيويته ارتأينا الى التعمق فيه اكثر لمعرفة ابعاد التوحد بشكل احسن وعليه تطرقنا في فصلنا هذا للعناوين التالية: اولا بداية من تعريف التوحد ثم التطور التاريخي الذي مر به انتقالا الاسباب واعراض التوحد وخصائص الطفل التوحدي ثم النظريات المفسرة واشكال التوحد وصولا الى التشخيص والتشخيص الفارقي للتوحد وختاما بالدراسات السابقة.

1- تعريف التوحد:

أصل كلمة التوحد Autism هي من كلمة إغريقية و هي تنقسم إلى نصفين ، الأولى Aut و تعني النفس أو الذات أما الكلمة الثانية فهي Ism و تعني الإنغلاق ، وبالتالي autism تعني الإنغلاق على الذات (باحشوان،2007، ص378)

تعرف منظمة الصحة العالمية 1992 : هو اضطراب نمائي يتم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل ان يبلغ الثالثة من عمره، واداء غير سوي في كل من التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي وبأنماط من السلوك والاهتمامات والانشطة التي تتميز محدوديتها وتكراراتها ونمطيتها

وكثيرا ما ينشغل الطفل بشكل نمطي ببعض الاهتمامات الى جانب انماط حركية أو الاهتمام الخاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها أو ملمسها إضافة الى مقاومة أي تغيير في الروتين أو البيئة المحيطة.

يعرفه "محمد عدنان" 2007 " التوحد عجز يعيق تطور المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي والغير لفظي، واللعب الخيالي والابداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات مع الافراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية

تعريف الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية **DSM5** : اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder هو عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي:

- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة ، الى تدن في المشاركة بالاهتمامات و العواطف او الانفعالات يمتد الى عدم البدء او الرد على التفاعلات الاجتماعية.
- العجز في السلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، الى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد او العجز في فهم واستخدام الايماءات، الى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل الغير لفظي.
- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعجيل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، الى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي او في تكوين صداقات الى انعدام الاهتمام بالأقران.

2- التطور التاريخي لاضطراب التوحد:

يعد "مودزلي" أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الاطفال وذلك عام 1857 م وكان يعده ذهانا (مجيد 2010 ص19)

إن تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي البارز "ايجو نبلولر" عام 1911، والذي كان معروفا في الطب النفسي، والذي وصف به احدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي الشريبي 6 (الشريبي 2011 ص 21)

ويرجع الفضل إلى ليو كانر إلى من أشار إلى الذاتية إعاقة "التوحد" باضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان ذلك عام 1943، حدث ذلك حين كان كانر "يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولقت اهتمامه بوجود أنماط سلوكية غير عادية لـ 11 عشرة طفلا كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما اطلق عليه ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر 7 (سيد سليمان 2000 ص7)

حيث وصف كانر أولئك الأطفال على أنهم منعزلون ومنسجمون ولا يتواصلون إلا بعبارة متكررة، ووصفهم أيضا بأنهم مفتونون بالجمادات ولا يتعلمون التغيير في الروتين 8 (ال اسماعيل، 2011، ص 11)

ويشير كانر إلى أن الأطفال التوحديين يبدوون كغيرهم من الأطفال العاديين ففي العادة يكونون جذابين أيضا، لذا ليس من المدهش أن هذا الأمر قد شجع كانر على افتراض أن هؤلاء الأطفال اذكيا أيضا 09 (الشريبي، 2011، ص21).

في السنة التالية 1944 قام الطبيب النمساوي "هائر اسبيرجر" أطروحته لمرحلة الدكتوراه بدراسة خصائص 4 أطفال تتراوح أعمارهم بين (116) نشرها ببحث في اللغة الألمانية، ذكر "هانز" عددا من الخصائص لعينة بحثه واطلق عليها مصطلح التوحد الطفولي" بالرغم من عدم اطلاعه على دراسة كانر".

وتوالفت بعدها العديد من الدراسات التي قدمت معلومات حول اضطراب التوحد إذ قدم "كريك" عام 1961 محاكاة شخصية لما كان يسمى آنذاك بالتوحد الطفولي مكونة من 9 نقاط تعطي انطباعا عن فئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد وهي:

- اضطراب في العلاقات الاجتماعية.
- الهوية الذاتية.
- الروتين.
- مقومة التجديد.
- سلوك غير سوي.
- فقدان القدرة على التفاعل.
- قلق زائد.
- تكرار أنماط من السلوك.
- فقدان القدرة على التحدث 10 (الغريير وعودة 2009 ص 26)

وفي عام 1977 حصل اضطراب التوحد على أول اعتراف رسمي له كفئة مستقلة من قبل منظمة الصحة العالمية (World health organization) وقد كان ذلك من خلال الإصدار التاسع للتصنيف العالمي للأمراض.

وفي عام 1979 نشرت وينغ وفولد دراسة أجريها في جنوب لندن على جميع الأطفال الذين أعمارهم تحت 15 عاما لمن يحتاجون لمساعدة تعليمية أو نفسية أو صحية أو اجتماعية وتوصلت وينغ وقولد إلى 3 أعراض رئيسية تميز باضطراب التوحد وتظهر مجتمعة بعضها بعضا فيما يسمى بـ"ثالث التوحد - ثالث الأعراف" وهي:

1- القصور في التفاعل.

2- القصور في اللغة والتواصل.

3- القصور في القدرة على التخيل.

وفي عام 1980 صنف اضطراب التوحد على أنه ضمن الإعاقات الانفعالية الشديدة إلا أنه وفي العام نفسه صنفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي American psychiatric association من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الثالث بوضعه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة إذ اشترط الدليل ظهور أعراض التوحد قبل عمر 30 شهرا 11 (الزراع، 2014، ص26).

وفي عام 1987 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل التشخيصي DSM الإصدار الثالث الذي تضمن فيه مصطلح جديد في الاضطرابات النمائية الشاملة والتوحد، وفي 1994 تم الإصدار الرابع وفي عام 2000 تم مراجعة النسخة والمصادقة عليها إلى غاية 2013 أين تم إصدار النسخة الخامسة والتي يتم اعتمادها إلى غاية يومنا هذا. 12 (أبو الفتوح عمر 2012 ص 23)

3- أسباب التوحد:

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الإعاقات النمائية، في شدة درجة الغموض الذي يكتنفها من حيث المستوى التشخيصي، أو على مستوى فهم الأسرة لها وأسلوب تعاملها.

ولم يصل الباحثون إلى سبب أكيد وموحد حتى الآن بل اختلفت أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد من شخص إلى آخر، فلا ينطبق سبب واحد على كل من يصاب باضطراب طيف التوحد، حيث إنه اضطرابٌ معقد ومظاهره السلوكية متشابكة مع كثير من الاضطرابات ومازال حقلًا للعديد من الدراسات والأبحاث التي تحاول التعرف على أسبابه، وقد تعددت في كثير من الدراسات كأسباب للتوحد، اعتمادًا على اختلاف التخصصات والاهتمامات بين الباحثين وتنوع خلفياتهم النظرية، وتعد الأسباب التالية مجرد افتراضات تتمثل في:

3-1- الأسباب النفسية الاجتماعية:

قد يكون من الأسباب البيئة الاجتماعية غير الطبيعية، والتي تجعل الطفل يشعر بالرفض من والديه وكذلك قلة العاطفة، مما يجعله ينسحب من التفاعل الاجتماعي مع البيئة المحيطة وهذا يعتمد على التفاعل الاجتماعي، في حين يفسر من الناحية النفسية على أنه شكل من أشكال الفصام الميكرو، الناتج عن وجود الطفل في بيئة تنسم بالتفاعل الاسري غير السوي مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي. 13 (محمد موسى، 2007، ص54)

3-2- الأسباب الجينية والوراثية:

قد يكون حدوث اضطراب طيف التوحد ناتجًا عن خلل جيني حيث أظهرت الدراسات أن هناك عاملاً وراثيًا يؤثر بشكل مباشر على حدوث هذا الاضطراب وقد أرجع البعض حدوث اضطراب طيف التوحد إلى خلل في بعض الجينات بسبب يربطون اضطراب طيف التوحد بضعف معين في الكروموسومات.

كما أن التوائم المتطابقة "من بيضة واحدة" كانت لديهم معدلات إصابة أعلى من التوائم المتماثلة التي جاءت من "بيضتين مختلفتين". يؤثر التوحد على 96 في المائة من التوائم المتطابقة و 27 في المائة من التوائم الأخوية، مما يشير إلى أن الجينات قد تكون عاملاً مهيباً للعدوى. من وجهة نظر وراثية، هناك عاملان قويان يساهمان في حالات التوحد: "التصلب العقدي والتشوهات الصبغية (X). 14. (عبد الله، 2001، ص65)

3-3- الأسباب العصبية:

تظهر فحوصات مخطط كهربية الدماغ لحالات التوحد تغيرات في الموجات الكهربائية تتراوح من 20% إلى حوالي 65% من حالات التوحد، وحوالي 30% من حالات التوحد زادت النوبات، خاصة مع تقدمهم في السن، وخاصة قرب سن المراهقة، خاصة عند الأطفال ذوي المستويات المنخفضة من الذكاء، أو عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات مرتبطة بالتوحد مثل التخلف، والتصلب الدرني 15 (الزارع، 2010، ص30)

3-4- الأسباب البيولوجية:

أرجع البعض السبب في حدوث اضطراب طيف التوحد إلى وجود خلل في نظام بيولوجي يتجلى في مجموعة من الأسباب التي قد تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها: مثل الإصابة بالأمراض المعدية وخاصة الحصبة الألمانية، وتكاثر الخلايا الفيروسية، وهو عدوى تصيب الجنين في الرحم، أو عدوى في الدماغ. الأمراض الفيروسية التي تضر بمناطق دماغ الجنين المسؤولة عن الذاكرة، أو عيوب في إنزيمات الجنين التي تسبب تأخر النمو، أو وظائف الجهاز الهضمي التي تمنع امتصاص العناصر النشوية في غذاء الجنين، أو الأدوية والعقاقير الطبية التي يتناولها. الأم أثناء الحمل أو النزيف أثناء الحمل أو التعرض لحالات أخرى 16. (الشريف، 2011، ص 221-222)

3-5- الأسباب الإدراكية والعقلية:

يعتقد أولئك الذين يتبنون هذا الرأي أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن اضطراب إدراكي نمائي ، لأن الأبحاث أظهرت أن هناك أنواعًا مختلفة من الأطفال المصابين بالتوحد ، مما يؤدي إلى انخفاض في الإدراك والكلام ومهارات اللغة لديهم أيضًا. الارتباك وعدم القدرة على فهم الآخرين وفهم الذات. 17 (الجلي، 2005 ص

(65)

3-6- الأسباب البيوكيميائية :

أكد العديد من الباحثين وجود خلل في مستوى تركيز بعض النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي لدى أطفال التوحد.

- السيروتونين (Serotonin) هو ناقل عصبي مهم مشتق من بطانة الجهاز الهضمي الذي يتحكم في العديد من العمليات الوظيفية والسلوكية مثل النوم وإفراز الهرمونات والمزاج والذاكرة ودرجة الحرارة.
 - الدوبامين (Dopamine) وينتج من الأحماض الأمينية.
 - الفينيلانين (Phenylalanine) : يلعب دورًا حيويًا في النشاط الحركي والذاكرة والاستقرار العاطفي والسلوك النمطي.
 - النورينفرين (Norepinephrine) : يلعب دورًا في مستويات الإثارة والعصبية والقلق
 - البيبتيدات العصبية: وهي مسؤولة بشكل أساسي عن التحكم في العواطف وإدراك الألم والسلوك الجنسي
- 18 (الدلال، 2011 ص 401)

3-7- الأسباب البيئية الخارجية:

تم ربط العديد من الأسباب البيئية بالتوحد لأنها قد تكون سبب التوحد وتشمل العديد من الاحتمالات: بما في ذلك التلوث البيئي ، وتعرض البويضات أو الحيوانات المنوية للمواد الكيميائية قبل الحمل ، والإشعاع ، وتلوث الطعام من خلال استخدام المواد الكيميائية، واللقاحات والأمصال، و الخمر والمخدرات وتأثيرهما، والتدخين، وأخيرا إصابة الام بالأمراض المعدية والتي قد تنتقل الى للأطفال وهم اجنة.19 (مصطفى، الشربيني،

2011 ص. 46-50)

4- خصائص الطفل التوحدي:

هناك العديد من الخصائص التي تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال الأسوياء، ونذكر منها الخصائص الجسمية، الاجتماعية، واللغوية، والسلوكية، والعقلية المعرفية، وهي خصائص عامة تظهر على الأطفال التوحديين، إلا إنها متفاوتة من طفل لآخر كما وكيفا، وأنه لا يوجد تشابه أو تطابق بين الحالات وسوف نتناول كل منها بشيء من التفصيل:

4-1- الخصائص الجسمية:

يتسم معظم الأطفال المصابين بالتوحد بالمظهر العادي أو الاستثنائي ، لكن العديد منهم يتمتعون بجاذبية جسدية ، وغالبًا ما تكون المشكلات الجسدية عند الأطفال المصابين بالتوحد نادرة ، خاصة إذا كانت أعراض التوحد ليست أعراضًا لاضطرابات أخرى. هذا لا ينفي وجود الأشخاص المصابين بالتوحد الذين لديهم حساسية مفرطة للأصوات أو إشارات النيون أو اللمس ، مما يشير إلى استجابات حسية غير طبيعية بسبب عجز المعالجة الحسية ، مما يعكس مشكلة في استخدام جميع الحواس بالإضافة إلى صعوبات الاستخدام المتزامن. . 20 (مصطفى، الشربيني، 2011 ص. 65)

4-2- الخصائص الاجتماعية:

غالبًا ما يفتقر العديد من الأطفال المصابين بالتوحد إلى التفاعل الاجتماعي وغالبًا ما يوصفون بأنهم يعيشون في عالمهم الخاص ، وباختصار ، فهم معزولون ومنفصلون عن العالم الذي يعيشون فيه ، ويمثل هذا النقص في التفاعل الاجتماعي السمة السائدة والمشاركة لهؤلاء الأطفال. لأن هذه إحدى السمات الرئيسية التي يصفونها. .

ولا يمكن الحكم بأن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يستطيعون تكوين صداقات، بل يعود السبب في القصور لتكوين العلاقات الاجتماعية لأنهم لا يعرفون في كثير من الأحيان كيف يفعلون ذلك 21

(Marshall، 2004، p52)

4-3- الخصائص اللغوية:

يعاني معظم الأطفال المصابين بالتوحد من مشاكل في التعبير اللغوي والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، ولا يمكنهم اتباع قواعد اللغة مما يؤثر سلبًا على عملية التكيف الاجتماعي ، وفي بعض الحالات يمكنهم تحقيق الكلام الطبيعي بمستوى قريب من المعيار. يُظهر الأطفال المصابون بالتوحد أيضًا سلوكًا مضادًا لصدى الصوت في الكلام ، أي تكرار الأصوات المحيطة التي يسمعونها ، وقد يكون تحديد الموقع بالصدى فورًا ، أي أن الطفل يكرر ما يسمعه مباشرةً ، أو قد يتأخر تحديد الموقع بالصدى ، أي أنه يكرره بعد ذلك. يظهر الأطفال أيضًا فهمًا حرفيًا للكلام أو معلومات شفوية مسموعة. 22 (Heward، 2006، p32)

4-4- الخصائص السلوكية:

تميز الأطفال المصابون بالتوحد بسلوكيات نمطية متكررة ، وهي إحدى السمات المميزة للتوحد ، وغالبًا ما يعانون من حركات جسدية متكررة ، أو حركات غير طبيعية ، سواء بالأصابع أو اليدين ، أو النقر على قطعة بأصابعهم أو كتاب وشيء يدور في جسده وكذلك بعضهم قد يقوم بقضم أظفاره أو أحد أظافر الآخرين 23 (عمارة، 2005، ص18)

4-5- الخصائص المعرفية والعقلية:

يعاني الأطفال المصابون بالتوحد من قصور حاد في الأداء الوظيفي أو الخصائص المعرفية والنفسية. لديهم أيضًا صعوبة في فهم وإدراك أبعاد الموقف ، وامتصاص المحفزات ، والاستجابة ، وإظهار عيوب ملحوظة في رؤيتهم التركيبية ، ورؤية الأشياء من جانب واحد دون إدراك شكلها. حجمها الإجمالي لأنهم لا يرون الكل بل الأجزاء فقط. بالإضافة إلى ذلك ، يعاني الأطفال المصابون بالتوحد من صعوبة في حل المشكلات ، وضعف القدرة الاستقرائية ، وعقبات في التفكير ، مثل: عدم كفاية القدرة على توليد أفكار جديدة ، وصعوبة في رؤية الحدود بشكل شامل. الأسئلة ، سواء كانت تتطلب مهارات لفظية أو بصرية لحلها. كما أنهم يعانون من الإلهاء ، والتشتت ، وضعف الذاكرة ، وعدم القدرة على التنبؤ بالأحداث والأحداث ، والتخلف العقلي 24 (الزريقات، 2005، ص57)

5- أعراض التوحد:

ان الشكل الأساسي للطفل ذي اضطراب التوحد يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين، ويرجع ذلك إلى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل التوحدي، حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو أنها غير موجودة أو بها عجزاً في ناحية ما.

لقد أشارت Wendy Brown أن الأعراض المصاحبة لاضطراب الذاتوية تشتمل على جوانب أساسية منها الجانب الاجتماعي ويتمثل في اختلال القدرة على التفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على التواصل واستخدام اللغة وقواعدها بالإضافة إلى الجانب المعرفي، والذي يمثل في أوجه القصور الوظيفي للعمليات المعرفية خاصة الإدراك وأشارت إلى أعراض الاضطراب الذاتوي فيما يلي:

- خلل في التفاعل الاجتماعي.
 - اضطراب النمو اللغوي.
 - اضطراب التواصل Communication Disorder على المستوى الاجتماعي والمعرفي وقصور في القدرة على التخيل.
 - اضطراب التآزر الحركي. Motor Coedination.
 - نمطية السلوك الروتيني.
- ومن الأعراض المميزة للتوحيدين، عدم القدرة على الاستجابة للآخرين، ويتصرفون وكأنهم يعيشون في عالم بمفردهم، وعدم الاستجابة للمسؤولين عن رعايتهم بصورة مناسبة فهم لا يميلون إلى معانقة الأم أو الفرح لوجودها، والافتقار إلى الكلام ذي المعنى وإصدار أصوات ليس لها معنى بصورة نمطية مثل الصراخ أو الصياح والالتصاق ببعض الأشياء مثل لعبة أو أي شيء آخر.
- ومن هذه الاعراض:
- أن يجد الطفل صعوبة في تكوين العلاقات الاجتماعية و عدم قدرته على التواصل اللفظي والمشاركة في الأنشطة مع أقرانه.
 - يعاني الطفل ببطء في المهارات الاجتماعية كما أثبتت الدراسات أن 20% من الأطفال الذين يعانون من التوحد متأخرون في اكتساب القدرات العقلية واكتشفت أن لدى بعض المصابين بالتوحد مهارات ومواهب معينة في مجالات مختلفة مثل الموسيقى والحساب والرسم
 - يعاني الطفل التوحدي من حركات متكررة مثل الدوران، هز الرأس، أو ررفة اليدين.
 - يعاني هؤلاء الأطفال من الروتين في النظام اليومي والألعاب وهكذا.
 - يعاني أيضاً من بطء في تصور اللغة.
 - لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين.
 - غير معتاد للأحاسيس الجسدية مثل أن يكون حساس أكثر من المعتاد أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم.
 - قد يكون نشطاً أكثر من المعتاد أو أن تكون حركته أقل من المعتاد.
 - لديه اضطراب في الأكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على نوع واحد أو نوعين والاستيقاظ ليلاً مع هز الرأس أو الصراخ أو خبط الرأس في الحائط.
- تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر ويمكن استخلاص أهم أعراض التوحد فيما يلي:
- يكرر كلام الآخرين.
 - لا يهتم بمن حوله.
 - لا يحب أن يلمه أحد.
 - يقاوم التغيير في الروتين.
 - لا ينظر في عين من يكلمه.
 - نوبات غضب شديدة دون سبب.
 - لا يلعب مع الأطفال.
 - لا يخاف من الخطر.
 - يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
 - يتصرف وكأنه لا يسمع.
 - لديه إما نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
 - ضحك هستيري في أوقات غير مناسبة.
 - يستمتع بلف الأشياء أو الدوران حولها.

- تعلق غير طبيعي بالأشياء 25 (السعيد، 2017، ص30)

6- النظريات المفسرة للتوحد:

لقد اهتم الكثير من العلماء، وظهرت تفسيرات عديدة في محاولات منهم إلى فهم هذا الاضطراب وفيما يلي عرض لهذه النظريات:

6-1 نظرية العقل:

تشير إلى قصور واضح في قدرة الطفل التوحدي على قراءة العقل فالأطفال العاديون في عمر الرابعة لديهم القدرة على فهم ما لدى الآخرين من مشاعر وأفكار ورغبات ومقاصد هذه الأشياء هي التي تحرك وتؤثر على السلوك و لديهم القدرة على معرفة رغبات واعتقادات وأفكار الآخرين المختلفة والتي تؤدي الى اختلاف في السلوك.

الأطفال التوحديون بمقدورهم تكوين اعتقادات معينة أو إدراك ما يعتقده الآخرون إلى جانب ذلك فهم لا يستطيعون التعبير عن الانفعالات المختلفة، أما بالنسبة للبيئة الاجتماعية فليس من السهل على أغلبهم فهم البيئة ومكوناتها كما أن سلوكياتهم في أغلبها غير مقبولة.

6-2 النظرية البيئية:

تشير إلى أن الطفل التوحدي يعد عادياً من حيث الجانب العضوي غير أنه يتعرض لمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة من حياته تسفر عن اصابته بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسؤولية تعرض الطفل لاضطراب على الوالدين بصفة خاصة ولقد لاحظ (كانر) أن معظم أولياء أمور هؤلاء الأطفال يتميزون بالسوسوسة واللامبالاة وجمود المشاعر العاطفية.

ونظراً لأن تلك الأوصاف المبكرة لأولياء أمور الأطفال التوحديين تضمنت اتسامهم باللامبالاة وتبلد المشاعر والعزلة والتقليدية أو الرسمية، لذلك فقد ظهرت وجهة نظر (تبلهايم) وهي الحرمان العاطفي العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد، ويبدو أن هؤلاء الأطفال ينتمون إلى أسر تتميز بالبرود العاطفي أو التلقائية الحقيقية إلى حد كبير وكذلك اخفاق الأطفال التوحديين في تنمية المشاعر الكافية للارتباط بالوالدين وأثر الانغلاق على أنفسهم والارتباط بالأشياء أكثر من ارتباطهم بالناس.

6-3 النظرية المعرفية :

لا أحد يذكر أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد واستعمال المعلومات ويحاول العلماء إلقاء الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين.

