الوحدة: التعليم المكيف ٢

السنة الثالثة تربية خاصة و التعليم المكيف السداسي الثاني

محاضرة و اعمال موجهة

الاستاذة: بن موسى لامية

التأخـر العقـلي

Le Retard Mental

التعريـف : هو نقص خلقي أو دو بداية جد مبكرة في نمو الذكاء

الأسبـاب :

١ – العوامـل الوراثيـة

هناك عوامل وراثية لم يتمكن العلم من التعرف عليها لحد الآن إذ لوحظ أن الكثير من الأطفال المتأخرين عقليا لهم إخوة أو أخوات متأخرين أيضا أو يوجد تأخر عند الأب أو الأم أو الاثنين
بينما هناك عوامل أخرى متعلقة ببعض الأمراض الوراثية و التي ترجع إلى أسباب دماغية معروفة منها :

منـها :

- سوء التركيب الخلقي للدماغ **Dysgénésies cérébrales**
- انعدام تركيب أو تكوين جزء من الدماغ مثل حاله
- انعدام تكوين نصفي الكرتين المخيتين **agenesie des hemispheres cerebraux**

حيث يقتصر الدماغ على الجدع الدماغي . حياة هؤلاء الأطفال تكون قصيرة جدا أما إكتساباتهم فهي تقتصر على بعض المنعكسات.

– إنعدام تكوين الجسم الثفني أو صغر حجمه **Agenesie du corps calleux**

تتميز هده الحالة بتأخر في النمو النفسي الحركي تصحبه نوبات صرع أو اضطرابات عصبية أخرى تشمل اختلالات عصبية إعاشية . كل هده الأعراض تشير إلى الإتصالات التي يبديها الجسم الثفني مع الهيبوتلاموس و البن الدماغية الأخرى

– سوء تكوين القشرة المخية

عدم تمثيل الشقوق و التلافين على سطح المخ **Agyrie**

تلافين غليظة جدا **Pachygrie**

تلافين رقيقة جدا مع كثرة عددها **Microgyrie**

كل هده الحالات تؤثر سلبا على نمو القشرة الدماغية و بالتالي تحدث توقفا في النمو العقلي

–صغر حجم الدماغ **La Microcephalie**

و بالتالي نقص في حجمه (أقل من **1000g**) تنجم هده الحالة عامة عن خلل كرموزومي أو إصابة حملية **Embryofoetopathie** أو سوء التغذية المبكر و الحاد كما تؤدي إلى تخلف عقلي يمس خاصة اللغة قد يصاحب هده الحالات إضطرابات أخرى مثل التصلب العضلي **la Spasticitie** أو نوبات صرع .

– التضخم الدماغي

يخضع الدماغ إلى معايير في نموه و بالتالي فكل إبتعاد عن معدل النمو بفارق أقل أو أكثر من **1,4**سنتمتر يحب أن ننتبه إليه

السـن	الذكور	الإناث
عند الولادة	٣٥	٣٤
٠٦ أشهر	٤٤	٤٢
١٢ أشهر	٤٧	٤٥
١٨ أشهر	٤٨	٤٧
سنتين	٤٩	٤٨
٠٣ سنوات	٥٠	٤٩
٠٤ سنوات	٥١	٥٠
٠٥ سنوات	٥١	٥٠
٠٦ سنوات	٥٢	٥٠
٠٨ سنوات	٥٢	٥١
١٠ سنوات	٥٣	٥١
١٢ سنة	٥٣	٥٣

١٤ سنة	٥٤	٥٣
١٦ سنة	٥٥	٥٥

معايير المحيط الدماغي حسب السن

Tout écart supérieur ou Inférieur à 1,4 doit attirer l'attention

قد تكون حالات تضخم الدماغ منسوية إلى سيمة أسرية و رغم دلك فهي حالات تستدعي المراقبة المستمرة لنمو الدماغ حتى إنتهائه لكن أغلب الحالات أسبابها مرضية مثل:

الاستسقاء الدماغي **l'hydrocephalie**

الأورام المخية **les tumeurs du cerveau**

الجلطات **hematomes cerebraux**

الدمل الدماغية **les abces**

أمراض الأيض **Les maladies de surcharge**

- الإلتحام المبكر لعظام التحف **la craniostenose**

حيث تلتخم عظام الجمجمة و الدماغ لا زال في النمو ، فينتج عن دلك إيقاف نمو الدماغ بالنسبة للجهات المغلقة و توسعه في الأماكن التي لم يتم غلقها بعد و هدا ما يؤدي إلى ضغط كبير داخل الدماغ و تعقيدات سمعية بصرية و إيقاف النمو العقلي ما لم يكن تدخل جراحي عصبي يعمل على فتح العظام القحفية حتى يتم النمو الدماغي بصفة عادية

- <u>الشذوذ الكرومزمي</u>

و هي إصابة تنتج عن حادث أثناء عملية إنقسام الخلية

Accident survenant au cours de la division de la cellule

- إضطرابات الأيض او الإستقلاب **troubles métaboliques**
- كل هده العوامل تدخل ضمن الإصابات الوراثية أو الخلقية و التي تصاحبها حالات تخلف عقلي

٢- العوامل الحملية **Embryofactopathie**

و هي إصابة دماغ الجنين و هو لازال في فترة حمل و تشمل :

- العوامل التعفنية : منها السفلس ، التكسوبلاسموز ، الحصبة الألمانية . يكون التخلف العقلي عامة مصحوب بعيوب في تراكيب أجهزة بعض الأعضاء مثل القلب و جهاز الرؤئية
- العوامل التسممية : لوحظ تأخر عقلي عند أطفال أولياؤهم مدمنين على الخمر خاصة بالنسة للأم
- التسمم الدوائي les intoxications IATROGENES

و يشكل ما يطلق عليهم أطفال التاليدوميد les enfants de thalidomide أبرز مثال على هده المخلفات المأسوية لهدا الدواء الذي يعمل على تفكك الأعضاء عند الجنين و هو في بطن أمه الأمر الذي أنجز عنه ولادة أطفال منعدمي الأطراف السفلية أو العلوية

-عامل الإشعاع l'irradiation

و مخلفاته مثلما هو الحال بالنسبة لسكان رقان بالصحراء الجزائرية التي لازالت لحد الساعة متأثرة بمخلفات التجارب النووية على صحة السكان هناك

نفس الأضرار ترتبت عن إنفجار مفاعل شرنوبيل بأوكرنيا Chernobyl في الثمانينات

- العامل الريزوسي le facteur Rhesus

أو التنافر الأمومي الجنيني حيث أن التنافر في الزمر الدموية بين الأم و الجنين يؤدي إلى سلسلة من التقلبات الأيضية تؤدي إلى موت الجنين أو مخلفات وخيمة على صحته العقلية بصفة عامة في حالة النجاة من الموت و هدا عندما لم توخد الإجراءات اللازمة لتفادي حصول التنافر

- عامل السن

إن تقدم السن يعرض الأم الحامل إلى خطر إصابة مولودها بالترسوميا خاصة La trisomie

3- العوامل الولادية

- الولادة المبكرة la grande prematurite

و أثرها على صحة المولود الجديد خاصة عندما تتم الولادة في مركز إستشفائي غير مجهز بمصلحة خاصة بالتكفل بالخديجيين services de neo natologie

- الحوادث المحاطة بظروف الولادة مثل :
  - الولادة العسيرة المرتبطة بسوء تموضع الجنين le mauvais positionnement du foetus
  - إيقاف تمدد الرحم la dilatation stationnaire
  - إنسدال الحبل السري la procidence du cordon

- نزول اللواحق قبل الجنين **le placenta proevia**
- الفتق المبكر للكيس الأمنيوسي **la rupture premature de la poche des eaux**

كل هده الحالات قد تؤدي إلى الأتوكسيا الولادية أي صعوبة تروية الجهاز العصبي بالدم **(l'anoxie neo natal)** و بالتالي إلى حالات التخلف العقلي

٤ العوامل المكتسبة

و تشمل الإصابات المكتسبة أثناء النمو مثل الإعتلال المخي دو الأصل التشنجي **Encephalopathies convulsivantes**

الإعتلال الدماغي الفيروسي **encephalites virales**

إلتهاب السحايا **les meningites**

الجفاف الحاد **la désydratation aigue**

5 العوامل الخارجية **les facteurs exogenes**

– و هي حالات إستثنائية مثل الحالات التي درسها **SPITZ** في المصحات و التي تبين من خلالها أثر الحرمان العاطفي المبكر على النمو العقلي و الذي أشار إليه بداء المصحات آنذاك

– العوامل الإجتماعية، و هي أيضا حالات إستثنائية مثل حالة الأطفال المتوحشين **Victor de l'ayeyron et Hamala et Kamala**

هؤلاء الأطفال تم إكتشافهم و هم يعيشون في عزلة إجتماعة تامة ، هده العزلة نتج عنها توقف نمو الذكاء و عدم إكتساب كل المهارات الخاصة ببني البشر

6 التشخيص و العلاج

يشخص التأخر العقلي عن طريق إختيارات اهمها إختيار برونا ليزين **Le BRUNET LEZINE**

و الإختيار وسكلر **Weschler Intelligence Scale Children**

العـلاج

ليـس هناك علاج دوائي شاف للتأخر العقـلي و إنمـا هنـاك برامج مؤسساتية تربوية تهدف إلى إستعمال أكبر قدر ممكن لإمكانيات الطقل مع أخد بعين الإعتبار لحياته العاطفية و العلا تقية بهدف الوصول إلى أكبر قدر ممكن من التكيف و الإستقلالية لكن الأهم يبقى الوقاية من :

١- الولادة المبكرة la prématurité

٢- مراقبة الحمل

٣- علاج الإضطرابات التنفسية عند الولادة

٤- مراقبة الأطفال اللذين عانوا من نقص النمو داخل الرحم

٥- الوقاية من اليرقان النووي عن طريق تزويد الأم بمضاد D

٦- التلقيح ضد الأمراض المعدية

٧- الوقاية من التشنج و علاجه المبكر

٨- علاج الإسهال

٩- تجنب زواج الأقارب

التصـنيف

يصنف التأخر العقلي حسب درجة الإصابة ة يشمل :

- **التأخر العقلي الخفيف Debilite legere : و يكون حاصل الذكاء Quotient Intellectuel QIو بين ٨٠-٦٥. في هده الحالة إعادة التربية تكون ممكنة بوسائل بداغوجية خاصة حيث يمكن للطفل أن يصل إلى درجة التكيف و يمكنه حتى العمل**
- **التأخر العقلي المتوسط : Debilite Moyenne : يصنف بين ٦٥-٥٠ يمكنه التوصل إلىإكتساب مهارة يدوية تسمح له باستقلالية جزئية . عامة ما تكون هده الحالات مصاحبة بضعف حركي ، صرع و اضطارابات سلوكية، الأمر الذي يتطلب مساعدة نفسية و مادية مستمرة**
- **التأخر الحاد Debilite profonde : يصنف بين ٥٠-30**
- **٠ التعلم الأكاديمي محدود جدا و الإستقلالية أيضا السن العقلي يكون أقل من ٠٦ سنوات و اللغة محدودة**
- **التأخر العنيق الحاد l'arrieration profonde يمكن لهؤلاء الطفال إكتساب بعض العمليات الجزئية البدائية و الضرورية للحياة اليومية مثل الأكل و اللباس و لكن التكيف يكون محدود و اللغة منعدمة تقريبا السن العقلي دون الثلاثة سنوات**

الإعاقة الحركية ذات المنشأ الدماغي

L'infirmité Motrice Cerébrale

الإعاقة الحركية ذات المنشأ الدماغي

L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

تتمثل الإعاقة الحركية ذات الأصل الدماغي في اضطراب دائم في الحركة و في المقوية العضلية و هي كما يتبين في التسمية إصابة مركزية حدثت في الفترة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة . فهي تشكل اضطراب يعيق العديد من العمليات الحركية الإرادية مثل تلك المتعلقة بالوضعيات الثابتة كالوقوف أو الجلوس كما قد تصيب الجانب الديناميكي منها مثل عملية المشي ، الانسجام الحركي ، مختلف الحركات الدقيقة ، التوازن والنطق .ترتبط عادة هده الإصابة باضطرابات معرفية لكن بدرجات متفاوتة كما تؤثر على عملية التغذية ، التنفس و الكلام.

I/مفهوم الإعـاقة الحركية ذات الأصل الدماغي

يعود الفضل إلى الطبيب الإنجليزي وليام ليتل ١٨٩٤-١٨١٠ في اكتشاف هدا الإضطراب الدي يمس الأطفال الصغار و الدي يتمثل في تشوه معتبر في عضلات الرجل و الأيدي مع مرور الوقت ، كما أن تفقع العضلات يمكن أن يؤدي إلى تشوهات في العظام . ما يميز هؤلاء الأطفال تلك الصعوبات التي تواجههم في المسك بالأشياء ، في محاولة الكتابة و الأكل أو حتى في التحكم في الوضعيات الثابتة

تشكل زملة ليتل **syndrome de little** و المعروفة حاليا بالشلل التشنجي للأطراف **la diplegie spastique** نمط ضمن العديد من الأنماط الخاصة بالإعاقة الحركية ذات الأصل الدماغي .ضن ليتل أن هدا الاضطراب مرده نقص في الأكسجين عند الولادة ، الأمر الذي يتسبب في تلف الغشاء العصبي المتحكم فبي الحركات كما أضاف هدا الباحث أن وضع هؤلاء الأطفال لا يتدهور مع مرور الوقت لكن حالتهم لا تتحسن أيضا لوحدها.

دراسة أمريكية أجريت خلال الثمانينات على ٣٥٠٠٠ ولادة أسفرت نتائجها على أن الولادة العسيرة لا تتمثل إلا **10%** من الحالات و أن معظم الحالات الأخرى لم يتم تحديد سببها . و في سنة ١٩٦٨ ، تم تحديد أبعاد هده الإصابة بواسطة أعمال **TARDIEU** بعد دراسة لمجموعة من الأطفال المعافون حركيا نتيجة إصابة عصبية ، حيث بين أن هؤلاء سليمين عقليا و هدا لتميزهم عن أطفال مصابين بالإلتهاب الدماغي مصحوبا بتخلف عقلي. هده النتائج مكنت أيضا من إفتراض أن الإصابة قد تكون قبل أو بعد أو أثناء الولادة كما أكد على أنها غير تطورية و تتمثل في إصابة حركية متعددة الأوجه تمس في بعض الحالات اعضاء التصويت كما يمكن أن ترافقها إصابات حسية الإصابة الحركية متباينة من حيث الشدة تأخد شكل إضطرابات حركية خفيفة كما قد تكون بالغة الأهمية ، تفقد كل إستقلالية المصاب .

بناءا على هده المعارف نستخلص أن الإعاقة الحركية دات المنشأ الدماغي مرتبطة بإصابة في الدماغ أثناء أو قبل أو قبل او بعد الولادة و تتمثل في إضطراب حركي مستقر غير تطوري يمس الوضعيات الثابتة و الحركات ، كما تصاحبه إضطرابات في العمليات العليا مثل الإدراك البصري و التمثيل الفصائي ، لكن لا تمس القدرات العقلية الأمر الدي يسمح بتمدرس هؤلاء الأطفال في أوساط مدرسية عادية

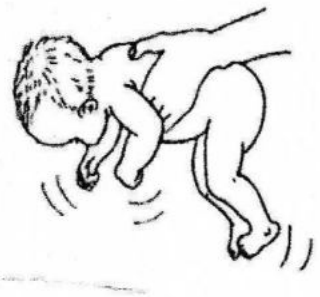
و هدا و نشير إلى أن الدراسات المستمرة سمحت بالتميز و وضع حد ود بين :

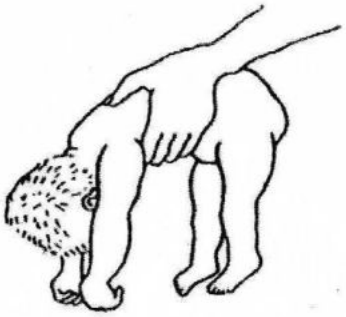
- الإعاقة الحركية الدماغية ، **Infirmité motrice cérébrale** أين المصاب يحتفظ بقدراته العقلية و إمكانيته في التعلم فهو يتميز فقط بالإضطرابات الحركية
- الإعاقة الحركية **Infirmité motrice d'origine cérébrale IMOC** و هو إضطراب مختلط ، يتأثر فيه الجانب العقلي كما أنها تعد إعاقة متعددة الأسباب

إن الإعاقة الحركية ذات الأصل العصبي ليست بوراثية ولا معدية ، لا يمكن علاجها نظرا لميزة الخلايا العصبية حيث أنها غير قابلة للتجديد ، لكن يمكن التقليل من مخلفاتها عن طريق إعادة التربية المكثفة و طويلة المدى ، ما يميزها هده الإصابة أيضا أنها لا تتفاقم و لا تهدد حياة المصاب .

II/ الأعــراض

تظهر أعراض الإعاقة الحركية ذات الأصل الدماغي جد مبكرة على شكل ارتخاء حاد في الرقبة كما يبدو في الصورة شكل ٠١ أين يظهر جسم الطفل على شكل حرف U مقلوبا كما تكون حركاته قليلة أو منعدمة.





شكل (1):
يوضح طفل يتدلى على
شكل حرف [U] مقلوب
حيث تكون حركته قليلة أو
منعدمة:(Werner,1991 :87)

طفل رخو

طفل عادي

النمو يكون بطيئا مقارنة مع الأطفال العاديين ، فالطفل المصاب IMC يبدي تأخرا في التحكم في وضعية رأسه ، في الجلوس ، التحرك و استعمال الأيدي كما يبدو في الشكل رقم ٠٢

شكل(2): يوضح وضعية رأس الطفل المعاق
(Werner, 1992 :87)

تشمل الأعراض أيضا مشاكل في التغدية حيث يواجه الطفل صعوبات في الرضاعة ، البلع و المضغ ، يتقيأ كثيرا أو يختنق ، هده الأعراض تصاحبه في الفترات اللاحقة أي بعد الطفولة الأولى ، التشنجات تنتابه أثناء حمله أو عند تلبيسه ، كما تتخللها فترت إسترخاء و نوبات صرع

من مميزاته أيضا ، سرعة الإنفعال ، السلبية ، صعوبات الإتصال ، سلوكه مضطربة مع تقليات مزاجية ، مخاوف ، نوبات غضب ، و التي تبدو مرتبطة بحالة إحباط نظرا للقيود التي يفرضها القصور الحركي الإرادي و هيمنة التشوشات الحركية اللا إرادية

III / الأسبـاب

قد تكون مرتبطة بفترة ما قبل الحمل ، أثناء الحمل أو أثناء الولادة

❖ **فترة ما قبل الحمل**

- **زواج الأقارب**
- **الزواج المبكر**
- **الإنجاب في سن متأخر ، بعد الأربعين**
- **الإدمان على الكحول أو المخدرات بالنسبة للأمهات**

❖ **أثناء الحمل**

–تعرض الأم إلى بعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية ، الزهري ، إلتهاب الكبد الحاد

– الأدوية التي تأخدها الأم خصوصا منها المهدئة

النزيف

التعرض للأشعة

التنافر الأمومي الجنييتي فيما يخص العامل الريزوسي

سوء التنغدية الحاد التغدية

❖ **أثناء الولادة**

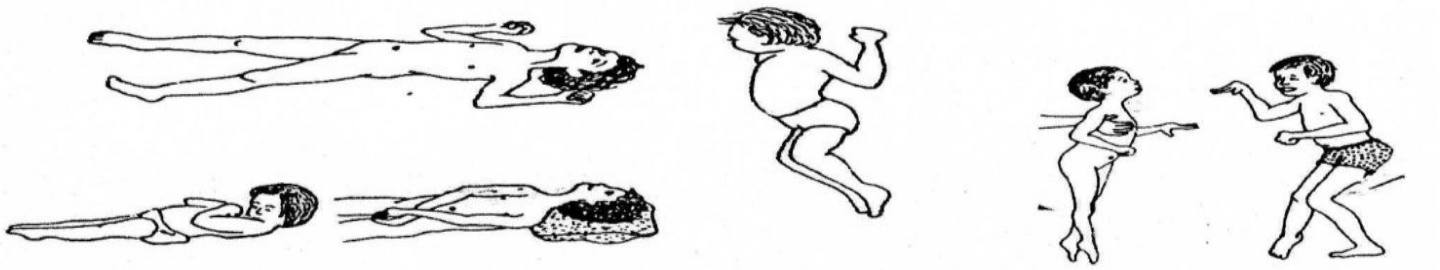
- **الولادة العسيرة**
- **الخديجة**

IV/ الصدمات الإعاقة الحركية ذات الأصل العصبي

تصنف إعاقة الحركية ذات الأصل العصبي إلة ثلاثة أقسام

١– الشلل التشنجي la Spasticité

و تنتج هده الحالة في 70% من الحالات عن إصابة القشرة المحركة على مستوى سطح الدماغ و تتميز هده الحالة بتقلص عضلي تتحلله نوبات تشنج تأخد شكل حركات بطيئة و غير دقيقة ، يزداد هدا التشنج عند محاولة تغيير وضعية الطفل أو عند إستثارته و الشكل رقم ٠٣ يوضح مختلف الوضعيات التشنجية عندما يكون الطفل مستلقي على ظهره



الشكل(3): يوضح وضعيات تشنجية لكل طفل معاق مستلقي على ظهره
(Werner,1991 :89)

و تختلف أنواع الشلل من طفل إلى آخر ، قد تكون أحادية الشلل Monoplégie أين تكون الإصابة في طرف واحد و هده الحالة نادرة

كما قد تأخذ شكل شلل في الأطراف السفلية Paraplégie تعرف هده الحالة تشوه في العضلات بفعل الضغط كما أن مشية الطفل تأخد شكل مقص أين تتلامس الأرجل و يتسبب عن دلك سقوطه

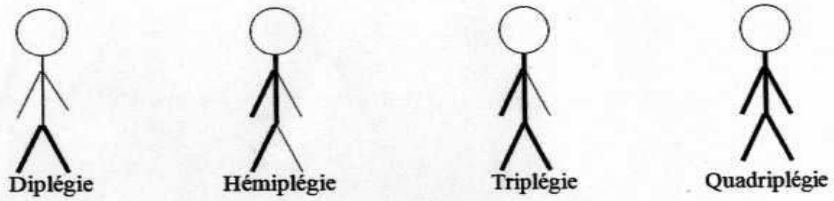
كما قد تأخد شكل شلل نصفي Hémiplégie اين الإصابة تقتصر على جانب واحد من الجسم

أو تكون ثلاثية Triplégie ة عادة تمس عضو علوي واحد و طرفين سفليين .

أو تكون الإصابة كذلك رباعية الشلل Quadriplégie و هنا يمس الشلل كل الأطراف ، الأمر الذي يعرض الطفل إلى صعوبات في التحكم في جسمه سواء بالنسبة للوضعيات أو الحركة مع إصابته بنوبات صرعية، إضطراب فبي النطق و اضطرابات بصرية .