وقد امتدت وجهة النظر هذه حول الخلل المعرفي لدى الأطفال التوحديين لتشمل وصفاً لكثير من الخصائص المتعلقة بهذا الاضطراب، وبالتالي يمكن تفسير خصائص مثل المصاداة وعدم الكلام وعكس الضمائر ومحدودية المفردات في ضوء عدم قدرة الأطفال التوحديين على تكوين مفهوم "أنا – وأنت " ومن ثم لا يستطيع الكلام بصورة صحيحة وبالمثل فإن اصرار الطفل على إبقاء البيئة ثابتة دون حدوث أي تغيير أو التكرار الآلي.

6-4 النظرية العضوية:

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

كما تتخذ هذه النظرية وجهة نظر وهي أنه يرى الباحثين والمهتمين بذلك الاضطراب على أنه يعد اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته وأن هناك أسباب بيولوجية متعددة وليست سبباً واحداً حدث في وقت ما ما بين العمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن الملامح الأساسية المميزة لاضطرابات التوحد. 26 (السعيد. 2017)

7- أشكال التوحد:

بما ان الاطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون نفس الخصائص او نفس الشدة فقد اتجه الباحثون للبحث عن طريق لتصنيف التوحد فصنف بعدة انواع منها:

1- الاضطراب التوحدي:

الاطفال ذوي الاضطراب التوحدي لديهم درجة متوسطة الى شديدة، ويتسم هذا الاضطراب بتوفر خمسة بنود او اكثر:

- مقياس التشخيص:
- على الاقل ستة بنود من المجموعات (الاولى، الثانية والثالثة) ويكون على الاقل بندين من المجموعة الاولى والباقي من المجموعة الثانية والثالثة
- المجموعة الاولى:
- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي
- عدم القدرة الشديدة على استخدام العديد من السلوكيات التواصلية غير اللفظية ، مثل التفاعلات النظرية ، وتعبيرات الوجه ، ووضعية الجسم ، والإيماءات ، والاتجاهات
- عدم القدرة على تكوين صداقات مع الأقران يفتقر إلى الاهتمام ومحاولات المشاركة في اللعب غير قادر على الطلب أو الإحضر أو الإشارة إلى اللعب عدم القدرة على مشاركة المشاعر والعواطف مع المجتمع المحيط
- المجموعة الثانية:
- الضعف الكيفي والنوعي في التواصل
- التأخر في المهارات اللغوية أو نقصها دون تعويضها باستخدام وسائل اتصال أخرى ، مثل الإيماءات.
- المجموعة الثالثة:
- اهتمامات ونشاطات نمطية متكررة.
- الهوس الكامل بلعبة معينة ولعبها بطريقة نمطية ومتكررة ضمن حدود ضيقة ومحدودة وبدرجة غير عادية من التركيز والشدة.
- مقاومة التغيير ، رتابة.
- حركات الجسم النمطية والمتكررة خفقان اليد والأصابع ، حركات الجسم المتكررة
- تأخر أو نقص في الاستجابات غير الطبيعية بدءاً من أقل من ثلاث سنوات مع واحدة الأقل من المجموعات التالية:
- التفاعل الاجتماعي.
- الروابط الاجتماعية.
- اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي.
- لعبة منطقية وخيالية..

2- متلازمة رين :

تحدث هذه الحالة عند الفتيات فقط ، وفي هذه الحالة لا يحدث التطور الطبيعي حتى سن 6-18 شهراً ، وبعد ذلك يلاحظ الوالدان تغيرات في سلوك الطفل ، أو انخفاض في النمو أو فقدان بعض القدرات المكتسبة ، خاصة المهارات الحركية والمشي الكبيرة ، متبوعة من خلال نقص ملحوظ في القدرات مثل: الكلام والتفكير

واستخدام اليدين ، يكرر الطفل حركات وإشارات لا معنى لها ، والتي تعتبر مفتاح التشخيص ، بما في ذلك المصافحة والتصفيق ، أو تفرد حركة اليدين.

- مقياس التشخيص:

كل البنود التالية:

- الحمل والولادة بشكل طبيعي.
- التطور والنمو الحركي النفسي الطبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى من الحياة.
- محيط الرأس عند الولادة. تظهر العناصر التالية بعد فترة من التطور الطبيعي: تباطؤ النمو في محيط الرأس (24-5 شهرًا).
- فقدان القدرة المكتسبة على تحريك اليدين عند (30-5) شهر من العمر وحركات نمطية متكررة مثل التصفيق.
- فقدان التماسك الاجتماعي المكتسب في الفترة السابقة ، وعادة ما تتكون التفاعلات الاجتماعية بعد هذا العمر.
- مشية غير متوازنة أو حركات جسم غير عادية.
- نقص حاد في تطوير اللغة المستقلة والتعبيرية ، مصحوبًا بتأخيرات حركية وحركية..

3- متلازمة اسبيرجر:

الطفل ضعيف نوعياً اجتماعياً ، مع سلوكيات نمطية ومتكررة. في المقابل ، لم يكن هناك تأخير في اللغة أو التطور المعرفي أو قدرات الرعاية الذاتية. غالباً ما تظهر المشكلات الاجتماعية في سن المدرسة ، في التفاعل مع الأقران والتعبير عن المشاعر.

- مقياس التشخيص :

- 1- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي مثل:
 - قصور شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية التواصل المفاهيمي ، تعابير الوجه ، حركات الجسم ، الإيماءات.
 - عدم الاهتمام ومحاولة الانخراط في الألعاب عدم القدرة على طلب الألعاب أو إحضارها.
 - عدم القدرة على تكوين صداقات مع أقرانهم من نفس العمر.
 - عدم القدرة على إيصال المشاعر والعواطف مع المجتمع المحيط.
- 2- سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات مثل:
 - القيام بالانهماك الكامل في واحد أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير الطبيعية في حداثها أو تركيزها.
 - الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس.
 - تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الاصابع واليدين، التواء الذراعين أو الجسد)، حركة معقدة للجسم.
 - الانهماك الكامل والمستمر مع جزء من اللعبة.
- ج- الاضطرابات تؤدي لى ضعف هام طبيياً في مهام العمل المهمة مثل العلاقات الاجتماعية أو العمل
- د- عدم وجود عيوب لغوية عامة ملحوظة طبيياً (كلمة واحدة بعمر 2 ، اتصال شفهي حسب العمر 3).

4- اضطراب التحطم الطفولي:

هي حالة نادرة يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد التطور والنمو الطبيعي في العامين الأولين من العمر. تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة ، عندما تنخفض العديد من الوظائف ، مثل القدرة على الحركة ، والتحكم في التبول وحركات الأمعاء ، والمهارات اللغوية والاجتماعية.

مقياس التشخيص:

- تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليتين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتوافق مع عمر الطفل.
- التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- العلاقات الاجتماعية.
- تفقد المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة اللغة المستقبلية والتعبيرية، المهارات الاجتماعية أو سلوكيات التأقلم.
- التحكم بحركات الأمعاء.
- يلعب مهارات قيادة.
- العمل غير المنتظم الذي يتجلى في ضعف الجودة والجودة في التفاعلات الاجتماعية مثل:
- اضطراب السلوك غير اللفظي. -
- عدم القدرة على تكوين صداقات مع الأقران.
- ضعف التواصل العاطفي والاجتماعي.
- نقاط الضعف النوعية والنوعية في التواصل الاجتماعي ، مثل: التأخير ونقص اللغة المنطوقة.
- عدم القدرة على البدء ومواصلة الحديث
- نمطية وتكرار الحديث. 27 (كعبوش، 2018، ص 41-45)

8- تشخيص التوحد:

● كيف يتم تشخيص التوحد؟

بما أنه لا يوجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع المصابين بطيف التوحد، فإنه بالتالي لا يوجد فحص طبي لتشخيص هذا الأخير، بل إن المعايير لتشخيصه تعتمد على الجانب السلوكي فقط، وبالتالي يتم تشخيص الأفراد الذين يعانون منه عندما تظهر عليهم سلوكيات مطابقة لمعايير تشخيص طيف التوحد، والواقع أن الأمر ليس يسيراً؛ حيث أن التوصل إلى التحقق من وجود هذه السمات السلوكية يتطلب البحث مع والذي الطفل في جميع تفاصيل مراحل نمو الطفل، وإجراء بعض الاختبارات للاستدلال على وجوده، كقياس درجة التوحد الطفولي، أو الاختبارات النفسية العامة) غير خاصة بالتوحد(أو بملاحظة السلوك بشكل عام 28(الشامي، 2004، ص 208)

وعليه فإن كل ما نقوم به من تحاليل طبية، وأيضية ، وعصبية ، هو بغية التأكد من مصاحبة هذه الأخيرة لهذا الاضطراب وليست سببا لهذا الأخير.

● ماذا نقصد بمعايير التشخيص؟

تشير معايير التشخيص إلى مجموعة من المظاهر السلوكية والنفسية والعضوية أو مزيج من الاثنين أو الثلاثة من هذه العناصر التي لا بد أن تظهر على جميع الأشخاص الذين يتصفون بنفس الحالة، وبمعنى آخر إنه عندما تظهر معايير تشخيص اضطراب أو مرض مكتملة في شخص، يدل ذلك على أن هذا الشخص يعاني الاضطراب الذي اكتملت لديه المعايير التشخيصية له. 29 (الشامي، 2004، ص 206)

في منتصف عام 2013 أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-5) بعد 14 عاما من مراجعة البحوث والتحديثات الأخيرة في مجال الطب النفسي. وهذا التصنيف يستخدمه الأطباء والباحثين لتشخيص وتصنيف الأمراض العقلية، جلب هذا الدليل الجديد تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM-IV-TR) الصادر عام 2000 واهم هذه التغييرات كانت لاضطراب طيف التوحد .

التشخيص المعدل الجديد لاضطراب التوحد أعلن أنه أكثر دقة و أكبر فائدة من الناحية الطبية والعلمية في تشخيص الأفراد المصابين باضطرابات التوحد فالصفات التشخيصية السابقة لاضطراب طيف التوحد والمذكورة في الإصدار الرابع من الدليل، كانت قد تعرضت لانتقادات كثيرة من قبل المختصين بالطب النفسي . فقد اتفق الكثير منهم بأن الزيادة التي حصلت في العقدين الماضيين في معدل انتشار اضطراب طيف التوحد كان احد أسبابها المهمة الصفات التشخيصية غير الدقيقة في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي. وقد وضح البعض بأن الصفات التشخيصية السابقة لو اتبعت حرفيا لتم تشخيص أي شخص في العالم بأنه مصاب باضطراب اسبرجر أو بالاضطرابات النمائية غير المحددة والمتعلقة باضطراب طيف التوحد. كما أن بعض المصابين به قد يكونوا مثل الكثير من الأفراد الطبيعيين الآخرين الذين وجدوا

أنفسهم فجأة مشخصين بمرض طيف التوحد فقط لأنهم لم تكن لهم الرغبة بأن يشربوا أو يتفاعلوا اجتماعيا مع الآخرين. 30 (حمادو، مسعودة، 2021، ص424-425)
لهذا يختلف الإصدار الخامس الجديد من الدليل التشخيصي والإحصائي عن سابقه بعدة أمور نلخصها في الجدول الموالي:

| | |
|----------------------------|--|
| اسم الاضطراب | DSMV(2013) طيف التوحد |
| مسمى الفئة | اضطراب طيف التوحد (ASD) |
| بنية الفئة | متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض. |
| مكونات الفئة | فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف ب: التوحد، اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط. |
| التشخيص | التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية. |
| مستوى الشدة | تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات يتطلب (توفير الدعم، توفير دعم جوهري، توفير دعم جوهري كبير) ضمن فئة واحدة. |
| المصاحبة لإعاقات أخرى | محددة: الإعاقة العقلية اضطرابات اللغة، الحالات الطبية - والجينية، اضطرابات السلوك. |
| المدى العمري لظهور الأعراض | الطفولة المبكرة 8 سنوات |

جدول رقم 01 : يوضح مراحل تمييزية لأعراض طيف التوحد حسب DSM5

| | | |
|----------------|--|--|
| معيار المقارنة | DSMIV-TR(2000) | DSMV(2013) طيف التوحد |
| مسمى الفئة | الاضطرابات النمائية الشاملة PDD | اضطراب طيف التوحد (ASD) |
| بنية الفئة | مظلة لخمس اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض | متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض |
| مكونات الفئة | خمس اضطرابات هي: التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي | فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف ب: التوحد، اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط. |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| محكات التشخيص | ثلاث محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية. | محكين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية. |
| مستوى الشدة | خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض. | تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات يتطلب (توفير الدعم، توفير دعم جوهري، توفير دعم جوهري كبير) ضمن فئة واحدة |
| المصاحبة لإعاقات أخرى | غير محددة | محددة: الإعاقة العقلية اضطرابات اللغة، الحالات الطبية - والجينية، اضطرابات السلوك، الكاتونيا |
| المدى العمري لظهور الاعراض | 3 سنوات | الطفولة المبكرة (8 سنوات) |

ومن خلال الجدول نستكشف أن المعايير الجديدة، أصبحت لا تعني بالتشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد، مما يسهل عملية التشخيص ، وكذلك يسهل عملية إعداد البرامج الخاصة لتكفل بهذه الفئة؛ حيث أصبحت تعتمد على درجة شدة الأعراض ، فهذا يصبح التكفل بهم في المراكز الخاصة بالإعاقة العقلية أمرا مستحسنا بالنسبة للفئة التي تحتاج لدعم، فهي أصبحت مثلها مثل فئة الإعاقة العقلية البسيطة.

جدول رقم(02) : يوضح مقارنة في المعايير التشخيصية القديمة والجديدة ل DSM3

من خلال الجدولين، نلاحظ أن اضطراب طيف التوحد مر بمراحل في تشخيصه حيث أنه كانت هناك أمور تأخذ بعين الاعتبار، أصبحت الآن ليس لها دور في تشخيص التوحد، هذا ما يؤكد أن الاضطراب مازال فيه تغيرات تطراً عليه إلى غاية كتابة هذه الأسطر، ويرجع ذلك لعدم معرفتنا الحقيقية لأسباب هذا الاضطراب، وكذلك لظهور بعض الأعراض واختفاء البعض الآخر، كما أنه يوجد اختلاف في البيئات فالبيئة العربية تختلف عن البيئة الغربية ، كذلك يوجد بعض الاضطرابات كانت تعد من أنواع التوحد الآن أصبحت غير ذلك، كما أنه تغير عمر التشخيص وعدد المحكات في DSM-V الطبعة الخامسة، لدينا الآن تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد وهو يتضمن أربعة تشخيصات سابقة وهي التوحد، اضطراب اسبرجر، اضطراب الطفولة الانحلالي، اضطراب النمو المتعمم غير المحدد بشكل آخر بل أصبحت تتميز بشدة الأعراض فقط أي أصبح يصنف طيف توحّد بمستويات ثلاث وهي : المستوى الأول يتطلب توفير الدعم، المستوى الثاني يتطلب توفير دعم جوهري، المستوى الثالث يتطلب توفير دعم جوهري كبير؛ حسب الإصدار الأخير ل DSM-V الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية في ماي 2013 ؛ كل هذا جعل تشخيص التوحد صعب ويحتاج إلى خبرة وفريق متعدد التخصصات حتى نستطيع أن نطلق على الطفل أنه من ذوي اضطراب طيف التوحد.

ليست هناك اختبارات طبية محددة لتشخيص التوحد، نتيجة لذلك يجب أن تتابع حالة الطفل من قبل متخصصين لتحديد : مستوى التواصل، مستوى السلوك، مستوى النمو؛ نتيجة تشابه الاضطراب مع أعراض اضطرابات أخرى، فإنه يجب إخضاع الحالة لاختبارات طبية لاستبعاد الاضطرابات الأخرى.

9- التشخيص الفارقى للتوحد:

هو العملية التي تحدد فيها أى من المرضى أو أكثر لهم أعراض متداخلة هي التي تنطبق على حالة مريض معين، كذلك تشمل عملية التشخيص الفارق بين مرضين اثنين متشابهين بتحديد الأعراض الحاسمة التي تظهر مع أحدهما ولا تظهر مع الآخر، والهدف من التشخيص الفارقى هو التوصل إلى تفسير طبي أقرب إلى الصواب لحالة مرضية غريبة أو معقدة، كخطوة أولى تساعد على البحث عن العلاج المناسب، تعتمد فكرة التشخيص الفارقى على سرد جميع احتمالات الأمراض التي يمكن أن تسبب عرضاً ما أو أن تكون السبب في تغييرات مرضية معينة مثلًا نتائج فحوصات طبية، بحيث توضع قائمة بالأمراض المحتملة.

بعد ذلك يتم الاقتراب إلى التشخيص الحقيقي (الأقرب إلى الحقيقة) عن طريق إجراء فحوصات تفريقية (أى هادفة للتفريق بين هذه الاحتمالات) عن طريق توفير نتائج ومعلومات إضافية تدعم أو تنفى هذا الاحتمال أو ذلك.

بعدها يتم تصفية قائمة التشخيصات التفريقية حتى يتبقى تشخيص واحد يعتبر هو الأقرب للصواب في وصف الحالة المرضية، بمعنى أن التوصل إلى التشخيص الصحيح يتم عن طريق استبعاد الاحتمالات غير الممكنة.

يعانى الكثير من الباحثين والمتخصصين من قضية تشابك السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كالإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، والإعاقة السمعية واضطرابات التواصل، واضطرابات أخرى، ويمكن تلخيص هذه الفروق فيما يلى: 31(ابراهيم، 2020)

1- التوحد والإعاقة العقلية:

| الاعاقة الذهنية | اضطراب التوحد |
|--|---|
| المعاقون عقليا يتعلقون بالآخرين ولديهم بعض الوعي الاجتماعي. | الأفراد المتوحدون لا يوجد لديهم تعلق بالآخرين ويميلون للعزلة والانسحاب. |
| يعتمد في تشخيص الإعاقة العقلية بشكل أساسي على اختبارات الذكاء. | لا يعتمد في تشخيص اضطراب التوحد بشكل أساسي على القدرات العقلية |
| توجد أعراض خارجية وشكلية تدل على وجود إعاقة عقلية مثل المنغوليين، وكبر حجم الدماغ وغيرها | يكون الطفل التوحدي طبيعي من حيث المظهر ويتصف بالوسامة والجمال. |
| اللغة موجودة بشكل أفضل مقارنة بالطفل التوحدي. | يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وان وجدت تكن غير عادية وغير وظيفية. |

| | |
|---|--|
| تركز أدوات التشخيص للأطفال المصابين بالتوحد على الجوانب السلوكية واللغوية والاجتماعية | تركز الأدوات التي تستخدم لتشخيص الإعاقة العقلية على الجانب المعرفي والعقلي والسلوكي والتكيفي |
| يتجنب الأطفال المتوحدون التواصل البصري مع الآخرين.. | تجنب التواصل البصري صفة نادرا ما تحدث لدى المعاقين عقليا. |

جدول رقم 03 : الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد والاعاقة العقلية(ابراهيم،2020)

2- التوحد وفصام الطفولة:

| اضطراب التوحد | فصام الطفولة |
|---|---|
| لا يوجد لدى التوحديين الهلوسة وهذيان. | يكثر وجود الهلوسة والهذيان لدى الأفراد المصابين بفصام الطفولة. |
| الأطفال المتوحدون لا يستطيعون استخدام الرموز | الفصاميون قادرين على استخدام الرموز |
| المتوحدون لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة. | الفصاميون ممكن أن يطوروا علاقات اجتماعية |
| حالات التوحد لا تنتشر ولا تتكرر في العائلة. | حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة في العائلة. |
| يبدأ اضطراب التوحد قبل 30 شهرا من العمر | يظهر الفصام في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة |
| يعاني المتوحدون من قصور أو غياب اللغة. | لا يعاني الفصاميون من قصور في اللغة أو غياب القدرة على التعبير. |
| المتوحدون يتجنبون التواصل البصري مع الآخرين. | نادرا ما يتجنب الفصاميون التواصل البصري مع الآخرين. |

جدول رقم 04: الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد وفصام الطفولة(ابراهيم،2020)

3- اضطراب التوحد والاعاقة السمعية:

| الاعاقة السمعية | اضطراب التوحد |
|---|---|
| يستطيع المعاق سمعياً تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية. | لا يستطيع الطفل التوحدي تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية. |
| يعتبر الانسحاب الاجتماعي ومقاومة التغيير من السلوكيات الثانوية للطفل الأصم. | يعتبر الانسحاب الاجتماعي ومقاومة التغيير في الروتين من السلوكيات الأولية للطفل التوحدي. |
| الطفل الأصم يستطيع أن يتعرف على تعبيرات الوجه. | الطفل التوحدي لا يستجيب لمشاعر الآخرين ولا يفهم هذه المشاعر. |
| يسهل تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي من خلال أجهزة السمع والكلام. | توجد صعوبة في تشخيص حالات التوحد لعدم توفر أدوات مقننة. |
| الأطفال الصم يكون لديهم تاريخ من المناغاة والأصوات العادية والتي تتوقف بعد 6 شهور من العمر. | الأطفال المتوحدون نادراً ما يمرون بمرحلة المناغاة بصورة واضحة |
| الطفل الأصم لا يقوم بمثل هذه السلوكيات إلا عندما يتم تجاهل حاجاته لفترة طويلة | الطفل التوحدي يقوم بسلوكيات متكررة كالهز والدوارن والتأرجح والتصفيق وتشبيك الأيدي. |
| نسبة الذكاء لدى المعاقين سمعياً اعلي من التوحديين. | نسبة الذكاء لدى التوحديين اقل من المعاقين سمعياً |

جدول رقم 05 : الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد والاعاقة السمعية (ابراهيم، 2020)

4- اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر:

| متلازمة اسبرجر | اضطراب التوحد |
|--|---|
| لا يوجد تأخر عام في اللغة ولا يوجد لديهم صعوبات في استخدام الضمائر | يعاني الأطفال التوحديون تأخر ملحوظ في التطور اللغوي |
| تظهر أعراض متلازمة إسبرجر في مرحلة الطفولة المتأخرة | تظهر الأعراض التوحدية في مرحلة الطفولة المبكرة |
| الخلل في التفاعل الاجتماعي أقل شدة | الخلل في التفاعل الاجتماعي أكثر شدة |
| لا تظهر المشكلات الكلامية مثل المصاداه وعكس الضمائر لدى المصابين بمتلازمة اسبرجر | تظهر المشكلات الكلامية مثل المصاداه وعكس الضمائر لدى الأطفال المصابين بالتوحد |

| | |
|--|--|
| لا تظهر سمات القلق والاكتئاب والعدوانية بشكل أساسي لدى المصابين بالتوحد. | يتصف المصابون بمتلازمة اسبرجر بالقلق والاكتئاب والعدوانية. |
| الأطفال التوحديون يعانون من العزلة الاجتماعية إذ أنهم غير مدركين وواعين بوجود الآخرين. | الأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر يعانون من العزلة الاجتماعية ولكنهم مدركين جيداً بوجود الآخرين ولكن لا يحاولون التواصل معهم. |
| تعتبر السلوكيات النمطية والتكرارية أعراض أساسية. | تظهر السلوكيات النمطية والتكرارية بدرجة أقل من الأطفال التوحديين |
| أعراض حالات التوحد أكثر شدة . | أعراض حالات اسبرجر أقل شدة. |

جدول رقم 06 : الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر(ابراهيم،2020)

5- اضطراب التوحد ومتلازمة ريت:

| اضطراب التوحد | متلازمة ريت |
|--|---|
| فقدان تام للوظائف اللغوية | قد لا يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها |
| يحدث اضطراب التوحد عند الذكور والإناث ولكن بنسبة أكثر عند الذكور. | متلازمة ريت تظهر عند البنات فقط |
| اشارت الدراسات بان 4-32 % من التوحديين سوف يحدث لهم نوبات صرعية عظمى | تحدث تشنجات للمصابين بمتلازمة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة أو حدوث نوبات صرع قبل ثمان سنوات. |
| العوامل المسببة للإصابة باضطراب التوحد غير محدودة فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية. | العوامل المسببة للإصابة بمتلازمة ريت تختصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي أو المخيخ أو الجهاز العصبي المركزي. |
| لا تظهر أعراض واضحة على حالات اضطراب التوحد | يحدث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج في الأطراف السفلية مع غياب في التناسق الجزئي. |

جدول رقم 07 : الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد ومتلازمة ريت (ابراهيم،2020)

10- الدراسات السابقة:

1- دراسة نيريت بيمينجر وخرون (2004) (al et NiritBauminger) بعنوان العلاقات بين إدراك الذات والعلاقات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع ، تهدف الدراسة إلي فحص إدراك الذات والعلاقات الاجتماعية في الوظائف العليا للأطفال التوحديين وتكونت من

16 طفل من العاديين و16 طفل من نفس العمر الزمنى وتم التجانس بين أفراد العينة في العمر الزمنى والعقلي والجنس والذكاء وتعليم الأم ومن الأدوات المستخدمة ثلاث استبيانات تقريرية للذات , مقياس لإدراك الذات. أسفرت النتائج عن أن الأطفال التوحديين كانوا أكثر استفادة للصدقة والمشاركة المؤثرة والتعامل مع الآخرين بالنسبة لمجموعة التوحد فإن كانوا متقاربين في كل هذا علي مجموعة العاديين , وايضاً الصداقة أكثر تناسقاً وإيجابية مع قدراتهم المعرفية وتقدير الذات العامة والسلبية تجاه الوحدة بالإضافة الى ان الاطفال التوحديين أظهروا إدراك منخفض في قدراتهم البدنية والاجتماعية بالمقارنة بمجموعة العاديين.

2- دراسة ويسمان وهوش تايلو (2005) Taylor Hoch & Weissman بعنوان تحليل ومعالجة التردد المرضي الصوتي لدي الاطفال ذوي التوحد، تهدف الدراسة إلى فحص إجراءات تصحيح ومعالجة الصور النمطية المدعومة آلياً. اشتملت الدراسة على عينة من الفتيات المصابات بالتوحد تتراوح أعمارهن بين 6 و 6 سنوات. تضمنت الأدوات المستخدمة اللعب كمعزز سلوكي ، وجدولة المعززات ، وعدم جدولة المعززات. تظهر النتائج أنه تم تقييم مجموعة واحدة. من المحفزات ، تم تحديد الألعاب المرتبطة بالصور النمطية عالية الصوت والألعاب التي لم تكن مرتبطة بالسلوكيات الصوتية النمطية ، ومن خلال تقييم تأثيرات المزامنة ، تم تحديد المحفز المفضل ، والذي تم استخدامه بعد ذلك للصور النمطية غير العلنية (الصوت غير المرئي) القوالب النمطية) المعززات ، باستخدام تصميمات معاكسة أو مختلفة لمقارنة استخدام المعززات ذات الجدول الثابت وترتيب المعززات المختلفة. أثناء العلاج وفي المدرسة ، تم التأكيد أيضاً على أن وحدة المحفزات المماثلة تقلل السلوك المعادي للمجتمع لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

3- دراسة أيمن فرج أحمد البرديني (2006) بعنوان العلاقة بين اللغة واضطراب التكامل الحسي عن الاطفال التوحديين ، تهدف الدراسة إلى : العلاقة بين اللغة واضطراب التكامل الحسي لدى الأطفال المصابين بالتوحد ، والعلاقة بين اضطراب التكامل الحسي لدى الأطفال المصابين بالتوحد وشدة أعراض التوحد والسلوك المتناغم ، لفهم ما إذا كان جميع الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطراب التكامل الحسي ، العينة تتألف من 30 طفلاً ، تتراوح أعمارهم بين 6-12 سنة ، مصابين بالتوحد والإعاقة الذهنية فقط ، بشرط ألا يكون الطفل في مستوى المعاناة من أي مشاكل عضوية تتعلق بالرؤية أو السمع ، وكلاهما ينتميان إلى المستوى الاجتماعي المتوسط فرج ، ناهد رمزي) ، اختبار اللغة العربية (/ بواسطة نهلة الرفاعي) ، مقياس تقييم الأعراض السلوكية المتعلقة بالتوحد (بواسطة الباحثين) ، مخزون اضطراب التكامل الحسي للأطفال المصابين بالتوحد (/ من قبل الباحثين)) ، وأظهرت قائمة فحص التوحد IV-DSM لعام 1994 أن هناك علاقة سلبية بين اضطراب التكامل الحسي واللغة والسلوك المتناغم لدى الأطفال المصابين بالتوحد ، بينما كان هناك ارتباط إيجابي بين اضطراب التكامل الحسي والسلوك اللغوي المتناغم ضعف العلاقة وشدة أعراض التوحد، لا يعاني كل الأطفال التوحديين من اضطراب التكامل الحسي.

الخلاصة:

من خلال ما سبق نستخلص ان التوحد هو احد الاضطرابات النمائية المعقدة والتي لازال الى غاية اللحظة تشخيصها صعب وذلك لتشابه اضطرابات أخرى مع التوحد، بحيث لا يمكن الاعتماد على سبب واحد لتأكيد الاضطراب بحكم ان عناصر التشخيص كثيرة.

الفصل الثالث

التواصل اللفظي

تمهيد

1- تعريف التواصل

2- أنواع التواصل

3- أنماط التواصل

4_ التواصل لدى الأطفال العاديين

5_ التواصل لدى الأطفال التوحديين

6_ النظريات العلمية المفسرة لاختلال التواصل لدى أطفال طيف التوحد

7- مشاكل اللغة عند الطفل التوحدي

8- أساليب تحسين مهارات التواصل لدوي اضطراب طيف التوحد

9- الدراسات السابقة

خلاصة

تمهيد:

يكتسي التواصل أهمية بالغة في قيام علاقات مادية ومعرفية بين الأفراد والجماعات، وهو ممارسة ضرورية في قطاعات متعددة، حيث تقوم بين أطرافه المختلفة علاقات تبادل المعرفة.

وتعد عملية الاتصال عن طريقة الحديث واللغة أمر معقد إلا أنها عملية طبيعية عند البشر وتنمو من اتصال الطفل قبل اللغة عن طريق البكاء، المناغاة، الابتسامات والحركات الجسدية، فهي تشمل المعرفة التفكير والسمع كما تعني باستقبال المعلومات وإعادة إرسالها وتعني كيفية تعلم السيطرة على الهواء لإصدار أصوات الكلمات بطريقة يستطيع معها شخص آخر من نفس الثقافة أن يفهما.

في هذا الفصل يتم التطرق لأمر تتعلق بالتواصل عند الأطفال وهي: تعريف التواصل أنماط التواصل وذكر أهم أنواعه ومهارات وأهم أساليب تحسين مهارات التواصل لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد.

1-تعريف التواصل:

الاتصال هو عملية تبادل الأفكار والمشاعر بين الأفراد من خلال وسائل وأساليب مختلفة، مثل الرموز والإيماءات وتعبيرات الوجه وحركات اليد والتعبيرات العاطفية وما إلى ذلك المعلومات دقيقة وتشمل عملية الاتصال التواصل اللفظي وغير اللفظي.(عبد العزيز،2006،ص114).

الاتصال هو عملية تقنية شاملة يقوم فيها الأفراد بنقل المعلومات (اللغة التعبيرية) وتلقي المعلومات (اللغة المستقبلية) وتبادل الأفكار والآراء والمشاعر من خلال وسائل وطرق مختلفة مثل الرموز والإيماءات وتعبيرات الوجه وحركات اليد. لغة.(منى،2005،ص114)

يعرّف توماس (1996) الاتصال بأنه العملية الإجمالية لإرسال المعلومات وتلقيها. يمكن أن يكون هذا التبادل للمعلومات مكتوبًا أو شفهيًا أو من خلال حسي آخر. (ابو حسب الله، 2015، ص42)

يعرف جمال الخطيب (1998) التواصل بأنه عملية تبادل الأفكار والمعلومات وهو عملية نشيطة تشمل على استقبال الرسائل وتفسيرها، وينبغي على كل من المرسل والمستقبل أن ينتبه إلى حاجات الطرف الآخر، لكي يتم توصيل الرسائل بفعالية، وبالمعنى الحقيقي المقصود منها.

ويذكر فور ستر (1996) أن التواصل هو عملية يتم فيها تبادل المعلومات مع الآخرين، متضمنة القدرة على إنتاج الرسائل وفهمها ويتضمن نقل كل أنواع الرسائل وكذلك المعلومات المرتبطة بالحاجات والمشاعر والرغبات، لإدراك والأفكار، المعرفة. (اخرس ص 21-22)

ونستنتج أن التواصل هو عبارة عن عملية تبادل الأفكار والمشاعر والمعلومات ولا يتم إلا بوجود مرسل للمعلومات ومستقبل لها تتضمن العملية التوصيلية فهم و استيعاب محتوى الرسائل المتبادلة بين أفراد الأسرة و أفراد المجتمع بشكل يحفز تفاعل الايجابي بينهم.

2- أنواع التواصل:

تم تقسيم أنواع التواصل الإنساني إلى أشكال مختلفة نذكر منها التقسيم التالي:

1- 2 التواصل اللفظي :

إنه نظام رمز لغة يشفر المعنى باستخدام اللغة كنظام تفاعلي بين الأشخاص أو مجموعة من الأشخاص، ويتضمن عدة مكونات مثل الصوتيات، القواعد النحوية والصرف، تراكب اللغة ودلالات المعنى في اللغة. يشمل هذا التقسيم جميع أنواع الاتصالات التي يستخدم فيها النطق كوسيلة لإيصال رسالة من المصدر إلى المتلقي، وحيث يتم نطق هذه اللغة المنطوقة و يتم ادركها سمعيًا.

2-2 التواصل غير اللفظي:

تشمل هذه الفئة جميع أنواع الاتصال التي تعتمد على اللغة غير اللفظية، والتي تسمى أحيانًا اللغة الصامتة. (سعد ، 1997 ، ص 9)

يتم تعريفه أيضًا على أنه اتصال بلغة الإشارة، بما في ذلك تعابير الوجه وإشارات اليد والرأس تم تصميم مهارات الاتصال غير اللفظي لنقل المشاعر والأفكار من شخص إلى آخر من خلال الحركة. (فراس السلتي 2008 ص 206)

3-أنماط التواصل:

هناك مجموعة من الأنماط تخص كل من التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي نذكر منها:

3-1 الاتصال المكتوب: هو شخص يعتمد على الكلمة المكتوبة مثل الكتب والصحف والمجلات وما إلى ذلك ويسعى جاهداً لإعداد وكتابة وتقديم المعلومات، حتى يكون الاتصال الكتابي جيداً وواضحاً وبسيطاً، ويجب أن تكون الكلمات المألوفة

3-2 الاتصال الرسمي: الاتصال الذي يستخدم الرسومات والصور والأشكال والنماذج لنقل المعلومات.

(فراس الصلطي ، 2008 ، ص 196)

3-3 استخدام الإيماءات: لغة الإشارة هي وسيلة للتواصل، يشير الإصبع إلى شيء ما في اتجاه الإيماءة القدرة على الإشارة هي أن الطفل يعرف الشخص الذي أمامه ويمكنه استنتاج ما يشير إليه لكن الأطفال المصابين بالتوحد ليس لديهم هذه القدرة.

4-3 لغة الأشياء: تشير الأشياء هنا إلى الأشياء التي يستخدمها مصدر أو مرسل الرسالة للتعبير عن المعنى أو الشعور الذي يريد نقله إلى المستقبل ، على سبيل المثال: ظاهرة ارتداء الملابس السوداء في معظم المجتمعات يعبر من يلبس هذا عن حزن أهل اللون. (عمر 2001 ص 156)

5-3 التواصل البصري: لغة التواصل البصري تنقل المعلومات بمعان مختلفة يفسر الناس بعض النظرات على أنها تواصل للعلاقة ، بينما يفسر البعض الآخر على أنه كراهية وغضب وعدم قبول. أظهرت الأبحاث أن رؤية المعلم تحسن بشكل مباشر من تركيزه واهتمامه ومشاركته (مرجع سابق، 2008 ، ص 307)

3-6 التعبيرات بالوجه:

الابتناسامة: عادة ما يتعرف الطفل العادي على وجه أمه وبيتسم، وذلك ما بين شهرين وثلاثة أشهر وهذا لإظهار أنه يفهمها وأنه سعيد معها وبالنسبة للطفل فهذه علامة سعيدة على أنه يستمتع إلى محيطه .

التعبير العاطفي: يميل الأطفال المصابون بالتوحد إلى إظهار القليل من التفاعل العاطفي، أي أنهم يبدو منفصلين عن محيطهم، أي يظهرون في حالة مستقرة دون أي عاطفة على عكس الأطفال العاديين الذين يتصرفون في المواقف الخطرة ويتفاعلون مع الخوف .

4-التواصل لدى الأطفال العاديين:

1-4 التواصل غير اللفظي عند الأطفال العاديين: يظهر العديد من الأطفال العاديين علامات كثيرة على أن لديهم لغة تواصل جيدة من خلال حركات الوجه والصوت والإيماءات وهذا التواصل غير اللفظي كلغة معبرة يعبر الطفل عن احتياجاته ورغباته منذ بداية حياته فمن خلال البكاء يمكن للألم أن تميز الطفل عند حالة الجوع أو المرض أو البكاء والصراخ في هذه المرحلة مهم جدا لأنه يساعد الطفل تنمية اللغة وتعليم كيفية النطق ثم يبدأ الطفل بتقليد صيحات الآخرين من خلال التواصل مع الآخرين ، فيعلم أنه يجب تقليد الحق، ويجب تكرار الخطأ ويتغير الفهم من عملية تلقائية لا إرادية إلى عملية مستقلة مصحوبة بالوعي و بشكل كامل. يكتسب الأطفال العاديين بسرعة قدرة ذاتية على التواصل مع الآخرين بطرق غير لفظية، مثل التعبير عن المشاعر تبادل النظرات بينهم وبين الآخرين ومشاركة الآخرين لهم في الاهتمام، كما أنهم يظهرون الابتناسامة الاجتماعية لتعبير عن سعادتهم في نهاية الشهر الثالث من العمر، ويصرخون ويكون عند الغضب ويصدرون أصواتا تشبه الهديل عند الفرح.(خورشيد،2013،ص6)

وبعدها يتعلم الأطفال تطوير التواصل الهادف بمعنى آخر، ويتعلم الطفل إذا أراد شيئا مثل لعبته المفضلة، فينبغي عليه القيام بحركات معينة يفهمها بهدف محدد قد يكون الرفض أو بهدف التفاعل مع الأشياء في البيئة مثل وجود شخص محبب أو ظهور شخص معين (نفس المرجع،ص7)

2-4التواصل اللفظي لدى الأطفال العاديين:

يمر متوسط التواصل اللفظي لدى الطفل بعدة مراحل تبدأ بمرحلة الصراخ حيث تكون تعابير الوجه مهمة جسديًا ولفظيًا وعاطفيًا، ثم مرحلة الضحك والبكاء، حيث يمكن للأطفال تمييز لغة الأماكن المختلفة عن طريق الأصوات ويمكن أن يفهم الأصوات ولكن ليس الكلمات والجمل بإشارات اللغة، ثم في مرحلة الثرثرة يبدأ الطفل في توليد ترددات من تلقاء نفسه تكون شفافة وتظهر في شكل عروض صوتية. (مايو 2015، ص 87)

ثم تأتي المرحلة الذهنية حيث يستطيع الطفل فهم معنى الأم من خلال تمييز البنية النحوية للجملة، ويمكنه أيضًا تمييز الكلمات من سياق الكلام وفي هذه المرحلة يتم تقليد المزيد من الأصوات عند نطق المزيد من مقاطع الفعل والمقاطع التي لا تنتهي، يبدأ الأطفال عامهم الأول وأخيرًا الإيماءات والاستشارات اليدوية للتعبير عن رغباتهم، وهنا تنتهي المرحلة الأولى وتبدأ المرحلة الثانية وهذا هو تتضمن المرحلة الثانية الكلمة الأولى لأنها تبدأ في نهاية السنة الأولى ويستخدمها الطفل ليعني شيئًا أو للتعبير عن رغبة باستخدام كلمة معينة ثم تبدأ المرحلة المكونة من كلمتين من (18 - 24)

بعد شهر بدأ الطفل بتقليد كلام الآخرين، وزاد مخرجاته اللغوية إلى حوالي خمسين ثم دخل مرحلة أكثر من كلمتين وفي هذه المرحلة تميل جمل الطفل إلى أن تكون ناضجة وواضحة كان يبلغ من العمر ست سنوات، وكان قادرًا على استخدام جمل طويلة ومعقدة، وجمل للتعبير شفهيًا عن أفكار المرء. (نفس المرجع، ص 79)

5-التواصل لدى الأطفال التوحديين:

5-1التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين:

يواجه الأطفال التوحديين صعوبات في التواصل مع الآخرين بطريقة غير لفظية فينتجه لاستخدام الإيماءات والإشارات وإصدار الأصوات والتحديق ويستمررون بالبكاء لفترات طويلة ومع مرور الوقت قد يطورون سلوك الصراخ والضرب ولا سيما إن تعلموا من خلال تجاربهم أن مثل هذه السلوكيات قد تؤدي إلى نتائج إيجابية.

إن الطفل التوحدي على خلاف الطفل العادي نجده غالبًا ما يخفق في استخدام الإيماءات والتواصل البصري أثناء تفاعلهم مع الآخرين كما أن الابتسامة الاجتماعية التي تظهر لدى الأطفال الطبيعيين في نهاية الشهر الثالث لا تظهر لديهم حتى نهاية السنة الأولى أو الثانية من العمر كما أن الانفعالات الموجودة بداخلهم والتي غالب لا تظهر في الوقت المناسب حيث يضحك الطفل أو يبكي بشدة وبشكل فجائي وبدون سبب ويستخدم أطفال التوحد أسلوب المشاورة باليد لتوجيه الأشخاص إلى ما يريدون. (دفر، 2012، ص 43)

5-2التواصل اللفظي عند الأطفال التوحديين:

هناك تفاوت واضح وملحوظ في تطوير الاتصال واللغة بين الأطفال العاديين والطبيعيين والأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث أن أطفال التوحد أثناء مناغاتهم غالبًا ما يظهرون مدى قصير من الأصوات كما أنهم لا يطورون مرحلة تقليد الأصوات وان طوروها فإنها غالبًا لا تكون بقصد التواصل مع الآخرين كما أن القدرة لديهم على الكلام والتخاطب ضعيفة وغير متطورة، وأحيانًا تنمو اللغة لديهم في البداية ثم يتوقفون عن الكلام بصورة مفاجئة، وأغلب أطفال التوحد لا يتكلمون من أجل الحصول على الأشياء التي يريدونها ولا بأي كلمة بل يستخدمون الإشارة باليد واخذ الشخص الآخر إلى المكان الذي يريدونه. (نفس المرجع، ص، 44)

6-الفرضيات العلمية المفسرة لاختلال التواصل لدى أطفال التوحد:

يعتقد العديد من المختصين أن اضطراب اللغة والتواصل لدى ذوي اضطراب التوحد يحدث نتيجة عوامل متعددة تحدث إما قبل أو أثناء أو بعد الولادة تأثر على نمو الدماغ.

كشفت الدراسات الحديثة عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من الدماغ لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد، بما أن نصف الكروي الأيسر من الدماغ هو المسؤول عن عملية التواصل وتتوزع فيه مراكز اللغة فهذا يفسر حدوث اضطراب في اللغة والتواصل لدى ذوي اضطراب التوحد.

يعالج ذوي اضطراب التوحد المعلومات اللغوية في النصف الأيمن من الدماغ مما يؤدي إلى عدم ترجمة المعلومات بطريقة فعالة.

يتعلم ذوي اضطراب التوحد اللغة بأشكالها الكلية، وهذا يعني أنهم يتعلمون الكلمات دون معناها فهما حقيقيًا، لذا يبدوون تعلم الكلام وعن طريق المصاداة والتكرار لكلام الآخرين بنفس النغمة والنبرة التي ينتجها المتكلم.

يعتبر الانتباه عنصر أساسي في عملية التواصل، وبما أن ذوي اضطراب التوحد يفشلون في الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون، ويحتاجون إلى توجيه من قبل الآخرين حتى يوجهوا انتباههم إلى شيء معين، إذا هم غير قادرين على التواصل مع من حولهم وعدم قدرتهم على استخلاص المفاهيم من اللغة نتيجة ضعف التمييز السمعي لديهم إضافة إلى المشاكل في الإدراك السمعي نظرية العقل التي ترجع العجز اللغوي لذوي اضطراب التوحد إلى طريقة تفكيرهم التي تتسم بقصور في الجانب المعرفي والاجتماعي وتجعلهم غير قادرين على قراءة أفكار الآخرين وفيهم مشاعرهم. (زينة، 2015، ص39).

7مشاكل اللغة عند الطفل التوحدي:

يواجه العديد من التوحديين مشاكل وصعوبات في الاتصال ويفتقدون القدرة على استخدام اللغة بطريقة صحيحة ليتوصلوا بها مع من حولهم، وأن هؤلاء الأطفال التوحديين يفتقرون إلى اللغة بكل أشكالها وأيضاً قواعد اللغة، وهذا ما يؤثر على سلوكهم الاتصالي اتجاه المجتمع.

ومن أهم المشاكل التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي التي تظهر عليهم بوضوح هي:

7-1-1مشاكل التواصل اللفظي:

يعد التواصل اللفظي من المشكلات الرئيسية التي يتسم بها الأطفال التوحديين حيث يعاني جميع هؤلاء الأطفال صعوبات في التواصل على الرغم من وجود فروق واختلافات في شدة هذه الصعوبات وطبيعتها.

وتتمثل مشكلات التواصل اللفظي عند الطفل التوحدي في ما يلي:

7-1-1-1اللغة التعبيرية:

ستجد بعض الأطفال العديد من الحروف الساكنة والعديد من التراكيب والمقاطع ، وبعضهم يظهر تأخرًا أو نقصًا تامًا في تطور اللغة الشفوية ، ويظهر الصم أمام كلمات معينة ويظهر بعضهم لغة نمطية ومتكررة يقوم بها الطفل كأصوات أو كلمات أو مفردات أو جمل.