الشكل(4): يوضح طفل مصاب بالكساح
(Werner,1991 :90)

الشكل (5): يوضح طفل رباعي الشلل
(Werner,1991 :90)

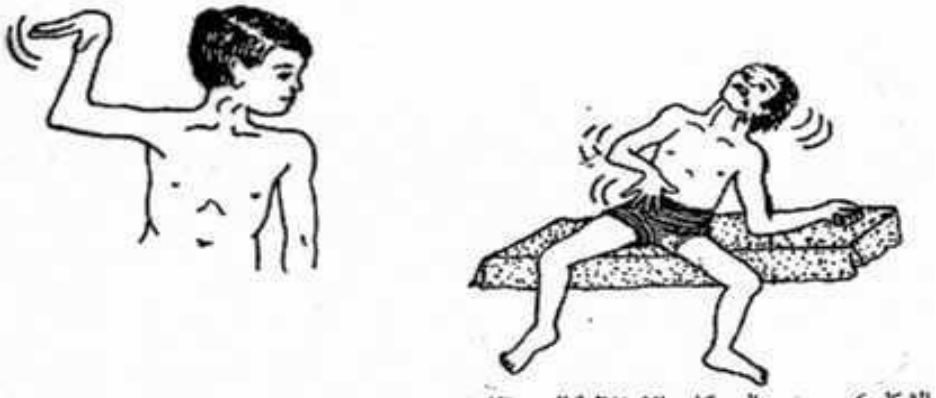


شكل يوضح أنواع الشلل

٢-الإختلال الحركي Athetose ou dyskinesie

و يمثل هدا النوع حوالي ٢٠ بالمائة من الحالات و هي ناتجة عن إصابة العقد القاعدية les ganglions de la base للمخ و التي تشرف على الحركة الخارج هرمية la motricite extra-pyramidale ومن ابرز اعراضه صدور حركات لا إرادية ، بطيئة تتخللها حركات عنيفة للقدمين و الذراعين و حتى عضلات الوجه

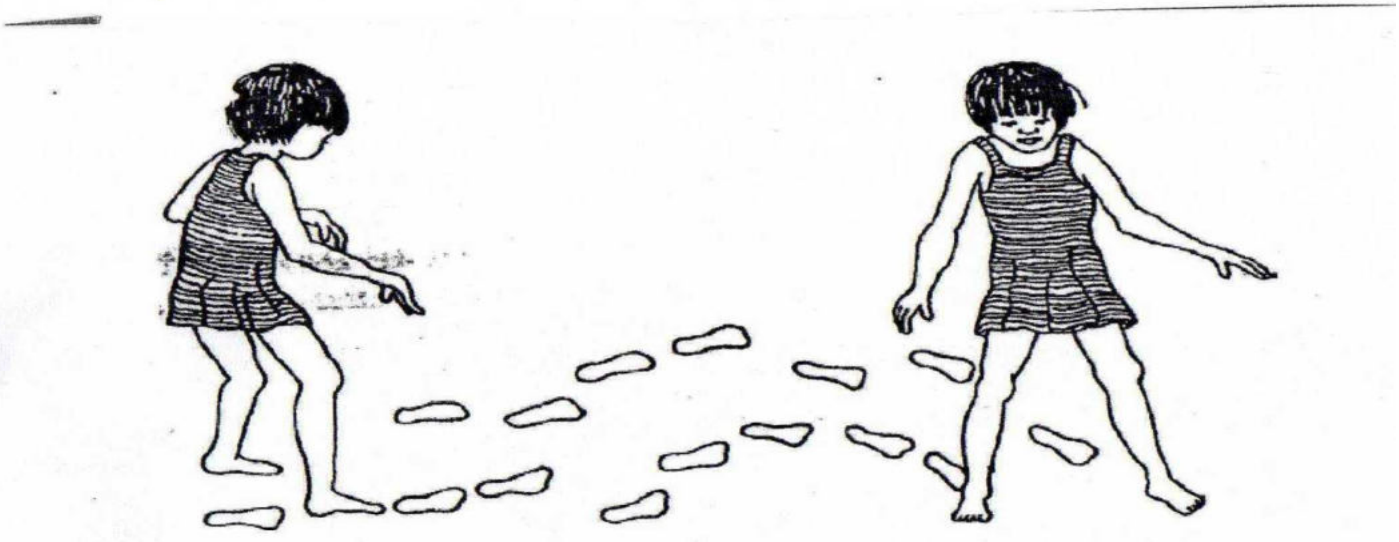
في حالة التحرك الإرادي ، تصبح حركات الطفل سريعة و ومتسعة مع ضعف التوازن و السقوط بسهولة ، الكثير من الأطفال المصابين بالإختلال الحركي يتمتعون بذكاء عاد ، لكن عادة تكون أعضاء النطق أيضا مصابة ، فيصعب عليهم الإتصال عن طريق اللغة



الشكل 6 : يوضح الحركات الإختلالية لليد و الذراع ، و مشاكل التوازن (Werner , 1991:91)

٣-الشلل الإختلالي Ataxie

و يشمل ١٠ بالمائة من الحالات و هي حالات مرتبطة عادة بإصابة في المخيخ(مركز التوازن و تنسيق الحركات)
و من أهم خصائص ، صعوبة التآزر الحركي حيث يبدى الطفل صعوبات في الجلوس و الوقوف كما يسقط كثيرا الحركة الدقيقة تتأثر كثيرا أيضا إذ يبدو الطفل عديم المهارة ، حركاته تمتاز بعدم الدقة والمرونة الشكل التالي يوضح انحناء الطفل أوتوسع نطاق الوقوف حتى لا يفقد توازنه



V/ الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية ذات الأصل العصبي

- الإضطرابات العقلية

نظرا لتنوع مقر الإصابة العصبية فإن الوظائف العقلية تتأثر بصفة مختلفة كما أن الكفاءات العقلية و إمكانية التعلم تختلف من معاق لآخر ، قد يلتحق البعض منهم بالدراسات العليا غير أن البعض الآخر يتعذر عليه حتى تعلم القراءة و الكتابة.

كما أن الإضطرابات الحركية يمكن أن تصيب أعضاء النطق حيث أن القياس بواسطة الاختبارات يستوجب تكيفا خاصا مثل الإعتماد على الجانب الأدائي لإجتيار وكسلر .

تشير بعض الدراسات إلى أن الذكاء يكون محتفظا به عند المصابين بالاختلال الحركي أكثر من عند الأطفال المتشنجينSpastique لأن الإصابة في هده الحالات تكون على مستوى العقد القاعدية بينما القشرة التي هي مركز العمليات المعرفية يكون معافاة

- الصرع

تحدث عند الطفل المصاب بالإعاقة الحركية ذات الأصل الدماغي اضطراب في التنظيم الحركي ، التنفيذ، الكبح نتيجة التقلصات ألاإرادية حيث يمكن أن يمزق الورقة محاولا رسم شيء فوقها وهدا نظرا للضغط التى يفرضه التيبس العضلي

- القصور السمعي

إن المصابين IMC يعانون من ضعف سمعي حسب بعض الدراسات و يكون الأمر متعلقا بصمم إدراكي غير متحسن لا بالجراحة و لا بالتجهيز ، الأمر الذي يؤثر على تعلم اللغة و الإستحابة للكلم المسموع

-الإعاقة البصرية

تؤثر الإعاقة البصرية دات الأصل العصبي على العضلات البصرية حيث أن الدراسات تشير إلى أن **69%** من الأطفالIMC يعانون من حول Strabisme و كمش أحادي الجانب Amblyopie unilatérale مما يؤدي إلى الصعوبات في التثبيت البصري على الأشياء.

- إضطراب الحساسية

إن إضطراب الحساسية كثير الحدوث عند هده الفئة من المعاقين و خاصة في حالة الشلل النصفي و يأخذ شكل استحالة في تمييز الأشكال عن طريق اللمس ، حيث لا يمكنهم التعرف على شيء لمسيا دون الإستعانة بالنظر .

- الإضطرابات اللغوية

و هي إضطرابات تستمد أصولها من الإصابات العصبية التي تمس الأعضاء المسؤولة عن النطق و التصويت أو نتيجة الصمم و إن تردد اصطحاب الاضطرابات اللغوية مع الاضطرابات الحركية للمصابين يتراوح بين **20%**إلى **70%**

فيمكن للطفل أن يكون أخرصا أو كلامه سيىء أو صوته خشن و هذا نظرا لتصلب اللسان و عيوب السمع

VI/ التشخيـص

يتم عن طريق ملاحظة الحالة نظرا لصعوبات الطفل في اكتساب العمليات النفسية الحركية مثل تأخر الجلوس و المشي و الكلام و و هيمنة الحركات اللا إرادية على سلوكه.

الفحوصات المكملة مثل التصوير الكمبيوتري المقطعي أو المغنطيسي تفيد في التشخيص الفارقي و الذي يسمح بعزل أمراض أخرى دات الأعراض المتداخلة مثل الإعتلال العضلي **la Myopathie**

الاختبارات المستعملة كثيرة لكن يجب تكيفها حسب الحالة

VII الكفالة و إعادة التربية

من مميزات النسيج العصبي ، لا تراجعية إصابته ، حيث أن الخلية أو النسيج الذي تعرض إلى عطب لا يمكن إصلاحه ، تبقى الكفالة الحل الوحيد و تهدف لى تشغيل مناطق أخرى من الجهاز العصبي ، لكن هدا يستلزم كفالة مؤسساتية تشارك فيها فرقة متعددة التخصصات تضم ، مختص حركي ، مختص في جراحة العظام ، مختص في العلاج التشغيلي ، مختص نفساني ، أرطفوني

لكن لحد الساعة ليس هناك دراسات استدراكية درست بوضوح نتائج هدا التكفل و بالتالي توضيح فائدته و محدوديته بالنسبة لكل نوع من الإصابة .

زملة ضعف الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité TDA/H

زملـة ضـعف الإنتبـاه المصاحب لفرط الحركة

Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité/TDA/H

التعريـف : إن مشكلة ضعف الإنتباه المصاحب لفرط الحركة تعد في قلب الحدث خاصة بعد تقرير المعهد الوطني للصحة و البحث في العلوم الطبية **INSERM (2005)** و الذي مفاده أن هناك العديد من الأطفال الصعاب و المراهقين المشاغبين كان من الممكن تشخيص حالتهم في سن مبكر و بالتالي التقليل من الآثار المأساوية للإصابة على مستقبلهم الدراسي و الإجتماعي.

لمحـة تاريخـية

مشكلة ضعف الإنتباه المصاحب لفرط الحركة ، تم التعرف عليها مند القرن التاسع عشر حيث تم الإجماع على إستعمال مصطلح «التدبدب أو الإضطراب النفسي الحركي .» **Instabilité psychomotrice**

بعد دلك ظهر مصطلح زملة العطب الدماغي **Brain damage syndrome** التي يشير إلى إصابة دماغية بسيطة حصلت أثناء الولادة ، أدت إلى أعراض أولية يمكن لها أن تختفي مع نمو الطفل ، لكن سرعان ما تعاود الظهور في بداية الحياة المدرسية .

بعد هده التسمية ، ظهر مصطلح زملة الإفراط الحركي **syndrome d'hyperkinesie** والدي تم تحديده من طرف الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية **DSM II (1974)** لكن الزملة الكاملة التي أخدث في الحسبان عنصر الإنتباه لم تتحدد أبعاد ها حتى ظهور**DMS III (1980)** و التي أصبحت اليوم مستعملة في صورتها النهائية تحت مصطلح :

« trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité TDA/H»

إن التعريف بزملة ضعف الإنتباه المصاحب لفرط الحركة يقودنا إلى التذكير ببعض الأبطال لقصص مشهورة حاملة للزملة منهم **TOM SAYER**

Sophie dans les Malheurs de Sophie
Abdala dans TINTIN au pays de l'or noir

في الأدبيات الأمريكية هناك قصة **CALVIN ET HOBBS** و التي تروى حكاية طفل موهوب لكن مفرط في الحركة

I التعريف بالزملـة

زملة ضعف الإنتباه المصاحب لفرط الحركة إصابة تمس من٣ إلى ٥ أطفال في العالم مع سيطرة الجنس الذكري حيث تصيب ٤ حالات ذكور مقابل حالة في صف الإناث حسب الدراسات الوبائية.

ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية أن ضعف الانتباه المصاحب لفرط الحركة يعني عدم القدرة على ضبط الإنتباه و القابلية للتشتيت الذي يأخد شكل صعوبة في التركيز عند القيام بنشاط ما و يترتب عن دلك عدم إكتمال النشاط أو المهمة الوكلة للطفل مع حركة مفرطة و غير هادفة

ما ميز هؤلاء الأطفال أنهم لا يصغون جيدا لمحدثهم أو ما يقال لهم ،كما يسيطر على نشاطاتهم و آدائهم عدم الدقة و المهارة ، و تحول الإنتباه بصورة غير عادية . سلوكهم يطبعه الشرود و السهو و قابلية التشتت أمام أي نشاط يتناسب نع سنهم . حركاتهم أيضا تتسم بالتهور ، فهم يتنقلون من مكان إلى آخر بصورة مزعجة و مستمرة حتى داخل قاعة التمدرس ، يغادرون مقاعدهم دون مبرر أو طلب الإدن ، متجولين في الفصول و كأنهم خارج المدرسة ما يميزمهم أيضا الإندفاعية إد يقاطعون الآخر أثناء الحديث دون إنتظار دورهم و لا يصغون لمحدثهم .

الجدول التالي يوضح بصورة شاملة أعراض هده الزملة و المقسمة إلى ٠٣ فيئات ، إستنادا إلى الدليل التشخيصي الإحصائي

إضطراب ضعف الإنتباه و فرط الحركة (TDA/H)
يتميز بالأعراض التالية إما ٠١ و إما ٠٢ أو معا
٠١ الأعراض المتكررة لعدم الإنتباه تساوي أو تفوق ٦ ، بينما حدة الدرجة و المدة تتجاوز ٠٦ أشهر • عدم الإنتباه (Inattention) : ١. في غالب الأحيان لا ينتبه إلى تفاصيل الأشياء ، أو يخفق في المتحانات المدرسية ، او في عمل آخر . ٢. في غالب الأحيان لديه ضعف في الإحتفاظ بالإنتباه أثناء العمل أو اللعب . ٣. في غالب الأحيان يبدو لا ينصت إلى الكلام عند التحدث إليه . ٤. في الغالب لا يتقبل النصائح و التعليمات و لا يبالي بالواجبات المدرسية أو المهنية و حتى المنزلية (هدا لا يعزو إلى المعاكسة أو عدم فهم التعليمات) ٥. في غالب الأحيان غير منظم و غير منضبط في لأعماله و نشاطاته ٦. أغلب الأحيان ينفر و يتجنب الأعمال التي تتطلب مجهودا ذهنيا و انتباها مركزا سواء كانت الواجبات المدرسية في المنزل أو المدرسية ٧. في أغلب الأحيان يشوش بسهولة بمنبهات خارجية بسيطة ٨. أغلبية الأحيان يعاني من النسبان المتكرر في حياته اليومية (كنسيانه لأدواته المدرسية أو ألعابه)

جدول رقم ٠١ يوضح معايير الدليل الإحصائي للتشخيص (DSM-IV) الخاص بـ (TDA/H)

02 الأعراض المتكررة لفرط و الإندفاعية تساوي أو تفوق ٦ بينما حدة الدرجة و المدة تتجاوز ٠٦ أشهر

- فرط الحركة (Hyperactivité) :

١. يغادر مقعده في القسم أو بالأحرى عندما يطلب منه الجلوس بدون حركة.

٢. يتشبث بوالديه أو بالأشخاص الراشدين

٣. في أغلب الأحيان لديه صعوبة في البقاء هادىء أثناء اللعب أو النشاطات الترفيهية

٤. في أغلب الأحيان يقوم بالدوران و يقفز كأنه على نابض إرجاع(ressort)

٥. في أغلب الأحيان يجري ، يتسلق الجدران ، الأشجار في كل مكان

- الإندفاعية (Implusivité) :

١. أغلب الأحيان يجيب تلقائيا قبل أن يكتمل السؤال

٢. يتكلم بسلسلة متكررة دون توقف (إندفاع لفظي)

٣. في اغلب الأحيان لديه مشكلة في انتظار دوره أثناء اللعب أو ممارسة أي نشاط

٤. في أغلب الأحيان يقاطع الآخرين و يفرض وجوده.

II الإتجاهات الفسرة للزملة

زملة TDAH إصابة معقدة ، عرفت تضاربا في الآراء و الذي لازال قائما لحد الساعة

ففي الوقت الدي نرى فيه بعض الدول و على رأسها أوروبا أن سبب الإصابة نفسي محيطي و يعني دلك أن مرده مرتبطا بإختلالات في الأسرة ، هدا التيار ظهر في الخمسينات في ضل الجو السائد في أوروبا عقب الحرب العالمية الثانية حيث تأثر الطب العقلي و النفسي بقوة بالتيار التحليلي و المقاربة السيكوديناميكية ، فبرزت مصطلحات من نوع (الإضطراب الوجداني الطبعي) troubles affectivo -caracteriels للإشارة إلى أن العديد من الإختلالات مع تلميح ضمني إلى أن هناك تقصير من طرف الأولياء في التأطير العاطفي لأبنائهم و بالتالي العمل على تذنيبهم . هدا المتطور حمل الأولياء مسؤولية هده الأعراض و من بين الأسباب التي يتبناها هدا التيار ، الفشل الأسري في رعاية الطفل ، المستوى الثقافي الإجتماعي المتدنى ، و مشاكل التمدرس

على عكس دلك ، الدول الإنجلوسكسونية أعطت الأولوية للفرضية البيولوجية أي البحث عن سبب هده الإصابة على مستوى التراكيب المخية ، يقترح هدا التيار الكشف و التقييم المبكر و الذي سيمكن من تسطير برامج و طرق تكفل تعطي لهؤلاء الأطفال حظهم في التمدرس و في الحياة كما تسمح لهم بطلعات أحسن يشير هدا المنظور إلى ضرورة المعالجة الدوائية

هده المواقف المتطرفة و التي تقتضي أن الكل بيولوجي أو الكل نفسي محيطي لا تسمح بالتقدم لا في فهم المرض أو في تحسين حالة الطفل لذا برزت مقاربات أخرى منها :

التناول الحديث

الحديث أصبح يعتمد على مساهمة مختلف المعطيات العملية لعدة تخصصات ، هدا التناول أعاد النظر في الأحادية السببية أو الوحيدة المنحي ، حيث تم التركيز على زؤية جديدة مفادها أن الأمراض النفسية تخضع لتطافر عوامل شتى تتداخل فيما بيتها منها البيولوجية الإجتماعية ، النفسية ، و المعرفية

كما أن هدا التناول يعتمد على التطور التكنلوجي الهائل خاصة منه التصوير الكمبيوتري المقطغي Scanner المغنطيسي IRM و يورتروني PET SCAN ظهور العلوم العصبية أحدث تغييرا جدري في تناول النشاط المعرفي و الحركي و توسع البحث إلى دراسة العلاقة العضوية للدماغ وما ينجم منها من سلوك حيث بدأت تظهر إتجاهات و نمادج تفسيرية محاولة البحث في أصل الإضطراب كسبب محتملا للفشل المدرسي و التوافق الإجتماعي .

التناول البيوراثي

هناك دراسات حديثة أجريت على التوائم الحقيقية ، توصلت إلى أن إصابة أحد التوائم ينجز عنها في **80%** من الحالات إصابة الأخ الآخر

كما لأن هناك دراسات أخرى حاولت البحث في هده الإصابة حتى و إن لم تكن جازمة إلا ان أنها توصلت إلى أن هناك خلل في مجموعة من النواقل العصبية من فئة الدوبامين ، النورأدريالين و السيروتينين . فالمعطيات المتعلقة بالتجارب على الحيوانات أظهرت أن السروتينين لها تأثيرا كابحا على السلوك الإندفاعي و فيما يخص إضطراب TDA/H تكون نسبة هدا الوسيط الكيميائي منخفظة و غير كاملة لضبط التوازن السلوكي بينما الدوبامين تكون نسبتها مرتفعة . كما أن الأدوية التي لها تأثيرا دوبمنرجي لها أثر واضحا في تخفيض أعراض هده الزملة حيث تعمل على سد مستقبلات الدوبامين.

التناول النفسي المعرفي

يرى هدا التيار أن طفل TDA/H ليس بمنحرف بالمعنى الذي يميز الأمراض العقلية إنما يعاني من إضطراب مرتيطا بخطا في المراقبة الداتية ، حيث تظهر عليه صعوبة في كف الإستجابات الدخيلة أو الغير مرغوب فيها مع عجز ظاهري في شحن و توجيه إنتباهه نحو إنجاز مهمة من المهام المعرفية ، إضافة إلى صعوبة تجميع المعلومات و تحويلها إلى الداكرة العاملة

التناول العصبي

أغلب الدراسات في هدا المجال و التي إعتمدت على التصوير الكمبيوتري المقطعي و المغنطيسي IRM و البيرتروني Scanner / IRM/ PET SCAN توصلت إلى وجود خلل وظيفي على مستوى الدوائر القشرية الجبهية المخططة les circuits- Fronto-striataux فمن وجه النظر التشريحية ، الدراسات أظهرت ضمور بحوالي 5% من حجم القشرة الجبهية لنصف الكرة الدماغية الأيمن أي عدم تناظر جبهي كما تمت ملاحظة ضمور جزئي في الجسم الثفني corps calleux و كدا صغر أو كبر حجم البنية المخططة le striatum خاصة الأنوية المذنبة العدسية منه noyaux caudes et lenticulaires و التي تشترك في تجميع البرامج الحركية و دراسة كل خطة منها و العمل على تآزرها و دقتها حسب الهدف المنشود

هناك دراسات في نفس الصدد ، أشارت إلى أن زملة TDAH تعتبر كمتلازمة « جبهية نمائية» حيث أن الوصلات العصبية القشرية تتوزع بكيفية متناظرة على مستوى نصفي الكرة المخية ، الأمر الذي يسمح بنضج الوظائف التبفيدية في سن البلوغ

يفترض هدا المنظور أن أطفال TDA/H يأخدون وقتا أطول لتنمية هده القدرات مقارنة بأقرانهم

هناك دراسات أخرى أشارت إلى عوامل محيطية منها

تعرض الأم إلى مواد سامة «كحول، رصاص ، تدخين ، مبيدات الحشرات » و التي تؤثر لاحقا على الصحة العقلية للجنين خاصة في حالة وجود إستعداد وراثي في العائلة

من بين عوامل الخطورة الأخرى ، الدراسات تشير إلى

–وجود سوابق عائلية في الأسرة بالنسبة للإصابة

–الرضوض الدماغية

– تعرض الطفل إلى إلتهاب السحايا البكتيري

– تعرض المولود الجديد إلى نقص الإكسيجي أثناء الولادة

III التشخيص

يعتمد التشخيص على الأعراض االعيادية كما يمكن الإستيناد إلى إستيان «كونرز» في نسخته الخاصة بالأولياء و النسخة الخاصة بالمدرسة

إستيان «كونرز» conners السلوكي نسخة مختصرة خاصة بالأولياء

إبتداءا ١٥ نقطة تعتبر نتيجة العلامات العيادية مرضية

معلومات خاصة بالطفل

الاسم :.....اللقب :.....تاريخ الإزدياد:.....

إستبان يملىء من قبل : الأم: ☐ الأب: ☐ الإثنين معا: ☐

بتاريخ : .....

ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لوصف سلوك طفلك الملاحظ.

	إطلاقا	نوعا ما	كثيرا	كثيرا جدا
	(0)	(1)	(2)	(3)
١٠. كثير الإنفعال أو كثير الغضب الملاحظة				
١١. ضعف الإنتباه (inattention)				
١٢. غير منتبه ، لايشرد ذهنه بسهولة				
١٣. إنتباهي في أغلب الأحيان يقفز إلى الخطر الجدران				
١٤. لا يسهل أشغاله التي يبدو أنه يستطيع القيام بها طويلا				
١٥. في غالب الأحيان لا يعبه منظم تفاصيل الأشياء				
في أعماله و نشاطاته				
١٦. في غالب الأحيان يبدو لا ينصت الى الكلام عندما التحدث إليه اخوته و أصدقائه				
١٧. ينفر في الغالب لا يتقبل الأوامر و لا النواهي الأعمال التي تتطلب مجهودا				
١٨. فرط الحركة / الإندفاعية صعوبة في البقاء هادىء أثناء اللعب أو أي نشاط				
Impulsivite/ hyperactivite				
٧. عصبي ، إندفاعي				
٨. يشاغب الآخرين				
٩. يكثر من إيماءات السخرية و المشاحنة				

إستبيان كورنرز (Conners) السلوكي نسخة لـ TDA/H نسخة البيت **حسب دليل**

الإحصائي للتشخيص (DSM-IV)

معلومات خاصة بالتلميذ

الاسم :.....اللقب :.....تاريخ الازدياد:.....