7-1-2 المصاداة:

هي حالة كلامية تتميز بالترديد اللاإرادي لما يقوله الآخرون من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأن لها صدى لهم، وهي تعتبر إحدى خصائص التخلف العقلي وقاد ذكر كامل (1998) الأسباب التي تؤدي إلى استخدام المتكرر للكلام أو اللغة ومن هذه الأسباب:

- أن المصاداة تعتبر الطريقة الوحيدة الفعالة للطفل التوحدي للاتصال بالآخرين.
- يمكن أن يحدث نتيجة تعرض الطفل لإشارة الزائدة وعدم إحساسه بإيمان في موقف معين.
- أن يكون هذا الأسلوب مرتبط بالنظام اليومي والروتين الذي يوجد فيه الطفل.
- ويشير عيسى (2014، ص28) الى أن هناك أنواع من المصاداة نجد:
 - المصاداة الفورية لكلام الآخرين: إن هذه المصاداة تخدم جوانب متعددة منها:
 - نجعل المستمع يعرف أنه تم سماعه.
 - ربما يشير إلى اتفاق على ما قيل.
 - المصاداة المتأخرة لكلم الآخرين: يقوم الطفل بحفظ أو تخزين الكلمات والجمل التي يسمعها ليعيد استخدامها بعد أسبوع أو شهر أو ربما سنة.

3-1-7 قلب الضمائر أو عكسها:

هذا هو أحد المظاهر الشائعة للأطفال المصابين بالتوحد ، الذين يستخدمون الضمائر للإشارة إلى الآخرين والضمائر (هي ، هو ، أو هم) للإشارة إلى أنفسهم ، أو تشير دراسة إلى أن بعض الأشخاص يحاولون شرح سبب إصابة الأطفال. يعكس التوحد الضمائر ، أي: يفسر المحلل النفسي هذا التناقض على أنه نقص في الوعي أو إنكار لهويته الشخصية. أكد البعض أن هناك ارتباطاً كبيراً بين المحاكاة الساخرة وانقلاب الضمائر. يواجه الأطفال المصابون بالتوحد صعوبة في الجمل الطويلة لذا فهم يقلدون فقط الكلمة الأخيرة من الجملة ، كما يواجهون صعوبة في استخدام كلمات مشابهة مثل هذه الكلمة ، وذلك لأن معنى هذه الكلمة يعتمد على فهم السياق الذي يتم استخدامه فيه. (غاليمينة، 2012، ص71)

4-1-7 نغمة الصوت:

عندما يتحدث طفل مصاب بالتوحد ، غالبًا ما نلاحظ أنه يتحدث بشكل مختلف في أن صوته له نغمة غير عادية ، وعادة ما تكون نغمة نمطية بتردد واحد ، والتي قد تكون عالية أو منخفضة ، وهذا قد يكون لأن الأطفال المصابين بالتوحد لا يمكنهم ذلك. فهم الأصوات التي تحتوي على معنى عاطفي، ولهذا يبدو الطفل وكأنه يتعامل مع لغتين في وقت واحد للتنعيم وإيقاع الصوت واللغة الثانية تتمثل في محتوى أو معنى الكلمة

5-1-7 المهارة الحوارية:

لا يستطيع الطفل المصاب بالتوحد التحدث في شكل محاثة لأنه قد يستخدم الكلمات للسؤال عن الأشياء بدلاً من التعليق عليها كما يشير إلى المبادئ العامة التي يجب مراعاتها عند تطوير اللغة لدى الأطفال المصابين بالتوحد

1- فهم اللغة يسبق التعبير، ومن ثم فإن تنمية الفهم يجب أن يسبق تنمية التعبير.

2- اللغة لا تقتصر فقط على الكلام، ومن ثم يجب تنميتها في جميع أشكالها

3- يفقد الطفل التوحدي الدافع للتواصل، لذلك على المحيطين بالطفل محاولة إضفاء نوع من الصعوبة على حياته، فلا يتعجلوا في تلبية احتياجاته ويصرون على أن يبدي الطفل أي تعبير بالإشارة أو الكلام مع النظر إلى الآخرين عند طلب الحصول على شيء. (مرجع سابق، ص72-73).

6-1-7 فقدان اللغة:

يوجد نمطان لفقدان اللغة هما:

النمط الأول: تنمو لدى الطفل مفردات لغوية صغيرة عادة من 10-20 كلمة أو جمل قصيرة، وتختفي تلك المفردات أو الجمل بالكامل.

النمط الثاني: ينمو لدى الطفل نفس العدد من الكلمات، لكن عند تعلم الطفل لكلمات، لكن جديدة فإن الكلمات القديمة تفقد، يبدأ فقدان اللغة في العمر من 10-20 شهرا ويظل لعدة أشهر، وحتى يبدأ العلاج ولكن بعض الحالات يكون الفقدان دائما (siegal, 1996, p57).

7-1-7 اللغة الاستقبالية:

تتفوق اللغة المستقبلية على اللغة التعبيرية عند الأطفال المصابين بالتوحد، ولكن على الرغم من ذلك، يعاني معظمهم من مشاكل في تقبل اللغة، بما في ذلك صعوبة فهم لغة الآخرين، أو عدم فهم الأسئلة أو فهم التعليمات المنطوقة أو حتى التعليمات البسيطة، أو يفهمون اللغة في سياق خاص أو يفهمون اللغة بحرفين. (ابو السعود، 2009، ص60)

2-7 مشاكل التواصل غير اللفظي:

هناك مجموعة من مظاهر الضعف في التواصل غير اللفظي للطفل التوحدي ومن بينها:

1-2-7 استخدام الإشارة:

يستطيع الأسوياء استخدام السبابة في الإشارة اتجاه ما يريدون دون أن يعلمهم أحد ذلك، بينما الطفل التوحدي يجد صعوبة في الإشارة بأصبعه إلى الأشياء وهذا يرجع إلى فقدان قدرة (قراءة العقل) ولذلك نجده ينمي بدل منها قيادة يد الآخرين ووضعها مباشرة على الشيء الذي يريده.

ويصعب على الطفل التوحدي استخدام الإيماءات في التواصل مع الآخرين فلا يرفع الطفل يديه عل على أنه يريد على أن يحمله أحد الوالدين وأن فعل ذلك فإنه لا ينظر إلى الآباء عند حملهم له

2-2-7 استخدام المسافة بينهم وبين الآخرين:

يصعب على الطفل التوحدي الاقتراب من الآخرين، وهذا ربا يرجع إلى أنهم، يفقدون القدرة على تنظيم المسافة بينهم وبين الآخرين أو التحكم فيها

3-2-7 الدلائل الوجيهة:

(أ) **الابتسام:** في العمر 2-3 أشهر يمكن للطفل العادي أن يتعرف على وجه أحد الوالدين أو كيلهما ويتسم ليبيدي تعرفه عليهم وسعاده بوجوده بجانبه وهو ما يفتقد إليه الطفل التوحد، وقد يلاحظه الوالدين منذ البداية.

(ب) **التواصل بالعين:** في نهاية السنة الثانية من العمر يظهر الأطفال التوحيديون درجة ضعف التواصل العين فتغيب النظرة المتعمقة للأشخاص وربما الأشياء .

4-2-7 مقدار التعبير الانفعالي:

يجد الطفل التوحيدي صعوبة في إرسال الانفعالات أو الاستجابة لها عندما تصدر من الآخرين (سعادة، فرح حزن، صراخ، بكاء، ضحك....)، إن تلك المشاعر موجودة بداخلهم وأحيانا تصدر منهم لكنها غالبا تصدر في الوقت الغير المناسب حيث يضحك الطفل أو يبكي بشدة بشكل فجائي وبدون سبب واضح، وقد يبدي بعضهم بعض الانفعالات في الوقت المناسب، على سبيل المثال بعد أن ينهي الطفل من عمل ما بدل فيه مجهودا كبيرا، قد لا ينظر إلى أحد الأشخاص ولا يبتسم لكنه أحيانا يبتسم لكن لنفسه بدل من النظر إلى الشخص الذي يشاهده و يشاركه الابتسامه . (siegal ,1996,p54) .

8 اساليب تحسين مهارات التواصل لدى دوى اضطراب طيف التوحد:

أشار براون ويندي وآخرون إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم القدرة على الكلام ، لكن قدرتهم على الفهم لا تزال ضعيفة قد لا تركز طرق الاتصال التقليدية على تنمية هذه القدرة لدى الأطفال ، بينما قد تلعب طرق الاتصال البصري واللغة المكتوبة نفس الدور من خلال العمل على أشكال الاتصال البصرية ، يرى أنه يمكن استخدام أنظمة الاتصال البديلة ليس فقط كبديل للكلام أو في غيابه ، ولكن يمكن أيضًا استخدامها لمساعدة الأطفال على التعلم والتواصل ، بغض النظر على مستوى الكلام وهناك طرق عديدة للتواصل البديل أهمها:

1- لغة الإشارة.

2- التواصل المسير.

3- نظم التواصل من خلال الصور.

4- نظم الإشارة إلى الصور

5- نظام التواصل بالصور. (عيسى، 2014، ص198)

8-1-1 لغة الإشارة:

يرى براون ويندي أن لغة الإشارة هي واحدة من أكثر الأشكال البديلة شيوعًا ، والمعروفة على وجه التحديد باسم (Makton) ، ولكن تعليم الأطفال المصابين بالتوحد التواصل عبر لغة الإشارة أصبح أقل شيوعًا في الآونة الأخيرة مما كان عليه في السنوات الماضية ، وربما تعتبر لغة الإشارة وسيلة فعالة لتسمية الاتصال الناجح بسبب البدائل الأخرى أو أنظمة الاتصال المتعددة و اشارت الدراسات ان لغة الاشارة تعد طريقة فعالة لتسمية التواصل الناجح ولقد ذكرت تلك الدراسات مميزات للغة الشارة وهي كما يلي:

-تساعد لغة الإشارة على نمو الكلام.

-لغة الإشارة ل تحتاج إلى أدوات ومن السهل توفير مدربين لها.

-لا يرتبط بتعليمها تلك المشاعر السلبية مرتبطة بتعليم الكلم؟

-تدريب على التواصل من خلال لغة الإشارة يعد أسهل عن التدريب على الكلام.

-يمكن على المعلمين في تأدية الحركات ثم يقلل هذه الحركات تدريجياً.

8-1-2 التواصل المسير:

وهي حاجة الشخص إلى استخدام لوحة مفاتيح مثل لوحة مفاتيح الكمبيوتر ، بأزرار متعددة ، سواء كان حرفاً أو صورة ، يمكنه الضغط على زر معين على الصورة والتعبير عما يريد ، لأن هذا الزر سيصنع تسجيل الصوت واستخدامه يحصل الشخص على الدعم أو المساعدة في الحركة ، مثل حركة اليد أو الذراعين. (رابية إبراهيم، 2004، ص 105).

8-1-3 نظم التواصل من خلال الصور PECS :

هو طريقة خاصة لتعليم الأطفال والبالغين المصابين بالتوحد وأولئك الذين يعانون من صعوبات اتصال أخرى لاختيار ما يريدون، وهي بداية لتعليم الطلاب إجراء تحولات مستقلة في طلب الأشياء ، فكل طالب دفتر عناوين خاص به ، حيث يحتوي هذا التواصل على نظامين:

8-1-4 نظام إشارة إلى الصور:

يتطلب هذا النظام أن يكون لدى الطفل القدرة على التقليد ، وتبقى الصورة في مجال رؤية الطفل لفترة طويلة ، إلا أن هذا النظام له بعض العيوب منها صعوبة الإشارة بإصبع السبابة إلى الطفل مما يجعل من الصعب عليه يقوم المعلم بشرح رغبات الطفل بالتفصيل ، ذلك يعتمد على المعلم أو شخص قريب من الطفل يلاحظ الطفل ، قد يشير إلى الصورة في حالة عدم وجود أي شخص ، مما يجعل عملية الاتصال غير كافية. (علي كمال عبد الله ، 2015 ، ص 43) نظام الاتصال البصري : من طرق تطوير التواصل مع الطفل المصاب بالتوحد طريقة تبادل الصور مع الطفل والآخرين. ينقسم هذا النظام إلى عدة مراحل :

المرحلة الأولى: مرحلة التبادل المادي قبل البدء في التدريب في المرحلة الأولى ، من الضروري تمرير ملاحظة الطفل المستمرة لما يريده ، من خلال تقديم هذه الأشياء للطفل ، ووضع قطع صغيرة من الطعام لتحديد ما يفضله ، وتكرار الطفل يأخذها ويحصل عليها ، الهدف من هذه المرحلة هو الأخير ، حتى يتمكن الطفل من التقاط صورة للشئ الذي يحبه ويضعه في يد المدرب.

المرحلة الثانية: أوتوماتيكية في هذه المرحلة ، تتمثل النقطة الأساسية في السماح للطفل بتعلم التقاط الصور من مسافات مختلفة ، ووضع صور للأشياء التي يريدها الطفل كثيراً على لوحة الاتصال ، ويجلس الطفل والمدرّب وجهاً لوجه ، وهناك أشياء للطفل إعجابات على الطاولة. انقر لتوسيع المسافة بين الطفل والمدرّب ، ودع الطفل يقف في وضعه ، وانزل اللوحة ، واجلبها أمام المدرّب ، وضعها في يديه

المرحلة الثالثة: التعرف على الصورة هناك العديد من الصور المرغوبة والمناسبة ، وكذلك الصور غير المرغوب فيها وغير الملائمة للطفل والمدرّب جالساً على الكراسي والطاولات في مواجهة بعضهما البعض. في نهاية هذه المرحلة ، يذهب إلى لوحة التواصل ويأخذ الصورة المرغوبة والمناسبة من مجموعة من الصور المرتبة ، ويعطيها للمدرّب الذي بدوره يعطي الصورة له.

المرحلة الرابعة : بناء جملة

الصورة مثبتة بعبارة "أريد" على الجانب الأيمن من الشريط ، عندما يريد الطفل شيئاً ، من خلال التوجيه الجسدي للطفل ، قم بلصق الصورة على الشريط و اكتب هذه الجملة بجوار الصورة ، "أريدها تدريجياً ، تمت إزالة مساعدي المدرسين. بحلول نهاية هذه المرحلة ، يجب أن يطلب الطفل ما هو موجود بالفعل وماذا أيضاً. استخدم عبارة متعددة الكلمات غير موجودة. استخدم كتاباً وامسك بصورة أو رمز أريد وضعه على شريط الجملة .

المرحلة الخامسة: الإجابة على السؤال (ماذا تريد (تعتبر هذه المرحلة من أسهل المراحل حيث ستكون هناك فترة انتظار في البداية قم بإحضار صورة مفضلة ثم قم بإزالة الصورة من لوحة الاتصال بعبارة "ماذا تريد؟" يقوم المدرب بالتقاط صورة لما أريد في نفس الوقت ويسأله في نفس الوقت عما تريد ، يجب أن يلتقط الطفل صورة لما أريد ، من خلال تكرار الطفل يمكنه الإجابة يسأل ما تريد ، وفي نهاية المرحلة من المتوقع أن يكون الطفل قادراً على الإجابة على الأسئلة

-المرحلة السادسة : التعليق والاستجابة

عرض العناصر المفضلة لطفلك أثناء طرح الأسئلة التالية: ماذا رأيت؟ بالإشارة إلى الصورة التي رأيتها ، إذا لم يلتقط الطفل الصورة التي رأيتها بسرعة ووضعها في مكانها ، فقد أعطى المعلم توجيهاً جسدياً في مرحلة الشيء المفضل لدى الطفل ودع الطفل يفعل ذلك إلى حد كبير حتى يتمكن الطفل من التمييز بين الطلب والتعليقات ، ويتوقع أنه بنهاية هذه المرحلة يستخدم الطفل مجموعة واسعة من مفاهيم اللغة في التواصل ويستطيع الإجابة على السؤال ، ماذا ترى؟(كمال ابو حسب الله،2015،ص52-56)

9 الدراسات السابقة:

قد ناقش عدد من الباحثين المشكلات الأساسية في التواصل على أنها تمثل العجز الأساسي في التوحد، فقد ظهرت العديد من الدراسات التي استهدفت تطوير مهارات التواصل الغير لفظي لدي أطفال التوحد، من خلال تصميم برامج تدريبية تستخدم استراتيجيات تعديل السلوك في تدريبهم، (كدراسة ميرندا وزملاؤه) و التي استعرضوا فيها نتائج بعض الدراسات التي بحثت بسمات التحديق بالعين وبالوجه لدى الأطفال البالغين العاديين ومقارنة نتائج تلك الدراسات بنتائج الدراسة لأطفال التوحد، فقد تكونت عينة الدراسة من 4 أطفال عاديين تراوحت أعمارهم ما بين (12-6سنة) و (4) أطفال توحد تراوحت أعمارهم ما بين (15-6 سنة) حيث تم وضع أفراد عينة الدراسة مع شخص بالغ بهدف اشتراكهم معه بحوارات كلامية و محادثات فردية، و أشارت الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال العاديين و أطفال التوحد أنخرط بسلوك التحديق بالعين لفترات طويلة متكررة، في أثناء الحوارات الكلامية مقارنة بالأطفال و البالغين التوحديين في حين أظهر الأطفال والبالغون التوحديون انخراطا في السلوك بتحديق العين لفترات طويلة ومتكررة أثناء الأحاديث الفردية مقارنة بالأطفال البالغين العاديين .

بدراسة هدفت التعرف إلى أشكال التواصل الغير لفظي التي (stone all 1997) وقام ستون وزملاؤه باستخدامها الأطفال التوحديين الصغار (كالتحديق بالعين والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه و الحركات و الإيماءات) و تكونت عينة الدراسة من (14) طفلاً مصاباً بالتوحد و (14) طفلاً مصاباً بإعاقة تراوحت أعمارهم ما بين (3.5-2) سنوات و تجانست المجموعتان في العمر الزمني و الجنس، و قصور الجوانب اللغوية و المفردات التعبيرية و قد تم قياس أشكال التواصل الغير لفظي عند عينة الدراسة بتصميم قائمة مكونة من (16) عبارة تصف أنماط السلوك الغير لفظي لديهم، و التي تضمنت مستويين الأول يهتم بسلوك قدرة الطفل على الطلب و الثاني يهتم بقدرة الطفل على التعميق على مواقف معينة و أسفرت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين و آخرون درجات منخفضة في الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه و في التحديق

بالعين، و الحركات الإيمائية مقارنة بالأطفال المصابين بإعاقات نمائية أخرى، في حين أحرزوا درجات مرتفعة بسلوك مسك يد الشخص للحصول على ما يردونه مقارنة بالأطفال المصابين بإعاقات نمائية أخرى(لينا،2015،ص10).

خلاصة:

تعطي المجتمعات قيمة عالية للتواصل اللغوي الذي يعتبر الطريقة الرئيسية لتفاعلها مع الآخرين، فالتواصل يمكننا في التفاعل مع الآخرين إذ يعد الجسر الرئيسي الذي نمر به في حياتنا الخاصة والعامّة ، وتعتبر اللغة من الوسائل الأساسية للاتصال الإنساني الاجتماعي والتي بدونها يكون من الصعب التعامل والتفاهم مع الآخرين والتعبير عن الذات ، وهي تعد أساسا للنمو العقلي والمعرفي والانفعالي ، هذا الجسر فقده الطفل التوحدي فكانت له صعوبة في اكتساب مهارة التواصل وملكة اللغة.

الفصل الرابع

الفصل الرابع

التقليد

تمهيد

- 1- تعريف التقليد
- 2- مراحل تطور التقليد عند الطفل العادي
- 3- أنواع التقليد
- 4- مشكلات التقليد عند الطفل التوحدي
- 5- الدراسات السابقة.

خلاصة

تمهيد:

التقليد هو أحد العناصر الأساسية في اكتساب اللغة والعديد من المهارات الأخرى تكمن أهمية هذه التقنية في إمكانية تطويرها لغويًا، قد تكون فرصة ضرورية للآباء للمشاركة مع أطفالهم وهذا ما يزيد من دوافعهم، كما يحسن التقليد القدرة المعرفية والملاحظة الدقيقة مما يساعد الأطفال على المتابعة والممارسة المتعلقة بالإدراك والحركة، هناك بعض الأطفال يتعلمون تقليد الحركات بسهولة أكبر من الأصوات بينما يقوم البعض الآخر بالعكس.

وعليه تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف التقليد ثم مراحل تطور التقليد عند الطفل العادي ثم أنواع التقليد ومشاكل التقليد عند الطفل التوحدي ختامًا بالدراسات السابقة.

1 تعريف التقليد:

يميل الطفل بطبعه الفطري إلى التقليد والتقليد لدى الطفل هو ما استنبط كأسلوب من أساليب التربية في علم النفس.

وبما أن التقليد هو عبارة عن إخراج أو إنتاج أعمال النمذجة في السمة أو طبيعة أعمال جديدة (soorya,AL,2003) فإن له خاصيتين الأولى تتعلق بالآليات الأوتوماتيكية التي تتطلب من الشخص أن يفهم الأشخاص يقوم به النموذج بشكل مطابق، أما الثانية فتتعلق بالوعي الذاتي لمحاولة تقليد النموذج إلى أن هاتين الخاصيتين تكونان غير عاديتين عند الأطفال التوحديين.

ويعتمد الطفل على التقليد لتعلم معظم المهارات وذلك من خلال البيئة المحيطة به من خلال أبويه وإخوته والمحيطين به بشكل عام فيقوم الأطفال بتقليد الأبوين في طريقة الكلام المشي وأساليب تعاملهم مع الغير، فهم يقلدون كالشيء يقع تحت ملاحظتهم فكل يوم يفقد الطفل فكرة جديدة على حسب ما يسمع أو يشاهد ولقد أشار معظم المختصين في مجال التواصل إلى عنصر التقليد ودوره في اكتساب اللغة لدى الطفل.

2 مراحل تطور التقليد عند الطفل العادي:

يلعب التقليد دورًا مهمًا في الإنتاج الصوتي، ويعتقد العديد من الخبراء أنه العامل الأكثر أهمية لأن الأطفال حديثي الولادة الصم لا يستطيعون الكلام. يبدأ التطور الطبيعي للقدرة على التقليد بتقليد أفعال معينة، ثم تقليد الإيماءات، ثم تقليد الرموز، بشكل عام بين سن (1-2) سنة، حيث تبين أن تعليم الأطفال تقليد الأفعال الحركية (على سبيل المثال التصفيق والوقوف) يمكن أن تساعدهم على تعلم إتباع تعليمات اللغة. بالإضافة إلى ذلك، فإن تعليم الأطفال التقليد اللفظي (مثل إصدار الأصوات أو تكرار الكلمات) يمكن أن يساعد في تعليم الكلام التلقائي في وقت لاحق.

سوف نعرض تطور التقليد للطفل العادي من شهر إلى ثلاث سنوات، حتى نتمكن من ملاحظة أوجه القصور في هذه العملية للأطفال المصابين بطيف التوحد:

- يبتسم كتقليد لابتسامات الآخرين في الشهر الأول.
- ضع الأداة في وعاء يقلد شخصًا آخر خلال ثلاثة أشهر.
- يقلد إيماءات معروفة في الشهر السابع.
- يقلد نغمة الآخرين في الشهر الثامن.
- يصفق باليدين تقليدًا للكبار في عمر تسعة أشهر.
- يشير لقول باي باي مقلدًا للكبار في الشهر العاشر.
- يقلد إيماءة جديدة في الشهر العاشر.
- يرفع ذراعيه مقلدًا للكبار في الشهر الحادي عشر.
- يقلد ثلثًا إيماءات على الأقل أن تكون سريعة ودقيقة في الشهر الثاني عشر.
- يقلد الكبار في مهمة بسيطة في الشهر الثالث عشر.
- يدحرج كرة بالتقليد في الشهر الرابع عشر.
- يقلد إيماءات غير مرئية في الشهر التاسع عشر.
- يقلد الحركة الدائرية في الشهر الرابع و العشرين.

- يرسم خط أفقياً مقلداً في الشهر السادس و العثرون.

- ينسخ دائرة في الشهر السابع و العثرون.

- يفرش الأسنان مقلداً في 30 شهراً. (حيال، 2016، 68/2017، 69)

3 أنواع التقليد:

هناك نوعان من التقليد هما:

3-1 التقليد الحركي:

هو القدرة على تقليد السلوك الحركي للآخرين ، ويلعب التقليد الحركي دوراً مهماً في لغة الطفل ونموه الاجتماعي، فهو أحد المهارات المهمة في نمو الطفل وتعليمه. بدون التقليد لن يتعلم الأطفال اللغة والتفاعلات الاجتماعية مع من حولهم. والتقليد (المحاكاة) هو الإجراء الذي يحدث للأشياء ، وهذا النوع هو تقليد الأشخاص لممارسة إجراءات محددة على شيء ما ، مثل النقر على لعبة ، أو الضغط على زر اللعبة ، عن طريق محاكاة إجراءات بسيطة لتقليد أفعال بشرية مثل رفع وضع يدا واحدة أو كلتا اليدين معاً أو تدريب على القفز وتقليد حركات الوجه ، كما هو الحال عند الابتسام أو العبوس. كما يجب مراعاة بعض الأمور عند البدء في تدريب الطفل على التقليد الحركي وهي:

- يجب القيام بهذه المحاولة فقط عندما يكون انتباه الطفل على المعلم.

- تقديم النماذج بشكل واضح ومبسط. على سبيل المثال ، يقدم المعلم حافراً لفظياً ، "أفعل هذا" ، بينما يؤدي المعلم نموذجاً (مهارة حركية) أمام الطفل.

ويتضمن التدريب على التقليد الحركي التقليد على الحركات الدقيقة، و الحركات الكبيرة و حركات الوجه والوجه واللسان وتقليد الأفعال لاستخدام الأشياء

3-2 التقليد اللفظي:

التقليد اللفظي هو سلوك كلامي ينطوي على رد فعل قائم على محفزات لفظية تمييزية ، وبالتالي يتطلب من الفرد تقليد أو تكرار ما قاله الشخص الآخر. بالإضافة إلى ذلك ، فإن تعليم الطفل لتقليد ما يقوله الآخرون سيساعده على تحسين مهاراته اللغوية، فالأطفال الذين يمكنهم التكرار لديهم فرصة أكبر للاستجابة للتلقين الشفهي ، مما سيؤثر على تعلمه لمهارات السلوك اللفظي الأخرى. ينشأ التقليد اللفظي أيضاً من القدرة على تلقي المهارة والاهتمام ، بما في ذلك قدرة الطفل على فهم وإتباع التوجيهات والتعليمات. وتظهر الأبحاث أن الأطفال يلتقطون أشياء كثيرة قبل أن يتمكنوا من تسميتها ، ولكن هذا ليس هو الحال دائماً ، حيث يوجد جدل وتباين في أدبيات اكتساب اللغة على اللغات المستقبلية والتعبيرية ، والتي تسبق الأخرى ، وكل منها حقيقة أن كل واحدة منفصلة عن الأخرى ، لكنها تساعد في تخزين اللغات ، بمعنى أنه إذا لم تكن الاستجابة للعلامة ضرورية ، فستظهر استجابة للعلامة المستلمة أو العكس ، لذلك بشكل عام من الضروري التدريب على المهارتين في أن واحد.

ويعتبر الاستمتاع والانتباه للأصوات من المهارات المبكرة التي يحتاج الطفل إلى اكتسابها وتعلمه ويشير إلى أن الاستماع أحد الأساليب الأساسية لاستقبال اللغة وقد يؤثر الخلل في الاستماع على استقبال اللغة بسبب عدم القدرة على التركيز الانتباه للمتكلم والتي ينتج عنها عدم استلام الرسالة بشكل صحيح وعدم فهمها.

وتعتبر مهارة الاستماع من المهارات الضرورية للتواصل التي تعكس استجابة الطفل للمثيرات الصوتية من حوله، إذ أن الصعوبة التي يعاني منها أطفال التوحد في تنفيذ الأوامر قد ترجع على ما يعانيه من مشكلات في الاستماع إلى الآخرين.

4 مشكلات التقليد عند الطفل التوحدي:

الطفل المصاب بالتوحد عادة لا يقلد الآخرين ، وهو أحد أسباب تأخره في التطور اللغوي ، سواء كان ذلك في تطوير اللغة أو التفاعل الاجتماعي ، لأن الطريقة العامة التي يتعلم بها الأطفال تكون بتقليد الآخرين. ولكن هنا يأتي السؤال ، ما هي العيوب التي تظهر عند الأطفال المصابين بالتوحد؟ في الواقع ، هناك العديد من الخبراء الذين يعتقدون أن عدم توازن الطفل التوحدي لا يطور مهارات التقليد بشكل يتوافق مع مراحل نمو الطفل العادية ، لذلك لا يمكنه اكتساب العديد من المهارات التي يكتسبها أقرانه منهم ولكن هناك جانب آخر في عملية التقليد وهو التقليد الذي يصل إلى مرحلة الإتقان فنجد أن الطفل التوحد يقلد أفلام الكرتون في الحركات وحتى في اللغة والتقليد هنا يقترب كثيرا من حد الكمال والتطابق التام في حين يعجز عن تقليد إشارة بسيطة مثل إشارة باي باي.

5 الدراسات السابقة:

فقد أوضحت دراسة (دورسون، 1992) أن فشل أطفال التوحد في التقليد الآخرين يعد واحد من أشكال الأولى الرئيسية التي توضح وجود مشكلات في التواصل لدى هؤلاء الأطفال، وهذا ما أكدته دراسة من أن التقليد يعد المهارة الأولى في التواصل وأن أطفال التوحد (MC donough,1997) من فشل هذه المهارة.

فأطفال التوحد لديهم ضعف في القدرة على التقليد ونادرا ما يفعلون ذلك بعفوية والمحاكاة الحرة التي تنشأ مبكرا جدا لدى الأطفال العاديين بأقل قدر من التشجيع يصعب على الأطفال التوحديين أن يطورها، فقد يكررون ما يقوم به الشخص أمامهم للحصول على النتائج نفسها، إلا أنهم يفتقدون أداء الصورة طبق الأصل من أفعال الأطفال الآخرين (الفهدي، 1999، ص100)

فقد وجدت بعض الدراسات أن أطفال التوحد يواجهون صعوبة في مهارة التقليد بشكل عام في حين كانت الصعوبة بارزة لديهم في التقليد الإيمائي لحركات الجسم كما أنهم يعانون من عجز ملحوظ في القدرة على تقليد الإشارات والتعبيرات الصوتية والأفعال الاجتماعية، ويعانون من ضعف في مهارات التقليد الحركي.

إلى أن أطفال التوحد الذين يبلغ عمرهم (20 شهرا) يقومون بتقليد (Hobason ,lee,1999) كما أشارت لأفعال موجهة أقل مما يقوم به الأطفال العاديين المماثلون لهم في العمر الزمني، كما أنهم أظهروا شذوذ في تقليد التعبيرات العاطفية للوجه، وفي تقليد اللفظي للكلمات، وفي تقليد الإيمائية إضافة على صعوبات في التقليد الحركات الجسدية

(Libby ,powel,messer Jordan,1997) أكدوا أن أطفال التوحد يعانون من صعوبات في القيام و تقليد أعمال جسدية بسيطة، ويعتبر نقص قدرتهم على اللعب نتاجا عن قصور مهارة التقليد لديهم، حيث أستخدم كتيب التشخيص الإحصائي الأمريكي للطلاب العقلي للنسخة الرابعة (DSM,IV,1994) النقص الحاصل باللعب التقليدي الاجتماعي كمياري للتشخيص.

هذا وتناقضت نتائج الدراسات حول مهارة التقليد لدى أطفال التوحد خصوصا إذا ما تم النظر إلى ترديد الكلمات، فقد أشار (Al,Soorya,2003) إلى أن أطفال التوحد اظهروا مهمات التقليد اللفظي بشكل

متكرر، تفسر ظاهرة ترديد الكلمات أو ما يطلق عليها بالمصاداة أكثر من التقليد الحركي، في حين أشار (Al, Stone,1997) إلى أن هناك ضعفا نسبيا في مهارة التقليد الإيمائي لدى أطفال التوحد.

واهتمت البحث والدراسات الحديثة بدراسة القصور في مهارة التقليد لدى الأطفال التوحديين ومقارنتها مع مهارات أطفال مماثلين معهم في العمر العقلي، ففي دراسات مختلفة كان أداء أطفال التوحد منخفضا في مهمات تقليد مختلفة مقارنة بالمجموعات الضابطة. (نفس المرجع، 70/2016، 75/71/2017)

خلاصة:

مما سبق تبين أن أطفال التوحد يعانون من ضعف في مهارة التقليد و أن التدخل العلاجي يعد ضرورة حتمية لتحسين هذه المهارة و أن أكثر العوامل الفعالة هو تدريب الطفل بشكل متكرر و جدي و الأهم أن يكون بشكل ممتع و الاعتماد على معززات الطفل لتحفيزه.

الدراسة الميدانية

الفصل الخامس

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

أ- الدراسة الاستطلاعية

- 1- تعريف الدراسة الاستطلاعية
- 2- أهداف الدراسة الاستطلاعية
- 3- حدود الدراسة الاستطلاعية
- 4- إجراءات الدراسة الاستطلاعية
- 5- أدوات جمع البيانات في الدراسة الاستطلاعية
- 6- نتائج الدراسة الاستطلاعية

ب- الدراسة الأساسية

- 1- منهج الدراسة الأساسية
- 2- حدود الدراسة الأساسية
- 3- عينة الدراسة الأساسية
- 4- أدوات جمع البيانات في الدراسة الأساسية
- 5- تصميم البحث
- 6- إجراءات الدراسة الأساسية

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساساً جوهرياً لبناء البحث العلمي وعدم تخطي هذه الخطوة في أي بحث يجعل الباحث يبذل جهداً مضاعفاً في الدراسة الأساسية ذلك لأنها خطوة التي تبنى عليها قاعدة البحث العلمي.

وفي إطار هذه الدراسة قمنا بزيارة ميدانية للعيادة الأروطوفونية بوهران وهدفنا من إجرائها هو القيام ببحث علمي تحت عنوان "مساهمة تقنية تدريبية قائمة على التقليد في تحسين التواصل اللفظي عند الأطفال المصابين بطيف التوحد TSA".

2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- اكتشاف مكان إجراء الدراسة الأساسية.
- ضبط عنوان البحث ومتغيراته.
- التعرف على الصعوبات التي من الممكن أن يتعرض لها الباحث أثناء إجراء الدراسة الأساسية.
- التعرف على أدوات البحث ومعرفة الاختبارات المناسبة.
- البحث عن حالات تناسب موضوع البحث.

3- حدود الدراسة الاستطلاعية:

أ- الإطار المكاني: تقع العيادة الأروطوفونية المتخصصة في تصحيح النطق والسمع للأخصائي "صغير عبد الإله" في بلدية وهران تحديداً حي العثمانية -مارفال- واجهة شارع مونسيور بافي، رقم 31 زهية براهيم القطعة 02 الطابقين الأول والثاني

ب- الإطار الزمني: كانت فترة الاستطلاع ابتداءً من 27 مارس إلى غاية 05 أبريل 2023.

4- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

بعد الحصول على تصريح للقيام بترخيص ميداني لنيل شهادة تخرج ماستر 2 من رئيس قسم الأروطونيا بجامعة وهران 2 توجهنا مباشرة نحو عيادة أروطوفونية بولاية وهران وتم استقبالنا من قبل المختصين بشكل جيد ومتعاون إذ قمنا بطرح عنوان مذكرتنا وتمت الموافقة

من قبلهم على ان نبدأ التربص في أقرب وقت بحكم أن العينة التي نحتاجها متوفرة، لكن توجب علينا الانتظار وذلك لوضع جدول زمني يناسب العيادة والمتربصين، قمنا بالتردد على العيادة لمدة ثلاث أيام في الأسبوع وذلك بهدف ملاحظة الحالات الإكلينيكية التي تتردد على العيادة لأجل التأقلم من البيئة البشرية والمكانية بالإضافة لاكتساب بعض من الخبرة في كيفية التعامل مع مثل هذه الحالات التي ستواجهنا في الميدان، وبعد حوالي أسبوعين قمنا بالعثور على 4 حالات تناسب موضوع البحث.

5- أدوات جمع البيانات في الدراسة الاستطلاعية:

أ- الملاحظة المباشرة: وهي التي ينزل فيها الباحث العلمي الى المجال الطبيعي التي تحدث فيه الظاهرة، أما في دراستنا الاستطلاعية فلاحظنا مختلف الحالات المرضية المترددة على العيادة بما فيها بعض حالات البحة الصوتية لدى البالغين، حالات تعاني من الحبسة بمختلف أنواعها، أطفال يعانون من التوحد بالإضافة لآخرين يعانون من صعوبات في التعلم، تأخر في النطق وغيرها من الحالات التي تحتاج تدخل أرتوفوني.

ب- دراسة الحالة: هي وسيلة جمع معلومات باستخدام وسائل متنوعة مثل المقابلات الشخصية، الملاحظة، الاختبارات والسيرة الشخصية ويكون الهدف منها هو الوصول الى فهم أفضل وتحديد وتشخيص المشكلات وطبيعتها.

ت- مقياس تقييم التوحد للطفولة CARS – ST- 02 : هو أداة لتشخيص التوحد تم نشره سنة 1988 يمكن الاعتماد عليه في المقابلات النصف موجهة كما يمكن تطبيقه على الأطفال الأقل من 24 شهرا حيث يمكن جمع المعلومات من المقابلة مع الأهل وكذا ملاحظة سلوك الطفل ويتكون من 15 بندا كل بند يمكن تنقيطه من 0 الى 4، تم الاعتماد على النسخة المكيفة حسب البيئة العربية.

ويركز مقياس تقييم التوحد الطفولي على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلا من الاعتماد الكلي على الحكم الإكلينيكي ومن اهم مميزات هذا المقياس ما يلي:

- يتضمن المقياس بنودا مستمدة من المعايير التشخيصية المختلفة مثل قائمة Kanner و Creak .
- إمكانية استخدامه مع الافراد من ذوي الفئات العمرية المختلفة (أطفال وكبار).
- تطوير المقياس وتعديله وتقويمه على أساس استخدامه على اكثر من 1500 حالة على مدار مدة تجاوزت 10 سنوات.

- اعتماده على الاحكام الموضوعية المعتمدة على الملاحظة السلوكية بدلا من الاحكام النظرية البحتة وغير الموضوعية.
- تعريف كل بند من بنود المقياس ووصف السلوك المستهدف بالملاحظة وكيفية وضع التقديرات المناسبة.
- وضع التقديرات على بنود المقياس المختلفة من مصادر المعلومات والمواقف المختلفة وعدم الاكتفاء بموقف واحد فقط.
- يتكون هذا المقياس من 15 بندا تعتبر محصلة استخدام أنظمة تشخيصية مهمة مثل معايير كانر (1943) ونقاط كريك (1961) وتعريف روتر (1978) وتعريف الجمعية العالمية للأطفال التوحديين (1978). (الهواري، بلميهوب، 2020)

ث- اختبار تقييم اللغة الشفهية المكيف لخومسي Elo :

اختبار خومسي ومختصره (ELO) *évaluation du langage orale*، هو أداة مخصصة لتقييم اللغة الشفهية على مستوى الفهم والإنتاج عند الأطفال من 3 إلى 10 سنوات، صمم من قبل عبد الحميد خومسي سنة 1987، يتكون من 4 محاور رئيسية تتضمن بدورها محاور فرعية وهي:

- المعجم (lexique) والذي يتضمن:
- الاستقبال المعجمي (Lexique en réception (lexR) والإنتاج المعجمي (Lexique en production (lexP)
- الفونولوجيا: (Répétition de mots (RepM) ويتضمن إعادة وتكرار الكلمات
- الفهم: (compréhension (c) وينقسم إلى محورين
- -الفهم : (compréhension (c1) خصص للأطفال من 3 سنوات و3 أشهر و5 سنوات و3 أشهر
- الفهم: (compréhension (c2) يخص الأطفال انطلاقا من 5 سنوات و3 أشهر إلى 10 سنوات و3 أشهر.
- التعبير اللغوي: ويتضمن: إنتاج العبارات (Production d'énoncés (prodE)، و تكرار العبارات (Répétition d'énoncés (RepE)

بالنسبة لتحليل النتائج في هذا الاختبار يعتمد على مجموع النقاط الأساسية للإجابات، أما النقاط الفرعية الأخرى فتستخدم لتحليل الإجابات الأساسية التي يمكن أن تقدم معلومات عن نوع وحجم الأخطاء اللغوية للطفل

ث 1 / الخصائص السيكومترية لاختبار تقييم اللغة الشفهية المكيف لخومسي Elo :

• ثبات المقياس

| التفسير | معامل الارتباط | | الطريقة المستعملة لحساب الثبات |
|------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------------|
| معامل ثبات مرتفع | 0.76 | بين نصفي الاختبار | طريقة التجزئة النصفية |
| | 0.86 | باستعمال طريقة سبيرمان - براون | |

جدول 08 يمثل نتائج ثبات الاختبار باستخدام طريقة التجزئة النصفية

يتضح لنا من خلال الجدول ان معامل الارتباط بين نصفي الاختبار هو 0.76 بعد اجراء تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان - براون قدر معامل ثبات كل الاختبار ب 0.86 وهذا ما يدل على ان الاختبار يتمتع بثبات عالما ما يؤكد استجابة اختبار خومسي لتقييم اللغة العربية الشفهية والمكيفة على البيئة الجزائية بمعايير تصميم الاختبارات والمتعلقة بدراسة الثبات.

• التأكد من الصدق:

ولدراسة الصدق تم الاعتماد على طريقة صدق المحكمين : يقوم هذا النوع من الصدق على فكرة مدى مناسبة الاختبار لما يقيس ولمن يطبق عليهم ويظهر ذلك في وضوح البنود ومدى علاقتها بالقدرة او السمة او البعد الذي يقيسه الاختبار وغالبا ما يقرر ذلك مجموعة من المتخصصين في المجال، وكان استعمالنا لهذا النوع من الصدق غرض واحد وهو مراقبة لمحتويات الأداة وجمع اراء المختصين قبل التطبيق النهائي ، ولقد عرضناه على مجموعة من الباحثين مختصين لهم الكفاءة والخبرة في الحكم على صدق الاختبار وكان التقييم إيجابي لمجموع التعديلات التي أجريت على الاختبار بعد التكييف.

6- استنتاج:

كانت الدراسة الاستطلاعية عبارة عن تجربة ميدانية تحضيرية لنا وفي نفس الوقت مكنتنا من العثور على الحالات المناسبة لدراستنا ويمكن تلخيص نتائجها في النقاط التالية:

- أ- شعرنا بحس المسؤولية اتجاه المهنة التي نقوم بها واتجاه الأشخاص اللذين نعمل معهم.
- ب- تعودنا على البيئة المكانية والبشرية للعيادة كتحضير للدراسة الأساسية.
- ت- استفدنا من بعض الخبرات الميدانية كالقيام بالمقابلة الأولى مع مختلف الحالات.
- ث- الصبر والعمل مع الأطفال ومحاولة السيطرة عليهم.
- ج- إيجاد العينة التي سيتم القيام بالتعامل معها.

ب- الدراسة الأساسية:

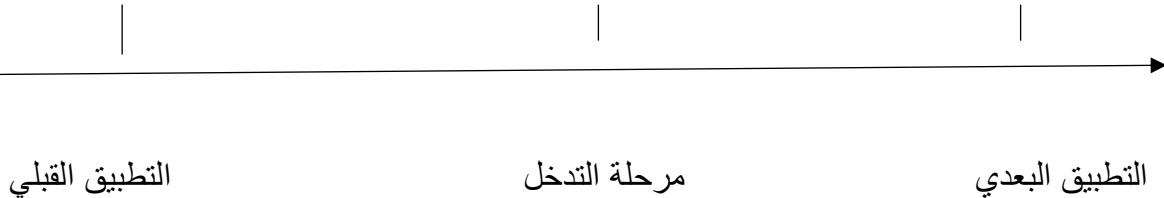
1- منهج الدراسة الأساسية:

يعرف المنهج شبه تجريبي: بأنه دراسة العلاقة بين متغيرين كما هما موجودان في ارض الواقع دون ان يقوم الباحث بالتحكم فيهما، ويتم اللجوء الى هذا المنهج عندما يكون هناك صعوبات في استخدام المنهج التجريبي لأسباب دينية او اجتماعية او لعدم تعريض الانسان للخطر او للمهانة.

كما تم تعريف المنهج شبه تجريبي بأنه المنهج الذي يقوم بشكل رئيسي على دراسة الظواهر الانسانية كما عي في الطبيعة دون ان يقوم الانسان بل لتدخل فيها او يعرف بانها دراسة العلاقة بين متغيرين على ما هما عليه دون ان يتم التحكم في المتغيرات(خضر،2013).

2- تصميم البحث :

اعتمدت الباحثتين على المنهج الشبه تجريبي كما هو مبين في التخطيط التالي:



3- حدود الدراسة الأساسية:

أ- الإطار المكاني: تقع العيادة الأرطفونيا المتخصصة في تصحيح النطق والسمع للأخصائي " صغير عبد الإله" في بلدية وهران تحديدا حي العثمانية -مارفال- واجهة شارع مونسيور بافي، رقم 31 ذهبية براهيم القطعة 02 الطابقين الأول والثاني ، يتكون الطابق الأرضي من قاعة لاستقبال المفحوصين من اجل التشخيص ومتابعة حالات الراشدين اما الطابق العلوي فهو مخصص لحصص الأطفال ويتكون من قاعتين كبيرتين تحتوي كل منهما على الأدوات اللازمة التي تساعد على تأهيل الطفل،

تخضع العيادة بفضل المختص لقوانين دقيقة وصارمة سواء مع المتربصين او بالمفحوصين بحيث لا يجب على المتربصين الغياب دون سبب او التأخر والتحلي بروح المسؤولية اما فيما يتعلق بالمفحوصين فان العيادة تبدأ عملها على الساعة 8.30 صباحا الى غاية الساعة 12 وتعود للعمل من الساعة 13.30 الى غاية 16 بحيث يخصص لكل حصة 30 دقيقة و أي تأخر من قبل المفحوص فهو خارج مسؤولية العيادة ويكون ذلك من يوم السبت للأربعاء. تقوم العيادة بالتشخيص والتكفل بجل الاضطرابات التي تنتمي للتخصص كما يقوم المختص باقتراح بروتوكول للعلاج الطبيعي الفيزيائي كذلك للحالات التي تحتاج التدخل.