إستبان يملىء من قبل : المعلم : ☐ أو المعلمة : ☐

بتاريخ : .....

إسم و لقب المعلم(ة):.....

المؤسسة التعليمية:.....

ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لوصف سلوك التلميذ الملاحظ.

٢.يطلب منه دائما و بصفة متكررة كلمة إنتبه				
٣. قليل التجاوب مع المعلم				
٤.لديه صعوبات التعلم				
٥ يشوش بسهولة بمنبهات خارجية بسيطة				

٦ غير منبه، دهنه يشرد بسهولة				
فرط الحركة / الإندفاعية **Impulsivité/ hyperactivité**				
٧.يشوش على الآخرين				
٨.كثير الحركة و هو جالس في مقعده				
٩ يتكلم بسلسلة متكررة دون توقف (إندفاع لفظي)				
١٠ يقاطع الآخرين و يفرض وجوده				
١١ فوضوي ، عندما يطلب منه الهدوء				
١٢ ينفر و يتجنب الأعمال التي تتطلب مجهود دهنياو إنتباها مركزا				
١٣ لا يتقبل النقد ، يسخر من الآخرين				
١٤ غير منضبط في مشيه				
١٥ يشاكس التلاميذ سلوكه غير مهذب				

إستبيان كورنرز (Conners) السلوكي نسخة لـ TDA/H نسخة المدرسة حسب دل

الإحصائي للتشخيص (DSM-IV)

IV مآل المرض

الدراسات التي إهتمت بالموضوع تشير إلى **20%** من الحالات تشفى تلقائيا مع مرور الوقت **50%** تحتفض فقط بمشاكل متعلقة بنقص الإنتباه **30%** تتطور و تتفاقم إلى سلوكات مضادة للمجتمع

V التكفل

بما أن الأسباب متعددة فالتكفل أيضا يستوجب تدخل فريق متعدد التخصصات دون إقصاء أي تخصص العلاج الدوائي مهم و يعتمد على عقار **la ritaline** الدي يعمل على رفع يقظة الطفل عن طريق إستشارة جهازه العصبي المركزي ، و هدا ما يجعله أكثر إنتباها لما يحيط به كما يساعده في تقويم و ضبط و مراقبة سلوكه الأمر الذي يسمح له بمزاولة دروسه و التاقلم مع مجتمعه

التكفل النفسي العصبي مهم جدا

من بين المهام التي تقع على عاتق الإحصائي النفيس التعريف الجيد للأسرة بطبيعة المرض و مآله كما يجب عليه أن يكون على إتصال مستمر مع المدرسة

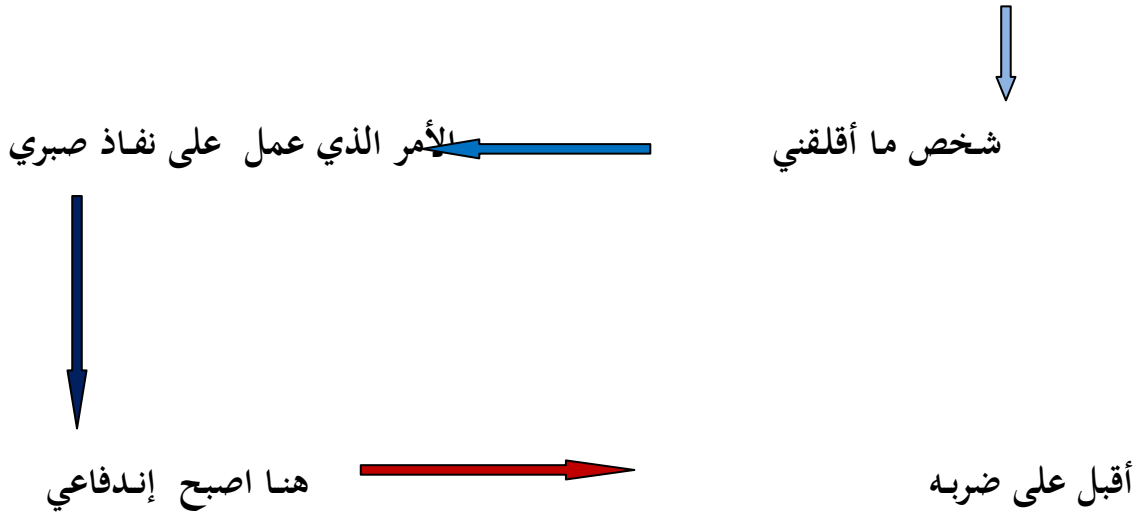
المختص النفسي مطالب بتفويم الكفاءات العقلية للطفل إعتمادا على اختبارات الذكاء و إختبارات الإنتباه مثل الستروب **STROOP** الذي يكشف على إمكانية الكف و مراقبة التداخل بين المثيرات حيث أن الإختبار يتطلب من الطفل إعطاء اللون الذي كتب به هده الأخيرة و ليس قراءته و هدا بأكبر سرعة ممكنة

كما يمكن الإعتماد على إختبار تتبع المسار **Trail Making Test** و الدي يقيم إمكانية الإنتباه أثناء نشاط مزدوج و التحكم في تداخل المثيرات

العلاج المعرفي

يهدف إلى تغيير العوامل التي تعمل على تفجير أو تعزيز الإضطرابات السلوكية كما يهدف إلى تطوير مهارات التيسيير الذاتية لمختلف النزاعات الخارجية لتحل محل السلوك السابق المضطرب

النموذج التالي يوضح القواعد التي ترتكز عليها العملية العلاجية



ينجز على دلك معاقبتي

المهارة المعرفية التي يجب تطويرها تتمثل في تبني لغة داخلية مثل كل مرة أجد نفسي أمام نفس الوضعية أتذكر أنها إنتهت بالمشاجرة مع دلك الشخص و من ثمة تمت معاقبتي إذن قبل أن أمر إلى الفعل علي أن اتدكر دلك و بالتالي علي تبني حلول أخرى مثل التجاهل، المفاهمة التكلم إلى شخص راشد ، علي أن أتبنى مبدأ Stop think and go يعني قف ، فكر ثم انطلق أي كلما أردت فعل شيء يجب أن أبرمجه و أفكر في عواقبه

إذا كانت أسباب هده الإصابة معقدة ، فعواقبها أيضا مأسوية على عدة مستويات منها المدرسية ، العائلية والإجتناعية و للتخفيف من هده العواقب سنحاول في هدا الفصل إعطاء بعض النصائح للأولياء وللمدرسين

بالنسبة للأولياء عليهم

- **تدعيم القواعد التربوية**
- **العمل على تنظيم محيط الطفل**
- **تثمين مجهودات الطفل و إنجازاته**
- **العمل على الحوار الإيجابي**
- **ضبط رزمانة عمل**
- **تفادي كل ما يعمل على تشويش إنتباه الطفل مثل وجود أشياء غير ضرورية فوق مكتبه**
- **تجزئة و تبسيط المطالب**

- **التفكير في طرق تسمح بتهدئة الطفل مثل أخده في غرفة أخرى و اقتراح فترة إستراحة أو لعب هاد بين حصص التمارين**
- **التفكير في ثياب سهلة الإرتداء لا تحتاج إلى تزرير مثلا**

بالنسبة للمدرسين

- **وضع الطفل في الصف الأول أي قرب الأستاد**
- **تقسيم النشاطات التي تتطلب تركيز و إدخال نشاطات ترفيهية مثل الرياضة أو الموسيقى بين الحصص الأكاديمية**
- **الحد من تعدد المثيرات مثل حضور الإخوة أو بث موسيقى أثناء القيام بالواجبات المدرسية**
- **الحد من تواجد أدوات لا يحتاجها لإنجازاته المدريسة و التي قد تعمل على تبدد إنتباهه**

- السماح له بوقت إضافي لإنجازاته المدرسية
- إعطائه تعليمات فصيرة ، الواحدة تلو الأخرى
- التسامح مع بعض السلوكات مثل نقص التنظيم للأدوات المدرسية أو الفائض في الحركة أثناء الأكل أو داخل القسم

الديسفازيا

LA DYSPHASIE

التعريف : إن كلمة ديسفازيا مكونة من ديس **Dys** و يعني سيء، و مضطرب ، صعب و جدر **Phasie** يعني الكلام ، اللغة. إدن فمصطلح ديسفازيا يشير إلى لغة رديئة أو كلام صعب ، على خلاف تأخر اللغة البسيط و الذي يمكن أن يستدرك لاحقا فإن الديسفازيا تعتبر اختلالا في تنظيم بنية اللغة و الذي يؤثر على الفهم و الإنتاج و هي الآن تشكل مجالا لإهتمام العديد من التخصصات ، اللسانيات علم النفس العصبي، و العلوم المعرفية و الطب العصبي .

بدا الاهتمام بالاضطرابات النمطية للغلة مند زمن بعيد حيث تم وصف حالات تعاني من بكم مع غياب مشاكل سمعية أو أي إعاقة ذهنية في سنة ١٩٥٨

في نفس السنة إستعمل أجورياقرا **AJURIAGUERA** و مساعدوه مصطلح الخرص البكم عند حالات تعاني من هدا الإضطراب و في نفس السنة قامت نفس الفرقة بوصف هده الإصابة مستعملة مصطلح الديسفازيا أو الإضطراب النمطي لتطور اللغة – **Trouble spécifique du Développement du langage**

حسب الدليل التشخيص الإحصائي ، تشكل الديسفازيا إضطراب يمس التعبير و الإنتاج اللغوي مع بنية منحرفة تميزها صعوبة التحكم في الرمز اللغوي ، الأمر الذي يؤدي إلى تشوهات دائمة في التنظيم اللغوي و دلك على عدة مستويات ، الفنلوجي ، النحوي ، اللفظي ، البرغماتي دون وجود مصدر يوضع سبب دلك

ترى المنظمة الكندية للديسفازيا أنه مهما كانت المدرسة التي ننتمي إليها ، :كندية أو أمريكية ، فرنسية ، أو بلجيكية و المصطلح المتبني إلا أننا كلنا نتفق في تعريف هدا الإضطراب على أنه تشوه يمس التعبير و غالبا الفهم كما أنه لا يكون ناتجا عن إختلال في مستوى الذكاء ، السمع ، أو أعضاء التصويت او أسباب عاطفية أو إعاقية اجتماعية

و ليس أدل بمعرفة خصائص تطور اللغة عند الديسفازي من مقارنة تموه مع تطور اللغة عند الطفل العادي ، الجدول التالي يبين بوضوح التطور اللغوي عند الطفل العادي و الطفل الديسفازي

مقارنة بين التطور اللغوي عند الطفل العادي و الطفل الدسفازي

العمر	الطفل العادي	الطفل الديسفازي
٠–٢ شهرين	– صراخ إنعكاسي – صراخ اللدة – البكاء عند الجوع – الإهتمام بصوت الإنسان – إمكانية التعرف على صوت الأم – ارتجاف عند سماع الضجة	–صعوبات على مستوى عملية الفحص – نقص رد الفعل للإثارة السمعية

٢– ٦ أشهر	– ظهور المناغاة – تكرار أصوات تحمل نغمات – الإتصال البصري واضحا و الإبتسامة أيضا – تعبير جسمي عن الرضا – إدراك و فهم النبرات الصوتية و الإيمادات الدالة على الغضب	– غياب المناغات – محدودية إصدار الأصوات – إتصالات بصرية محدودة – إبتسامة متأخرة – صعوبات في البلع
٦–١٢ اشهر	– المناغات على نفس الوتيرة – تكرار سلسلة من المقاطع الصوتية – وجود اللون الصوتي حسب اللغة – تقليد الأصوات – ظهور الكلمات الأولى	– إنتاج لغوي فقير – فهم لغوي محدود – إتصال بصري محدود – عدم الإنتباه للمتكلم

١٢–١٨ أشهر	– زيادة صدى الكلام أو الصداءات – معرفة ١٠ إلى ١٥ كلمة – إستعمال الإشارات المصاحبة للكلمات –إجابات، طلبات ، تعاليق، –فهم بعض الكلمات و التي لها علاقة بمثير أو عنصر بصري أو حالة آنية	–أصوات قليلة –غياب إعادة أو تقليد الأصوات – عدم فهم أو معرفة الإسم –فهم عام محدود – عدم الإنتباه للمتكلم
١٨–٢٤ أشهر	– معرفة سياق الكلام – التعبير باللغة الشفهية عوض الإشارات – فهم الأسئلة	– إستعمال نادر للكلمة بهدف الإتصال – غياب الإهتمام بتعلم الكلمات – رصيد يقتصر على كلمة أو كلمتين

	– إكتساب التحكم في اللعب – إكتساب ١٠٠ إلى ٣٠٠ كلمة (أسماء،صفات) – إستعمال جمل دات كلمتين أو ثلاثة دون تصريف الأفعال	– فارق زمني طويل لظهور الكلمات – عدم القدرة على التمييز بين الكلمات المألوفة – غياب ربط الكلمات – فهم كلمة واحدة في التعليمة – الفهم يحتاج إلى سند بصري
٢ إلى ٣ سنوات	– ظهور جمل بسيطة مع زيادة تعقدها – فهم و تسمية ما يحيط به مع التفريق بين المدكر و المؤنث و كدا المفرد و الجمع – نهاية الصداءات – وضوح الكلمات – بداية ظهور الحوار – بداية إستعمال النكرة و المعرفة – إستعمال الضمائر – إستعمال ظروف المكان	– غياب الإهتمام بتعلم الكلمات – نادرا ما يربط كلمتين –إستعمال نادر للمصوتات –عدم وضوح الكلمات –تفضيل إستعمال الإشارات خلال الإتصال –تقلبد فقير للأصوات و الوحدات ذات المقطع الواحد –عدم فهم المطالب البسيطة –إستمرار الصداءات

٣ إلى ٤ سنوات	– المحادثة كثيرة –الأسئلة أيضا –إستعمال « أنا » –غنى المفردات –وضوح عام للكلمات –إمكانية تقديم نص معاش –القدرة على الإدلال بالإسم و السن –فهم الألفاظ المجردة –إكتساب قواعد النحو –إستعمال الجمل الإستفهامية و الجزمية في محلها – القدرة على سرد نص لواقع معاش –إحترام التسلسل الزمني للأحداث –ظهور مفهوم الزمن	– المبادرة بالإتصال نادرة – إعادة الأسئلة إستنادا إلى الصداءات – الخروج عن موضوع الحوار – عدم وضوح الحوار – عدم وضوح الكلام – إستعمال الطريقة التلغرافية – إستعمال مفردات صعبة – فقدان الكلمات المكتسبة – عدم القدرة على إعادة كلمات بسيطة ووحدات دات مقطعين – عدم القدرة على فهم تعليمات مجردة – غياب سرد نص لواقع معاش – عدم التفريق بين المؤنث و المذكر و كدا الجمع و المفرد –غياب إستعمال الضمير « أنا » – غياب الأسئلة – إستعمال أفعال غير مصرفة
٤ إلى ٥ سنوات	– تطور الفهم – بداية إستعمال الجمل المركبة و المعقدة مع إستعمال أدوات الربط « الذي ، و،إذ ، أين، مثل » – إستعمال الكلمات المستعملة للدلالة على الأشياء	– عدم فهم المجرد –إنتباه محدود للمتكلم – صعوبة المحادثة – إكتساب محدود للصوامت – عدم فهم الأسئلة –خطاب مختصر –التهميش –تعلم بطيء و النسيان
٥ إلى ٦ سنوات	– بداية إستعمال اللغة المجارية الإستعارية	– إستعمال جمل قصيرة – قدرات نحوية محدودة

	– ظهور المنطق – بداية إكتساب لغة الراشد – إستمرار التطور اللغوي	–عدم القدرة على التعريف بالشياء – تفسير محدود –عدم فهم القصص و الألغاز خلط الكلمات المتشابهة

أعراض الديسفازيا

تم تصنيف الديسفازيا إلى ثلاثة مجموعات و كل نوع معه مجموعة من الأعراض الخاصة به حسب نوعية الإضطراب الذي قد يكون مرتبطا بالفنلوجية النحوية بينما الفهم اللغوي محتفظا به ، كما قد تمس الإصابة الفهم و التعبير أو تكون مختلطة أي يمس الإنتاج و الإستقلبال

الجدول التالي يوضح أنواع الديسفازيا حسب **Gérard (١٩٩٣)**

الأعـراض الإنـتاجية

النـوع	الخـلل	الخصائـص
الديسفزيا الفنولوجية النحوية	يظهر على شكل صعوبة في تنظيم اللغة فنولوجيا و نحويا و يرجع دلك إلى مشاكل على مستوى الربط (صياغة تنظيم) الفهم أحسن من الإنتاج	–فقر لغوي مهم مع نقص في التلقائية – الطفل يتكلم قليلا مع إستعمال جمل قصيرة –الرغبة في الإتصال تظهر من خلال إستعمال الإشارات و الإيماءات – إضطراب الترميز النحوي و استعمال أفعال غير مصرفة – تشوهات فوتولوجية هامة و غير منظمة –إضطرابات حركية ، حركية فمية وجهية – إضطراب البلع.

الديسفزيا الإنتاجية الفنولوجية النحوية إضطراب البرمجة الفوتولوجية	يرجع هدا العرض إلى العجز في المراقبة اللفظية – الفهم عادي أو قريب من العادي	–سيولة لفظية عادية مع وجود رطانةترجع إلى نقص التحكم الفنلوجي –تفكيك إرادي تلقائي – إضطرابات فوتولوجية هامة مثل الترميز النحوي – إضطراب التنظيم و التسلسل المنطقي للسرد –إضطراب الإستحضار المفرداتي

إضطراب الحركية اللفظية الديسيراكسيا اللفظية	–إصابة الجانب الإرسالي – الفهم عادي أو قريب من العادي	–إضطرابات هامة في الإنتاج – إضطرابات هامة في السيولة اللفظية و على المستوى الحركي الفمي و الوجهي – كلام غير مفهوم أو غياب اللغة الشفهية النطق مصاب بصفة حادة مثل الغياب الكلي للكلام

الأعـراض الإستقبالية

أفنوزيا سمعية لفظية	المشكل يكمن في تحليل الرموز	–إضطراب هام في الفهم ناتج عن وجود أفنوزيا سمعية و سمعية لفظية تؤدي إلى صعوبات التعرف على أصوات الحياة اليومية و الحروف و الكلمات

الأعـراض الإنتاجية الإستقبالية

الديسفازيا المفرداتية النحوية	إضطرابات الداكرة و صعوبة إستحضار الكلمة المستهدفة يرجع إلى عجز و مشاكل في نظام المراقبة الدلالي	– نقص مهم في الكلمة المستهدفة و إضطرابات نحوية مصاحبة – إفتقارالخطاب للإعلام مع وجود صعوبات في تقديم السرد – غياب الإضطرابات الفنلوجية يمكن أن يؤخر التشخيص – فهم عادي يتناقض مع إطالة و تعقيد الجملة

الديسفازيا الدلالية البؤاغماتية	إضطرابات برغماتي يتميز بصعوبة في تكييف الإنتاجات اللغوية مع السياق الإتصالي و الراجع إلى إصابة الوظيفة المسؤولة عن صياغة اللغة و الكلام	–غياب أو نقص في الإعلام – سيولة لفظية مع وجود لغة غير متجانسة و غير منطقية – إختيار لفظ نحوي غير مناسب في الوضعيات المقيدة – النطق السليم

الإضطرابات المصاحبة للديسفازيا

إن ملاحظة الأطفال الديسسفازيين يبين إضطرابات مصاحبة عديدة منها المتعلقة بالسلوك مثل:

الكبت أو حالة هيجان حسي حركي يشبه إلى حد كبير الإفراط الحركي المصاحب لضعف الإنتباه و هدا راجع للآثار التي تخلفها إضطرابات الإتصال على الصورة الذاتية

بالنسبة لبعض الباحثين الآخرين ، فهدا الهيجان الحسي الحركي يكون مماثلا لزملة الضغط الإنتباهي المصاحب لفرط الحركة . كما أن الإضطرابات الدقيقة الخاصة بالتنسيق اليدوي و الإضطرابات الخطية الحركية المعروفة عند الخاصة بالتنسيق اليدوي عند الديسفازي يمكنها هي الأخرى أن تكون مرتبطة برملة ADHD أي أن الزملة السابقة الذكر

يعاني أيضا الطفل الديسفازي من إضطرابات التجريد ، التعميم و التسلسل الفكري هدا الأخير يؤدي في كل الحالات إلى إضطراب في إدراك الزمان ، حيث يجد الطفل صعوبة في تنظيم الوحدات المتسلسلة الخاصة بالأحداث و التي تستلزم إحترام التنظيم الزماني كما يجد الطفل صعوبة في إدراك الفضاء و هدا ما سيعفيه في تنظيم فضائه و تخطيط نشاطاته

غالبا ما تكون الديسفازيا مرتبطة باضطرابات سمعية مركزية مثل التمييز السمعي ، التعرف على النماذج السمعية و اضطراب الإنتباه السمعي

التشخيـص

معظم الباحثين عل إتفاق بأن سبب الديسفازيا عصبي و في هدا السياق ، فاكتشاف الإضطراب يعتمد أساسا على نتائج التقييم النفيسي العصبي بأبعاده الثلاثة العصبية ، السمعية و الأرطفونية

التشخيص يعتمد على عزل :

–إصابة سمعية

– تشوه في أعضاء النطق

– إصابة دماغية مكتسبة

– إعاقة ذهنية

– إعاقة دماغية حركية

– حرمان عاطفي أو تربوي حاد

– المقابلة : و تعد الخطوة الأولى لمقاربة الحالة حيث تسمح بمعرفة المشكلة

– تقييم اللغة يعتمد على إستعمال إختبارات مقننة و مكيفة مثل بطارية Cheuvrie Muller

أو إختبار القراءة والكتابة للأطفال ما بين ٤ إلى ٨ سنوات ، هده الإختبارات تسمح

- **بتقييم المستوى الفنولوجي**
- **الرصيد المفرداتي**
- **تحليل الخطاب و السرد**

التشخيص الفارقي بين الديسفازيا و التأخر اللغوي البسيط

و يهدف التشخيص الفارقي إلى التمييز بين الديسفازيا و التأخر اللغوي البسيط و بالتالي التفريق بين ما هو بنائي نمطي عما هو وظيفي يتميز باختلال زمني راجع إلى تأخر بسيط في النضج و الدي يمكن أن يزول عن طريق التدخل الأرطفوني ، على عكس دلك ، الديسفازيا تكون فيها الإضطرابات و التشوهات اللغوية حادة و دائمة و بالتالي يكون دور الكفالة الأرطقونيا تكيفي فقط

الجدول التالي يوضح دلك

التأخر اللغوي البسيط	الديسفازيا
إختلال زمني	إضطراب نمطي بنائي و دائم
لغة بيسطة طفولية بسيطة	لغة غير متجانسة
نقص في المفردات	فقر و اضطراب على مستوى تنظيم و صياغة النفردات
إضطراب على مستوى النحو	غياب تام للنحو و لقواعد اللغة
فهم عادي	إضطراب على مستوى الفهم
أداء اللغة عادي	إضطراب على مستوى الأداء اللغوي
إصابة عامة على مستوى الحروف، المفردات و النحو	وجود فارق هام على مستوي مختلف الكفاءات العصبية اللسانية
قلة وعي الطفل بالمشكل	وعي ا حاد بالمشكل

الكفالة

ليس هناك ما يمكن أن نقدمه للطفل الديسفازي من حلول ماعدا الكفالة المكثفة و التي تتطلب تدخل العديد من الإختصاصات أهمها المساعدة الأرطقونية ، الكفالة النفيسة الحركية و التربوية