ب- الإطار الزمني: تم اجراء الدراسة فالفترة الزمنية الممتدة من 2023/03/26 الى غاية 2023/06/12 في الفترة الصباحية والمسائية بمعدل ثلاث حصص الى أربعة في الأسبوع وكل حصة لا تتعدى 30 دقيقة.

4- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الحالية من 4 حالات تم اختيارها بعناية وذلك بعد توفر الشروط التي كنا نبحث عنها وتتمثل في :

- يعانون من اضطراب التوحد.
- ليس لديهم اضطراب مصاحب او إعاقة مصاحبة.
- تتراوح أعمارهم بين 3 الى 5 سنوات.

- خصائص العينة:

| الحالة | الاسم واللقب | السن | الجنس | درجة التوحد حسب كارز |
|--------|--------------|---------|-------|----------------------|
| 01 | (أ.س) | 4 سنوات | ذكر | 46.5 |
| 02 | (ر.م) | 5 سنوات | ذكر | 42.5 |
| 03 | (أ.ب) | 3 سنوات | ذكر | 34.5 |
| 04 | (ل.ز) | 5 سنوات | ذكر | 31.5 |

جدول 09 يمثل خصائص العينة المدروسة

5- أدوات جمع البيانات في الدراسة الأساسية:

- الملاحظة الحرة: اعتمدنا على الملاحظة وذلك بغرض جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالات الأربعة وكان ذلك عن طريق تسجيل أهم التفاصيل حول نقاط قوة وضعف كل العينة ليسهل التعامل معها مستقبلاً.
- دراسة حالة: قمنا بوضع حوصلة إرطوفونية لجمع أكبر قدر من المعلومات عن كل الحالات وهو ما سنوضحه فيما يلي

6- إجراءات الدراسة الأساسية

بعدما تم تأكيد العينة المناسبة والتي تستوفي الشروط التي وضعناها في بداية بحثنا والتي من بينها عامل السن من 3 إلى 5 سنوات والتأكد من أنه لا يوجد اضطراب مصاحب ثم قمنا بالتأكد من أن كل الحالات من فئة التوحد TSA من خلال القيام بدراسة الحالة ، وهذا بعدما قمنا بتطبيق اختبار تقييم درجة التوحد CARS، تلاها اختبار تقييم اللغة الشفهية لخومسي ELO والذي يعد تقييم قبلي وتم اختيار بند تكرار الكلمات الذي يكشف لنا عن مهارة التقليد عن طريق التكرار وهو ما سمح لنا بالتنقل لمرحلة تطبيق التقنية التي قمنا بطرحها والمتمثلة في 20 بطاقة عبارة عن صور مختلفة لأشياء يراها الطفل على مدار يومه نقوم بطرحها عليه وتسميتها للطفل ونطلب منه تكرار ما سمعه في أكثر من محاولة يليها مرحلة التعيين وهي وسيلة تسمح لنا بمعرفة هل تم ترسيخ المفردات عند الطفل أم لا وفي الأخير يتم إعادة تطبيق اختبار ELO ويكون ذلك تحت مسمى التقييم البعدي لنرى مدى فعالية التقنية وهل كان لها دور في اكتساب الطفل لمفردات جديدة عن طريق تقليد الباحث بتكراره نفس الكلمات

1 / دراسة حالات الدراسة :

➤ الحالة الأولى:

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| الاسم و اللقب: أ.س | السن: 4 سنوات |
| الجنس: ذكر | المقر: وهران |
| تقدمت الحالة برفقة: الوالدين | موجهة من طرف: بشكل مباشر |
| سبب التوجيه: أعراض توحد | |

- البنية العائلية والسوابق المرضية:

- إسم ولقب الاب : ع.س
الأم : د.ش
تعيش الحالة مع: الوالدين
صلة القرابة بين الوالدين: لا يوجد
طبيعة العائلة : عادية
عدد الإخوة : 0 ذكور: / إناث: / رتبة الحالة: 1
هل توجد سوابق مرضية؟ : لا يوجد
نوع المرض : / من جهة: /

- فترة الحمل والولادة:

- مرحلة ما قبل الحمل:
هل كان هناك مانع حمل؟ : لا يوجد
هل تم الإجهاض من قبل؟ : لا يوجد
الحالة الصحية والنفسية للام قبل الحمل: طبيعية

مرحلة الحمل:

- الحمل مرغوب فيه؟ : نعم
هل الحمل طبيعي؟ : نعم
هل تناولت الأدوية أثناء الحمل؟ : لا
الحالة الصحية والنفسية أثناء الحمل؟ : عادية

➤ مرحلة الولادة و بعد الولادة:

- هل كانت الولاد في الوقت؟ : نعم
نوع الولادة: طبيعية
هل كان هناك إنعاش للام؟ : لا

هل تعرض الطفل الى الاختناق أو الخطر؟ : لم يتعرض
هل وجدت صرخة الميلاد؟ : لا يوجد
نوع الرضاعة : طبيعية

- النمو الحسي الحركي: طبيعي
النمو اللغوي : متأخر
طبيعة النمو: عادي
وصف الحالة كيف كانت من الناحية الحسية الحركية: كل المراحل عادية

- المكتسبات الأولية:
هل يوجد تواصل بصري : لا يوجد
تقليد الحركات الكبرى والصغرى: متوسط
مستوى الفهم: ضعيف

- الاختبارات الارطفونية التي خضع لها الطفل:
CARS – PEP3
- الاختبارات المكملة :
EEG

➤ الحالة الثانية:

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| السن : 5 سنوات | الإسم و اللقب: ر.م |
| المقر : وهران | الجنس: ذكر |
| موجهة من طرف : بشكل مباشر | تقدمت الحالة برفقة : الأم |
| | سبب التوجيه: تأخر في اللغة |

- البنية العائلية والسوابق المرضية:

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| إسم و لقب الاب : ب.م | المهنة : / |
| الأم : ك.ق | المهنة: ماكثة بالبيت |
| تعيش الحالة مع : الوالدين | الوضع الاقتصادي العائلي : متوسط |
| صلة القرابة بين الوالدين: لا يوجد | طبيعة العلاقة الزوجية : عادية |
| طبيعة العائلة : عادية | |
| عدد الإخوة : 3 | ذكور: 1 |
| | إناث: 2 |
| هل توجد سوابق مرضية؟ : لا | رتبة الحالة: 3 |
| نوع المرض : / | من جهة: / |

- فترة الحمل والولادة:

- مرحلة ما قبل الحمل:
- هل كان هناك مانع حمل؟ : لا
- هل تم الإجهاض من قبل؟ : لا
- الحالة الصحية و النفسية للام قبل الحمل: عادية
- مرحلة الحمل:
- الحمل مرغوب فيه؟ : نعم
- هل الحمل طبيعي؟ : نعم
- هل تناولت الأدوية أثناء الحمل؟ : لا
- الحالة الصحية و النفسية أثناء الحمل؟ : عادية
- مرحلة الولادة و بعد الولادة :
- هل كانت الولاد في الوقت؟ : نعم
- نوع الولادة: طبيعية
- هل كان هناك إنعاش للام؟ : لا
- هل تعرض الطفل الى الإختناق أو الخطر؟ : لا

هل وجدت صرخة الميلاد؟ : نعم
نوع الرضاعة : طبيعية

- النمو الحسي الحركي: عادية
النمو اللغوي: متأخر
طبيعة النمو : عادي

وصف الحالة كيف كانت من الناحية الحسية الحركية: كل المراحل طبيعية

- المكتسبات الأولية:

هل يوجد تواصل بصري : نعم
تقليد الحركات الكبرى والصغرى: بشكل عادي
مستوى الفهم: جيد

- الاختبارات الارطوفونية التي خضع لها الطفل:

CARS – PEP3 – M-CHAT

- الاختبارات المكتملة :
لا يوجد

➤ الحالة الثالثة:

الأسم و اللقب: أ ب
السن: 3 سنوات
الجنس: ذكر
المقر: وهران
تقدمة الحالة برفقة: الوالدين
موجهة من طرف: الروضة
سبب التوجيه: غياب اللغة + اضطراب في السلوك

البنية العائلية والسوابق المرضية:

إسم و لقب الاب: ر ب
المهنة: تاجر
الأم: ن.س
المهنة: مأكثة في البيت

تعيش الحالة مع : الوالدين
صلة القرابة بين الوالدين: لا يوجد
طبيعة العائلة : عادية
عدد الإخوة : 0 ذكور: / إناث: / رتبة الحالة: 1
هل توجد سوابق مرضية؟ : لا يوجد
نوع المرض : / من جهة: /

فترة الحمل والولادة:

مرحلة ما قبل الحمل:

هل كان هناك مانع حمل؟ : لا

هل تم الإجهاض من قبل؟ : لا

الحالة الصحية و النفسية للام قبل الحمل: عادية

مرحلة الحمل:

الحمل مرغوب فيه؟ : نعم

هل الحمل طبيعي؟ : نعم

هل تناولت الأدوية أثناء الحمل؟ : لا

الحالة الصحية و النفسية أثناء الحمل؟ : طبيعية

مرحلة الولادة و بعد الولادة :

هل كانت الولادة في الوقت؟ : نعم

نوع الولادة: طبيعية

هل كان هناك إنعاش للام؟ : لا

هل تعرض الطفل الى الإختناق أو الخطر؟ : لا

هل وجدت صرخة الميلاد؟ : نعم

نوع الرضاعة : طبيعية

- النمو الحسي الحركي: عادي

النمو اللغوي: متأخر

طبيعة النمو : عادي

وصف الحالة كيف كانت من الناحية الحسية الحركية:

كل المراحل كانت بشكل عادي

- المكتسبات الأولية:

هل يوجد تواصل بصري : لا

تقليد الحركات الكبرى والصغرى: طبيعي

مستوى الفهم: جيد

- الاختبارات الارطوفونية التي خضع لها الطفل:

CARS

- الاختبارات المكملة :

لا يوجد

➤ الحالة الرابعة

السن: 5 سنوات

الإسم و اللقب: ل.ز

المقر : وهران

الجنس : ذكر

موجهة من طرف : Pedopsychiatre

تقدمت الحالة برفقة : الوالدين

سبب التوجيه: أعراض التوحد – تأخر كلام

- البنية العائلية والسوابق المرضية:

المهنة : عامل حر

إسم و لقب الاب : ج.س

المهنة: مأكثة في البيت

الأم : ب.ر

الوضع الاقتصادي العائلي : جيد

تعيش الحالة برفقة: الوالدين

طبيعة العلاقة الزوجية : عادية

صلة القرابة بين الوالدين: لا يوجد

طبيعة العائلة : عادية

عدد الإخوة : 2 ذكور: 1 إناث: 1 رتبة الحالة: 2 (توأم)
هل توجد سوابق مرضية؟ : لا يوجد
نوع المرض : / من جهة: /

- فترة الحمل والولادة:

مرحلة ما قبل الحمل:

هل كان هناك مانع حمل؟ : لا

هل تم الإجهاض من قبل؟ : لا

الحالة الصحية و النفسية للام قبل الحمل: عادية

مرحلة الحمل:

الحمل مرغوب فيه؟ : نعم

هل الحمل طبيعي؟ : نعم

هل تناولت الأدوية أثناء الحمل؟ : لا

الحالة الصحية و النفسية أثناء الحمل؟ : طبيعية

مرحلة الولادة و بعد الولادة :

هل كانت الولادة في الوقت؟ : نعم

نوع الولادة: طبيعية

هل كان هناك إنعاش للام؟ : لا

هل تعرض الطفل الى الإختناق أو الخطر؟ : لا

هل وجدت صرخة الميلاد؟ : نعم

نوع الرضاعة : طبيعية

-النمو الحسي الحركي: عادي

التمو اللغوي: متأخر

طبيعة النمو : عادي

وصف الحالة كيف كانت من الناحية الحسية الحركية:

كل المراحل طبيعية

- المكتسبات الأولية:

هل يوجد تواصل بصري : موجود

تقليد الحركات الكبرى والصغرى: موجود

مستوى الفهم: جيد

- الاختبارات الارطفونية التي خضع لها الطفل:

CARS – PEP3 – M-CHAT

- الاختبارات المكملة :

EEG

- 2 / تقييم درجة التوحد من خلال مقياس تقييم التوحد للطفولة CARS : وبعد التأكد

من صدق وثبات الاختبار والمتمثل في :

استنادا لعدة مؤشرات مستخرجة من برنامج SPSS وكذلك برنامج AMOS تعمل كلها للدلالة على صدق وثبات المقياس، يمكن أن نحكم على مقياس تقدير التوحد الطفولي بالصدق والثبات بثقة أكبر، وعلى ضوء كل النتائج السابقة يمكننا القول بأنا لمقياس محل الدراسة يتمتع بقدر كبير من الصدق في تمثيل البيانات وكذلك بمستوى مرتفع من الثبات. بالإضافة الى ذلك يمكن الاستفادة منه ليصبح ذا قيمة في تشخيص التوحد وتحديد نوعه. وفي ضوء هذه النتائج تقدم التوصيات الآتية:

- المزيد من البحث والتقصي وتطبيق المقياس على عينة أكبر.
- استخدام المقياس ونشره بشكل أوسع نظرا لارتباطه بأحد أكثر البرامج العلاجية فعالية وانتشار في العالم .

وتم الاعتماد عليه في تشخيص درجة التوحد للعينة ككل وذلك عن طريق البنود الـ 15 التالية:

- 1- العلاقات مع الناس.
- 2- التقليد
- 3- الاستجابة العاطفية.
- 4- الاستجابة الجسدية.
- 5- استخدام الأشياء (الاستخدام الوظيفي التكيفي).
- 6- القابلية للتأقلم مع الغير.
- 7- الاستجابة البصرية.
- 8- الاستجابات السمعية.
- 9- استجابات الشم، اللمس والتذوق.

- 10- المخاوف والعصبية.
- 11- التواصل اللفظي.
- 12- التواصل غير اللفظي.
- 13- مستوى النشاط.
- 14- مستوى وثبات الاستجابات الذهنية.
- 15- الانطباع العام.

3/ تطبيق اختبار تقييم اللغة الشفهية المكيف لخومسي Elo في الدراسة الأساسية : بعد

التأكد من صدق وثبات الاختبار والمتمثل في :

وعليه قمنا باستعمال بند واحد من الاختبار والمتمثل في بند تكرار الكلمات :

| | |
|----|-----------|
| 1 | بابو |
| 2 | شابو |
| 3 | روبو |
| 4 | باب |
| 5 | قاتو |
| 6 | البوم |
| 7 | خزانة |
| 8 | زاوش |
| 9 | أكواريوم |
| 10 | ساعة |
| 11 | لمبوط |
| 12 | قرعة |
| 13 | قشابية |
| 14 | بتية |
| 15 | كلوندريني |
| 16 | أجوندا |

جدول 10 يمثل بند تكرار الكلمات في اختبار ELO

الفصل السادس

الفصل السادس : عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1- تقديم الحالات

2- تحليل نتائج درجة التوحد من خلال مقياس CARS-2-ST.

3- التقنية التدريبيية المبنية على التقليد

4- تحليل نتائج اختبار اللغة الشفهية خومسي ELO قياس قبلي وبعدي.

5- الاستنتاج العام

تمهيد:

خصصنا هذا الفصل لعرض وتحليل نتائج الدراسة التي قمنا بها وذلك من خلال طرح المعطيات والنتائج التي اسفرت عنها الدراسة في جميع المراحل التي قمنا بها بدءا من تطبيق مقياس تشخيص درجة التوحد كارز ثم ذكر التقنية التدريبية المبينة على التقليد وصولا ل طرح نتائج بند تكرار الكلمات الخاص باختبار تقييم اللغة الشفهية خومسي ايلو بالإضافة الى طرف الفرضية والإجابة عنها بناء على النتائج المتحصل عليها.

1- تقديم الحالات:

1.1 الحالة الأولى:

الحالة (ا.س) يبلغ من العمر 4 سنوات، طفل وحيد لعائلة جيدة الحال الأب عامل في الصحراء لا يأتي الا كل 3 اشهر والأم مأكثة بالبيت، تقدمت الحالة برفقة الوالدين بشكل مباشر وذلك لعد ملاحظة الأم لبعض السلوكات المضطربة وأعراض لطيف التوحد خصوصا وأن العائلة لا تعاني من أي امراض وراثية كما أن فترة الحمل مرة بشكل طبيعي والولادة كذلك لكن غابت صرخة الميلاد، النمو الحسي حركي طبيعي أما اللغوي فقد أظهر الطفل حالة تأخر واضحة في تطور اللغة التعبيرية، خضع لاختبارات مكملة ولكن لم تظهر أي شيء أما بعد الاختبارات الأرتوفونية فقد شخصت حالته على انه طفل توحدي.

2.1 الحالة الثانية :

الحالة (ر.م) يبلغ من العمر 5 سنوات، يحتل المرتبة 3 في ترتيبه بين اخوته لعائلة جيدة، الأب عامل والأم مأكثة بالبيت، تقدمت الحالة بشكل مباشر مع الوالدين بعدما لاحظا تأخر لغوي للطفل، لا يوجد ضمن العائلة اي مرض وراثي كما أن الوالدين ليس بينها أي صلة قرابة، مرة فترة الحمل بشكل طبيعي بالإضافة لولادة طبيعية كما ان الرضاعة كانت طبيعية، النمو الحسي الحركي كان بشكل منتظم وعادي عكس النمو اللغوي الذي شهد تأخر واضح في الكلمة الأولى وفي اللغة التعبيرية، لم يخضع لأي اختبارات مكملة فقط خضع لاختبارات ارطوفونية وبينت لنا الحالة لا تعاني من تأخر في اللغة فقط بل يعاني كذلك من أعراض توحدي.

3.1 الحالة الثالثة:

الحالة (أ.ب) يبلغ من العمر 3 سنوات طفل وحيد لوالديه بعائلة ميسورة الحال الأب عامل والأم مأكثة بالبيت، تقدا من طرف الروضة بحيث ان سبب التوجيه يكمن في غياب اللغة بالإضافة الى سلوكات مضطربة تمت ملاحظتها على الطفل، فترة الحمل كانت طبيعية والولادة كذلك إذ لا يوجد أي مرض وراثي في العائلة أو صلة قرابة بين الوالدين، النمو الحسي حركي عادي ومنتظم عكس النمو اللغوي الذي يشهد تأخر واضح عند الطفل يفتقد للتواصل البصري مع غيره لكن مستوى الفهم جيد، لم يخضع لأي اختبارات مكملة فقط اختبارات أرطوفونية التي كشفت عن وجود اضطراب طيف التوحد.

4.1 الحالة الرابعة :

الحالة (ل.ز) يبلغ من العمر 5 سنوات يملك أخ توأم وأخت واحدة لعائلة جيدة من ناحية الدخل، الأب عامل و الأم مأكثة بالبيت، تقدمت الحالة برفقة الوالدين من طرف طبيب نفسي للأطفال pedo psychiatre من الجزائر العاصمة بعدما لاحظ أعراض للتوحد وتأخر في الكلام عند الطفل، مرة فترة الحمل بطريقة سلسلة والولادة كذلك، لا يوجد أي صلة قرابة بين الوالدين أو مرض وراثي من الطرفين، النمو الحسي حركي كان طبيعي عكس النمو اللغوي المضطرب، التواصل البصري جيد والفهم كذلك، خضع لاختبارات مكملة مثل تخطيط الدماغ EEG واختبارات ارطوفونية والتي بدورها كشفت عن وجود اضطراب طيف التوحد.

2- تحليل نتائج درجة التوحد من خلال مقياس CARS-2-ST:

تحليل نتائج الحالة الأولى: (أ.س)

جدول 11 يمثل نتائج الحالة الأولى عند تطبيق مقياس CARS-2-ST :

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 46.5 | 2.5 | 3.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 3.5 | 3.5 | 2.5 | 2.5 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 3.5 |
| مج | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

جدول 12 يمثل حاصل جمع المقياس :

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 71-55 | 54-45 | 44-24 |
| درجة مرتفعة من التوحد | درجة متوسطة من التوحد | درجة منخفضة من التوحد |

- ملاحظة :

المجالات التي كان مرتفع فيها هي: العلاقات مع الناس – التقليد – الاستجابة العاطفية – الاستجابة الجسدية – استخدام الأشياء – القابلية للتأقلم مع الغير – مستوى وثبات الاستجابات الذهنية – استجابات الشم، اللمس والذوق – المخاوف والعصبية.

المجالات التي كان منخفض فيها هي : الاستجابة البصرية – الاستجابة السمعية - التواصل غير اللفظي – المستوى اللفظي - مستوى النشاط – الانطباع العام.
تحصلت الحالة على درجة تقدر ب 46.5 وهي ما تدل على وجود توحد بدرجة متوسطة.

تحليل نتائج الحالة الثانية: (ر.م)

جدول 13 يمثل نتائج الحالة الثانية عند تطبيق مقياس CARS-2-ST :

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 42.5 | 3.5 | 3.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 3.5 | 3.5 | 2.5 | 2.5 | 3.5 | 3.5 | 2.5 | 2.5 | 1.5 | 2.5 |
| مج | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

جدول 14 يمثل حاصل جمع المقياس :

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 71-55 | 54-45 | 44-24 |
| درجة مرتفعة من التوحد | درجة متوسطة من التوحد | درجة منخفضة من التوحد |

- ملاحظة :

المجالات التي كان مرتفع فيها هي: الاستجابة الجسدية – استخدام الأشياء – القابلية للتأقلم مع الغير – استجابات الشم، اللمس والذوق – المخاوف العصبية.

المجالات التي كان منخفض فيها هي : العلاقات مع الناس – التقليد – الاستجابة العاطفية - الاستجابة البصرية – الاستجابة الجسدية – الاستجابة السمعية - التواصل غير اللفظي – التواصل اللفظي - مستوى النشاط – الانطباع العام – مستوى وثبات الاستجابات الذهنية.
تحصلت الحالة على درجة تقدر ب 42.5 وهي ما تدل على وجود توحد بدرجة منخفضة.

تحليل نتائج الحالة الثالثة : (أ.ب)

جدول 15 يمثل نتائج الحالة الثالثة عند تطبيق مقياس CARS-2-ST :

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 34.5 | 3.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 2.5 | 1.5 | 3.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 1.5 |
| مج | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

جدول 16 يمثل حاصل جمع المقياس :

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 71-55 | 54-45 | 44-24 |
| درجة مرتفعة من التوحد | درجة متوسطة من التوحد | درجة منخفضة من التوحد |

- ملاحظة :

المجالات التي كان مرتفع فيها هي: استخدام الأشياء – الانطباع العام.
المجالات التي كان منخفض فيها هي : القابلية للتأقلم مع الغير–العلاقات مع الناس – التقليد
– الاستجابة العاطفية - الاستجابة البصرية – الاستجابة الجسدية – الاستجابة السمعية -
التواصل غير اللفظي – التواصل اللفظي - مستوى النشاط – مستوى وثبات الاستجابات
الذهنية – استجابات الشم، اللمس والذوق – المخاوف العصبية.