تعتمد الكفالة على تخطيطات و تقنيات و برامج تسطر مباشرة بعد تشخيص الإضطراب

لهدا العرض يجب توفير وسط خاص يحتوي على فرقة متعددة التخصصات مع إدماج الأولياء حتى تكون الأنشطة التربوية متكاملة و مستديمة. يتدخل كل مختص حسب إختصاصه و يتم دلك عبر حصص متقاربة أسبوعيا

و لعل المدرسة المتخصصة للأطفال الديسفازيين « Avenir Dyshasie Wilaya d'Alger ADWA » و هي مدرسة تقع بحي بوجمعة خليل بواد الرمان ولاية الجزائر ، و التي تأسست في ٠٧ أكتوبر ٢٠٠١ تشكل تجربة خاصة رائدة في التكفل بهده الإصابة في بلدنا

إضطرابات التعلم النمائيـة

Troubles du Développement des Apprentissages

إضطرابات التعلـم النمائيـة

TROUBLES DEVELOPPEMENTAUX DES APPRENTISSAGES

إن مصطلح إضطرابات التعلم يقصد به في الكثير من المراجع العربية صعوبات التعلم حيث نجد الكثير من الخلط بين المصطلحين في حين نجد المراجع الفرنسية تفصـل بينهما حيث أن إضطراب التعلـم trouble des apprentissages يشير إلى خلل في معالجة المعلومات على مستوى الجهاز العصبي بينما صعوبات التعلم difficultés de l'apprentissage ، يقصد بها معوقات التعلم

بهدا يتضح أن إضطراب التعلم هو دلك الخلل الذي يكون على مستوى علاج المعلومة أي كيفية إستقبالها ، تخزينها ، إسترجاعها واستعمالها

من الناحية السيكومترية ، يظهر هدا الخلل من خلال نتائج الطفل في الاختبارات المقننة التي تبين تأخر بسنتين على الأقل حيث يكون العمر العقلي للطفل أدنى من عمره الزمني

صعوبات التعلم ، يقصد بها تلك المعوقات الخاصة بتعلم الكفاءات المدرسية و التى تظهر في مستوى أقل من المنتظر منه إستنادا إلى سن الطفل ، حيث تأخد شكل إختلال توازن مؤقت أو دائم في التعلم

و لعل الجدول التالي يبين بشكل أكثر وضوح هذه الإختلافات

إضطرابات التعلم	صعوبـات التعلم
–دائمة – مرتبطة بقصور وظيفي في الجهاز العصبي على مستوى علاج المعلومات – تظهر على شكل صعوبات في الإنتباه ، الإدراك ، الذاكرة – تصاحبها إضطرابات في : القراءة ، الكتابة و الحساب	– مرتبطة بعوامل نختلفة –سيكوليحية مثل مرض مزمن –خلافات أسرية –أسباب تربوية مثل : نقص الإشراف الأسري، طريقة التدريس ، سوء معاملة مع الأساتذة – إنخفاض الدافعية – بيئية ، مثل الحرارة المرتفعة

و تعد إضطرابات التعلم النمائية أحد العوامل التي تفسر إنخفاض التحصيل الدرايسي و هدا بسبب نواحي العجز على مستوى الإنتباه ، الإدراك ، التفكير ، الذاكرة و اللغة ، الأمر الذي يعيق المسار الدراسي

لقد صنف كل من كيرك و كالفبت سنة ١٩٨٤ بين إضطرابات التعلم النمائية و التي تمس عمليات الإنتباه ، الإدراك ، الداكرة و اضطرابات التعلم الأكاديمي ، أطلق عليها مصطلح الاضطرابات الثانوية

إضطرابات التعلم النمائية تشمل :

- **الإنتباه : و يشمل القدرة على اختيار و انتقاء معلومة من بين مجموعة من المثيرات الهائلة " السمعية ، البصرية و الحركية " التي يصادقها الكائن الحي في كل وقت يحاول فيه الإنتباه و هدا عن طريق تركيزه على المهمة المراد الإلمام بها**
- **الإدراك : و هي عملية إستبصار يتم فيها الإلمام و معرفة ما تمت مشاهدته سماعه، لمسه و هذا عن طريق القنوات الحسية أو الحواسية**
- **الداكرة : و هي القدرة على إستدعاء ما تمت مشاهدته أو سماعه أو ممارسته**

إضطرابات التعلم الأكاديمي :

يشار إليها بالإضطرابات الثانوية و هي متعلقة بالتفكير ، اللغة القراءة ، الكتابة و الحساب وتعد العمليات الأولية و السابقة الذكر أساسية و متداخلة معها حيث تؤثر على بعضها فالصعوبات التي يواجهها الطفل في العمليات الأولية " الإنتباه ، إدراك ، و الذاكرة" تشكل أرضية لظهور صعوبات في العمليات التي تتحكم في المقارنة ، المنطق ، الإستدلال التفكير الناقد، حل المشكلات و أخد القرارات

خصائص الطفل المصاب بالإضطرابات التعلم :

- **القابلية للتشتت : و يظهر على شكل تبدد في الإنتباه أو ضيقة حيث يستطيع هؤلاء الأطفال تركيز إنتباههم سوى فترات محدودة**
- **إنخفاض في الإستجابة اللازمة أمام المواقف و هدا نظرا لصعوبة ربط المصدر بالمشير**
- **إضطراب في الإدراك البصري ، مما يعرض الطفل لصعوبة التمييز بين الحروف إذ يدركها و كأنها مجتمعة أو متشابهة**

- **إنخفاض في مهارات التفاعل الإجتماعي مع الآخرين مما يعرضهم للعزلة و سوء التوافق مع الأقران**
- **صعوبة في التحكم في المحددات المكانية " فوق ، تحت " " أمام ، خلف " و علاقاتها بالفضاء الجسدي و الخارج جسدي**
- **تدني قدرة الإستبصار و الربط بين الأحداث و مسبباتها و مخلفاتها**
- **سيطرة التمثيل الحسي العملي على التفكير المنطقي في إستيعاب الأشياء**

النظريات المفسرة لاضطراب التعلم

يفترض النمودج النورولوجي أن أغلبية الأطفال الدين يعانون من إضطرابات في التعلم يعانون مشاكل عصبيية منها البسيطة مثل التضرر الدماغي البسيط Minimal Brain Damage أو الأكثر تعقيدا مثل بعض العيوب التي تحصل على مستوى تراكيب المخ

و قد ساهمت تقنيات التصوير الدماغي و البوزتروني بشكل كبير في فهم الإختلالات العصبية و تحديد بعض الأسباب المحتملة التي تقف وراء التحصيل المدرسي المتدنى ، لقد أشارت في هذا الصدد بعض الدراسات إلى وجود إختلالات في بنية المخ لدى المصابون ، يعسر القراء حيث أن المنطقة الخاصة باللغة توجد في كلا الجانبين و حجمها نموذجي أي متساوي في حين يكون الجزء الأيسر أكبر بشكل ملحوظ عند الشخص العادي إذ، أن، النصف الكروي الأيمن يختص بإلمام بالمؤثرات الفضائية المكانية بينما النصف الأيسر يختص بالمثيرات اللغوية و التكامل الوظيفي بينهما شرط أساسي في عملية التعلم .

النموذج المعرفي

يفترض هدا الإتجاه أن هناك مجموعة من المنكنزمات الخاصة بمعالجة المعلومات وكل منها يقوم بوظيفة معينة تخضع لتنظيم وتتابع على نحو معين . عملا بهذا المبدأ أو الإتجاه تم إرجاع إضطرابات التعلم إلى خلل في إحدى العمليات التي قد تظهر في التنظيم ، الإسترجاع أو تصنيف المعلومات . فالدراسات المستمرة أشارت إلى أن هؤلاء الأطفال يتميزون بصعوبة الإنتقال من إحدى الإستراتجيات إلى الأخرى ،

كما أن هناك بحوث أخرى تصنفهم على أنهم أطفال غير نشيطين و سلبيين بسبب فشلهم في الإصغاء بشكل إنتقائي و استخدام إستراتجيات فعالة

النموذج النفسي

يقوم هدا النموذج على إفترا ض أن قصور العمليات المعرفية يعد مظهرا من مظاهر القصور الوظيفي البسيط مثل الإنتباه ، الإدراك و الذاكرة ، باعتبار العجز في هده العمليات يشكل السبب الرئيسي الذي يقف وراء تدني التحصيل الأكاديمي

التشخـيص

يعتمد التشخيص على البنود التالية :

- الملاحظة: حيث تمكن من توفير معلومات عالية الدقة و التفصيل عن الحالة
- التقارير : و فيها يتم تجميع الملاحظات و المعلومات عن الطفل ،و هدا من طرف أشخاص وثيقي الصلة بالطفل تتضمن هده التقارير الشكاوي الأساسية ، ملخص عن الخالة من حيث الأعراض و تطورها .
- البطاقات المدرسية: و في هدا الصدد ، يشكل حكم و تقرير المدرس للخصائص السلوكية عنصر مهم حيث أثبتت الدراسات أن أغلب الأطفال تم تحديد مشكلاتهم من طرف أساندنهم و أن هدا التقرير يصبح أكثر فائدة عندما نقايله بنتائج المقاييس و الاختبارات السيكولوجية
- الاختبارات السيكولوجية : و يقصد بها قياس كفاءات الطفل عن طريق رمائز مقننة و مكيفة و يعتمد االتقويم على عمل فريق متعدد التخصصات يشمل :

١– طبيب : من أجل تقييم الجانب الفيرولوجي

٢– مختص في الأرطفونيا لتحديد عيوب النطق

٣–أخصائي نفسي : من أجل تقييم الذكاء اللفظي و العملي ، الجانب الإنفعالي ، فحص الشخصية ، إتجاهات و ميول ودافعية الطفل

الاختبارات السيكولوجبة عديدة ، تهدف للكشف عن نواحي القوة و الضعف في قدرات الطفل منها : Nepsy, k ABC, Wisc , BRUNET LEZINE

تسمح هده الاختباراتب إعطاء نتائح و الخروج بتوصيات تساعد في تسطير الإستراتجيات التي يحب أن تؤخذ

الوقاية و العلاج

إتجهت معظم الدراسات التي أجريت في مجال إضطرابات التعلم إلى الإهتمام بالتنبؤ و أساليب الكشف المبكر

العلاج

ليس هناك طريقة موجودة يمكن إستخدامها مع هده الفيئة من الأطفال ، بل هناك عدة طرق مستعملة حسب المشكلة التي يعاني منها الطفل و أهمها :

- التدريب على العمليات المعرفية

و التي تهدف إلى تطوير مهارات الطفل الإدراكية عن طريق المقارنة ، التصنيف ، التعميم

فمثلا إدا كان الطفل يعاني من عسر في القراءة بسب قصور في مهارات التمييز السمعي ، يجب تدريب الطفل عل التمييز بين الأصوات

إذ كان يعاني من مشاكل في الكتابة بسبب اضطراب في الإدراك البصري المكاني ، يجب تسيطير برنامج بهدف إلى التدريب على المهارات البصرية الفضائية

- إستراتيجية تحليل المهمة

و يقصد بها تحليل المهمة إلى وحدات او مهارات بسيطة قابلة للتدريب عليها و تعد هده الطريقة فعالة جدا حيث تسمح للطفل من التمكن و التحكم في العناصر البسيطة وفقا لنظام متسلسل واضح و متقن ، يؤهل الطفل إلى المستوى الأعلى . يسمح هدا الأسلوب بتحديد الجانب الذي فشل فيه الطفل حتى يتم التدريب عله بشكل جيد و تستخدم هده الأساليب في علاج و تعلم مهارات القراءة و الكتابة و الحساب .

- المسلمات التي يجب أن يقوم عليها البرنامج

- **يجب أن لا يرتبط البرنامج بمحتوى دراسي محدد و إنما يكون التدريب قائما على أنشطة تشمل محتوى عام مثل الأرقام ، الرموز، الحروف ، الكلمات ، الأشكال الهندسية ، الصور ، الألوان الجادبة لانتباه الطفل**
- **يتم التركيز على العمليات الفرعية حسب نوع العملية المراد التدريب عليها**
- **تعزيز إستجابات الطفل الصحيحة و دلك من خلال التشجع المستمر و المكافأة المادية و الرمزية حتى نزيد من دافعية الطفل في المداومة على الجلسات العلاجية**
- **يجب أن تدرج الأنشطة من البسيطة إلى المعقدة**

زملة إكس الهش

Syndrome de l'x Fragile

زملـة إكـس الهـش

Syndrome de l'x Fragile

تعد زملة x الهش أحد الأطياف الأكثر إنتشارا يالنسية للتخلف العقلي الوراثي – نسبة حدوثه تقدر بشخص على ٤٠٠٠ عند الذكور و إمرأة على ٧٠٠٠ بالنسبة للإناث و يعني ذلك أن الزملة تتواجد بنسبة مرتين عند الذكور

التشخيص المبكر و المرفوق بتحقيق عائلي أمر ضروري بالنسبة للكفالة و يتوقف ذلك على توجيه الأمهات الناقلات للإصابة إلى الإستشارة الوراثية بهدف الحد من إنتقال المرض لكن ولسوء الحظ ، تشخيص زملة x الهش تأتي عامة مؤخرا و هذا لعدم المعرفة الجيدة بها و تباين أشكالها العيادية

I لمحة تاريخية

بدأت البحوث تهتم بهذه الزملة منذ الستينات بعد ملاحظة إنتشار حالات التخلف العقلي في صف الذكور . الموقع الهش على مستوى الذراع الطويل لصبغية x اكتشف على يد الطبيب Herbert ، لكن البحوث في ميدان البيولوجيا الجزئية عرفت تطورا كبيرا في التسعينات أين تم نشر العديد من المقالات و البحوث المتعلقة بالموضوع

II السـبب

زملة x الهش متعلقة بخطأ وراثي يحمل شكل تكرار غير ثابت للثالوث النوكليوتيدي TRINUCLEOTIDES *CGG* و الذي قد يعرف إرتفاعا مع الأجيال حسب تردد التكرارات لهذه الثالوث كما أن هذا الكرار هو الذي يحدد خطورة تنقل المرض

سبب هذه الزملة مرتبط بخلل في الجينات (FRAGILEX MENTAL RETARDATION) FM R1 حيث يعمل على تعطيل عمل المورث المتواجد على مستوى الذراع لكروموزوم x ، هذا الخلل و بنقل من الأم إلى الإبن كما أن االبنت قد تكون حاملة للمرض لكن بما أنها تحمل نسختين من صبغية x (الواحدة مصابة و الثانية معافة) فالنتائج تكون أقل خطورة بكثير بالنسبة للذكور اللذين يحملون نسخة واحدة من صيغية x

III الأعـراض

الأعراض الجسدية لا تلاحظ في السنوات الأولى ، عامة تظهر بعد سن البلوغ تاخد هذه الأعراض عند الراشد شكل وجه طويل و ضيق ، إتساع الجبهة و الفك السفلي و الذقن ، الأذن تبدو كبيرة الحجم و بارزة و القامة عادة طويلة لكن الميزة الخاصة لهؤلاء الأطفال تتحدد في سن البلوغ يكبر حجم الخصيتين MACRORCHIDIE بشكل غير عادي و تخلف عقلي

- تختلف الأعراض حسب الحالة الوراثية

عند الراشدين الذين يتميزون بتحول كامل للجين MUTATION COMPLETE تأخد الأعراض شكل تخلف عقلي مصاب بعيوب أو سمات وجهية، منها الوجه الطويل مع أذنين كبيرتين و بارزتين و تضخم في الخصيتين لكن **40%** من الحالات لا يظهر عليها هذا الثالوث**١٠%** بالمئة من الحالات يظهر عليعا تخلف عقلي بسيط ، تضحم الخصيتين و عيوب في تشكيلة الوجه . هناك بعض السمات الأخرى المرتبطة بالإصابة منها التضخم الدماغي ، عيوب في تراكيب القلب مع توسع الأبهر لكن يبقى التأخر العقلي العرض الوحيد الثابت

عند الطفل الصغير ، الأعراض الوجهية قد تكون غائبة .قبل سن الخامسة يمكن الإعتماد في التشخيص على التأخر النفسي احركي ، تأخر ظهور اللغة واضطراب السلوك.

بين ٠٥ و ١٠ سنوات ، التأخر اللغوي يكون ظاهري ، تصاحبه إضطرابات في الإنتباه وإفراط في النشاط الحركي عند **60%** من الحالات و أعراض توحدية بنسبة **30%** ما يميز هؤلاء الأطفال ، الحصر ، العدوانية ، البعض منهم يظهر عليه نوبات صرع ، مع نسبة ذكاء متباينة ، تميل إلى الانحدار مع التقدم في السن

عند الإناث الأعراض تختلف أيضا و لا تظهر إلا في حالات التحول الكامل للمورث و حتى في صف هؤلاء **40 %** منهن من تكون عادية بينما **60%** تظهر عليهن صعوبات في العمليات الحسابية ، في التركيز و التنسيق الحركي مع أعراض مصاحبة أخرى مثل الحصر و الميل إلى الاكتئاب .

- **التشخيص أثناء فترة الحمل LE DIAGNOSTIC PRENATAL**

يعد التشخيص أمر مهم بالنسبة للأمهات الناقلات للإصابة و يحب أن يتم ذلك في الأسبوع الثاني عشر من الحمل بهدف الكشف عن االخلل و من ثمة إعلام الأولياء بخطر إصابة الجنين و بالتالي أخد القرار لكن و نظرا لتباين الأعراض و مآل المرض فالإرشاد الوراثي يطرح مشكلة أخلاقية كبيرة فيما يتعلق بالقرار الذي يمكن تبنيه.

IV التوظيف المعرفي

ليس هناك إجماع حول نمط التوظيف المعرفي لحاملي X الهش و لاإمكانية تسيطر بروفيل PROFIL خاص بهم و هذا نظرا لتباين أعراض هذه الإصابة ، لهذا يجب الإلتزام بتقييم نفسي عصبي لكل طفل يسمح بمعاينة نقاط القوة و نقاط الضعف من أجل تكيف الكفالة حسب مؤهلات و نقائص كل واحد

ما تمت ملاحظته في هذه الزملة ، تلك الإختلافات في الإمكانيات المعرفية حسب الجنس يبدو أن الذكور يميزهم تباين كبير إذ أن ذكاؤهم قد يتراوح من تأخر خفيف إلى متوسط إلى حاد بينما الإناث يميزهم ذكاء ضعيف لكن لا يصل حد القصور

اللغة

ما يميز هؤلاء الأطفال عيوب في النطق تشبه إلى حد كبير لغة الطفل في سنواته الأولى فهي لا تشير إلى إصابة خاصة بالغة و إنما تندرج ضمن حالة تأخر نفسي حركي عام ، مع ذلك يمكن ملاحظة بعض المميزات التي ينفرد بها هؤلاء المصابين منها إضطراب البركسيات الوجهية ، الفمية و اللسانية ، سرعة الإيقاع الكلامي و عدم تنظيمه واصطدامه . التركيب اللغوي يبدو متأثرا أيضا مع قولبية الكلمة و المقاطع.

الذاكرة

صعوبات الذاكرة تتوقف على نوع المعلومات المراد تخزينها فالمعقدة منها مثل المفاهيم المجردة أو التي تحتاج ترتيبا خاصة تكون أكثر صعوبة للتخزين . يبدو أن هذه الصعوبات مرتبطة بقصور في الوظائف التنفيذية ووظائف المراقبة .كما أن الذاكرة الدلالية و العاملة تبدو أكثر تأثر بالإصابة. دراسات أخرى أشارت إلى أن الذاكرة البصرية تكون أحسن من الذاكرة اللفظية و أن أغلب المشكلات تكون على مستوى ترميز المعلومة وقت حفظها

المهارات البصرية المكانية

ليس هناك إجماع حول هذه المشكلة إذ أن هناك مصابين يظهرون إضطرابات بصرية مكانية بينما الآخرون لا يظهرونها. أما بالنسبة للوظائف التنفيذية مثل القدرة على برجمة أنشطة أو فرز بعض البنود المهمة عن طريق إبعاد العناصر الدخيلة، يبدو أنها متاثرة للغاية . الدراسات المستمرة أشارت إلى أن سلوك هؤلاء الأطفال يطبعه نوع من التبدد في الإنتباه خاصة أثناء الأنشطة التي تتطلب يقظة مستمرة أو العمليات المزدوجة مثل الكتابة و سماع الموسيقى

السلوك

ما يميز هؤلاء الأطفال ، إضطرابات السلوك و الذي يؤثر حتما على توظيفهم المعرفي و التكيفي وما تمت ملاحظته أن حدة هذه الاإضطرابات السلوكية تساير حدة التأخر العقلي

أهم هذه السلوك انتشارا ، ضعف الانتباه المصاحب لفرط الحركة و الذي ينجلي في إصابة عمل الوظائف التنفيذية و الإنتباهية و الحركة هناك أيضا أعراض مصاحبة تأخذ شكل حصر و قلق مع الحاجة إلى ثبات المحيط و التي قد تأخذ شكل طقوس تشبه إلى حد كبير الوسواس القهري عندما تصبح الأعراض إجتياحية .

ما يمير هذه الزملة أيضا النظرة المنحرفة و التي عادة ما توحي إلى زملة التوحدية ، لكنها في الحقيقة مرتبطة بصعوبة خاصة في تسيير الإنفعالات و بعض التفاعلات الإجتماعية التي تعترض المصاب في حياته

V العـلاج

ليس هناك علاجا واعدا لهذه الإصابة و لحد الساعة البحث العلمي يعلق آمال كبيرة على العلاج الجيني و الذي يتمثل في إدخال مورث سليم على سلسلة الحمض المنقوص الإكسجين النووي (ADN) الخاصة بالمريض و هذا لأحداث تغيير في برمجة الخلية حيث تتجه نحو تصنيع بروتينات سليمة كما أن العلاج الحالي يتوقف على التقليل من اثر بعض الأعراض المصاحبة للمرض

الكـفالة النـفسية

تتوقف هذه الأخيرة على تظافر تخصصات متعددة تشمل (الأرطفوني ، المعالج التشغيلي ، المختص النفسي الحركي ، المختص في علم النفس العصبي ، الطبيب ، الطاقم المدرسي) كما أن هذه الكفالة ملتزمة بمراعاة نقاط القوة و نقاط الضعف المعرفية و الحياة العلائقية و النفسية للمريض

بالنسبة لمحيط العمل

إن المحيط الذي تتم فيه عملية التعلم لا يقل أهمية عن العملية التعليمية في حد ذاتها ، فالدراسات أشارت إلى أن هؤلاء الأطفال تميزهم حالات حصر و اجتياح انفعالي و حساسية زائدة و بالتالي فأي تغيير في الأنشطة و الغير سابق للإنذار قد يؤدي إلى ضغط كبير عندهم . لذا يجب نفادي قدر المستطاع التغيرات في محيط الطفل أو على الأقل تحضير الطفل عن طريق العمل على إسهامه في إحداث هذه التغيرات مثل :

- **أخذه لزيارة الأماكن الخاصة بالمدرسة**
- **التقليل من تغيير برامج العمل**
- **ضبط رزمانية للأنشطة الأسبوعية متفق عليها مع الأطفال**
- **إستعمال مؤشرات تنمي الترتيب الروتيني routine و التي قد تكون بصرية أو سمعية متفق عليها مع الأطفال للإشارة إلى الوقت المحدد لتغيير النشاط**
- **التفكير في نشاطات تمهد إلى النشاط الموالي مثل ترتيب الكراسي قبل فترة الإستراحة**
- **تفادي فدر ا الإمكان الوضعيات الضاغطة**
- **قبول فكرة ملازمة أو مرافقة الطفل بلعبة أو موضوع له أهمية بالنسبة له و الذي قد يساهم في تهدئته**
- **مراعاة حجم الغرف الخاصة بالتدريس أو بالأنشطة مع العمل مع مجموعات صغيرة الحجم و داخل أقسام صغيرة**
- **تفادي منابع الضجيج و التي قد تساهم في تشتت و تبدد الإنتباه**
- **العمل على وضع الطفل في الصف الأول للحد من الشرود الذهني**

- **الأوقات الخاصة بالفطور تعد أيضا فرص للتعلم إذ تسمح بإزالة حساسية الطفل للأماكن الواسعة و التي تعج بالضجيج**
- **إذا كانت فرص لزيارات خارج المؤسسة ، يجب شرح ذلك للطفل مع التركيز على كيفية التنقل ، مكان الزيارة إستنادا إلى خرائط أو صور خاصة بالمكان و في أي يوم سيتم ذلك مع اللجوء إلى الرزنامة**

عمليـة التـدريس

أن الأطفال الحاملين لزملة X الهش يعانون من إفراط حركي مع صعوبات كبيرة التركيز و من المعروف أن القدرة على التركيز تتغير خلال ساعات اليوم ، لذا يجب تحديد أوقات عطاء الطفل بهدف إستغلالها بأكبر قدر ممكن كما يحب العمل على الحد من كل ما يساهم في تبدد انتباه الطفل

مل يميز هؤلاء الأطفال الحاجة الماسة لتكملة النشاط الذي هو في طور الإنجاز و الذي قد يأخذ سلوك قهري ، لذا يجب مساعدتهم على إكماله و الأخذ بعين الاعتبار لهذه الميزة الخاصة بهم

إذا كان الطفل يتعثر في طرح بعض الأسئلة ، يجب مساعدته عن طريق اقتراح أسئلة متطايرة أو ذات ثغرات

تتميز الذاكرة قريبة العهد بالضعف عند حاملي زملة X الهش لكن بالمقابل الذاكرة طويلة العهد محتفظ بها . فبإمكان الطفل تذكر مكانا تعود زيارته إلى سنة بينما لا يتذكر التعليمة التي أعطيت له منذ وقت قصير ، عملية التعلم تحتاج إلى إطار خاص يعزز الأثر الذكراوي ، فالمعلومات التي تلقى خارج إطار يساعد على ترميزها لا يحتفظ بها ، لذا يجب التفكير في طرق تعزز عمل الذاكرة .