تحصلت الحالة على درجة تقدر ب 34.5 وهي ما تدل على وجود توحد بدرجة منخفضة.

تحليل نتائج الحالة الرابعة : (ل.ز)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 31.5 | 2.5 | 1.5 | 1.5 | 2.5 | 2.5 | 1.5 | 2.5 | 1.5 | 1.5 | 2.5 | 1.5 | 3.5 | 1.5 | 2.5 | 2.5 |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مج | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

جدول 17 يمثل نتائج الحالة الرابعة عند تطبيق مقياس CARS-2-ST :

جدول 18 يمثل حاصل جمع المقياس :

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 71-55 | 54-45 | 44-24 |
| درجة مرتفعة من التوحد | درجة متوسطة من التوحد | درجة منخفضة من التوحد |

- ملاحظة :

المجالات التي كان مرتفع فيها هي: استجابة الجسدية .

المجالات التي كان منخفض فيها هي : القابلية للتأقلم مع الغير-العلاقات مع الناس – التقليد – الاستجابة العاطفية - الاستجابة البصرية – الاستجابة الجسدية – الاستجابة السمعية - التواصل غير اللفظي – التواصل اللفظي - مستوى النشاط – مستوى وثبات الاستجابات الذهنية – استجابات الشم، اللمس والذوق – المخاوف العصبية – الانطباع العام.

تحصلت الحالة على درجة تقدر ب 31.5 وهي ما تدل على وجود توحد بدرجة منخفضة.

3- التقنية التدريبية المبنية على التقليد:

بناء على التربص الميداني الذل قمنا به تم طرح تقنية تدريبية مبنية على التقليد ليساهم في تطويل التواصل اللفظي عند الطفل التوحدي TSA ، حيث قمنا بتطبيق اختبار قياس درجة التوحد كارز CARS-2-ST ثم قمنا بتطبيق بند تكرار الكلمات من اختبار خومسي لتقييم اللغة الشفهية ELO.

وبناء على النتائج المتحصل عليها توصلنا الى ان العينة المطبق عليها كل من بند الاختبار والمقياس هي في مستوى من مستويات اللغة الا وهو المستوى المعجمي، وعلى هذا الأساس قمنا بطرح فكرة تنمية هذا المعجم عن طريق استعمال 20 صورة فقط من الأشياء التي يصادفها الطفل في يومه وركزنا على ان تكون هذه الصور هي لأدوات يستعملها ويجهل اسمائها، اذ ان هذه الأخيرة مكيفة حسب البيئة الجزائرية والفئة العمرية للعينة (من 3 إلى 5

سنوات) إذ تساعد عملية التكرار في هذا السن على تنمية المهارات اللغوية للطفل التي بدورها تساعده على التواصل لفظيا مع محيطه.

طريقة تطبيق التقنية :

قمنا باختيار 20 كلمة مختلفة من جميع الأصناف ولم يكن الاختيار عشوائيا بل هو اختيار مدروس بحيث حاولنا التوفيق بين الكلمات الموجودة في بند تكرار الكلمات والتقنية إذ اخترنا كلمات قصيرة وسهلة النطق وأخرى طويلة قليلا وذلك لتعويد الطفل على الانتقال الى مرحلة تكرار الجمل، كما قمنا بمراعات سن العينة واخترنا كلمات بسيطة ومفهومة ليسهل تكرارها كما حاولنا مراعات الفترة الزمنية لأن هدفنا الأساسي هو تحسين المستوى المعجمي في أقصى مدة ممكنة وتمثل الكلمات فيما يلي: (الصور تجدونها في الملاحق)

- 1- كاس
- 2- بولا Bola
- 3- قرعة
- 4- تيليفزيون
- 5- خبز
- 6- تيليفون
- 7- مخدة
- 8- بطاطا
- 9- مفتاح
- 10- كرسي
- 11- قطة
- 12- كلب
- 13- بانان
- 14- كرطاب
- 15- شابو
- 16- Lavabo
- 17- مغرف
- 18- خدمي
- 19- طبسي
- 20- Trottinette

وتمت عملية التطبيق حسب النقاط التالية :

- 1- قمنا بطبع صور حقيقية ملونة لجذب انتباه الطفل .
- 2- قمنا بعرض الصور عليه واحدة تلو الأخرى عبر وضعها امامه في الطاولة مع تسميتها له دون الطلب منه تكرارها.
- 3- قمنا بوضع صورة واحدة فوق الطاولة وقمنا بتسميتها وطلبنا منه التكرار ورائنا.

تكررت نفس العملية مع الـ 20 صورة بشكل مكثف بحيث قمنا بإعادة التقنية لأكثر من 3 مرات على الطفل على مدار حصص مختلفة.

ولتأكد من أن الطفل قام حقا بترسيخ هذه الكلمات عن طريق التكرار ارتأينا الى إضافة التعيين ويتمثل في :

1- قمنا بوضع 3 صور من التقنية بشكل عشوائي وطلبنا من الطفل أن يستخرج احدى الصور التي تتناسب مع ما قاله المختص.

مثلا: وضع صورة كلب – مغرف – مخدة ونطلب منه عن طريق طرح سؤال : اين هي المخدة ؟

2- قمنا بتكرار نفس العملية مع كل الصور لتأكد من اننا لم نغفل على أي صورة.

4- تحليل نتائج اختبار اللغة الشفهية خمسي ELO قياس قبلي وبعدي:

قمنا بتطبيق بند تكرار الكلمات فقط والتمثل في 16 كلمة وذلك حسب السن المسموح به في الاختبار وكان ذلك قبل تطبيق التقنية التدريبية المبنية على التقليد وهو ما يسمى بالقياس القبلي ثم قمنا بإعادة تطبيق البند لنرى فعالية التقنية وهو ما يسمى بالقياس البعدي.

نتائج الحالة الأولى: أ.س

بعد تطبيقنا لبند تكرار الكلمات تحصلنا على النتائج التالية و التي نعبر عنها بالنسب المئوية:

| عدد الكلمات التي كررها من | | القياس القبلي |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| أصل 16 كلمة | | |
| 8 | | 56.25 |
| عدد الكلمات التي كررها من أصل 16 كلمة | القياس البعدي | |
| 11 | | 81.25 |

نتائج الحالة الثانية : ر.م

بعد تطبيقنا لبند تكرار الكلمات تحصلنا على النتائج التالية:

| القياس القبلي | عدد الكلمات التي كررها من أصل 16 كلمة |
|---------------|---------------------------------------|
| 62.5 | 10 |

| القياس البعدي | عدد الكلمات التي كررها من أصل 16 كلمة |
|---------------|---------------------------------------|
| 93.75 | 15 |

نتائج الحالة الثالثة: أ.ب

بعد تطبيقنا لبند تكرار الكلمات تحصلنا على النتائج التالية:

| القياس القبلي | عدد الكلمات التي كررها من أصل 16 كلمة |
|---------------|---------------------------------------|
| 50 | 9 |

| القياس البعدي | عدد الكلمات التي كررها من أصل 16 كلمة |
|---------------|---------------------------------------|
| 68.75 | 13 |

نتائج الحالة الرابعة: ل.ز.

بعد تطبيقنا لبند تكرار الكلمات حصلنا على النتائج التالية:

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| عدد الكلمات التي كررها من أصل 16 كلمة | القياس القبلي |
| 12 | 75 |

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| عدد الكلمات التي كررها من أصل 16 كلمة | القياس البعدي |
| 16 | 100 |

عرض وتحليل النتائج:

5 / مناقشة :

بناء على النتائج التي حصلنا عليها من خلال تطبيق مقياس كارز لقياس درجة التوحد والتي ساعدتنا على معرفة درجة الاضطراب التي نتعامل معه الذي ساهم في اختيارنا لعينة تعاني من توحد خفيف الى متوسط انتقلنا الى مرحلة تطبيق اختبار تقييم اللغة الشفهية لخومسي ايلو والذي اخترنا منه بند تكرار الكلمات فقط وهو ما كان تحت مسمى القياس القبلي الذي يعطينا نظرة عن المستوى اللغوي التي تمتلكها الحالات وهو ما رأيناه صائباً بعد ملاحظتنا المستمرة للعينة على مدار فترة الدراسة الاستطلاعية والمتمثلة من أربع أطفال لديهم محدودية في الكلمات أي في المعجم اللغوي لكن لديها سهولة في تكرار الكلمات عن طريق تقليد المختص وهو ما سهل عملية تطبيق التقنية التي قمنا بوضعها التي تراعي كل الحالات سواء من ناحية سهولة الكلمات أو من ناحية السن الذي يعتبر عامل أساسي في اختيارنا لمفردات التقنية فشهدنا تجاوب جيد للحالات وكان العمل معها سهل وسلسل بحكم اعدتنا للتقنية أكثر من مره ولتأكد من نجاح التقنية اضفنا مبدأ التعيين يساعدنا على معرفة هل ترسخت هذه الكلمات عند الطفل أم لا، تلاها إعادة تطبيق نفس بند تكرار الكلمات من اختبار خومسي للغة الشفهية

عرض و تحليل نتائج الفرضية الأساسية :

نص الفرضية : يوجد اثر ايجابي للتقنية التدريبية القائمة على التقليد في اكتساب التواصل اللفظي للطفل التوحد.

الجدول رقم 19 يبين نتائج الفرضية الأساسية

| الحالات | القياس القبلي (%) | القياس البعدي (%) |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| أ.س | 56.25 | 81.25 |
| ر.م | 62.5 | 93.75 |
| أ.ب | 50 | 68.75 |
| ل.ز | 75 | 100 |
| المتوسط الحسابي | 60.93 | 85.93 |

مناقشة الفرضية الأساسية :

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول فان الفروق واضحة بين التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لدى كل حالة ، بحيث كان التواصل اللفظي لدى الحالة الأولى في التطبيق القبلي 56,25 و أصبح بعد تطبيق تقنية التقليد 81,25 ، ولدى الحالة الثانية كانت نسبة التواصل اللفظي تقدر ب 62.5 في التطبيق القبلي أما بعد تطبيق البروتوكول العلاجي أصبح 93,75 ، اما بالنسبة للحالة الثالثة فلقد كانت نسبة التواصل اللفظي 50 وفي التطبيق البعدي أصبح 68,75 ، و فيما يخص الحالة الأخيرة فقد كانت نسبة التواصل اللفظي مقدر ب 75 و أصبحت 100 ، وهي نسب تدل على أن البرنامج العلاجي المطبق في الدراسة أثبت فعاليته في تحسين التواصل اللفظي لدى عينة البحث و ما يثبت ذلك أكثر هو الفروق بين المتوسط الحسابي القبلي و البعدي بحيث كان متوسط التواصل اللفظي لدى عينة البحث في التطبيق القبلي 60.93 و في التطبيق البعدي ارتفع المتوسط الى 85.93 ، و هذا ما يجعلنا نقبل فرض البحث و نرفض الفرض الصفري يعني أنه نعم، يوجد اثر ايجابي لتقنية التدريب القائمة على التقليد في اكتساب التواصل اللفظي للطفل التوحدي

فبناء على ما يظهر في الجدول من اختلاف في النسب توصلنا لوجود فروق جوهرية بين متوسطي حساب درجات العينة في القياسين القبلي و البعدي على بند تكرار الكلمات من اختبار خومسي لتقييم اللغة الشفهية ELO لصالح القياس البعدي، بحيث يدل ارتفاع نسبة المتوسط الحسابي على ان هناك ارتفاع وتحسن في المستوى اللفظي عند العينة من خلال اثراء المعجم اللغوي لديهم .

فالتقنية العلاجية التي اعتمدت عليها الباحثين في الدراسة والقائمة على تقليد مجموعة من الكلمات كان له دور فعال في تحسين الرصيد اللغوي لدى عينة البحث ، ما يدل ان الطفل التوحدي قادر على تعلم مجموعة من الكلمات التي تسمح له بالتواصل مع العالم الخارجي و ذلك من خلال تدريبه و تعليمه مجموعة من الالفاظ المتداولة و التقليد وسيلة جد فعالة في تعليم هذه الفئة

وهذه الدراسة جاءت لتثبت ان التقليد كما ينفع الأطفال العاديين في التعلم فهو أيضا وسيلة ناجحة في تعليم الطفل التوحدي بدرجات معينة ، وبهذا فمن الخطأ ان نعتقد ان الطفل التوحدي لا نستطيع التواصل معه لفظيا ، فنتائج هذه الدراسة جاءت مماثلة للعديد من الدراسات السابقة كدراسة هشام عبد الرحمان خولي وايمان رجب قنديل في دراستهم الموسومة بعنوان فعالية برنامج تدريبي للامهات قائم على استراتيجية التقليد في تحسين حالة أطفال طيف التوحد و التي اثبتت أن تدريب الأمهات لأطفالهم الذين يعانون من طيف توحد له نتائج ايجابية من ناحية التواصل والذي يكون تدريبهم فيه ناتج عن مجموعة من التمارين

والتي أساسها التقليد لكن هذا لا يمنع أن نتائج بحثنا هذا قد تتعارض مع بحوث أخرى تجد أن التقليد ليس كافي في تعليم الطفل بل يتطلب وسائل أخرى أكثر فعالية.

الاستنتاج العام:

في ضوء الدراسة الميدانية التي قمنا بها والتي تعتبر مكمل للدراسة النظرية وبناء على التربص الذي قمنا به تحصلنا على معلومات ومجموعة من البيانات التي كانت نتيجة لتطبيق مقياس كارز المكيف حسب البيئة من أجل معرفة نوع التوحد التي تعاني منها العينة وتحديد درجته وتطبيق بند تكرار الكلمات الخاص باختبار تقييم اللغة الشفهية لخومسي وتطبيق التقنية التي قمنا باقتراحها على عينة من المصابين بطيف التوحد المكونة من 04 حالات تتراوح أعمارهم بين (3-5) سنوات.

فإن فرضية البحث قد تحققت على العموم من خلال نتائج الدراسة حول مساهمة تقنية تدريبية مبنية على التقليد في تحسين التواصل اللفظي عند الطفل التوحد TSA ، وبعد الإجابة على تساؤل الدراسة تم التوصل الى النتائج التالية:

- يوجد اثر ايجابي لتقنية تدريبية قائمة على التقليد في اكتساب التواصل اللفظي للطفل التوحد

كما يجب الإشارة أن نتائج هذا البحث تخص العينة التي طبقت عليها الدراسة من أدوات في جمع البيانات الى الحدود المكانية والزمانية لهذا البحث العلمي.

خاتمة

الطفل التوحدي يختلف عن غيره من الأطفال وبالتحديد في مشاكله للتعبير عن ما يشعر به عن طريق التواصل ويعود ذلك لنقص المكتسبات السلوكية، وعليه فإن أحد الأهداف الأساسية لكل مختص في المجال هو إيجاد حلول واضحة وصريحة تساعد هذا الطفل التوحدي على التواصل اللفظي مع محيطه والاستغناء عن البديل الذي يكون في غالب الأحيان احباط للطفل ولوالديه فبعض أساليب التواصل غير اللفظي تجعل الطفل مقيدا لأدوات معينة وبشكل محدود، ومن هنا تبرز لنا مدى أهمية مساعدة الطفل على التواصل بشكل لفظي وبشكل فعال عن طريق التجديد الدائم في التقنيات والطرق التي تساهم في اثراء هذا المجال ومن بين هذه الأساليب نذكر دور التقليد الجد فعال في اثراء الرصيد اللغوي المعجمي للطفل التوحدي والذي يساعده في اكتساب مهارات جديدة تجعله يفتح على آفاق هو بحد ذاته كان يجهلها وعليه ومن خلال دراستنا هذه المتمثلة في مساهمة تقنية تدريبية مبنية على التقليد في تحسين التواصل اللفظي عند الطفل التوحدي حاولنا إلقاء الضوء على دور التكرار عن طريق التقليد في ترسيخ كلمات جديدة التي تمكننا من اكتساب السلوك المرغوب فيه.

وعليه فإن دراستنا الحالية هدفت الى التعرف على مدى مساهمة التقليد في اثراء الرصيد اللغوي الذي بدوره يحسن التواصل اللفظي عند التوحدي ومن خلال الجانب الميداني وتطبيق التقنية التدريبية القائمة على التقليد قمنا بالتحقق من فرضية البحث التي أظهرت صحتها فيما يخص مساهمة التقليد في رفع مستوى التواصل اللفظي لدى عينة الدراسة.

وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها في هذا البحث وفي حدود عينته والمنهج المستعمل واجراءاته تم استخلاص ما يلي:

- للتقليد أثر إيجابي في تنمية القدرات اللغوية عند الطفل التوحدي.
- الاعتماد على التكرار كوسيلة لترسيخ المعلومة عند الطفل التوحدي.
- يستطيع الطفل التوحدي اكتساب قدر كبير من الكلمات التي تساعده في تنمية قدراته اللغوية عن طريق عملية التقليد اللفظي.
- يوجد اثر ايجابي لتقنية التدريبية القائمة على التقليد في اكتساب التواصل اللفظي للطفل التوحدي.

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع بالعربية:

- 1 السعد، سميرة، عبد اللطيف. 1997. معاناتي التوحد، مرض التوحد (ط2). منشورا ذات السلاسل الكويت.
- 2 الحلبي، سوسن. 2005. التوحد الطفولي (ط1). مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع دمشق.
- 3 السيد كامل، الشربيني. 2011 التوحد (الأسباب ، التشخيص ، العلاج) (ط2). دار المسيرة عمان.
- 4 البدر اوي، عبد التواب، السعيد، شرين. 2017. التوحد لدى الأطفال. *المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، المجلد الرابع العدد 02*.
- 5 الشامي، وفاء، علي. 2004. خفايا التوحد (أشكاله أسبابه تشخيصه) (ط1). السعودية مركز جدة للتوحد..
- 6 الزريقات، ابراهيم. 2004. التوحد الخصائص والعلاج. الأردن، دار وائل للطباعة والنشر.
- 7 أبو حسب الله، كمال سعيد. (2015). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد. الجامعة الإسلامية كلية التربية، فلسطين غزة.
- 8 ابراهيم، احمد. 2020. التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر و صعوباته. *المجلة الاجتماعية القومية، المجلد 57 عدد 02*.
- 9 ابراهيم عبد الله، الزريقات. (2009). التوحد السلوك التشخيص والعلاج (ط1). دار وائل عمان.
- 10 أسامة فاروق، مصطفى سالم. 2014. اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق (ط1). دار المسيرة عمان
- 11 أسامة فاروق، مصطفى، السيد كامل، الشربيني. 2011 التوحد "الأسباب والتشخيص والعلاج (ط2). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان.
- 12 نايل الغرير، احمد، احمد عودة، بلال. 2010. سيكولوجية أطفال التوحد دار الشروق (ط1). عمان.
- 13 الفاروق، أسامة مصطفى، السيد كامل، الشربيني. 2014. التوحد (الأسباب ، التشخيص، والعلاج) (ط2). دار المسيرة عمان .
- 14 أبو السعود. 2009. اضطراب التوحد (أعراضه، أسبابه، طرق علاجه) (ط1). مع البرامج التدريبية عالم الكتب القاهرة مصر.
- 15 جابر السيد، احمد، حسام الدين. 2018. تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين باستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي، مجلة البحث العلمي، عدد 18.
- 16 حبال، سعيدة. (2016-2017). مساهمة تقنية التقليد حسب برنامج تيتش في اكتساب التواصل اللفظي و التواصل غير اللفظي عند الطفل التوحدي. جامعة عبد الحميد ابن باديس-مست غانم.
- 17 حسن، منى. (2015). فعالية التدخل المبكر المكثف في تحسين السلوك اللفظي للأطفال من ذي طيف التوحد باستخدام تحليل السلوك التطبيقي، مدرسة الصحة النفسية، كلية التربية، الزقازيق.
- 18 حماد، مسعودة، مهريه، خليفة. 2021. تشخيص اضطراب طيف التوحد دراسة وصفية تحليلية بالمركز النفسي DSM-5 وفق المعايير الجديدة البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بتقوت- ورقة. *المجلة العربية للإعاقة والموهبة، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، مصر، مج 5، ع 18*.

- 19 خروبي، احمد. (2012). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي جامعة ورقلة الجزائر.
- 20 رابية، إبراهيم حكيم. 2009. دليلك لتعامل مع التوحد المملكة العربية السعودية مكتبة الملك الفهد الوطنية.
- 21 زياد كامل، الدلال وآخرون. 2011. أساسيات التربية الخاصة. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 22 شاكر الجلبى، سوسن. 2005. التوحد الطفولي (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه) مؤسسة علاء الدين، سوريا.
- 23 شاكر مجيد، سوسن. 2010 التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه وعلاجه) (ط1). دار دبيوني للنشر والتوزيع عمان.
- 24 عيسى و آخرون. 2014. التعليم العلاجي للأطفال الغير العاديين (ط1). ناشرون أو متزعمون عمان.
- 25 عليوي، عبد العزيز. 2015. عالم التوحد مقارنة نفس مرضية إكلينيكية. التوحد مطابع إفريقيا الشرق دار البيضاء المغرب.
- 26 علي كمال ، عبد الله. 2015. فاعلية برنامج تدريب في تنمية مهارات التواصل للمهات الأطفال المصابين بالتوحد رسالة دكتوراة الجامعة الإسلامية غزة.
- 27 عبد الرحمان ،سيد سليمان. 2000. محاولة لفهم الذاتية مكتبة زهراء (ط1). القاهرة.
- 28 عبد الفتاح ، عبد المجيد الشريف. 2001. التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، القاهرة، مكتبة لأنجلو المصرية .
- 29 عمر عبد الرحيم، نصر الله. 2001. مبادئ الاتصال التربوي و الإنساني. دار وائل الاردن.
- 30 السليتي ،فراس. 2008. استراتيجيات التعلم و التعليم النظرية التطبيقية (ط1). جدار للكتاب العالمي للنشر و التوزيع عمان الاردن.
- 31 فتيحة، محمد ،محفوظ، باحشوان. 2017. المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها. مجلة الأندلس للعلوم الاجتماعية والإنسانية العدد 15 اليمن.
- 32 قيس، وفاء. 2017. اضطراب التوحد تشخيص وعلاج، مركز أبحاث الطفولة و الأمومة جامعة لبنان.
- 33 كعبوش، ريان. (2018). فاعلية برنامج تيتش في تنمية المهارات اللغوية والاجتماعية عند أطفال التوحد من وجهة نظر المختصين. جامعة محمد الصديق بن يحيى جيجل.
- 34 عمر الصديق التوحدي ،لينا. (2015). فاعلية برنامج مقترح لتنمية التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد و اثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي مجلد الطفولة العربية الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة مجلد التاسع العدد 33 ديسمبر 2007.
- 35 ماجد السيد، عمارة. 2005. إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق للنشر.
- 36 محمد قاسم ، عبد الله. 2001. الطفل التوحدي أو الذاتوى حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة)، الأردن ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- 37** محمد، سيد محمد موسى.(2007). فعالية برنامج إرشادي تدريبي لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لهؤلاء الأطفال باستخدام جداول النشاط المصورة، القاهرة، بحث منشور، المؤتمر العلمي الحادي عشر التربية وحقوق الإنسان، مصر، مجلد 2 .
- 38** محمد، هالة خورشيد طاهر.(2013).مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية و العلوم الانسانية.جامعة حلوان كلية الخدمة الاجتماعية.
- 39** محمد كمال، أبو الفتوح عمر. 2012. الأطفال الاوتيست (ماذا تعرف عن اضطراب الاوتيزم (ط1). دار زهران للنشر و التوزيع عمان .
- 40** محمد، عدنان عليوات.(2007).الأطفال التوحديين(ط1).دار البازوري عمان.
- **41** نايف، إبراهيم. 2001. المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل عمان دار الفكر للطباعة و النشر.
- 42** هميلة، نعيمة.(2019). دور التقليد في تنمية اللغة لدى الطفل التوحدي جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله.