لقد أشرنا سابقا إلى الذاكرة البصرية و التي تبدو متفوقة على الذاكرة السمعية ، لهذا يجب الإعتماد عليها في التحصيل الدراسي مثل اللجوء إلى المجسمات ، الخرائط ، الصور ، و التقليل من التعليمات اللفظية و الطويلة ، التي تحمل مفاهيم مجردة لا يمكن للطفل فهمها

يجب أيضا تحديد الأهداف مع الأولياء و جعل تطلعاتهم أكثر واقعية كما يجب تشجيع الطفل على كل إنجاز لأن هذا سيدعم ثقته بتفسه

بالنسبة لعملية القراءة ، بعض أطفال x الهش يتمكنون من ذلك لكن البعض الآخر لايتمكنون من ذلك و هذا نظرا لصعوبة معالجة المعلومة بصفة متتالية . بالنسبة للذين يتمكنون من القراءة يجب تعزيز ذلك استنادا إلى دعم بصري ، سمعي و لمسي في آن واحد

استقطاب إهتمام الطفل بالنسبة لتعلم القراءة أمر في غاية الأهمية ، لذا يجب تحسيسه بأهمية ذلك عن طريق إقناعه بأن القراءة ستساعده على الإطلاع على كل ما يهمه مثل الإتصال عن طريق الرسالة القصيرة ، التطلع على اللافتات ، تعلم السياقة

مشكل الكتابة أيضا أمر يمس أطفال x الهش و هو مرتبط بصعوبة تفكيك الكلمة من جهة و من جهة أخرى يبدو متأثرا بصعوبات في الحركة الدقيقة ، و يأخذ أعراض تعسر في الكتابة ، الرسم ، البناء ، في التركيب . لذا يجب اللجوء إلى استعمال أقلام خاصة مثل الكبيرة الحجم **Marqueur** أو السهلة القبض. في بداية الأمر ، يجب العمل على تنمية الإهتمام بالكتابة و تعزيز ذلك عن طريق البرامج المعلوماتية ذات الطابع الترفيهي حتى لا يتبرم الطفل من ذلك و يصاب بإحباط ، تلي هذه المرحلة أهداف اخرى منها تحسين الكتابة و التدقيق فيها .

الرياضيات

تشكل الرياضيات عائقا كبيرا بالنسبة لحامل x الهش و هذا نظرا للعديد من الصعوبات التي تواجههم مثل ضعف الإنتباه قصور الذاكرة العاملة و التجريد

في بدابة المشوار يجب أن يرتكز التعلم عل الملموس مثل تعلم الأرقام ، عد الدراهم و قيمتها ، قراءة الساعة أي كل ما هو ضروري لإستقلالية الطفل. التجريد يأتي في مرحلة ثانية إذا كان ذلك ممكنا

أهمية الأنشطة الترفيهية

ما يميز الأطفال الحاملي لx الهش ، إضطراب الحركة العامة و الذي يأخذ شكل سلوك تطبعه عدم الدقة و المهارة لكن هدا لا يمنعهم من ممارسة الرياضة ، بل يجب إشراكهم في ذلك حسب مؤهلاتهم لأن هذا سيحسن من آدائهم و حركيتهم كما سيمكنهم من إبراز قدراتهم و تدريبهم على الأنشطة الجماعية و الإحساس بالراحة النفسية

زملة وليامس و بوران

Le syndrome de Williams et Beurren

زملـة ولـيامس و بـوران

Le syndrome de Williams et Beurren

تطوره و تـاريخه

يعود الفضل في إكتشاف هذا المرض إلى الطبيب النيوزولندي المختص في أمراض القلب **y.c Williams** سنة ١٩٦١ بمستشفى خاص بأمراض القلب عند الأطفال، إذ لفت إنتباهه خلال شهر واحد فحص طفلين كان يحملان نفس التشوه القلبي و المتمثل في تضييق الشرايين الأبهر على مستوى العلوي من الصمام القلبي **Sténose aortique supra valvulaire** و المصاحب بسمات مرفولوجية و تأخر في النمو العقلي في هذه الفترة لم يعلن عن المرض نظرا لعدم تحديد أبعاده بصفة جازمة . بعد فترة ، لاحظ نفس الباحث مرة أخرى أربعة حالات تحمل نفس السمات و الإصابة ، حدد إثرها الصفات المشتركة بين هذه الفئة . في السنة الموالية ، قام الباحث الألماني **Alois Beurren** بتحديد نفس الأعراض السابقة مضيفا إليها تضيق الأبهر الرئوي و تشوهات في الأسنان **Sténose aortique pulmonaire** .

في سنة ١٩٨٩ تم أول لقاء بين مجموعة من الباحثين حيث تم تأسيس جمعية زملة وليـامس بالولايات المتحدة و هذا للنظر في الستين حالة التي تم تشخيصها في هذا البلد و تم الإجماع على أن معظم الحالات تعاني من تشوهات في تراكيب القلب و عيوب في الوجه مع إرتفاع نسبة الكلسيوم ، يصاحبه إختلالات في نمو الذكاء و كانت سنة ١٩٩٣ السنة التي تم فيها الكشف عن الجين المسؤول عن المرض و هو**l'Elastine**

التعريـف

زملة وليامس تشكل إضطراب نمائي عصبي نادر ، ذو أصل جيني تكويني لكن ليس وراثي و يتواجد بنسبة ولادة عن ٢٠,٠٠٠ كما أن عند الكثير من الحالات لم يتم إيجاد سابقة مرضية عائلية ، فهو يظهر عشوائيا أو بطريقة فردية ، كما أنه مهما كان الأصل أو الجنس فكل شخص من ٢٠,٠٠٠ يحتمل أن يحدث إصابة بزملة وليامس . إذن فنسبة حدوثه تبعا للأزمنة و الأمكنة متشابهة تقريبا كما أن الإحصائيات تشير إلى إصابة ٣٠٠٠ شخصا في فرنسا و ثلاثة ملايين شخصا في العالم .

القاعدة الجنية لهذه الإصابة تكمن في تلف صغير من المادة التكوينية: **Microdeletion** الجينية على مستوى الذراع الطويل للكروموزوم ٠٧ في الشريط ٢٣، ١١**q**، هذا الجزء المعيب هو المسؤول عن المورثة الخاصة بتركيب ليلاستين **l'Elastine**

زملة وليامس تحددها تشوهات على ثلاث مستويات هي :

١- المستوى الأول و يتميز بتشوهات قلبية وعائية تتمثل في تضيق الشريان الأبهر الصاعد و يمكن أن يكون التضيق على مستوى الأوردة التي تنطلق من القلب الأيمن. يترتب عن هذا التشوه مشاكل وظائفية مثل النقص النسبي في الدقات القلبية مع قصور تاجي ، في الحالات الأكثر حدة يمكن أن تكون الأوردة الدموية ملتوية أو ضيقة ، الأمر الذي يفسر حالات الموت المفاجيء عند البعض منها. ما يميز هذا المرض ، إرتفاع نسبة الكالسيوم في الدم الأيديوباتي أي غير معروف السبب ، و هو إضطراب إستقلابي قد يختفي مع التقدم في السن و يتمثل في حساسية شديدة لفيتامين **D** يمكن لهذا الإرتفاع في الكلسيوم أن يسبب آلام معدية ، تقيء و على المدى البعيد توعكات على مستوى عمل الكلية ، لهذا يجب على الطفل أن يلتزم بحمية غذائية فقيرة لمادة الكالسيوم .

٢- المستوى الثاني : أغلب الأطفال الحاملين لزملة وليامس تميزهم خصائص مرفولوجية تظهر منذ الولادة و لقد شبه أغلب الباحثين هذه الفئة من الأطفال بالشخصيات الساحرة أو العفاريت أو الأجنة و هي ما يقابلها في اللغات الأجنبية **ELF -FEE- LUTIN**

هذه الخصائص تشكل فئة متجانسة لهؤلاء الأطفال و يميزها

- راس صغير
- جبهة عريضة
- شكل قوسي نجمي للحاجبين
- تباعد في العينين
- أنف صغير لكن قمته منتفخة
- ذقن صغير

- فم عريض و شفتان سميكتان مما يجعل الطفل يظهر بفم مفتوح في معظم الوقت
- أذنين كبيرتين
- قزحية العين تحمل شكل نجمي Aspect stellaire de l'Iris
- تشوهات على مستوى الأسنان (أسنان صغيرة و متباعدة و غير منتظمة)
- تأخر في النمو الجسدي ، حيث يكون بطيء حتى الأربعة سنوات ثم يرجع عادي تدريجيا أما البلوغ فيكون مبكرا الأمر الذي يقسر على حد كبير القامة القصيرة و تشوهات العمود الفقري عند هؤلاء الأطفال حيث يكون متوسط الطول ١٥٢ سم عند الإناث و ١٦٧ سم عند الذكور

٣- المستوى الثالث : من مميزات هذه الإصابة التاخر في النمو العقلي و الذي تختلف شدته من تأخر خفيف إلى تاخر عقلي شديد لكن الأغلبية تعاني من تأخر متوسط و الشيء الأكيد هو أن هؤلاء الأطفال يتميزون بنقاط قوة و نقاط ضعف في توظيفهم المعرفي. ما يميز هذه الفئة ذلك التباعد و الفرق الكبير بين النمو اللغوي الجيد و القدرات المعرفية العامة الأخرى.

تشكل اللغة نقطة قوة عندهم إذ بإمكانهم القدرة على السرد بصورة جيدة مع الإهتمام بالمصطلحات المعقدة و التعبير عنها كما أن موهبة الكلام تظهر عليهم منذ الصغر .

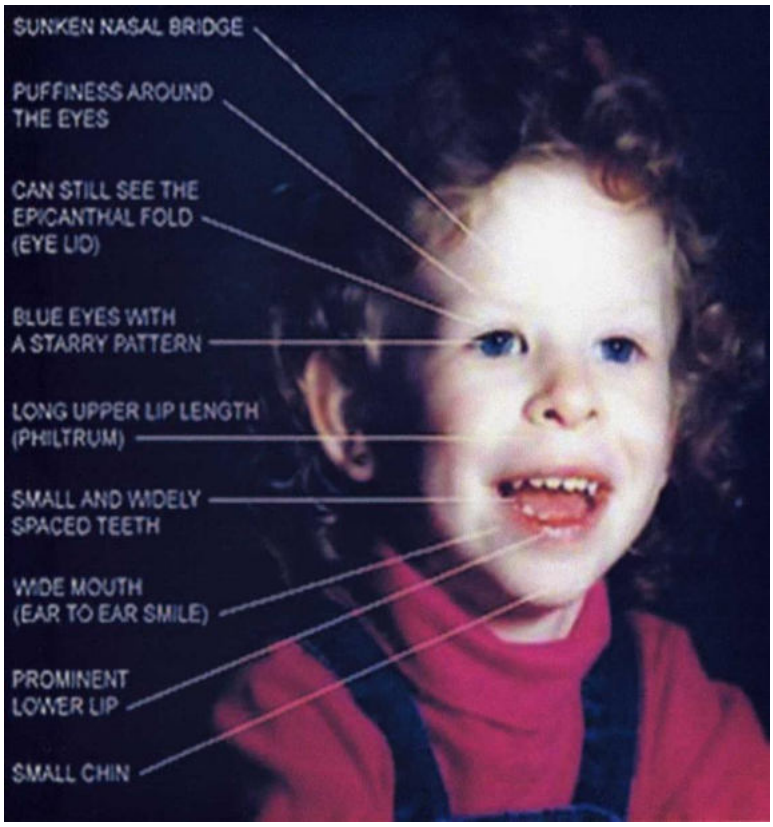
يهتمون بالصور و الرسومات وقراءة الكتب و الإصغاء إلى القصص ، لهم قدرة كبيرة في فهم المعاني النى تعبر عنها الرسومات و على أساس مجموعة منها يمكن لهم بناء قصة .

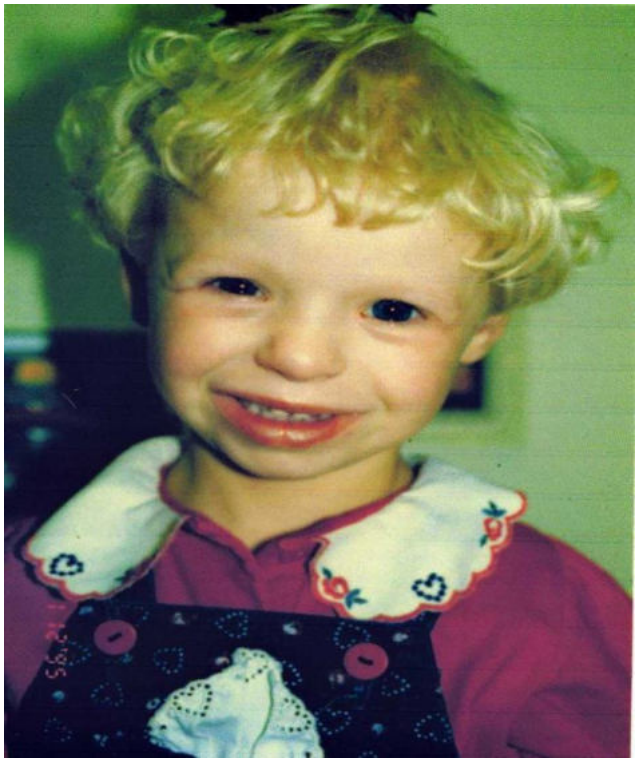
في ظل هذه اللغة المتطورة ، مقارنة بمستواهم المعرفي ، يعد الإدراك البصري المكاني ضعيف إذ يبدون عجز في القدرات المعرفية المتعلقة بالمكان أو الفضاء و يمكن إعتبار هذا التباين كاساس للتشخيص العيادي ، السيكلوجي ، إضافة إلى الخصائص المرفولوجية و المرضية. يظهر العجز المتعلق بالمكان أثناء عملية الرسم ، إذ أن معظم التفاصيل يسهل التعرف عليها إذا أخذناها بصورة فردية ، لكن مضمون الرسم الكلي يميزه نقص التناسق و الترابط بين التفاصيل المدركة و توحيدها في كل متناسق حيث يبدو أن لديهم إدراكا بصريا لمجموعة عناصر متفرقة . ما يميز هؤلاء الأطفال ذاكرتهم الجيدة لوجوه الأشخاص و مستوى جيد لتفسير الإنفعالات إلا أن التجريد و العمليات الحسابية متأثرة عندهم . المستوى الفكري لحاملي مزلة وليامس يميزه تأخر عقلي خفيف إلى متوسط من ٤٠ إلى ٩٠ و المتوسط يقدر بـ ٥٥ حيث توزيعهم يكون كالتالي :

75% منهم يعانون من تاخر عقلي

25% يميزهم ذكاء قريب من العادي

5% فقط يتمتعون بذكاء عادي


SUNKEN NASAL BRIDGE
PUFFINESS AROUND THE EYES
CAN STILL SEE THE EPICANTHAL FOLD (EYE LID)
BLUE EYES WITH A STARRY PATTERN
LONG UPPER LIP LENGTH (PHILTRUM)
SMALL AND WIDELY SPACED TEETH
WIDE MOUTH (EAR TO EAR SMILE)
PROMINENT LOWER LIP
SMALL CHIN



هناك دراسات أجريت على مائة طفل مصاب بزملة وليامس و مجموعة ضابطة يهدف مقارنة كفاءتهم العقلية . النتائج أسفرت عن تقارب في النتائج فيما يخص اللغة بينما العجز الكبير تم تسجيله في الإختبارات الغير لفضية عند أطفال وليامس مع الإفصاح عن تأخر عقلي قريب من المتوسط و نتائج جيدة نسبيا في إختبارات الذاكرة و تسمية الصور

هذا التباين في النتائج يدل على أن النشاط المعرفي يخضع لعمل شبكات عصبية معقدة ، و من النادر أن إصابة ما تمس مجموع الوظائف إذ يبدو أن هناك بعض المهارات متأثرة بصفة كبيرة بينما الأخرى مصابة جزئيا و أخرى سليمة .

- الذاكرة تبدو سليمة عند فئة أطفال وليامس مقارنة بوظائف معرفية أخرى ، فالذاكرة السمعية اللفظية قصيرة المدى جيدة و في هذا الصدد بينت بعض البحوث أن بإمكان الطفل الحامل لزملة وليامس أن يتحصل على نتائج أحسن من الطفل العادي في بنود الذاكرة السمعية اللفظية القصيرة المدى للأرقام و كذلك الكلمات أما الذاكرة البصرية هي مصابة لحد كبير .
- دراسة القدرات الإنتباهية اسفرت عن نتائج مفادها أن **67%** من أطفال وليامس يعانون من مشاكل الإنتباه و الذي يبدو جد متأثرا و مع مرور الوقت تلازمهم هذه الميزة و تأخذ شكل شدود ذهني و سهو و صعوبة في التركيز، لذا يجب أن تكون هناك توقفات قصيرة بين الأنشطة اليومية و توزيعها حسب ما تتطلبه من جهد و في أوقات مدروسة مثل الأكثر عطاء ، كما يجب تحديد فترات العمل لوقت قصير . قد تلعب مشكلة إرتفاع حدة السمع أو الحساسية السمعية المفرطة **l'Hyperacousie** و التي هي ميزة خاصة بهذه الفئة دور سلبي في عملية الإنتباه و التركيز

من خلال ما سبق ذكره ، يبدو أن التأخر العقلي الملاحظ عند أطفال ولياس غير مميز ، فعلي المستوى الكمي ، الإصابة العقلية لا تختلف عن أعراض أخرى للتأخر العقلي

لكن ما يحدده ، هو التفوق اللغوي إذ بإمكانه إستعمال جمل مركبة و معقدة و متنوعة كما يمكنه التعرف على المراسلات النحوية التركيبية الغير صحيحة و مكان الخطأ و من ثم تصحيحه. في بعض الحالات تبدو القدرات النحوية و الصرفية أكبر من عمره العقلي

لكن إذا نظرنا إلى البعد المكاني بحدة يتميز بضعف شديد في التوجه المكاني و الذاكرة البصرية الفضائية

الخصائص الحسية و الحركية

الحساسية الشديدة للأصوات L'hyperacousie

إلى نسبة 70% إلى 90% من أطفال ولیامس يعانون من حساسية شديدة للضجة و الأصوات المرتفعة مثل سماع موسيقى عالية الشدة ، شيء ينفجر ، آلات منزلية كهربائية و تسمى هذه الظاهرة بالحساسية المفرطة للأصوات L'hyperacousie حيث تظهر على شكل إنزعاج ، عادة ما يقاومها الطفل بوضع يديه داخل أذنيه أو يبكي أو يحاول تجنبها مغادر مكان مصدر الصوت.

عند معظم الحالات تختفي هذه الظاهرة في سن المراهقة لكنها قد تستمر حتى سن الرشد .سبب هذه الظاهرة مجهول لكن من المحتمل أن تكون هذه الأصوات مؤلمة للأذن نظرا لعتبة السمع المنخفضة و التي تميز هؤلاء الأطفال أو بكل بساطة مرعبة لهم

– صعوبات التركيز و الإفراط الحركي

من أكثر المشكلات التي يعاني منها أطفال ولیامس صعوبات القدرة على التركيز و الإفراط الحركي أو ما يسمى L'hyperactivité إذ لا يمكنهم الجلوس لفترة من الوقت و التركيز في عمل ما دون تحرك كما لا يمكنهم إتمام أي عمل يقومون به. لكن من جهة أخرى ، قد ينشغلون بشيء أوحتى يقضون وقتا طويلا مع بعض الأشخاص دون ملل

– الصعوبات الحركية البصرية

أغلب المصابين بزملة ولیامس تظهر عليهم صعوبات خاصة بالتنسيق الحركي و خاصة فيما يخص التوجه الفضائي حيث لا يتمكنون من التحكم في الأبعاد و الإتجاهات

الخصائص الشخصية

الاجتماعية المفرطة

بعض السمات الشخصية تكون مشتركة عند حاملي زملة ولیامس، فمن مميزاتهم أنهم عاطفيين جدا متراحمين كما أنهم حساسين و متعاطفين مع مشاعر الآخرين ، منبسطين بالإظافة إلى أنهم جد حيويين إذ أن قبل البدأ في الكلام يستعملون إيماءات و إشارات للإتصال مع الآخرين و في بعض الأحيان يتكلمون كثيرا و هم مقحمين بالحماسة . لكن هذه الأبعاد الإيجابية في السلوك تقابلها مظاهر قد تفاجيء في ظل ما ورد سابق . هؤلاء

الأطفال قد يظهرون قلق و توتر سابق لأوانه ، بدون مبرر و الذي يظهر على شكل أسئلة كثيرة و متكررة كما أنهم يحتاجون إلى تشجيع و مكافاة و دعم متواصل سواء من طرف الأهل أو من طرف المعلم

خصائص العلاقات الإجتماعية

يعاني أغلب أطفال وليامس من صعوبات في إقامة علاقات مع أطفال من سنهم و الشيء الملاحظ أن النمو الاجتماعي لهذه الفئة يختلف عن ذلك الذي نراه عند الطفل العادي حيث أن هذا الأخير يميل إلى بناء علاقات مع جماعة الأقران خاصة في السن السادسة فما فوق حيث يصبح بالنسبة له أهم من العلاقات التي يبنيها مع الوالدين، هذا ما لا نجده عند طفل وليامس ، إذ تبدو أن هذه التفاعلات مع أطفال في سنه غير مهمة أو أقل أهمية ، بينما يظهر علاقات حميمة مع الراشد و مع من تفوقه سنا كما أن الغرباء يجلبون إهتمامه و يسعى إلى التقرب منهم إذ ينظر إليهم بتمعن و هم يتحدثون إليه أو لغيره

السلـوك

يظهر في سجل سلوكات طفل وليامس إنبهار و تعلق ببعض الأشياء و بعض الأشخاص يترتب عنها مع مرور الوقت تجميع أكبر قدر من المعلومات و الأشياء مثل السجلات ، الكتب ، الصور و ذلك حسب هوايتهم ، كما قد يظهر على هذا الطفل سلوك تأمل و لعب بشيء ما لمدة ساعات طويلة ، الأمر الذي جعل بعض الباحثين يشبهون هذا السلوك بذلك الملاحظ في التوحدية نظرا للطابع الطقوسي القولبي كما قد يظهر عليه إفراط حركي مع ضعف الإنتباه إذ يبدو و أنه من الصعب جلب إنتباهه حول نشاط معين لفترة طويلة

خصائص مصاحبـة

صعوبات التغذية

تظهر صعوبات التغذية في شكل تقيء ، إمساك ، رفض الأكل أو قلة الشرب و هذا بدأ من الأشهر الأولى ، فالرضيع الحامل لزملة وليامس يتميز بصعوبة الشرب ، رفض الرضاعة ، تقيء متكرر ، مغص في المعدة أو إمساك أو إسهال

و يمكن أن تشكل هذه الإضطرابات المؤشرات الأولى للمرض و هذا قد يكون مرتبطا بنسبة الكالسيوم المرتفعة في الدم مما يضطره لإتباع حمية فقيرة من الكالسيوم و الفتامين D . المآل بالنسبة لهذا الإرتفاع في كالسيوم الدم يتغير من طفل لآخر. فعند البعض يختفي لوحده مع التقدم في السن و ذلك في حدود السنة الثالثة بينما عند البعض الآخر يترتب عنه التزام بحمية خاصة تفاديا لمضاعفات خاصة منها القصور الكلوي

صعوبات النوم

قد نجد عن أطفال وليامس إضطرابات في النوم كما نجدها عند الطفل العادي لكن عند هؤلاء الأطفال تكون بالغة الأهمية إذ أنها تلازمه حتى في المراحل العمرية اللاحقة فهؤلاء الأطفال يستيقظون بالليل و يبكون بشدة كما قد يلجؤون للنوم مع الأولياء الأمر الذي يرهق الوالدين الذين يقضون الليل في تهدئة و تنويم الطفل كما قد يستسلمون في تركه ينام معهم بدافع الطمأنينة على صحته و هذا قد ينعكس على صحته النفسية ، إذ يصح الطفل مراهقا و هو بحاجة للنوم مع والديه كما أن هؤلاء الأطفال رهيفي السمع إذ أن أدنى صوت قد يوقظهم

صعوبات إستقلالية

النـظافة

قد لا يكتسب الكثير من أطفال وليامس النظافة سواء في السنوات الأولى قبل الدخول المدرسي أو حتى و هم في السن الدراسي و لهذا يجب على الوالدين أن يكونوا حريصين على تدريب أبنائهم على إكتساب النظافة سواء بمراقبة الطفل أي أخده مرارا لدورة المياه و خاصة بعد الأكل و الشرب أو العمل على تشجيعه على الذهاب لوحده ، مكافأته كما يمكن للأولياء إستشارة أخصائي نفساني لتعليمه أو تدريبه على التربية للعضلة العاصرة L'éducation sphictérienne

صعوبات ارتداء الملابس

صعوبات ارتداء الملابس تستمد أصولها من صعوبات التناسق الحسي الحركي و التحكم الفضائي حيث أن عملية الإرتداء تتطلب تمثل ذهني للصورة الجسدية كما تتطلب تناسقا في تسلسل الحركات، لذا فإن هؤلاء الأطفال في حاجة دائمة لمن يساعدهم على التزرير ، ربط الأحدية ، لبس الجوارب .

التشـخيص و التكفل

يعتمد التشخيص على الأعراض التي تم تفصيلها سابقا. أما بالنسبة للكفالة ، فنستطيع القول أن الأطفال وليامس رغم قدراتهم المتميزة إلا أن صعوبات التركيز و الحركة الدقيقة و كذا الإدراك المكاني و البصري يجعلهم يواجهون صعوبات كثيرة في المدارس العادية فبعض هؤلاء الأطفال يبدؤون تعليمهم بصفة عادية لكن ما يلبثون أن تواجههم صعوبات ، حيث لا يتجاوزون السنة الثالثة من التعلم الإبتدائي لأنهم بحاجة إلى تأطير خاص و تكفل فردي من طرف المعلم ، إضافة إلى دروس مكثفة في الحساب و الكتابة كون الصعوبات الفضائية البصرية التي تميزمهم

الإحصائيات الحالية تشير إلى أن **30%** من هؤلاء الأطفال يتابعون دراستهم في مراكز خاصة بالأطفال ذوي الصعوبات الخطيرة و المعقدة ، **30%** منهم في مدارس لأطفال يعانون من صعوبات متوسطة إلى خفيفة و **30%** يزاولون دراستهم في مراكز لأطفال يحملون إعاقات مختلفة ، و **10%** يتابعون دراسة عادية لكن مشروطة بتدعيم مكثف خاصة في بعض المواد التي تم ذكرها.

و لعل بعد التذكير بالتجربة الرائدة الخاصة بمؤسسة ألمانية تبعث على التفكير بالإقتداء بها ، خاصة و انه تم الإسترشاد بها في فرنسا

هذه المؤسسة تركز برنامجها على ثلاثة مستويات

- المستوى الأول يتركز على العمل الفكري البحث و الذي يشمل القواعد الأساسية للدراسة ، مثل القراءة ، الكتابة ، الحساب ، التاريخ ، الجغرافيا ، العلوم الطبيعية و الثقافة العامة
- المستوى الثاني و يشمل النشاطات الفنية بمختلف أنواعها مثل الطلاء أشغال يدوية مثل النحت ، القولبة ، الرسم ، الموسيقى ، الرقص ، المسرح ، النشاطات الرياضية و السباحة
- المستوى الثالث و يشمل أعمال يدوية من نوع آخر مثل صناعة الحلويات ، البستنة ، النجارة ، الخياطة ، الرسم على الحرير

هذا البرنامج يهدف إلى تلقين الطفل المعرفة الفكرية و العملية و ذلك في إطار تربوي و علاجي في نقس الوقت إذ يتعلم الطفل المبادرة في العمل ، التضامن بين الأطفال و الكبار و كذا تحمل المسؤولية

التوحـد
L'Autisme

التوحـد

L'AUTISME

ليس أدل على التعريف بالتوحدية من عرض الحالة الآتية لأول طفل وصفه LEO KANNER في بحوثه الشهرة سنة ١٩٤٣ بعد أن قام بملاحظة إحدى عشر طفل كانوا يشكلون مجموعة متجانسة تميزها أربعة خصائص :

- **تفضيل الوحدة مع مهارات ضعيفة في التفاعل الشخصي و الاجتماعي**
- **الإصرار على المشابهة و المداومة على الحركة نفسها**
- **العجز عن مشاركة الإنتباه مع أطفال آخرين**
- **بعض القدرات التي تبدو متفوقه بالنظر إلى جوانب العجز عنده**

عرض الحالة و التي أصبحت نموذجا للتشخيص

كان واضحا مند مرحلة مبكرة من حياته أن DONALD كان يختلف عن الأطفال الآخرين – ففي سنتين كلن بمقدور هدا الطفل أن يهمهم و أن يغني لحنا من الذاكرة بدقة و سرعان ما استطاع أن يعد الأرقام من ٠١ إلى ١٠٠ و أن يتذكر حروف الهجاء و الأسئلة الخمس و عشرون التي تعلمها في الكنيسة و أجوبتها ، رغم دلك كان له ولع يبلغ حد الهوس يصنع الدمى و الأشياء الأخرى التي تدور و بدلا من أن يلعب مثل الأطفال الأخرى فإنه كان ينظم حبوب البازيليا و أشياء مختلفة أخرى ثم يلقي بها جميعا على الأرض مستمتعا بالصوت التي تحدثه هده الأشياء – هدا الطفل رآه كانار لأول مرة عند ما كان عمره خمسة سنوات ، لاحظ عليه أنه لا يلقي بالا إلى الناس من حوله و عندما يتدخل أحد في أنشطته الإنفراديه فإنه لا يغضب أبدا من هدا المتطفل بل يزيح يده بسرعة و حزم

كانت أم دونالد هي الوحيدة التي تتواصل معه في كثير من الأحيان و قد يرجع دلك إلى الجهد التي كانت تبدله لمشاركته في أنشطته و عندما بلغ ثمانية سنوات كانت محادثته لا يخرج عن مجموعته من الأسئلة المتكررة و بقيت صلته بالآخرين محدودة لحاجاته الملحة و تتوقف هده الصلة حالما يقضى له حاجاته .

بعض الأطفال التوحديون الدين وصفهم كانار كانوا بكما أو يستخدمون اللغة بصورة غريبة فمثلا Paul و كان عمره ٥٠ سنوزات يردد الكلام حرفيا كالببغاء ، فيقول مثلا أنت تريد الحلوى بدلا من أن يقول أنا أريد الحلوى و كانت لديه عادة أن يكرر يوميا عبارة " لا تقذف بالكلب من الشرفة " و هده العبارة تعود إلى أمه التي قالتها له مند زمن عندما رمي بدمية تشبه الكلب

تعريف التوحد

التوحدية مصطلح مستعار من مجال الطب النفيس للكبار حيث كان يستخدم للإشارة إلى الانقطاع التدريجي عن التواصل و يعتبر هدا الإضطراب قليل الانتشار حسب الإحصائيات التي قدمت خلال الملتقى الأول بالجزائر

في السبعينيات كان معدل الإنتشار يتراوح بين ٠٤ إلى ٠٥ من بين ١٠,٠٠٠ طفلا أما التسعينيات قد تم تسجيل ٠٧ حالة من بين ١٠,٠٠٠ طفل و ينتظر أن هدا المعدل سيعرف إرتفاعا إلى ٦٠ حالة هده التغيرات الهامة في معدل الإنتشار تعود إلى الأسباب التالية و هي

- المعرفة الجيدة بالزملة و كذا تطور وسائل التشخيص
- إتساع التنادر من التوحدية الطفلية لكنار إلى أصناف أخرى أكثر كفاءات و هي الحالات ذات االمهارات العالية و التي يطلق عليها زملة **Asperger**
- إضطرابات أخرى أين يكون التوحد مرتبطا بالتخلف العقلي

الأعـراض

يشخص هدا الإضطراب عامة في حدود السنة الثالثة لكن أعراضه تظهر جد مبكرا و يشمل مختلف أبعاد النمو ، التعبير العاطفي ، الحركة ، الإنتباه و اللغة .

- السلـوك الإجتماعي

و يميزه عجز في بناء و تطوير علاقات مع الأشخاص مع غياب التفاعل مع الآخرين و الاهتمام بهم و الذي يظهر على شكل إنعزال و تفضيل الوحدة حيث يظهر على الرضيع غياب التفاعل عين ، عين و التتبع البصري للأم ، غياب الإستجابة لابتسامة الأم ، و تصيحح الوضعية بين أحضانها غياب وضعية الإقبال و سلوك التعلق الإختياري

- الإتصال اللفظي و غير اللفظي

إكتساب اللغة لا يعرف تأخرا فحسب لكن عندما تظهر اللغة يميزها شدود ، فحوالي نصف التوحديون لا يتكلمون أبدا و إن ظهرت عندهم لغة فلا تكون لها أي قيمة للإتصال و تتميز :

- بالببغاوية مثل إعادة الكلمات أو الجمل بصفة نمطية
- قلب الضمائر (إستعمال الضمير أنت بدلا من أنأ)
- إستعمال كلمات لا تكون مفهومة إلا من المقربين
- إصدار أصوات غريبة مع غياب النبرة التوكيدية
- محدودية الفهم
- عدم التواصل بالإيماءات و الحركات حيث لا توجد إيماءات تدل على الفرحة أو الخوف – التعابير الوجهية فقيرة و الإبتسامة نادرة و يشار إلى هده السيمة بالوجه الجامد **Visage de glace**

- الحاجة إلى الثبات

و تشمل عدد كبير من السلوكات التالية و المتكررة

- مقاومة أقل تغيير في المحيط المألوف كنقل أثاث من مكان لآخر أو تغيير عادة مكررة بانتظام ، فهدا قد يؤدي إلى إستيجابات ثائرة
- ألعاب متكررة و خالية من أي خيال أو إبداع مثل اللعب المزعوم كالتظاهر بتطعيم دمية
- المبالغة في التعلق ببعض الأشياء حيث يحتفظ بها الطفل في كل وقت و يحتج بشدة إدا حاولنا نزعها منه ، قد تكون هده الأشياء مجرد ورقة أو خيط أو ريشة
- حركات طقوسية مثل تدوير الأيدي أو ضربها مع بعضها أو تحريكها أمام الأعين ، قد تتجمع هده الحركات لإنجاز تتابع معقد لحركات متكررة و أحيانا في أوقات محدودة من اليوم

- إضطرابات في سجلات من النمو الأخرى

و على رأسها سلوكات غريبة و شادة تظهر على شكل إفراط أو تدنيا في الإستجابة للمثيرات حيث يبدو التوحدي و كأنه يعاني من قصور حسي مما يستدعي في بعض الحالات البحث عن قصور سمعي أو بصري

بالنسبة للسمع ، يمكن أن نلاحظ غياب الإستجابة للمنبهات الصوتية مهما كانت شدتها أو العكس يمكن أن يكون للطفل حساسية مفرطة لبعض الأصوات ، قد لا يستجيب لصوت يناديه بينما يستجيب لصوت تحريك الأوراق

أما بالنسبة للإدراك البصري فإن التوحدي لا يستجيب لرؤية الأشخاص او الأشياء و التي قد يمشي فوقها و كأنه لا يراها كما يمكن له أن لا يتعرف على الوجوه و الأشياء العائلية المعتادة لكن يجلب الإنتباه ضوء لامع أو يظهر إعجابا كبيرا بأشياء معينة خاصة الدوارة منها و المتحركة مثل النوسات او المروحيات التي يتأملها ساعات دون ملل.

من الإنحرافات التي تميز سلوك التوحدي ، طريقة اللعب و المتمثلة في تدوير العجلات لسيارته الصغيرة امام أدنيه بدلا من تحريكها على الأرض كما يفعل أقرانه ، كما أنه قد يضع أدنيه أمام المروحية لسماع صوتها ساعات طويلة

يمكن أن تظهر عليه وضعيات جسمية غير مألوفة مثل تلك المتعلقة بالمشي على رؤوس الأصابع أو بفتح الذراعين أثناء القفز

– كما يظهر عليه غياب تام للإحساس بالخطر أما م سيارة أو شرفة . مزاجه ليس سهل التنبؤ ، يمكن أن يتغير من وقت لآخر دون سابق إنذار و دون مبرر ، يمكن ان يكوت عدواني إتجاه نفسه أو إتجاه الآخرين

الأسباب

للعديد من السنين ، ظل الباحثون يظنون بأن التوحدية اضطراب سيكولوجي ، ليس له اسباب عضوية ، خاصة ،و أن حاملي هده الزملة لا يتميزون بالضرورة بقدرات غقلية منخفظة ، فبعظهم خصوصا صاحبي زملة **Asperger** يتميزون بقدرات عقلية متوسطة أو عالية جدا كما أنهم يبدون أسوياء من الناحية الجسمية لهدا كان السبب الوحيد المتبقي يتجه نحو احتمال العامل النفسي ، فقال الباحثون أن الطفل يصبح توحديا إدا تعرض لخبرة ما تهدد حياته مثل عدم وجود رابطة أموية أو شعور بالرفض من أحد الأبوين أو كلاهما ، فتؤدي هده الأسباب إلى إنسحاب الطفل إلى عالم خيالي ذاتي

لكن هده النظريات لا تؤيدها الأدلة الواقعية لأن هناك حالات من الرفض للأبناء و الحرمان العاطفي و من الرعاية الوالدته و لم يترتب عنها بالضرورة مرض التوحد.

عدم وجود أدلة تؤيد النظريات السيكولوجية دفع الباحثين إلى النظر في إمكانية وجود أسباب بيولوجية و نتيجة للجهود في هدا الإتجاه ، إفترض هؤلاء أن تركيبة معينة من تراكيب المخ لم يتم تحديدها بعد ، يمكن أن تؤثر أو تصيب تفكير هؤلاء الأطفال و تجعلهم غير قادرين على تقويم أفكارهم من جهة و التفكير بوضوح فيما يمكن أن يدور في فكر شخص آخر من جهة أخرى

إن التراكيب العصبية التي يعتقد أنها مرتبطة بأعراض التوحد كثيرة لكن لا يوجد أي إجماع بين العلماء على أن واحدة من هده التراكيب على وجه اليقين هي المسؤول عن الزملة . فبعض الدراسات حددت المناطق المعيبة في الفص الصدغي و منها من حددتها في قرن آمون و أخرى فبي الفص الأمامي

كما أن هناك أدلة تشير إلى عامل الوراثة حيث بينت دراسات أن نسبة طهور هده الإصابة عند التوائم المتماثلة أكثر منها بين التوائم المتآخية و أن هده النسبة الكبيرة للتلازم في الإصابة بين التوائم المتماثلة تشير إلى أن العوامل الوراثية تلعب دورا جوهريا في ظهور التوحدية .

إهتم الباحثون أيضا بدراسة الخلل في النواقل العصبية التي تصاحب التوحد و قد وجه معظم إهتمام الباحثين إلى السيروتونين الذي قد يعرف زيادة في الإفراز ، دلك لأن السيروتوني يتدخل في تنظيم عدد من الوظائف المخية مثل النوم التعلم و التذكر و الاستجابة و الكف .

من جهة أخرى بينت الدراسات الوبائية و النيروسيكولوجية إرتباط التوحد بقوة مع الضعف العقلي الذي يرتبط هو نفسه بالكثير من العيوب الفزيولوجية

كل هده النتائج تتفق إلى حد كبير مع فكرة أن التوحدية تنتج عن عيب محدد في المخ –هدا العيب قد يكون جزء فقط من إصابة أكثر أهمية فإدا كان العيب كبيرا و منتشرا فإن التخلف العقلي للمصاب بالتوحدية يكون في هده الحالة شديدا ، أما إدا أصيب هدا الجهاز وحده فإن الحالة لا يصاحبها تخلف عقلي .

لقد ساهمت الإختبارات النوروسيكولوجية في إظهار جوانب ضعف محددة و كثيرة تعيق عمليات التخطيط المبدأة والتوليد التلقائي لأفكار جديدة

و الجدير بالذكر أن نفس جوانب الضعف هده تظهر في المرضى المصابين بأعطاب في الفص الأمامي و لدلك فمن المحتمل أياكان التركيب المخي المعيب أن تكون الفصوص الأمامية جزءا من هده التراكيب

إن الدراسات الأخيرة حاولت الكشف عن الأعراض التي تظهر في التوحد ، هده الأعراض لا يصحب بعضها بالصدفة خصوصا ثلاثة صفات منها و التي هي :

– إضطراب التواصل ، عدم الكلام و التأخر في تعلمه مع مشكلات في استخدام اللغة المنطوقة و غير المنطوقة

إضطراب التخيل، و يظهر على شكل لعب متكرر و بنفس اللغة و في بعض التوحديين الأكثر سنا قد يصل إنشغالهم بالحقائق حد الهوس

إضطراب التعلق الإجتماعي أو الإجتماعية و التي تتطلب التبادلية مثل القدرة على تكوين أصدقاء و الإحتفاض بهم

الأسئلة التي تشغل الباحثين

لمادا جوانب العجز هده ؟ و لمادا تأتي هده الزملة الثلاثية مع بعضها ؟

يفترض الباحثون أن مكتزما معرفيا معقدا ، أحد وظائفه الرئيسية هي القدرة على التفكير في التفكير أي تخيل الحالة العقلية للشخص الآخر ، هده الملكة أطلق عليها مصطلح نظرية العقل la théorie de « l'esprit » و التي تسمح بإعطاء حالة عقلية لنا و للأشياء . فالقدرة على الإشراك المتبادل تمثل الركيزة الأساسية لهده النظرية. يفترض هدا الفريق أن هذا المكون المعرفي معاب عند التوحديون و يدهبون إلى أبعد من دلك ، فبفترضون أيضا أن هدا المكون تقف وراءه تركيبة مخية فريدة ، فإدا أمكن تحديد هده التركيبة المخية سواء كانت تركيبة تشريحية أوفزيولوجية أو مسار كيميائي فأننا عندئد نستطيع تحديد الأساس البيولوجي للتوحد

إن قيمة هدا المكون المعرفي يظهر في نهاية السنة الأولى من عمر الطفل في النمو السوي ، فالطفل في هدا

السن يبدأ في مشاركة الإنتباه مع الآخرين و يشير إلى الأشياء قصد إشراك الآخرين في إهتماماته ، في نفس المرحلة لا يظهر التوحدي هدا الإشراك أو المشاركة في الإنتباه و يعد دلك أحد العلامات المبكرة الدالة على التوحدية

كما أن التوحدي لا يستطيع فهم الإدعاء أو التظاهر ، ففي الوقت الذي يتظاهر فيه الطفل العادي بإطعام دبه محدثا جلبة خيالية بالملعقة مثلا ، يكون الطفل التوحدي منشغلا بتدوير الملعقة أو ضربها غلى الأرض دون ملل .

- **المميزات الإداراكية و المعرفية الخاصة بالتوحدية**

تشير الدراسات المستمرة في هدا الميدان أن التوحديون يتميزون بنمط خاص فيما يخص معالجة المعلومات أهمه

١-الإنتقاء المفرط أو الإفراط في الإنتقاء

و يعني ذلك أن هؤلاء الطفال لا يستجيبون إلا لعدد محدود من المثيرات. هذه الفرضية لقت تدعيما عن طريق تجارب عصبية فيزيولوجية إذ أن هذا الإنتقاء المفرط يظهر على شكل نشاط سريع على مستوى التسجيل الكهربائي للنشاط المخي ، ناتج بدوره عن فائض حسي تستجيب له البني المخية بحالة من الثبوط الواقي

وفي نفس الصدد تجارب إستعملت إقتران منيهن ، منبه سمعي و منبه بصري ، أسفرت النتائج عن صعوبة التوحدي في ربط مثيرين مختلفي المنشأ الحسي إذ يبدو أن التوحدي لا يستطيع السمع عندما يرى و لا يرى عندما يسنع

هده الميزة الإدراكية نجدها أيضا في معالجة الإنفعالات حيث أشارت التجارب إلى الصعوبات التي يتلقاها التوحدي في قراءة ملامخ الوجه بمعنى إعطاء لحركات وجه الآخرين سواء على مستوى إستدخالها أو إدراكها و تجتمع كلها في كون المشكل يكمن في صعوبة الإشتراك مع الآخر في علاقته الإجنماعية و التي تعتمد على التبادلات

٢-عدم ثبات و إستقرار الإدراكات

و يعني أن التوحدي يستقيل من العالم صور مشوهة و غير مستقرة و كأنها مضخمة أو مصغرة من باب الصدفة ، الأمر الذي يبعث على ظهور سلوكات غير متوقعة تتمثل في غياب رد الفعل أمام أمر خطير أو رد فعل متضخم أمام أمر لا يبرر ذلك

التـشخيص

عرفت الأوانة الأخيرة إهتماما خاصا بمشكلة التوحد الأمر الذي ساهم في ظهور وسائل عديدة تسمح بالتشخيص و المعرفة الجيدة بالمرض مثل الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العفلية **DSM** التصنيف الدولي للأمراض العقلية **CIM** سلم التنقيط للكشف المبكر **CHAT** ، قائمة شطب السلوك التوحدي **C ARS** و السلم الملخص لتقييم السلوكات التوحدية **ERCA**

العلاج

الفرضية المعتمدة حاليا تنص على وجود خلل في الجهاز العصبي يحدث بدوره سلسلة من الإختلالات الوظيفية المتبانية من مصاب لآخر ، هدا ما يفسر إكلينكيا الفروق الكبيرة في شدة و مستوى الفقدان المعرفي

كما أن مبدأ المرونة العصبية أي إمكانية بناء شبكات عصبية تنوب عن عمل البني المتضررة شكل طريقة واعدة للتكفل بالتوحدية، فظهرت العديد من البرامج ترتكز على خلق محيط في متناول التوحدي و منه التخفيف من آثار المرض ومن أهمها تقنية الإتصال و التنمية التي أحرزت نجاحا كبيرا في المراكز التي تتكفل بهذا النوع من المرض

الإعاقة البصرية و أثرها على التعلم

La Técité et son impact sur Les Apprentissages

الإعـاقة البصرية و أثرها على التعلـم

LA CECITE ET SON IMPACT SUR LES APPRENTISSAGES

I/ تعريـف الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من الفقدان البصري، يتراوح بين حالات العمى الكلي و حالات العمى الجزئي التي تختلف مقدورات أصحابها على التمييز البصري للأشياء المرئية كما يمكنهم الإستفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها في التوجه و الحركة و عمليات التعلم .

تنحصر التعاريف الطبية على قياسات حدة الإبصار بينما التعاريف التربوية تعتبر المكفوفين من بين الفئات الخاصة التي تحتاج برامج تربوية لا تعتمد على حاسة الرؤية

II/ تصنيـف الإعاقة البصريـة

هناك ثلاثة أنواع رئيسية للإعاقة البصرية تم الإجماع حولها من طرف أغلب الدراسات في هدا المجال و هي :

- الكف البصري الكلي

و هو انعدام الأبصار بشكل تام كما أن أغلب المكفوفين يستجيبون لبعض الموثيرات البصرية مثل الضوء و الظلام.

- **الكف البصري الجزئي**

و تكون فيه حد الأبصار ما بين ٢٠/٢٠٠ و ٢٠/٧٠ في العين الأفضل بعد استخدام العدسات الطيبة . فالرؤية العادية توصف بـ ٢٠/٢٠ جيدا و هدا مقياس لحدة البصر و يعني أن الفرد يستطيع أن يرى جيدا عند ٢٠ قدم و الذي يفترض أن تراه العين العادية فإذا كان الشخص يعاني من حدة بصره بمقدار ٢٠/٤٠ فمعنى دلك أن هدا الفرد يستطيع أن يرى عن بعد ٢٠ قدم ما يعتاد أن يرى عند ٤٠ قدم

- **المشاكل البصرية الأخرى و هي كثيرة نذكر منها :**

- عمى الألوان **le Daltonisme** أي عدم القدرة على تمييز الألوان
- الحول **le Strabisme** و ينتج عن قصور في عمل العضلات التي تتحكم في مقلة العين
- الا بؤرية **l'Astigmatisme** و هو إنخفاض في حدة البصر نتيجة خلل في القوة الإنعكاسية للضوء في المدارات المختلفة
- قصر النظر **la Myopie** و يحدث دلك عندما تكون مقلة العين طويلة و بالتالي تكون الصورة أمام الشبكية و ليس عليها و تتأثر بدلك القدرة على رؤية الأشياء البعيدة
- طور النظر **L'hypermetropie** و يحدث عندما تكون مقلة العين قصيرة خلف الشبكية بدلا من أن تكون على مستواها ، فتتأثر بدلك و تنقص القدرة على رؤية الأشياء القريبة

III أسبـاب الإعاقة البصرية

للإعاقة البصرية أسباب عديدة يمكن تقسيمها كما يلي :

- الأسباب ما قبل الولادة و تشمل

العوامل الجينية الوراثية

قد يرث الطفل من والديه بعض الأمراض التي تكون مرتبطة بعيوب في تراكيب العين و هده الظاهرة شائعة في زواج الأقارب منها:

– المهاق L'Albinisme و هي حالة ناتجة عن غياب مادة الميلانين أي غياب صبغة البشرة و الشعر و قزحية العين . يصاحب هده الحالة بياض ناصع و أخطاء إنكسارية و انخفاظ في حدة الأبصار مع تدبدب سريع للمقلتين.

– توسع الحدقة الولادي la Mydriase congenitale و هو تشوه ولادي ينتقل على هيئة جين سائد تكون فيه الحدقة واسعة نتيجة عدم تطور القزحية في كلتا العينين، يؤدي دلك إلى ضعف الحقل البصري المستمر ، يصل عند أغلب الأشخاص إلى فقدان البصر الكلي .

– القرنية المخروطية و ينجم دلك عن سوء تكوين القرنية و الذي ينجز عنه تشوش كبيرا في مجال الرؤية وضعف الرؤية و ضعف متزايد في حدة الأبصار

– الأسباب المتعلقة بظروف الحمل:

الحصبة الألمانية : لقد تم إثبات أن الأم التي تصاب بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاثة الأولى ، يحتمل أن يتسبب دلك في إصابة إبنها بصريا بالإضافة إلى إعاقات أخرى

السفلس: عند إصابة الأم بهدا المرض الجنسي فإن الجرثومة قد تتنقل إلى عيون الجنين خاصة عند وضعه ، الأمر الذي يترتب عنه إصابة بصرية و لتفاد ي خطورة المضاعفات يجب تقطير عيون المولود الجديد مباشر بنتزات الفضة

التكسوبلاسموز: و هو ناتج عن طفيلي يتسرب إلى دماغ الجنين و هو في بطن أمه مؤثرا على بعض أجهزته من بينها العين

– الأسباب المتعلقة بالظروف المحيطة بالولادة

الولادة المبكرة أو العسيرة و التي قد يترتب عنها أزمات تنفسية و نقص الاكسجين

– التليف خلف العدسة la fibrophasie retrolentale و ينتج عن زيادة الأكسجين في حاضنات الأطفال الخدج مما يؤدي إلى تليف خلف عدسة العين مع تقرح في أغشيتها ،الأمر الذي يؤدي إلى إعاقة بصرية قد تنتهي بالعمى

- الإلتهاب العصب البصري **la nevrite optique** ينتج في بعض الإصابات التي تصيب المخ أو عن أورام العصب البصري إذ تؤدي إلى ضموره حيث يترتب عن ذلك فقدان الإتصال بين العين و المخ .
- الجلوكوما **la glaucome** و تسمى أيضا بالماء الأزرق و تنتج عن إزدياد إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية أو عن نقص تصريفه نتيجة إنسداد القناة الخاصة بدلك ، مما يؤدي إلى ازدياد الضغط داخل العين و من أهم أعراضه ، الصداع ، الضغط المستمر في قوة الأبصار ، الشعور بألم في العين و إتساع حدقة العين إدا لم يعالج في وقت حدوثه فإنه سيؤدي إلى ضمور العصب البصري و هو منتشر عند كبار السن
- الكاتركتا **la cataracte** و هو إعتمام عدسة العين حيث يمنع الأشعة الضوئية من الدخول إلى الشبكية و من بين أعراضه : غشاوة في العين ، إزدواجية الرؤية ، خاصة بالنسية للضوء ، تغير لون الحدقة إذ يصبح رماديا بدلا من أسود

-الرمد الحبيبي **la conjonctivite** و ينتج عن فيروس يعمل على تليف الجفون و الملتحمة كما يحدث تغيير في اتجاه الرموش نحو الداخل مما يؤدي إلى إحتكاكها بالقرنية، مما يتسبب في خدشها و عادة يبدأ الرمد بدموع و إحساس بوجود حبوب رمل في العين ، إدا ما لم يعالج فإنه سيؤدي إلى إعتام في القرنية

-أورام العين مثل أورام المشيمة **Tumeur de la choroide**قد تكون حميدة مثل الطفحات **les angiomes** أو خبيثة مثل الصركومة المشيمية **Sarcome de la choroide** كما أن هناك أورام الشبكية **le Rétinoblastome**

- الهربس **L'Herpes** وهو أحد أمراض المعدية الناتجة عن بعض الفيروسات و من أهم أعراضه ظهور فقاعات مائية تملأ الجلد مما يؤدي جروح في القرنية و إعتامها

IV أعراض الإعاقة البصرية

أعراض الإعاقة البصرية يمكن ملاحظتها في سن مبكر بالنسبة لبعض أبعادها كما أن هناك مظاهر مظاهر أخرى تأخذ شكل شكاوي أو سلوكات تترتب عن العمي و يمكن تصنيفها كالتالي

أعراض سلوكية

- ظهور حركات غير عادية في العين مثل الرأرأة و هي حركات سريعة إختلاجية لمقلة العين
- عدم تتبع ا الأشياء بصريا و غياب التفاعل عين عين

- كثرة التعرض للسقوط و الإصطدام بالأشياء التي تعترض طريق الطفل
- الميل بالرأس إلى أحد الجانبين أثناء القراءة
- إبعاد أو تقريب المادة المكتوبة من العين
- الحدر الشديد و الخوف من الحركة بطلاقة
- تغطية إحدى العين عند القراءة أو عند رؤية شيء قريب أو بعيد
- صعوبة رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة

أعراض ظاهرية

- ضيق فتحة العين **la microphatalmie**
- إنهيار الكرة البصرية من جراء الضغط عليها بفعل الظاهرة الصبعية البصرية **Digito-le phénomène occulaire** و هي سيمة عند المكفوفين تتمثل في الحاجة إلى وضع السبابة على الكرة البصرية و الضغط عليها
- الحول
- ظهور الدمل باستمرار في العين
- سرعة التدميع عند التعرض للضوء
- إنتفاخ الأجفان و إلتهابها

V كيف تأثر الإعاقة البصرية على عملية النمو

الدراسات النمائية للرضع المكفوفين سمحت بالكشف عن كيفية تأثير العمى على العمليات الثالية

- التفاعل أم الطفل
- السلوك المرتبط بالتعلق
- الحركة الدقيقة
- الحركة العامة
- اللغة

❖ **التفاعل أم الطفل**

إدا كانت الدراسات النمائية قد حددت بالنسة للرضيع المبصر عدد الإشارات المعروفة من طرف الأم و التي تستعملها عادة مع أبنائها المبصرين مثل التفاعل عين _عين ، التتبع البصري الإتيان بالعين في نفس الإتجاه مع الأم على نفس الموضوع ، توجيه الذراعين نحوها في سلوك يدل على انه يريد أن يؤخد من طرفها

هده المنضومة الاتصالية تبدو طامسة بالنسبة للرضيع الكفيف

فالسجل الخاص بالإشارات الوجهية و الذي يحفز عادة على الإتصال تبدو فقيرا كما أن سلم التنغيم العاطفي و الذي يأخد عند الطفل المبصر شكل نظرة خاصة بالشك ، الفضولية الضيق يبدو صعب التشفير عند الكفيف وكأن الإصابة تعمل على نزع جزء كبير من هدا القاموس الذي تستعين به الأم لمعرفة ما يريدة إبنها

❖ **سلوك التعلق**

إن سلوك التعلق ، تحدده عند الطفل المبصر مجموعة من الإشارات العاطفية مثل الإبتسامة النوعية أو الإختبارية للوجه المألوف أي الأم ، كما يحدده التمييز بين الأقارب و العزباء ، السلوك الدال على الفرحة بلقاء الأم و الحصر عند الإنفصال عنها

إدا أخدنا الإبتسامة النوعية لصوت الأم أو الأب كمؤشر لسلوك التعلق ، نجد أن مسار إبتسامة الرضيع الكفيف لا يطبعه تغييرا و هدا خلال كل السنة الأولى – هدا الأمر يجعلنا بدون مؤشر فيما يخص تطور هدا السلوك.

بالنسبة للتمييز بين الأم و الأجانب ، هدا السلوك يسبق بقليل ما يعرف بقلق الشهر الثامن بمفهوم سبتز SPITZ عند عند الطفل المبصر . في نفس المرحلة ، ليس هناك ما يعادله عند الطفل الكفيف . عند منادات الأم ، يستجيب الرضيع الكفيف في أحسن الحالات بابتسامة متشتتة ، فهو لا يحاول التقرب من منبع الصوت كما أنه لا يوجه دراعيه نحو الأم . الكفاءات الحركية بدورها لا يوضفها لخدمة التعلق ، ليس هناك ما يدل على أنه يريد التقرب من الأم بدافع البقاء معها ، كما أنه لا يوجد أي دليل يشير إلى مبالاته بحضورها و هدا طول كل السنة الأولى ، بل يتعداها في بعض الحالات – كما أنه لييس هناك إشارة مميزة في سلاوكه عند حضور الأم أو غيابها بل يبدو واعيا بغيابها إلا في ظروف خاصة مثل الجوع أو المضايقة الجسدية .

لأسباب لازالت مجهولة ، فالعملية التي تؤدي بالطفل الكفيف إلى إفتراض وجود عالم يعج بالأشياء و الأشخاص عن طريق الصوت تبدو أكثر تعقيدا مما إفترضه البعض. ففي الوقت الدي تؤمن الرؤية انسجام ووحده التجارب الحسية حيث أن الصور اللمسية و الأصوات توحدها الرؤية ، الرضيع الكفيف مضطر لبناء صورة الأم ووحدتها عن طريق صفة واحدة من صفاتها و هي الصوت .

هده العملية تتطلب إكتساب مفاهيم الأشياء و منها "الأم " و هدا عن طريق توحيد تجاربه الحسية و بهدا يصبح بإمكانه الاستحضار ألدهني للأم عند حضور واحد من أوصافها . حتى انتظار هده المرحلة التي يتم فيها اكتساب المفاهيم ، يبدو أن الطفل الكفيف يبقى مضطرا للعيش في عالم خيالي أين الأشخاص و الشياء تبرز من عدم إثناء إصدارها لأصوات ثم تختفي أثناء اختفاء هده الأصوات ، وكأنها تتبخر في غموض عند السكون

❖ الحركة : سلوك الأخد القصدي .

يقتضي البرنامج البيولوجي تآزر بين الرؤية و سلوك الأخد في الشهر الخامس ، في هدا السن ، ينسق الرضيع جيدا بين الرؤية و عمل اليد . فإبإمكانه اخد الأشياء التي تقع في مجاله البصري و هدا تحت مراقبة الرؤية – عند الرضيع الكفيف لا يمكن لنا أن نلاحظ سلوك مثل هدا في نفس المرحلة ، فعندما نحرك لعبة قربه ، فهو لا يحاول أن يوجه يده نحوها للأخد . التآزر السمعي اليدوي يعرف تأخر كبيرا في ظهوره مقارنة بعملية التآزر اليدوي البصري ، قد يتعدى نهاية السنة الأولى ليظهر – طيلة السنة الأولى ، يبقى سلوك الأخد شبيه بمنعكس المسك أين اللعبة مثلا لا تؤخد إلا إدا كانت على تماس مع راحة اليد ن عند سقوط هاته اللعبة ، فالرضيع لا يبدي حصرا و لا محاولة لإسترجاعها .

خلال الشهر الثامن ، عندما يسمع الرضيع الكفيف رنين جرس يحركه الفاحص ، بعد نزعه من يديه – فصوت لجرس يبدو لا صلة له بدلك الذي كان في يديه – الأشياء تبدو كأنها تتجسد على شكل تجارب صوتية أو لمسية طارئة ، عندما تسكن أو يفقد الرضيع الكفيف الإتصال اليدوي ببها ، تعيد الرجوع إلى العدم أي من حيث أتت . هده النتائج أثارت من جديد تساؤل فريبرج: **p26** ١٩٦٨ و الذي طرحت فيه العلاقة المتينة التي توجد بين التآزر اليدوي و اكتساب مفاهيم الأشياء ، فالرضيع الكفيف مضطر للتحكم في المفاهيم و التمثيل الذهني للأشياء قبل الخوض في أخدها

❖ الحركة العامة

تتأثر الحركة العامة عند الرضيع الكفيف بصفة غريبة و لفهم هذا الأمر ، وجب علينا التذكير بمميزات هده الحركة عند الرضيع المبصر . عندما نلاحظ هدا الأخير و هو في ذراعي أمه ، نجد أنه يحاول و هو في الشهر الرابع تصحيح وضعيته ، مراقبة رأسه ، تحريكه من جهة إلى أخرى للإلمام بالمحيط . ملقا على بطنه ، يحاول التخلص من هده الوضعية مستعينا بمرافقة – إستعمال حركة الرأس لخدمة الفضولية تصبح أكثر وضوح عندما نرى الرضيع يتبع بعينه حركة اللعبة و هي تتدحرج أو تسقط .

في أواخر السنة الأولى ، يستطيع الرضيع الكفيف أن يجلس وحده ، أن يقف مستندا إلى أثاث لكنه لا يندفع إلى الأمام عن طريق المشي أو التدرج على الأربعة .

هده الأصالة النمائية و التي تتمثل في التحكم في الوضعيات الثابتة في موعدها " التحكم في الرأس ، الوقوف ، الجلوس " و تأخرا ملحوظا في التنقل إستوقفت مرة أخرى إهتمام الباحثة فرابيرخ ١٩٦٨-١٩٧٧ التى كرست ١٥ سنة لملاحظة نمو الأطفال المكفوفين مند طفولتهم الأولى . بالنسبة لهده الباحثة ، فالتأخر الحركي الملاحظ عند الرضيع الكفبف ليس له علاقة ينقص في الحمية الحركية لأن الوضعيات الثابثة يتم التحكم فبها في موعدها ، إنما المشكل يتعدى البعد الحركي .

المساهمة الأصلية لهده الباحثة تكمن في الكشف عن العلاقة الوطيدة الموجودة بين الحركة واكتساب المفاهيم ، فحركات الطفل المبصر مقادة بدوافع و أغراض تعمل على دفعة نحوها ، فإدا تدرج على الأربعة فهو بدافع الوصول إلى موضوع معين يريد أخده أو الوصول إليه مثل تتبع حركات الأم . أما عالم الرضيع فهو عبارة عن عدم ، ما دام لم يكتسب بعد مفاهيم دهنية تسمح له ببناء العالم الخارجي . هده العملية تستغرق وقتا طويلا بالنسبة للرضيع الكفيف ، عندما يصبح بإمكان هدا الأخير تمثيلا ذهنيا تاخد عملية التنقل كل معناها بالنسبة له – فهو يتنقل للوصول إلى موضوع معين يريد أخده و اكتشافه . هده المدة قد تأخد وقتا طويلا يكون خطر مضاعفات الإصابة واردا .

❖ اللغة

إدا نظرنا إلى جانب آخر من جوانب النمو ، نجد أن اللغة تظهر عموما في موعد ها عند الطفل الكفيف – لكن هدا الأخير يبقى في صراع كبير مع الضمائر مشيرا إلى نفسه بالمخاطب " أنت" كما لو يتكلم عنه اللآخرون و هذا لمدة طويلة تصل حد السنة الخامسة **1971**: **Freedman** أشار إلى أن التحكم في ضبط الضمائر يتعدى ممارسة اللغة و مكوناتها ، فهو مرتبط بإمكانية التمثيل الذهني للذات و الوعي بها واكتساب المخطط الجسدي ، ميدانا تلعب فيه الرؤية دورا حاسما .فاستعمال السوي للضمير "أنا" يدل على درجة الوعي بالذات و التحكم في المفاهيم التي تسمح للطفل أن يستعمل الأنا عندما يتكلم عن نفسه و لكن في نفس الوقت ، يدرك أن الضمير أنت يشير إلى صاحب فعل غير الشخص المتحدث ، يبدو أن الإعاقة البصرية تشكل عائقا في بناء المخطط الجسدي. نفس السبب ، تنجر عنه صعوبات في ظهور الألعاب الرمزية مثل اللعب المزعوم ، حيث أن الطفل الكفيف يجد صعوبة في التمثيل الذهني لصورته و تمثيل الآخر ، هده الألعاب تظهر في نفس الفترة التي تتميز باستقرار في استعمال الضمائر .

نستطيع أن نستخلص مما سبق أن الإعاقة البصرية تخلف حاجات خاصة عند الطفل الكفيف ، إدا لم يتم التفطن إليها يمكن للنمو أن يأخد اتجاه خاص ، تكون النتائج أكثر مأسوية في الحالات الذي يواجه فيها الأولياء إبنهم لوحدهم دون مساعدة تربوية من طرف مختصين . في حالة فشل الأولياء في محاولة إزالة الحواجز بينهم و إبنهم لأن المضمونة التفاعلية المستعملة مع إبنهم الكفيف تصبح غير مجدية ، قد ينجز عنها إنسحاب علائقي ، هدا الأخير ، زيادة عن المشاكل التي تطرحها الإعاقة البصرية يخلف مجالا خصبا لظهور صورة عيادية شبيهة بتلك المعروفة في التوحد .

VI المميزات المعرفية الخاصة بالكفيف

الخبرة بالعالـم

إن عجز الكفيف عن الرؤية يحد من إدراكه للأشياء التي تحيط به حيث لا يلم إلا بالتي تأتيه عن طريق الحواس التي يملكها فهو في مجال الخبرة لا يعتمد على البصر بل على كل الحواس الأخرى كالمس و السمع خاصة ، فالمعلومات التي يتمكن منها تكون غير كافية لتسمح له بالتحكم و في بيئته و في نفسه لأنها تأتي عن طريق حواس غير مباشرة. فالرؤية تسمح بالتناول الكلي و المباشر للعام الخارجي بينما اللمس يسمح بتناول مجزء تتابعي و محدود .

إدراك الأشكال و العلاقات المكانية

يعد الكفيف أقل حظا من المبصر في مجال الإدراك حيث أن العالم الذي يعيش فيه ضيقا و محدود نظرا لنقص الخبرات التي يتحصل عليها سواء من حيث النوع أو المدى و يعتمد الكفيف في إدراكه على النشاط اللمسي و السمعي و الحركي . فالسمع يعطي فكرة عن المسافة و الإتجاه لكنه لا يوضح طبيعة المصدر و إدراك المساحات و الأشكال فمن الممكن للكفيف ان يتحسسها و يتخيلها لكن يستحيل عليه إدراكها كما يدركها المبصر فالبصر واسع المدى و اللمس محدود و يتطلب إنتقال الشخص الكفيف إلى موضع الأشياء ، قد لا تكون فكرة صادقة عن أشياء كثيرة لعجزه عن الحركة لها لضخامتها كالجبال و الأنهار و المسطحات المائية أو لصغر حجمها و دقتها كالحشرات أو لأنها متحركة أو ميزة خاصة مثل الحريق أو الطوفان او الإعصار و الزلازل

الخبرة بالألـوان

إن الكفيف يعجز عن إدراك الألوان و التمييز بينها و رغم هدا فهو يكون أفكار بديلة عن الألوان لأنه يعيش في عالم للمبصرين . هده الأفكار البديلة يشكلها عن طريق الترابطات بينها و بين الكلمات المستعملة للإشارة إلى الألوان و الإنفعالات المصاحبة لها، فاللون الأزرق قد يرتبط بالسماء الزرقاء مثلا ، فمختلف الإحساسات و الإنفعالات التي يوحى بها الطقس الجميل يمكن ان تؤدي إلى أفكار بديلة عن اللون الأزرق و هكذا فإننا نرى أن اللون الواحد قد تؤخد عنه أكثر من فكرة بديلة تختلف باختلاف الأفراد و المواقف .

الحركة و الإنـتقال

لا يستطيع الكفيف التحرك بخفة و مهارة، فهو مقيد في حركاته و من الصعب عليه أن يغير موضعه في كثير من الحالات و تعد مشكلة الإنتقال من مكان إلى آخر من أهم المشاكل التكيفية التي تواجه المعاق بصريا و خاصة الكفيف كليا . لدا فإن إتقانه لمهارة الحركة يعد من العمليات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي للمكفوفين و يذكر الباحثون في هدا المجال الوسائل التالية و التي تمثل تطور للوسائل المستخدمة للتدريب على فن الحركة و هي :

١- الدليل المبصر le guide pour aveugle

٢- الكلاب المرشدة les chiens pour aveugles

٣- العصا البيضاء la canne blanche

٤- الأجهزة الصوتية منها LE SONOR و هو جهاز يوضع على الراس أو العنق ينبه الكفيف إلى العوائق عن طريق إرجاع الصداء

تعويضات الحواس

شاع هدا الإعتقاد في المراحل المبكرة لدراسة سيكولوجية المكفوفين و أستند إلى ما كان يلاخص من زيادة في حدة بعض الحواس كالسمع ، الشم و اللمس إلى حد أن جعل البعض يعتقدون بأن فقدان

حاسة البصر يصاحبه تعويض في زيادة حدة الحواس الأخرى بمعنى أن الكفيف الذي فقد حاسة البصر يصاحبه تعويض في زيادة حدة الحواس الأخرى و هدا تعويضا له عما فقده . و تفسر الزيادة الملحوظة في حدة الحواس عند الشخص الكفيف على اساس أنه يستعمل حواسه بطريقة أفضل ، فهو يعتمد عليها إعتمادا كليا في إدراك ما يحيط به من أشياء .

فحاسة الشم لها أهمية بالغة عند الكفيف حيث تسمح له أن يدرك الأماكن التي يتنقل فيها و الأشياء التي تحيط به

أما السمع فهو أمر بالغ الأهمية بالنسبة للمكفوف لأنه يسمح له بالإلمام بكل ما يحيط به ، فهو يشكل الحاسة الدائمة التيقض لجميع المثيرات الصوتية بما فيها الأصداء . ففي الوقت الذي يستدل المبصر بالتوقف عن السياقة أمام الضوء الأحمر مثلا يستدل الشخص الكفيف عن دلك بتوقف المحرك للسيارة أو سكوت صوت السيارات

كما أن حاسة اللمس تشكل عيون للكفيف ، فعن طريق هده المهارة يستطيع قراءة كل المثيرات اللمسية بما فيها القراءة و الكتابة عن طريق البرايل **Braille**

VII الكفالة بالمعاقين بصريا

تعد درجة الفقدان البصري أهم العوامل المؤثرة في مدى إستفادة المعاقين بصريا م من اساليب التعليم ووسائله

ففي الإصابات البصرية الكلية ، يجب إنتهاج مناهج خاصة مع إستبعاد جميع الموضوعات التي يحتاج تعلمها إلى مقدورات بصرية التعلم يعتمد هنا على حواس بديلة عن حاسة البصر من خلال طريقة البرايل **Braille**

و المعدات و النمادج المجسمة و الكتب و الخرائط البارزة و يتم تعليمهم غالبا في مدارس داخلية خاصة بهم مثل مدرسة المكفوفين بالعاشور– الجزلئر – و هي المدرسة الوحيدة على مستوى العاصمة . تعتمد هده الأخيرة على النظام الداخلي و نصف الداخلي ، تستقبل التلاميد من ٠٧ إلى ١٨ سنة كما يتم تمدرس عدد لابأس به من التلاميد أكثر من ١٥٠ تلميدا . عامة يتم تمدرسهم حتى السنة الأولى ثانوي و هنا يوجهون إلى الدراسات الثانوية العادية مع إقرانهم المبصرين . البرامج التعليمية التي تعتمد عليها هده المدرسة هي نفسها المتبعة بالمدارس العادية إلا أنها مكيفة حسب حالة هده الفيئة فهي تستخدم طريقة البرايل و الدي يعتمد على برنامج خاص **Logiciel Gaws** و كاتبة خاصة **clavier en Braille** و آلة طابعة برايل أيضا. يشرف على تعليم هده الفئة طاقم تربوي خاص كما أن هناك متابعة نفسية و بيداغوجية لهؤلاء الأطفال داخل المدرسة – من عيوب هدا النظام ، عزل الطفل عن أسرته و أقربائه الأمر الذي قد يؤدي إلى إنعكاسات نفسية سالبة عندهم لكن بالمقابل توفر مدرسة العاشور فرصة لتقديم خدمات تربوية و نفسية للاطفال المعاقين بصريا نظرا لإتباعها طريق خاصة و توفرها على الإمكانيات اللازمة ، كما أنها توفر الإقامة للأطفال الدين يأتون من قرى و مدن بعيدة حيث تومن لهم فرصة للنجاح و التوفيق الأكاديمي

أما ضعفاء البصر ، فلا تختلف طرق تعليمهم كثيرا عما يستخدم مع المبصرين إعتمادا على إستغلال ما لديهم من بقايا بصرية مع الإستعانة قدر الإمكان بمعينات بصرية كالنظارات و العدسات المكبرة .

الإعاقة السمعية

Le Handicap auditif

الإعاقة السمعية

LE HANDICAP AUDITIF

I/ تعريف الإعاقة السمعية

يعرفها القاموس البيداغوجي على أنها فقدان أو نقص معتبر لحاسة السمع ، أما القاموس الإرطفوني فيعرفها على أنها إعاقة سمعية مهما كان أصلها و مهما كانت أهميتها يمكن أن تكون عابرة أو دائمة و في بعض الأحيان تطورية ، أما عن النتائج المترتبة عنها فهي تشمل إضطراب في الإتصال قبل اللغوي عند المولود الجديد مع آثار على نموه المعرفي ، غياب أو تأخر في ظهور اللغة ، إضطراب في الكلام و الصوت و صعوبات في الإندماج المدرسي و الإجتماعي .
اما PERIER (1987) فقد فضل إستعمال مصطلح العجز السمعي بدلا من الصمم و هذا نظرا للوجود الإعتيادي لبقايا سمعية و ندرة الصمم التام

II الأسبـــاب

منها من هي وراثية و منها من هي غير وراثية حسب تصنيف الباحثين في هذا المجال

١ الأسباب الوراثية

كثيرا ما تحدث حالات الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية نتيجة إنتقال بعض الصفات الجينية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهما عن طريق الوراثة و من خلال الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو إصابة العصب السمعي . و يتضاعف إحتمال ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب عندما يكون حاملين لتلك الصفات و يشار إليها بالصمم أو ضعف السمع الولادي .

٢– الأسباب الغير الوراثية

- **و منها المتعلقة بإصابة الأم ببعض الأمراض و لاسيما في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل كفيروس الحصبة الألمانية ، الزهرى ، الأنفلونزا الحادة، إضافة إلى أمراض أخرى تؤثر على نمو الجنين بشكل غير مباشر و بالضبط على تكوين جهازه السمعي .**
- **تعاطي الأم الحامل لبعض العقاقير دون إستشارة الطبيب قد يؤدي إلى إصابة الجنين ببعض الإعاقات كالتخلف العقلي و الإعاقة السمعية فضلا عن التشوهات التكوينية.**
- **عوامل ولادية و ترجع إلى ظروف الولادة و ما يترتب عنها بالنسبة للمولود من بين هذه العوامل ، الولادة العسيرة أو المطولة حيث يمكن أن يتعرض الجنين لنقص الأكسجين و ما يصاحبه من أضرار على حياة الخلايا العصبية و العصب السمعي**
- **إصابة الطفل ببعض الأمراض التعفنية خاصة في السنوات الأولى من عمره و من بين هذه الأمراض الحمى الفيروسية و المكروبية ، الحصبة الألمانية ، إصابات الأذن المزمنة**
- **وجود بعض الأجسام الغريبة داخل الأذن أو على مستوى القناة الخارجية مثل الحصى ، الحشرات ، قطعة بلاستيكية ..... الأمر الذي يؤدي إلى إنسداد الأذن نظرا لتعذر مرور الموجات الصوتية بدرجة كافية أو توصيلها مشوهة إلى طبلة الأذن**
- **الرضوض الدماغية و مخلفاتها على عضام الأذن**

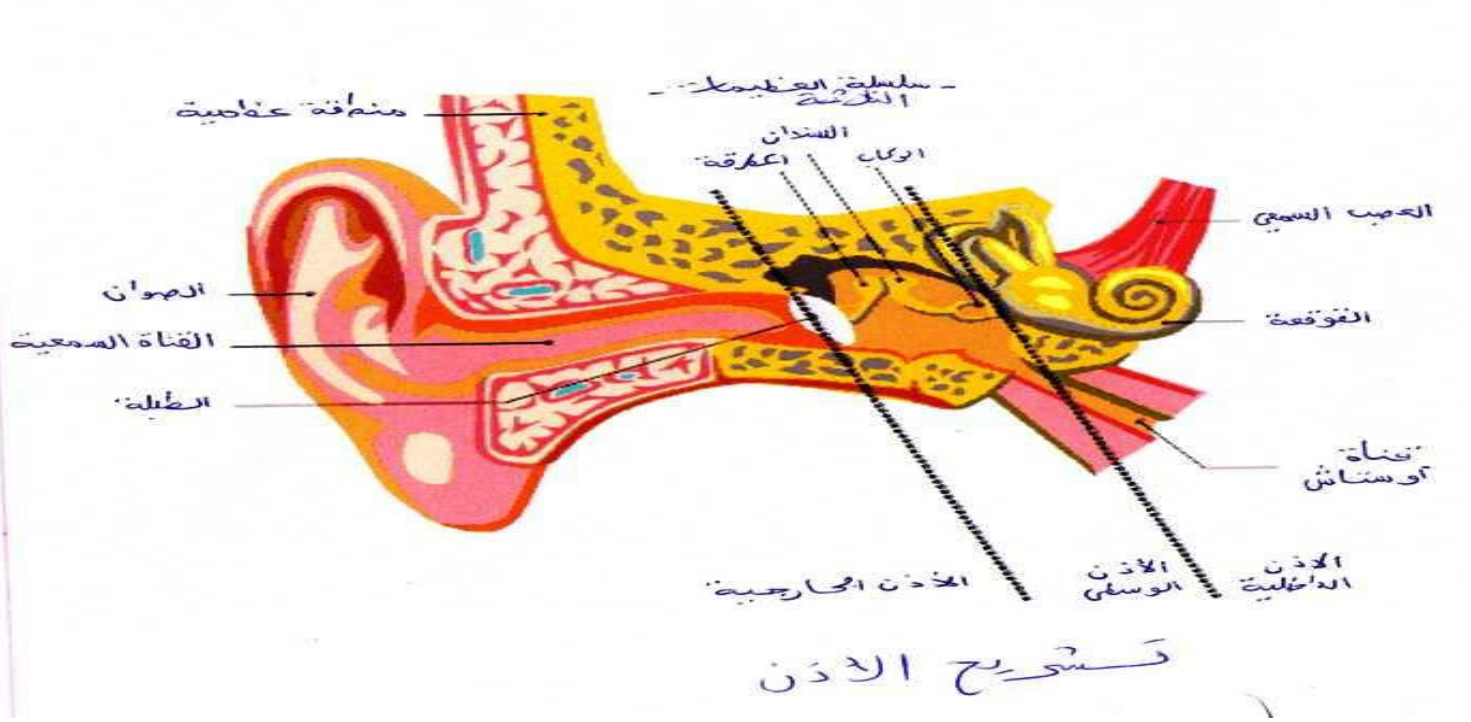
III أنواع الإعاقة السمعية

و تصنف حسب عدة معايير ، منها

- **مكان الإصابة**
- **درجة الفقدان السمعي**

- سن الإصابة

١- التصنيف حسب مكان الإصابة



تشريح الأذن

- العجز السمعي الإرسالي

و ينتج عن إصابة الأذن الوسطى الطبلة أو العضيمات الثلاثة (المطرقة ، السندان و الركاب) حيث أن الموجات الصوتية لا تصل بصفة عادية إلى القوقعة مع أن الوظيفة السمعية تكون سليمة هذا النوع من العجز يكون عادة مكتسب و ليس وراثيا في هده الحالة يمكن أن يكون التجهيز ضروريا عندما يتجاوز العجز **30 decibels** و يحدث في فترة حرجة بالنسبة للنمو اللغوي

- العجز السمعي الإدراكي

و ينتج عن إصابة في الأذن الداخلية (أنظر الرسم الخاص بتشريح الأذن) عادة ما يكون ذو أصل وراثي و في هذا الشان أظهرت البحوث التنوع الكبير للإنتقال الوراثي . الفقدان السمعي يكون مهما و نوعية السمع تكون جد مضطربة

٢- التصنيف حسب درجة الفقدان السمعي و يضم :

- العجز السمعي الخفيف – عندما يكون معدل فقدان السمع من ٢٠ إلى ٤٠ أين عناصر الكلام لا يمكن أن تكون كلها مدركة مثل بعض الفونيمات
- العجز السمعي المتوسط – و يعني فقدان السمع بين ٤٠ و ٧٠decibels هذا الفقدان يعرقل إدراك الكلام ذو الشدة العادية في ضل غياب التجهيز ، هنا يصبح هذا الأخير ضروري مع متابعة أرطفونية
- العجز السمعي الحاد – و يعني فقدان السمع بين ٧٠و ٩٠ decibels الكلام هنا يكون غير مدرك إلا إذا كانت شدته عالية جدا كما أن عدة عناصر فيزيائية للصوت مثل الشدة ، الجرس ، الإيقاع تصبح غير مدركة ، التجهيز و المتابعة الأرطفونية يصبحا أمران ضروريان
- العجز السمعي العميق و يتمثل في درجات منها :
  - العجز السمعي العميق من الدرجة I معدل فقدان السمع يكون يساوي أو أقل بقليل من ٩٠ decibels
  - العجز السمعي العميق من الدرجة II معدل فقدان السمع يكون بين ٩٠ و ١٠٠ dB
  - العجز السمعي العميق من الدرجة III معدل فقدان السمع يكون أكبر من ١٠٠Db و يشار إلى هذه الحالة بالصمم التام COPHOSE و هي حالة نادرة و هذا النوع يتميز بغياب البقايا السمعية

٣- التصنيف حسب السن :

و يرتبط هذا النوع من الإعاقة بسن ظهوره اي قبل او بعد مرحلة إكتساب اللغة و يشمل

- العجز السمعي في مرحلة ما قبل اللغوية :

أي أن الإصابة تظهر مع إكتساب اللغة أو مع بدايتها ، يترتب عن ذلك تفكك عام في سلوك الطفل اللفضي بصفة خاصة و سلوكه العام بصفة شاملة ، حيث تظهر على الطفل إضطرابات على عدة مستويات ، فعلى الصعيد النطقي ،لا يمكن إلتقاط بعض الأصوات بدقة ، الأمر الذي يؤدي إلى إضطرابات نطقية حيث يلجأ الطفل إلى التحدث بصوت مرتفع نظرا لانعدام المراقبة السمعية الصوتية ، أما على المستوى اللغوي ، فالإضطرابات تختلف حسب درجة العجز السمعي و نوعية الإصابة

- العجز السمعي الذي يحدث في المرحلة اللغوية :

أي إصابة الطفل بعجز سمعي في سن الخامسة فما فوق ، بعدما تمكن الطفل من إكتساب أساسيات اللغة ، النمو يكون عادي لكن يجب أخد بعض الإحتياطيات مثل التجهيز و إعادة التربية الأرطفونية تصاحب هذه الحالة بعض المشاكل النفسية المتعلقة بالطفل مثل تلك المتمثلة في رفضه الجهاز السمعي و الأصوات الصادرة عنه .

الحصائص النفسية الخاصة بالطفل الأصم

- سوء التكيف الذاتي و المدرسي و الإجتماعي و هذا نظرا لعدم المراقبة الذاتية و مراقبة الأصوات الصادرة عن المحيط
- عدم الإتزان الإنفعالي مع سرعة الإنفعال أو شدته أو التقلب الإنفعالي .
- الإنطواء و الإنسحاب من المجتمع نظرا لعدم تمكنه من الإندماج فيه و العزلة الحسية التي تفرضها عليه الإعاقة
- الشك و عدم الثقة في الغير
- الخوف و عدم الإطمئنان
- العدوانية و التمرد و العصيان

خصائص النمو المعرفي

أشارت الدراسات النفسية الإرتقائية أن الطفل الأصم يخضع لنفس الفترات التطورية التي أشار إليها **Piaget** التي يتبعها الطفل السليم سمعيا لكن مع بعض الخصوصيات

من أهم هذه المميزات ، نجد تلك التي أشار إليها **BARTIN .M(1979)** حيث يرى هذا الأخير أن الإختلاف بين الفئتين يكمن في توظيف الإمكانيات الحسية التي يعتمد عليها كل واحد في حل مشكلاته و يشير إلى أنه بالنسبة للتوظيف الخاص يالطفل العاجز سمعيا ، هناك العديد من الباحثين اللذين يرون أن هذا الأخير يعتمد أساسا على المظاهر الشكلية" **l'aspet figuratif** " و يبقى أسيرا للتقليد لمدة طويلة مما يسب له هذا التأخر

الدراسات تشير إلى أن عامل غياب اللغة لا يمكن أن نعزى له وحده سبب التأخر الملاحظ عند الطفل المصاب بالعجز السمعي لكن هناك أسباب أخرى قد تكون لها دور أكبر مقارنة باللغة في

ما يخص مسار النمو المعرفي ، منها فقر التعزيزات المقدمة من طرف المحيط دراسة (Furth 1987) في هذا الصدد أشارت إلى أن الأطفال الصم يتشابهون مع فئة الأطفال المنحدرين من وسط إجتماعي و ثقافي فقير حيث تشابه النتائج المتحصل عليها في الإختبارات

- الذاكرة البصرية عند الطفل الأصم

إهتم العديد من الباحثين بالذاكرة عند الطفل الأصم و ما تمت ملاحظته هو أن باستثناء الذاكرة السمعية يوجد عند الطفل الأصم نفس أنواع الذاكرة الخاصة بالطفل السامع. فيما يتعلق بالذاكرة البصرية لوحظ أن النتائج المسجلة من طرف الأطفال الصم تتغير تبعا لـ:

✓ تقنية العرض

لقد بينت الدراسات أن العرض المتأني **la présentation simultanée** تكون نتائجه تقريبا متساوية بين الأطفال الصم و أقرانهم السامعين في حين أن العرض المتتالي **la présentation successive** لنفس العناصر االمعروضة بالطريقة السابقة ، يلاحظ من خلالها صعوبات يالنسبة للأطفال العاجزين سمعيا

✓ الأدوات المستعملة

إن معالجة الأرقام تشكل الأدات الأكبثر تعقيدا و صعوبة بالنسبة للأطفال الصم ، هذا ما توصل إليه بعض الدراسات في نجربة تم من خلالها تم عرض سلاسل من الأرقام حيث أظهرت النتائج و بصورة واضحة نقص عند الأطفال الصم و لقد تم تفسير هذا النقص على أساس أن السامعين يستعملون و إن كان بصفة عير مباشرة السمع لخفظ هذه السلاسل . أما في ما يخص الوجوه **les visages** ، فالأطفال العاجزبن سمعيا يحتفظون بها بسهولة أكبر مقارنة بأقرانهم السامعين و ذلك مهما كانت طريقة العرض ، هذا ما بينته تجربة **O CONNOR & HERMELIN** . نفس الشيء بالنسبة للصور و الرسومات ، لقد لوحظ تفوق الأطفال الصم مقارنة بالأسوياء

IV الصم و المرونة العصبية

إن غياب المدخلات السمعية له آثار على تنظيم معالجة المعلومات. عند عرض منيهات على شكل دوائر في حركة ، نلاحظ ظهور نشاط في المناطق الجدارية ، وجود إعادة تنظيم قشري حركية في المناطق الخاصة بالسمع

فالمنطقة الخاصة لمعالجة المعلومات الفضائية و الحزكة تبدو في توسع على حساب المناطق الصدغية و التي تكون خاصة بالسمع . في الحالة العادية ، هذه التغيرات يبدز أنها بالغة الأهمبة فما يخص إعادة التنظيم الوظيفي للمخ ، فالإستجابات الناتجة غن عرض ألوان تكون متشابهة عند الصم و السامعين غير أن الإجابة الناتجة عن الحركات نكون أكثر أهمية على مستوى المناطق الصدغية عند ذوي الصمم الخلقي ، في حين أن أطفال أصبحو صم بعد سن الرابعة لا يظهرون هدا التدعيم ، يبدو من خلال هذه النتائج أن هناك فترة حرجة أين تكون الشبكات القشرية خاضعة للتنشيط و إعادة البناء العصبي ، الإتصالات المنشطة يحتفض بها بينما التي لا تتلقى تنشيطا او تدعيما تقصى

– المعرفة التي ترتكز على السند البصري

هناك العديد من المعلومات التي أثبتت أن تكيف الأصم مع إصابته الخلقية يقوده إلى توظيف نموذج معرفي خاص يستند بصفة سائدة على المعالجة البصرية الفضائية للمعلومات أي تطوير قدرات في الذاكرة البصرية الفضائية أكبر مما عليها عند السامعين

V التربية المبكرة للطفل الأصم

- **تعريفها : التربية المبكرة تبدأ منذ التشخيص مهما كان السن و نوع الإصابة كما أن التربية الميكرة تهم الطفل ، الأولياء و الفاحص**
- **مراحلها :**
  - **ما قبل سن الثالثة**
  - **ما قبل المدرسة و تهدف إلى اكتساب التمييز السمعي و القراءة على الشفاه**
  - **مرحلة التنطيق و هي تدريب على إنتاج الكلام**
  - **مرحلة التمدرس ، هدفها بناء اللغة**
- **أهدافها**

إستغلال إمكانيات الطفل و معارفه كما تهدف إلى تنشيط المسالك الإدراكية الأخرى مثل البصر لبناء لغة و هذا بمساعدة أرطفوني يعمل داخل مؤسسة مجهزة لهذا الغرض .

VI التكنولوجيا و الصمم

الزرع القوقعي

و هو جهاز سمعي خاص يزرع عن طريق الجراحة ، فوائده كثيرة ، حيث يعمل على نقل و تحويل الأمواج الصوتية إلى أمواج كهربائية شأنه شأن القوقعة ، بينما الأجهزة الكلاسيكية الأحرى يقنصر دورها على تضخيم الأصوات فقط و يعد الزرع القوقعي الوسيلة الوحيدة لتصحيح الصمم الإدراكي .

قائـمة المراجـع

١- أبو شعيشع السيد (٢٠٠٥) الأسس البيوكيماوية للأمراض النفسية و العصبية – جامعة بنها مصر

٢- يوستيل و إيدنمان (٢٠٠٤) ترجمة كريمان بدير الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة – علم الكتابة – جامعة عين الشمس ترجمة زيدان أحمد السطاوي

٣- كرك وكالفيت ١٩٨٨ صعوبات التعلم النامائية و الأكادمية – مكتبة الصفحات الذهبية – الرياض – االسعودية

1- AMIEL – TISSON C, (2004) L'infirmité motrice d'origine L'infirmité motrice d'origine cérébrale MASSON PARIS

2- BUSQUET , D , c MOTTIER (1978) l'enfant sourd PARIS – ed-J BAILLIERE

3- CHEVRIE MULLER C, NABORNA J (2007) Le langage de l'enfant , aspect normaux et pathologiques e d MASSON PARIS

4- CONNERS e K, (1994) composantes cognitives et comportementales dans le trouble « déficit attentionnel / hyperactivité chez l'enfant de 7 ans . » LIEGE , MARDAGA

5- GERARD e,L , (1993) l'enfant dysphasique e d Boeck université Bruxelles , 1ere édition , 6eme tirage

6- GUIDETTI ,M ,Tourette , C (1999) handicap et développement psychologiques de l'enfant
PARIS ARMOND COLLIN

7- LELORD et ALL (1995) l'autisme de l'enfant - la thérapie d'échange et de développement PARIS MASSON

8- LE MMEL G , BAILLY , L , MELJAC C (1998) Aptitude et personnalité d'enfants atteints du syndrome de Williams Beurren- Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent N° 46

9-MAZEAU,M(2005) Neuropsychologie et troubles des apprentissages- du symptôme à la rééducation MASSON –PARIS

10- TRIBECHE R (1988) le comportement auto- sensoriel chez l'enfant non voyant congénital thèse de doctorat de 3eme cycle PARIS V

COLLOQUES

Le syndrome de l'x Fragile (2003) suivi médical , psychologique et éducatif

Acte du colloque du 25 Janvier2003

Palais du LUXENMBOURG – PARIS – Association mosaïque

Le syndrome de Williams et Beurren (1994) 2eme rencontre nationale , 21 et 22 Mai Association Francophone d'aide

Association francophone d'aide aux handicapes mentaux LILLE