المراجع بالأجنبية:

- 43** Marshall, V. :Living with Autism London: A Sheldon PressBook2004
- 44**He ward, W.:Exceptional Children: An Introduction to special Education.USA, Upper Sandler River: Memill& Prentice Hall,2006.p32.
- 45**siegal.B .1999.autistic children understanding and treading autistic spectrum disorders,oxferd university pres.
- 46**<http://dspace.univjijel.dz:8080/xmlui/handle/123456789/4967>

الملاحق:

- اختبار درجة التوحد من خلال مقياس ST-CARS-2:

مشفى الملك عبدالعزيز الجامعي
King Abdullah bin Abdulaziz University Hospital
جامعة الملك عبدالعزيز



مقياس تقييم التوحد للطفولة (كارز-2-ST)

The Childhood Autism Rating Scale (CARS-2-ST)

The Childhood Autism Rating Scale (CARS) is designed as a clinical rating scale for the trained clinician to rate items indicative of Autism Spectrum Disorder (ASD) after direct observation of the child. The CARS-2 is preferred over the older, original CARS. The form is used with individuals of all ages and in both clinical and research settings.
مقياس تقييم التوحد للطفولة (كارز) ليكون أداة لتقييم السمات التوحدية للعيادي المتخصص ومن خلال الملاحظة الإكلينيكية.

| | |
|---|-----------------------------|
| مقياس تقييم التوحد للطفولة (كارز-2-ST) | الإسم العلمي ومرجعيته |
| Childhood Autism Rating Scale – 2-ST (Schopler E, Van Bourgondien ME, Wolfman, GS, Love SR (2010). Childhood Autism Rating Scale – 2nd Edition. Los Angeles: Western Psychological Services) | |
| مقياس (كارز-2-ST): يستخدم المقياس للأطفال من سن 2-6 سنوات ممن العمر > 79 أو أقل أو من لديهم حيز في التواصل بشكل واضح. من يتوقع مستوى الذكاء الـ IQ أعلى من 80 فوصى باستخدام الصورة الثقبية من المقياس (كارز-2-HF) | الفئة العمرية Age Range |
| مقياس (كارز-2-ST): يتم جمع المعطومات بشكل أساسي من الملاحظة المباشرة ثم من الوالدين. وهذه الأداة مصممة للممارس النفسي المتخصص. وأثبت مقياس يتم به الإجابة لطالقيهم. | نموذج القياس Format |
| مقياس (كارز-2-ST): فقط الممارس المتدرب على الفئة التوحدية يمكنهم تقدير المقياس. لم يصمم هذا المقياس ليكون أداة تقييم لعينات من الجمهور. كما أن تكيف المقياس في الصورة الحالية لم يكن تحت مظلة الممارسة السيكومترية من المتخصصين فقط في: | تحذير الاستخدام Cautions |
| Child Development Center, King Abdullah Bin Abdulaziz University Hospital Princess Noorah Bin Abdulrahman University | |

Childhood Autism Rating Scale-2-ST

مقياس (كارز-2-ST): مركز النمو والطفولة، مستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي، جامعة الإمامة توريد
Child Development Center, King Abdullah Bin Abdulaziz University Hospital Princess Noorah Bin Abdulrahman University

تعليمات: مباشرة وبعد إتمام تقييم الحالة وفق قائمة مقياس (كارز-2-ST) الداخلية، يتم تحويل النتائج إلى نموذج التصحيح في الأسفل.
DIRECTIONS: After rating the 15 items, transfer the ratings from the inside pages to the corresponding spaces below. Sum the ratings to obtain the Total raw score, and indicate the corresponding Severity Group. Circle the Total raw score value in the table in the column labeled "All ages" and in the column that corresponds to the age of the person who has been rated. The number printed to the left of each value you have circled is the T-score.

| SEVERITY GROUP والتصنيف الفئة و الشدة | |
|--|--------------------------|
| لا يوجد أعراض توحدية أو محدودة جداً Minimal to No Symptoms of Autism Spectrum Disorder (15-29.5: 13-27.5 for ages 13+) | <input type="checkbox"/> |
| أعراض بسيطة إلى متوسطة للتوحد Mild to Moderate Symptoms of Autism Spectrum Disorder (30-36.5: 29-34.5 for ages 13+) | <input type="checkbox"/> |
| أعراض شديدة للتوحد Severe Symptoms of Autism Spectrum Disorder (37 and higher: 35 and higher for ages 13+) | <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | المجموع الكلي Total Raw Score |
|----------------------|-------------------------------------|



اسم المريض: / / تاريخ الفحص: / /
رقم الملف: / /
تاريخ الميلاد: / /
الجنس: / /
تم تقييم الحالة وفق البيانات التي جمعت من:

| Symptom Level Compared to Individuals With Autism Spectrum Diagnosis | | | | | Scores | تصنيف البيئات CATEGORY RATINGS |
|--|----------|-----------|---------|------------|--------|---|
| Age 13 and older | Age 7-12 | All Ages | T score | Percentile | | |
| 100 | 105 | 105 | 171 | 100 | --- | 1. العلاقات مع الآخرين median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 54 | 54 | 54 | 70 | 98 | --- | 2. المحاكاة median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 50-53.5 | 50-53 | 50-53 | 68 | 97 | --- | 3. الاستجابات العاطفية median = 3.0 (3.0, 3.0) - |
| 49.5-51.5 | 51-53.2 | 51-53.2 | 67 | 97 | --- | 4. استخدام الجسد median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 46 | 51 | 50-53.5 | 68 | 98 | --- | 5. استخدام الإتياء median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 47-48.5 | 51-53.5 | 49.5 | 65 | 95 | --- | 6. التكيف والتعبير median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 46-47 | 49.5 | 49 | 64 | 94 | --- | 7. الاستجابة البصرية median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 45-45.5 | 46.5 | 48-49.5 | 63 | 93 | --- | 8. الاستجابة السمعية median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| | 46 | 47-47.5 | 62 | 90 | --- | 9. استجابات الشد، اللمس والتذوق. median = 2.0 (2.0, 3.0) - |
| | 45-46 | 46.5 | 61 | 88 | --- | 10. المخاوف والعصبية median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 44-44.5 | 46 | 45.5-46 | 60 | 84 | --- | 11. التواصل اللفظي median = 3.0 (3.0, 3.0) - |
| 43.5-43 | 45 | 44.5-45 | 59 | 82 | --- | 12. التواصل الغير لفظي median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 43.5 | 44.5 | 44 | 58 | 79 | --- | 13. مستوى النشاط median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| | 44 | 43.5 | 57 | 76 | --- | 14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية median = 2.5 (2.0, 3.0) - |
| 42 | 43-43.5 | 43.5-43 | 56 | 72 | --- | 15. الإطباق العام median = 3.0 (3.0, 3.0) - |
| 14-41.5 | 42-42.5 | 41-41.5 | 55 | 69 | --- | |
| 40-40.5 | 41.5 | 40-40.5 | 54 | 65 | --- | |
| 39.5 | 40.5-41 | 39-39.5 | 53 | 62 | --- | |
| 38.5-39 | 39.5-40 | 38-38.5 | 52 | 59 | --- | |
| 37.5-38 | 39 | 38.5 | 51 | 54 | --- | |
| 36.5-37 | 38-38.5 | 37.5-38 | 50 | 48 | --- | |
| 35-36 | 37.5 | 37 | 49 | 40 | --- | |
| 34-34.5 | 36.5-37 | 36-36.5 | 48 | 42 | --- | |
| 33.5 | 35.5-36 | 35-35.5 | 47 | 38 | --- | |
| 33 | 35 | 34-34.5 | 46 | 35 | --- | |
| 32.5 | 34-34.5 | 33.5 | 45 | 31 | --- | |
| 31-33 | 33.5 | 33 | 44 | 28 | --- | |
| 30-30.5 | 32.5-33 | 32-32.5 | 43 | 24 | --- | |
| 29-29.5 | 32 | 31.5 | 42 | 21 | --- | |
| 27.5-28.5 | 31.5 | 30.5-31 | 41 | 19 | --- | |
| 26.5-27 | 30.5-31 | 30 | 40 | 16 | --- | |
| 26 | 30 | 28.5-29.5 | 39 | 14 | --- | |
| 25-25.5 | 29-29.5 | 27.5-28 | 38 | 12 | --- | |
| 23.5-24.5 | 28-28.5 | 26-27 | 37 | 10 | --- | |
| | 27-27.5 | 25.5 | 36 | 8 | --- | |
| 23 | 26.5 | 24.5-25 | 35 | 7 | --- | |
| 21-22.5 | 24.5-25 | 24 | 34 | 6 | --- | |
| 20.0 | 24 | 23-23.5 | 33 | 5 | --- | |
| | 23.5 | 22.5 | 32 | 4 | --- | |
| | 22 | 21.5-22 | 31 | 3 | --- | |
| | 22-22.5 | 21 | 30 | 2 | --- | |
| 20 | 21.5 | 20.5 | 29 | 1 | --- | |
| | 21 | 20 | 28 | 1 | --- | |
| | 21 | 20 | 27 | 0 | --- | |
| | 20.5 | 20 | 26 | 0 | --- | |
| 19.5 | 20 | 19.5 | 24 | 0 | --- | |
| | 19.5 | 19 | 23 | 0 | --- | |
| | 19 | 19 | 22 | 0 | --- | |
| | 19 | 19 | 21 | 0 | --- | |
| 17.5 | 18 | 17 | 19 | 0 | --- | |
| | 17.5 | 17 | 18 | 0 | --- | |

Note: The numbers in parentheses are medians for individuals aged 7-12 or 13+, respectively.



| 1. العلاقات مع الناس Relating to People | | تعليمات |
|--|---|--|
| 1 | لا يوجد دليل على وجود صعوبات أو سلوكيات غير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين. No evidence of difficulty or abnormality in relating to people. | <ul style="list-style-type: none"> - لكل تساؤل، استخدم تلك المساحة الموجودة تحت "ملاحظة إكلينيكية" لتضع فيها ملاحظاتك المتعلقة بنفس التساؤل. - بعد أن تنتهي الملاحظة الإكلينيكية للطفل، قم بتحديد الخيار من خاتل وضع علامة على الخيار مباشرة بحيث يعكس أفضل وصف لتقييم الحالة. - قد تجد أحياناً بأن سلوك الطفل الملاحظ يقع بين فئتين من درجات التقييم وبالتالي يمكنك حينها اختيار التقييم المناسب من 1.5، 2.5 أو 3.5. |
| 1.5 | | |
| 2 | يوجد شكل بسيط من السلوكيات الغير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين. Mildly abnormal relationships | |
| 2.5 | | |
| 3 | يوجد شكل متوسط من السلوكيات الغير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين. Moderately abnormal relationships | |
| 3.5 | | |
| 4 | يوجد شكل شديد لشذوذ من السلوكيات الغير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين. Severely abnormal relationships | |
| ملاحظة إكلينيكية | | |

| 3. الإستجابة العاطفية Emotional Response | | 2 التقليد Imitation |
|---|--|--|
| 1 | لدى الطفل إستجابة عاطفية مناسبة متوافقة مع العمر والموقف Age-appropriate and situation-appropriate emotional response | 1 لديه القدرة المناسبة على التقليد Appropriate Imitation |
| 1.5 | | 1.5 |
| 2 | لدى الطفل شكل بسيط من القصور في الإستجابات العاطفية Mildly abnormal emotional response | 2 لدى الطفل شكل بسيط من القصور في التقليد Mildly abnormal Imitation |
| 2.5 | | 2.5 |
| 3 | لدى الطفل مستوى متوسط من القصور في الإستجابات العاطفية Moderately abnormal emotional response | 3 لدى الطفل قصور متوسط في التقليد Moderately abnormal Imitation |
| 3.5 | | 3.5 |
| 4 | لدى الطفل قصور شديد في الإستجابات العاطفية Severely abnormal emotional response | 4 لدى الطفل قصور شديد في التقليد Severely abnormal Imitation |
| ملاحظة إكلينيكية | | ملاحظة إكلينيكية |



| 5. استخدام الأشياء (التكيف) Object Use | | 4. الاستجابة الجسدية Body Use | |
|--|-----|---|-----|
| لدى الطفل الإستجابة المناسبة في الاهتمام والإستخدام للألعاب والأشياء المختلفة. Appropriate interest in, or use of, toys and other objects | 1 | لديه إستجابة جسدية مناسبة لعمره Age-appropriate body use | 1 |
| | 1.5 | | 1.5 |
| لدى الطفل قصور بسيط في الاهتمام والإستخدام للألعاب والأشياء المختلفة. Mildly inappropriate interest in, or use of, toys and other objects | 2 | لدى الطفل قصور بسيط في الإستجابة الجسدية Mildly abnormal body use | 2 |
| | 2.5 | | 2.5 |
| لدى الطفل قصور متوسط في الاهتمام والإستخدام للألعاب والأشياء المختلفة. Moderately inappropriate interest in, or use of, toys and other objects | 3 | لدى الطفل قصور متوسط في الإستجابة الجسدية Moderately abnormal body use | 3 |
| | 3.5 | | 3.5 |
| لدى الطفل قصور شديد في الاهتمام والإستخدام للألعاب والأشياء المختلفة. Severely inappropriate interest in, or use of, toys and other objects | 4 | لدى الطفل قصور شديد في الإستجابات الجسدية Severely abnormal body use | 4 |
| ملاحظة إكلينيكية | | ملاحظة إكلينيكية | |
| | | | |

| 7. الإستجابة البصرية Visual Response | | 6. القابلية للتأقلم مع التغيير Adaptation to Change | |
|--|-----|---|-----|
| لدى الطفل إستجابة بصرية متوافقة مع العمر Age-appropriate visual response | 1 | لديه قابلية مناسبة للتكيف مع التغيير مناسبة لعمره Age-appropriate adaptation to change | 1 |
| | 1.5 | | 1.5 |
| لدى الطفل قصور بسيط في الإستجابات البصرية Mildly abnormal visual response | 2 | لدى الطفل قصور بسيط في التكيف مع التغيير Mildly abnormal adaptation to change | 2 |
| | 2.5 | | 2.5 |
| لدى الطفل قصور متوسط في الإستجابات البصرية Moderately abnormal visual response | 3 | لدى الطفل قصور متوسط في التكيف مع التغيير Moderately abnormal adaptation to change | 3 |
| | 3.5 | | 3.5 |
| لدى الطفل قصور شديد في الإستجابات البصرية Severely abnormal visual response | 4 | لدى الطفل قصور شديد في التكيف مع التغيير Severely abnormal adaptation to change | 4 |
| ملاحظة إكلينيكية | | ملاحظة إكلينيكية | |
| | | | |



| 9. استجابات الشم، التذوق، واللمس واستخدام Taste, Smell, and Touch Response and Use | | 8. الاستجابات السمعية Listening Response | |
|---|-----|--|-----|
| استخدام وإستجابة طبيعية إحاسيس: التذوق، الشم واللمس. Normal use of, and response to, taste, smell, and touch | 1 | أدى الطفل إستجابة سمعية متوافقة مع العمر Age-appropriate listening response | 1 |
| | 1.5 | | 1.5 |
| قصور بسيط في إستخدام و/أو إستجابة إحاسيس: التذوق، الشم واللمس. Mildly abnormal use of, and response to, taste, smell, and touch | 2 | أدى الطفل قصور بسيط في الإستجابات السمعية Mildly abnormal listening response | 2 |
| | 2.5 | | 2.5 |
| قصور متوسط في إستخدام و/أو إستجابة إحاسيس: التذوق، الشم واللمس. Moderately abnormal use of, and response to, taste, smell, and touch | 3 | أدى الطفل قصور متوسط في الإستجابات السمعية Moderately abnormal listening response | 3 |
| | 3.5 | | 3.5 |
| قصور شديد في إستخدام و/أو إستجابة إحاسيس: التذوق، الشم واللمس. Severely abnormal use of, and response to, taste, smell, and touch | 4 | أدى الطفل قصور شديد في الإستجابات السمعية Severely abnormal listening response | 4 |
| ملاحظة إكلينيكية | | ملاحظة إكلينيكية | |
| | | | |

| 11. التواصل اللفظي Verbal Communication | | 10. المخاوف والعصبية Fear or Nervousness | |
|---|-----|--|-----|
| مستوى طبيعي للتواصل اللفظي، بما يتناسب العمر والموقف. Normal verbal communication, age and situation appropriate | 1 | مستوى طبيعي من المخاوف أو العصبية Normal fear or nervousness | 1 |
| | 1.5 | | 1.5 |
| مستوى بسيط من قصور التواصل اللفظي Mildly abnormal verbal communication | 2 | مستوى بسيط من أعراض المخاوف والعصبية Mildly abnormal fear or nervousness | 2 |
| | 2.5 | | 2.5 |
| مستوى متوسط من قصور التواصل اللفظي Moderately abnormal verbal communication | 3 | مستوى متوسط من أعراض المخاوف والعصبية Moderately abnormal fear or nervousness | 3 |
| | 3.5 | | 3.5 |
| مستوى شديد من قصور التواصل اللفظي Severely abnormal verbal communication | 4 | مستوى شديد من أعراض المخاوف والعصبية Severely abnormal fear or nervousness | 4 |
| ملاحظة إكلينيكية | | ملاحظة إكلينيكية | |
| | | | |



| 13. مستوى النشاط Activity Level | | 12. التواصل غير اللفظي Nonverbal Communication | |
|------------------------------------|--|---|--|
| 1 | مستوى طبيعي للنشاط الحركي، بما يناسب العمر والظروف. Normal activity level for age and circumstances | 1 | مستوى طبيعي للتواصل اللفظي، بما يناسب العمر والموقف. Normal use of nonverbal communication, age and situation appropriate |
| 1.5 | | 1.5 | |
| 2 | مستوى بسيط من قصور النشاط Mildly abnormal activity level | 2 | مستوى بسيط من قصور التواصل غير اللفظي Mildly abnormal nonverbal communication |
| 2.5 | | 2.5 | |
| 3 | مستوى متوسط من قصور النشاط Moderately abnormal activity level | 3 | مستوى متوسط من قصور التواصل غير اللفظي Moderately abnormal nonverbal communication |
| 3.5 | | 3.5 | |
| 4 | مستوى شديد من قصور النشاط Severely abnormal activity level | 4 | مستوى شديد من قصور التواصل غير اللفظي Severely abnormal nonverbal communication |
| ملاحظة إكلينيكية | | ملاحظة إكلينيكية | |
| | | | |

| 15. الانطباع العام General Impressions | | 14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية Level and Consistency of Intellectual Response | |
|---|--|--|---|
| 1 | لا يوجد توحد No autism spectrum disorder | 1 | مستوى طبيعي للذكاء ومتسق بشكل معقول عبر المجالات المختلفة Intelligence is normal and reasonably consistent across various areas. |
| 1.5 | | 1.5 | |
| 2 | مستوى بسيط من أعراض التوحد Mild autism spectrum disorder | 2 | مستوى بسيط من قصور الوظائف الفكرية Mildly abnormal intellectual functioning |
| 2.5 | | 2.5 | |
| 3 | مستوى متوسط من أعراض التوحد Moderate autism spectrum disorder | 3 | مستوى متوسط من قصور الوظائف الفكرية Moderately abnormal intellectual functioning |
| 3.5 | | 3.5 | |
| 4 | مستوى شديد من أعراض التوحد Severe autism spectrum disorder | 4 | مستوى شديد من قصور الوظائف الفكرية Severely abnormal intellectual functioning |
| ملاحظة إكلينيكية | | ملاحظة إكلينيكية | |
| | | | |



| وصف مجالات السلوك التوحدي وفق الدرجة الكلية ومقارنته من تم تشخيصهم بالتوحد | |
|--|-------|
| الدرجة الكلية لـ كوز-2-ST | |
| الدرجة القصوى من أعراض التوحد | ≥71 |
| درجة مرتفعة جداً من أعراض التوحد | 60-70 |
| درجة مرتفعة من أعراض التوحد | 55-59 |
| درجة متوسطة من أعراض التوحد | 45-54 |
| درجة منخفضة من أعراض التوحد | 44-40 |
| درجة منخفضة جداً من أعراض التوحد | 39-25 |
| الدرجة في الحد الأدنى من أعراض التوحد | ≤24 |

| مجموع النقاط الخام مقرونة بالعمر والتصنيف التشخيصي | | | | |
|--|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| التشخيص | الصياغة التشخيصية للسلوك | العمر 13 سنة فأكثر Age 13+ | العمر أقل من 13 سنة Age ≤12.9 | |
| لا توحد No Autism | Mild-to-No Symptoms of Autism Spectrum Disorder | 15-27.5 | 15-29.5 | <input type="checkbox"/> |
| طيف توحد Autism Spectrum Disorder | Mild-to-Moderate Symptoms of Autism Spectrum Disorder | 28-34.5 | 30-36.5 | <input type="checkbox"/> |
| طيف توحد Autism Spectrum Disorder | Severe Symptoms of Autism Spectrum Disorder | 35-60 | 37-60 | <input type="checkbox"/> |

اختبار تقييم اللغة الشفهية المكيف لخومسى Elo :

3-بنود الإختبار على مستوى تكرار الكلمات:(Répétition de mots)

| |
|--------------|
| 1. بابو |
| 2. شابو |
| 3. روبو |
| 4. باب |
| 5. قاتو |
| 6. اليوم |
| 7. خزانة |
| 8. زاوش |
| 9. أكوريوم |
| 10. ساعة |
| 11. لمبوط |
| 12. قرعة |
| 13. قشايبة |
| 14. بتية |
| 15. كلوندرىي |
| 16. أجوندا |

| |
|--------------------|
| 17. أوردينتور |
| 18. تير مومتر |
| 19. أنفيسير |
| 20. باننجال |
| 21. ماشينة |
| 22. ديكسيونير |
| 23. الصيار |
| 24. مسرحية |
| 25. تراكتور |
| 26. رودة |
| 27. حاتوت |
| 28. خسوف |
| 29. كاسك |
| 30. أوبيتال |
| 31. فريجيدار |
| 32. ماشينة الحصادة |

صور التقنية التدريبية المبنية على التقليد:

