



دليل المفاهيم المتعلقة بالصعوبات التعلمية

وبالتربية نبيها معاً



المركز القومي للبحوث والابناء
وحدة البرمجة
والتطوير

دليل المفاهيم المتعلقة بالصعوبات التعليمية

إهداء

إلى جميع الأهل والمعلّمين والمعلّّات الذين يهتمّون بالتلامذة والأولاد من ذوي الاضطرابات النفسيّة وذوي صعوبات التعلّم.

الإشرافُ العامُ

رئيسة المركز التربويّ للبحوث والانماء

د. ليلي مليحة فياض

التسيق

- رئيسة وحدة البرمجة والتطوير
 - منسقة الشؤون التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة
- مرتا ثابت

الإعداد

- الاختصاصية في العلاج النفسي
 - الاختصاصية في تقويم النطق واللغة
 - الاختصاصية السيكو - حركية
- ميشلين عون الغزي
رنا عوكر
نتالي طرابلسي

مراجعة لغوية

- تعريب وتدقيق لغوي
 - تدقيق اللغة العربية
 - تدقيق ترجمة المعاني والمصطلحات
- هالا فياض عبد الصليب
عمر بو عرم
مرتا ثابت

مَقَلَمَةٌ

تعزيزًا لإمكانات الأهل وأفراد الهيئة التعليمية والاختصاصيين/ات العاملين/لات في مجال الدمج التربوي والاجتماعي.

وبعد إصداره لدليل الصعوبات التعلمية والاضطرابات النفسية الشائعة في المدارس (٢٠١٣).
يصدر المركز التربوي للبحوث والانماء نتاجه الثاني تحت عنوان "معجم المفاهيم التربوية في مجالات الصعوبات التعلمية" باللغتين العربية والفرنسية، هادفًا من هذا الاصدار توحيد المصطلحات الخاصة بالمفاهيم الأكثر تداولاً بين المعنيين ممن ذكرنا والذين هم على مسافة قريبة من التلامذة الذين يعانون من صعوبات تعلمية واضطرابات نفسية تعيق عملية التعلم.

يتشارك التلامذة من ذوي الاعاقات المختلفة - الحركية منها والسمعية والبصرية وذوي الأمراض المستعصية والمتأخرين عقلياً، مع التلامذة العاديين، في المعاناة من الصعوبات التعلمية، أحياناً يكون التلميذ/ة مصاباً بإعاقة جسدية ما ولكن تحصيله التعلمي لا يتأثر بها. وأحياناً أخرى يكون كفيفاً مثلاً ولديه صعوبات تعلمية عائدة لعدم توفر الوسائل المعينة فتتأثر نتائجه المدرسية وأحياناً قد ترافق الإعاقة الجسدية إعاقة أو اضطراباً في التعلم تعود أسبابه إلى خلل وظيفي ما في الدماغ فيؤدي ذلك الى تأخر في التحصيل التعلمي ويستوجب المساعدة من قبل الاختصاصيين/ات والمعلمين/ات على حدّ سواء. وأحياناً كثيرة هنالك خلل سلوكي يستوجب المعالجة.

هذا الدليل الذي نضعه بين أيديكم سوف يساعدكم مهما كان موقعكم بالنسبة للتلميذ، أكنتم أهلاً أو اختصاصياً معالجاً أو معلماً مساعداً، كل في مجاله، يمكنه ان ينهل منه ليتعرف الى الحالة التي يعاني منها التلميذ المعني ويتفهمها ويحاول مقاربتها بما يتناسب، لإيجاد الحلّ الملائم.
يتمنى المركز التربوي للبحوث والانماء الاستمرار في تعزيز الانتاجات التربوية الدائمة لذوي الاحتياجات الخاصة،

ونحن أملنا كبير بالتعاون الدائم معكم لما فيه مصلحة أولاد الوطن أجمعين، غير مفرقين بين فئة وأخرى، وذو إعاقة وآخر.

ساعدونا على أن نتعرف إلى حاجاتكم فنساعدكم على إسعاد من تحبون ممن جار عليهم الدهر وأصابهم بما لا يستأهلون.

ومعكم بالتربية نبني

رئيسة وحدة البرمجة والتطوير

منسقة شؤون ذوي الاحتياجات الخاصة

مرتا تابت

المفاهيم المتعلقة
بِعِلاجِ النُّطْقِ وَاللُّغَةِ

علاج النطق واللغة

علاج النطق واللغة هو اختصاص طبي رديف، يقوم الاختصاصيون فيه بمتابعة وتقييم وعلاج اضطرابات الصوت والكلام، والفهم، وضعف التعبير في اللغة المنطوقة (المسمأة لغة محكية) واللغة المكتوبة، ومشكلات التواصل كافة.

يقوم مختص علاج النطق واللغة بالأعمال الآتية :

١. مشكلات في مجال التعبير الشفوي أو المكتوب:

- إعادة تأهيل وظائف اللغة عند الأطفال الصغار ذوي الإعاقة الحركية والحسية والعقلية.
- إعادة تأهيل اضطرابات النطق والكلام واللغة الشفهية (عسر البلع، التلعثم) بقطع النظر عن سبب هذه الاضطرابات.
- إعادة تأهيل اضطرابات إصدار الأصوات، والتي تعود إلى عيب الحنك المشقوق أو إلى خلل في فتحة البلعوم الهوائية.
- إعادة تأهيل اضطرابات اللغة المكتوبة (عسر القراءة، عسر الإملاء، عسر الخط) وعسر الرياضيات.
- تعلم أنظمة التواصل المعززة البديلة.

٢. مشكلات في مجال أمراض الأذن والأنف والحنجرة :

- إعادة تأهيل اضطرابات قناة الطبلية.
- إعادة تأهيل اضطرابات وظائف مقاطع الوجه المسببة لصعوبات النطق والكلام.
- إعادة تأهيل الصوت والمحافظة عليه وإعادة تأهيل الكلام والنطق واللغة، وتعلم الخروج من حالة البكم، وتعلم القراءة الشفوية (الوعي البصري للغة المحكية عن طريق التعرف

إلى حركة الشفتين لدى المحاور)، بما في ذلك في حالة زراعة أجهزة القوقعة الأذنية أو غيرها من أجهزة التأهيل، أو إعادة تأهيل حالة الصمم أو إيجاد البدائل لها.

– إعادة تأهيل اضطرابات البلع (عسر البلع، واختلال الأداء أو تعذُّره عن طريق الفم والوجه واللسان).

– إعادة تأهيل اضطرابات الصوت ذات المنشأ العضوي أو الوظيفي والتي من شأنها تعطيل تعلم الكلام عن طريق المريء، أو البلعوم، أو القصبة الهوائية أو عن طريق اللجوء إلى أي جراحة ترقيعية للصوت.

٣. في مجال الأمراض العصبية:

- إعادة تأهيل الرتة (التلعثم وعسر اللفظ) وعسر البلع.
- إعادة تأهيل وظائف اللغة المحكية / الشفهية والخطية المتعلقة بتلف مناطق وظائف محدّدة في الدماغ (فقدان القدرة على الكلام، عمه، تعذر الكتابة، عسر الرياضيات).
- صيانة وتكييف وظائف التواصل في الآفات التنكسية الناشئة عن شيخوخة الدماغ.

النُّطق

١. تعريفه

النُّطق أو التعبير هو ترابط حركة تصدر من أعضاء النُّطق الفموية - الصوتية اللازمة لإنتاج صوتيات تتضمنها سلسلة الكلام المنطوق أي الكلام المحكي. لذا، من الطبيعي جداً أن يستبدل الطفل أصواتاً بأخرى قبل عمر الخمس سنوات.

٢. اضطرابات النُّطق

اضطراب النُّطق هو خلل دائم ومنهجي في تنفيذ الحركة التي يتطلبها إنتاج صوت ما، أيّاً يكن موقعه في الكلمة أو في الجملة . وبالتالي، فإن استخدام الطفل للفونيمات هو دون المستوى المطابق لعمره العقلي، لكنه في الوقت عينه مستوى لغوي طبيعي.

مؤشرات تنبيهية: تظهر غالباً مؤشرات ينبغي التنبّه لها، عندما:

- يبدو وكأن الطفل يترك، في أثناء الكلام، ممرّاً للهواء من على جانب وجنتيه (لذلك ينبغي التنبه إلى كيفية إصداره الأصوات: س / ز / ش / ج).
- تكتمل أسنان الطفل وهو لا يزال يتكلم معتمداً على طرف لسانه، فيقال عنه إنه يلثغ (ينبغي التنبه إلى كيفية إصداره الأصوات : س / ز / ت / د / ن).
- يشوّه الطفل الأصوات التي يصدرها في ظل تساؤل من يسمعه عن السبب : هل يعود السبب في ذلك إلى سوء تموضع الأسنان أم إلى وجود مشكلة حركية (في اللسان أو في الشفتين...) ؟

٣. أسباب اضطرابات النطق

- بعض الأطفال يشوّه الأصوات من دون أن يكون لديهم أي خلل جسدي أو حسي أو سواهما في أي من عناصر النطق؛ في مثل هذه الحالة، هناك اضطراب في التعبير ذو طبيعة "وظيفية".
- في حالات أخرى، قد يتسبّب عامل واحد أو أكثر في تشويه أصوات محدّدة. على سبيل المثال: ضعف السمع، عجز في الوعي الحسي، انشقاق الحنك، عدم الدقة في تنفيذ الحركة، ونقص في الأسنان أو أي وضع شاذ على مستوى شكل الفم والفك.
- إن لجام اللسان هو عبارة عن عضلة صغيرة تحمل الجزء الأمامي من طرف اللسان وتتسبّب في بعض الأحيان، ببعض اضطرابات النطق. إن أي نقص في طول هذه العضلة يعوّق نطق الأصوات / ت / / د / / ن / / ل / . وغالباً ما ترتبط هذه الاضطرابات بمشاكل البلع الأساسيّة أو بأخطاء في موضعة اللسان في أثناء القيام بالحركات المطلوبة لإصدار الأصوات، أي النطق بها.

٤. توصيات

- يُنصح باستشارة اختصاصي تقويم النطق قبل أن يبلغ الطفل عمر الست سنوات، إلا أن علاجاً مكثفاً في حالة كهذه لا يكون ممكناً إلا عند بلوغ مرحلة التسنين.
- إن استشارة اختصاصي تقويم النطق فرديّة لتوجيه الآباء إلى الخطوات الواجب اتخاذها لمعالجة اضطرابات النطق.
- تتم معالجة اللجام القصير (عضلة فرملة اللسان) من قبل طبيب الأذن والأنف والحنجرة أو من قبل جراح في طب الأسنان، بقطع هذه العضلة وبالتالي، تحرير طرف اللسان.
- يتم التعامل مع تشوّهات الفكّين أو الأسنان بمعالجتها من قبل طبيب تقويم الأسنان.

١. تعريفه

ينتمي الكلام في اختصاص "تقويم النطق" إلى مجال علم الصوتيات، بما في ذلك قواعد التنغيم واختيار أو ترتيب الفونيمات في السلسلة المحكية، تبعاً للقواعد الصوتية العائدة لمجتمع ما. لذلك، ينبغي على الطفل أن يتعلم كيفية دمج تسلسل الأصوات التي تشكل الكلمة وبعدها الكلمات، مع مراعاة التسلسل الهرمي الخاص بها.

٢. اضطراب: "تأخر الكلام"

يقصد بتأخر الكلام كل تغيير يطرأ على السلسلة المحكية، وتتم ملاحظته في الإنتاج اللفظي لدى الطفل ابتداءً من سن الرابعة (السن التي من المفترض أن تكون معظم البنى الصوتية قد استقرت، أي أخذت مكانها في التعبير الشفوي). ويتخذ تأخر الكلام شكل تبسيط الكلمات، على غرار النتائج الشفهية التي يصدرها الطفل الصغير عند بداية نطقه بالكلام.

والتغيرات التي يمكن ملاحظتها في مثل هذه الاضطراب:

- حذف بعض الفونيمات أي الأصوات و/ أو بعض المقاطع ("سي" بدلاً من "كرسي")،
- تبديل تسلسل الأصوات ("مردسة" بدلاً من "مدرسة")،
- إضافة أصوات و/ أو مقاطع ("ططابة" بدلاً من "طابة")،
- أخطاء في تجزئة الكلام ("فِشْنُ طة" بدلاً من "في الشنطة")،
- الخلط بين الكلمات المتشابهة شكلياً (الجمال/ الجبل - البيت/ البنت)

وتختلف أشكال التغيير المشار إليها سابقاً، إذ إنها تعتمد على السياق الفونيمي والصوتي (الصوت [س] يصدر مثلاً على النحو الصحيح في [ساعة] ويتم استبداله بـ [ش] في [شمس] فنقال [شمس]).

وتكثر عمليات التبديل التي تشكّل مظهراً من مظاهر تأخر الكلام في بعض الأحيان، بحيث تجعل كلام الطفل مبهماً أو غير مفهوم، ما قد يتسبّب في وضعه ضمن حالات أكثر عمومية أو ضمن حالات صعوبات التواصل اللفظي، وبالتالي إلى لجم قدرته على التعبير عن موقفه وسلوكه.

مؤشرات تنبيهية

وهنا تظهر بعض المؤشرات التي ينبغي الانتباه لها، مثل:

- عدم قدرة الطفل على التقسيم المقطعي للكلمات أو ما يعرف بالتهجئة في صف الروضة الثانية (G2).
- بروز ضعف في التمييز الفونيمي/ الصوتي لديه: سا / ثا، دا / تا، شي / جي ...

٣. أسباب تأخر الكلام

تتنوع أسباب تأخر الكلام وتدرّج من صعوبات في إدراك الكلام، إلى صعوبات في التمييز والتكامل على المستوى السمعي- اللفظي، ثم إلى مشاكل تتعلق بعسر البلع ...

٤. توصيات

- يجب أولاً، وقبل أي شيء، القضاء على كل سبب عضوي من شأنه إعاقة السمع، وإجراء تقويم للسمع والأنف والحنجرة (مع القيام بتخطيط السمع أو القدرات السمعية المحتملة (PEA) إذا لزم الأمر).
- في حال استمرار الصعوبات إلى ما بعد الأربع سنوات من عمر الطفل، يجب إجراء تقويم لعلاج النطق واللغة بالإضافة إلى إجراء متابعة له.

زِدْ على ذلك أنه يجب أن تتوفر للطفل خبرات من أنشطة مختلفة تساعد على تعزيز الوعي الصوتي، منها:

- استخدام أو تطبيق لعبة دومينو المقاطع، ولعبة الهاتف مع الكلمات أو أشباه الكلمات ...
- اللجوء إلى الوسائل اللمسية: الطرائق الحركية والإيمائية.
- الاعتماد على الإيقاع: ألعاب إعادة إنتاج الصوت وتقليد الأصوات ...

- الاشتغال على العدّيات والأغاني : القوافي وألعاب المباريات الفريقية ...
- التمييز الصوتي : الاشتغال على مضامين الصور، لمعرفة ما إذا كانت تحتوي على هذا الصوت أو ذاك وغيره من أنشطة التمييز السماعي...
- تمرين الذاكرة السمعية : لعبة الهاتف ...

طلاقة الكلام

(١) تعريفها

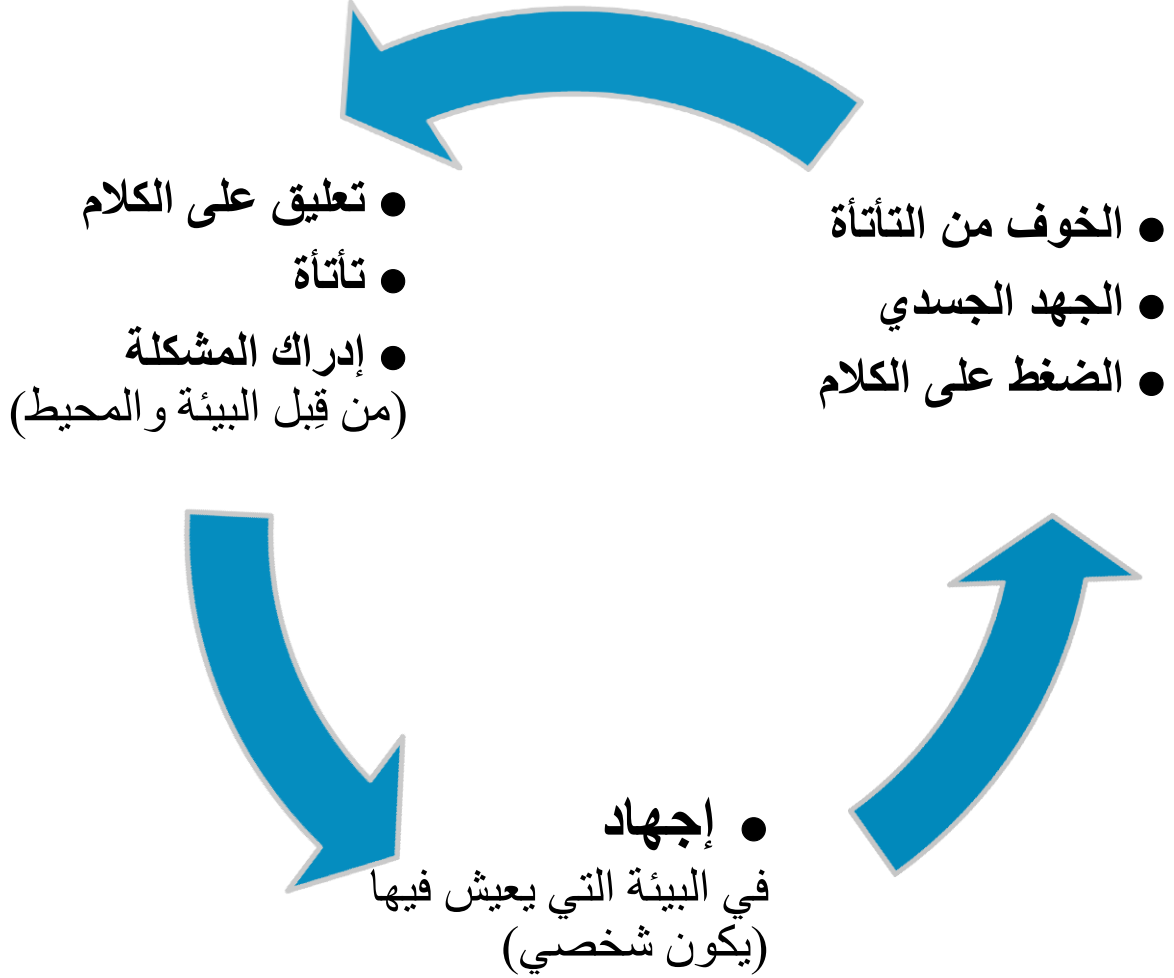
طلاقة الكلام هي الانسيابية في الكلام التي تتطلب سلاسة في الانتقال من كلمة إلى أخرى مع توافر وتيرة نطق سريعة نسبياً. في أثناء فترة اكتساب اللغة، يبدأ الطفل بالمناغاة، ثم بإطلاق مقاطع متكررة، وغالباً ما يتردد بين الكلمات، ويقوم بتكرارها في بعض الأحيان. ولا تؤدي كل حوادث التعبير هذه بالضرورة إلى التأتأة المستدامة. وتقول الدراسات الإحصائية إن من بين كل أربعة أطفال يظهرون نوبات من التلعثم ما بين سن الثالثة والخامسة، هناك طفل واحد سيعاني من تعثر في الكلام.

(٢) الاضطراب في طلاقة الكلام أو " التأتأة "

ليست التأتأة عجزاً أو مرضاً إنما هي اضطراب في طلاقة أو إنسياب الكلام، يفسد أو يشوش إيقاعه بطريقة أكثر أو أقل حدة، ما يجعل فهمه عملية مزعجة. لذلك يتم الحديث في هذا السياق عن اضطراب في التواصل، لأنه لا يظهر عادة إلا في حالة التبادل الكلامي التي تضع الشخص الذي يعاني من التأتأة في حالة من التوتر الداخلي أمام محاور (أو مستمع) يجد نفسه مضطراً إلى التواصل معه. ويكون من شأن هذه الحالة خلق مشكلتين: الأولى، أن يخرج الكلام بمشقة مسبباً المعاناة للشخص الذي يتصارع مع الكلمات ليتمكن من التعبير عن أفكاره، والثانية أن يتولد شعور بالإنزعاج لدى الذين يستمعون. وتظهر التأتأة في شكل واحد من ثلاثة:

- التأتأة الارتجاجية: التي تؤدي إلى تكرار الفونيمات، والمقاطع أو الكلمات.
- التأتأة التوتيرية: التي تتميز بحالات انسداد تقل أو تزداد أهمية، تؤدي إلى ما يشبه هجمات هوائية متفجرة، كما ترافق التأتأة التوتيرية غالباً تشنجات في الجهاز التنفسي وفي الحركات المصاحبة للكلام.
- التأتأة الارتجاجية - التوتيرية: التي تجمع بين الشكلين السابقين.

حلقة التأتأة المفرغة



ويمكن تحديد أشكال مختلفة من التأتأة، بدءاً بالأقل خطورة وصولاً إلى الأكثر خطورة :

- التردد : آه، إيه، هم.
- الإقحام : حسناً، طيّب، يعني ...
- تكرار الصيغ : أنت تفهمني، ترى ماذا أقصد، ...
- تكرار الكلمات : أنا، أنا، أنا، أنا لا أريد ...
- التمديد / التوقف عند بعض الكلمات : هذا ... جيد.
- تكرار المقاطع : بَي، بَي، بَي، بَي، بَي.

- الإيقاع الفوضوي : الذي يترافق مع قطع أو إلغاء بعض الكلمات.
- فقدان التواصل البصري : لا ينظر الطفل إلى المحاور في خلال عملية التكلم معه.
- تكرار بعض الكلمات أكثر من ثلاث مرات: أبي، أبي، أبي نائم.
- وجود الحركات المرافقة للأشكال المذكورة : توتر بدني مفرط مصحوب أحياناً بوخز في الوجه وارتجاف في الشفتين، بالإضافة إلى حركات غير منضبطة في اليدين أو القدمين، والسلوك الفوضوي للجهاز التنفسي.
- إدراك الطفل أنه يعاني حالة اضطراب .
- بروز حالة تحاشي الكلام.
- تكرار بعض المقاطع أكثر من ثلاث مرات : با با باسل.
- تكرار بعض الوحدات الصوتية (الفونيمات) أكثر من ثلاث مرات : ب ب ب بيتُّ ساري.
- عرقلة وانسداد عند انطلاق الكلام.
- وتتأكد حالة التأتأة في كل مرة يُلاحظ فيها، في كل جملة، وجود أكثر من ثلاث حالات تكرار وفواصل أو انقطاع في الإيقاع، من شأنها أن تجعل الفهم عسيراً، على أن تكون مصحوبة بمشقةً يبذلها الطفل لإخراج الكلام. ويمكن للتأتأة أن تكون خفيفة، متوسطة أو شديدة.

مؤشرات تنبيهية

يمكن مشاهدة الإشارات التحذيرية أو سماعها إذ غالباً ما يشير الآباء والمعلمون إلى أن «هناك شيئاً ما لا يسير كما يجب»، «الكلام يندفع بصعوبة»، «يبدو أنه لن يخرج»، «إنه عالق»...

(٣) أسباب التلعثم

- التلعثم هو حالة اضطراب معقد، يؤثر في آنٍ في إمكانية التواصل وفي الكلام والسلوك. ولا يقف وراءه سبب واحد إنما أسباب عدة :
- يبدو في الحالة الراهنة التي وصلت إليها الأبحاث ، أن نقل أو انتقال عدد من الجينات يؤدي إلى رفع نسبة الاستعداد للتأتأة (أو التلعثم) أو إلى زيادة التعرُّض لها .
- إن احتمال أن يكون أصل التأتأة وراثياً لا يعني أبداً انتقالها بشكل منهجي من الوالدين. ومع ذلك، ينبغي الأخذ في الاعتبار أنه إذا كان يمكن أن تكون التأتأة ناجمة عن عوامل فيزيائية أو عصبية، فإن العوامل المحفزة أو المثيرة لها متعددة وقد تكون بنيوية (متعلقة ببيئة الطفل) أو محدّدة (متعلقة بحدث ما، حتى ولو بدا بسيطاً، سطحياً أو سخيفاً).

– يمكن أيضاً أن تظهر أسبابٌ عصبيةٌ وراء التأتأة عندما ترتبط هذه الحالة بحالة مرضية تنكسية أو إنحلالية مثلاً على ذلك مرض باركنسون وتصلب الأنسجة المتعدد، أو تلف في الدماغ...

– إن وجود بيئة ضاغطة يمكن أن يخلق التوترات ويؤدي بالتالي إلى إضعاف عمليات التعلم المعقدة التي هي قيد التحصيل.

(٤) توصيات

المهم، قبل أي شيء، هو التصرف بسرعة لتجنب استمرار حالة التأتأة!

أولاً، يجب تشخيص المشكلة أو المشاكل بمساعدة:

– معالج اضطرابات النطق واللغة، لكونه إختصاصياً في معالجة مشكلات التواصل الشفهي،

– معالج نفساني عندما يُظهر الطفل الأعراض الآتية: الحزن، الغضب، النقص الحاد وغير المألوف في الانتباه، الانطواء على الذات، العدائية، ظهور حالات الذعر الليلي، المخاوف أو الرهاب (من ركوب المصعد، أو من القيام بعمل ما ...)، انعدام الشهية بشكل مستمر، الانتقال من حالة الإثارة والهيجان إلى حالة الكآبة. كما ينبغي أيضاً زيارة المعالج النفسي الذي يمكنه التنسيق مع معالج اضطرابات النطق.

ثانياً، يجب أخذ العلم بأنه من المرهق للطفل أن يبقى دائم التنبه والانشغال بما يقوله في أثناء

التخاطب مع الآخر. لذلك، من الضروري الأخذ بما يأتي:

○ تجنب المواقف المسيئة للطفل، مثل:

– لومه أو السخرية منه، أو دعوته إلى أعمال أو تحكيم إرادته في كل ما يقوم به.
– إعطائه النصائح باستمرار «تكلّم بشكل أبطأ؛ خذ وقتك؛ استرخ!»، «ألفظ؛ كرر؛ توقف؛ وأعد!»، «فكر في ما سوف تقول، فكر في جملتك».

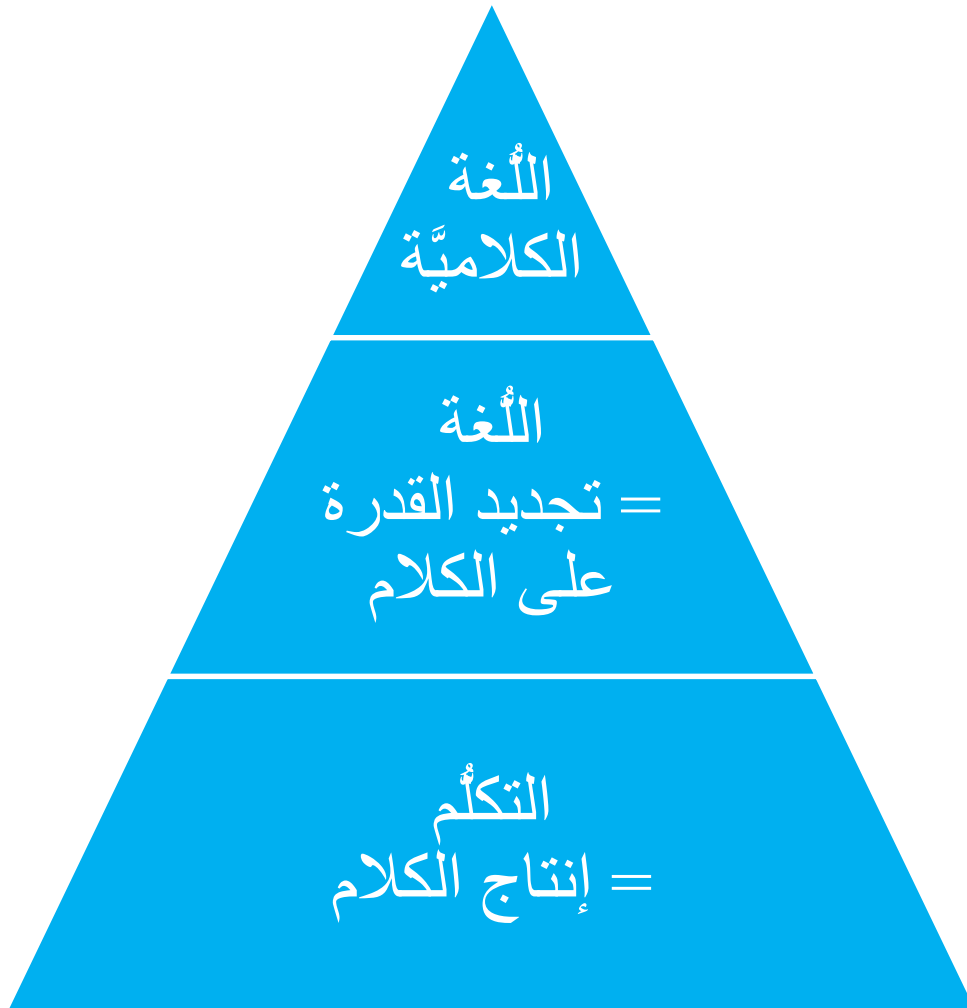
○ تجنب موقف اللامبالاة الكاذبة: إذ يدرك الطفل الذي يتأتى أن أياً من أمه أو معلمته

تتظاهر بأنها لا تلاحظ مشكلته، ويدرك أيضاً أنه يصعب عليها البقاء من دون التعبير عن ردة فعل. وفي المقابل، يجب الإبقاء على وضعيّة المحاور النشط، إذ يتوجب على من يهتم في ما يقوله الطفل، أن يتدخل ويتصرف دونما تردد، عندما يقتضي حسن سير الحوار وسلاسته ذلك.

اللُّغة الشفهية

١. تعريفها

إن اللُّغة الكلامية هي الوسيلة التي يعتمدها البشرُ لإقامة أنظمة التواصل الخاصة بهم عن طريق استخدام كلماتٍ من مفردات اللُّغة التي يتخاطبون بها. وتقوم لغة التواصل هذه على القواعد والبنى العائدة لكل لغة.



مراحل تطوُّر اللُّغة

١- مرحلة ما قبل اللُّغة :

- المناغاة : من عمر ٤-٦ أشهر إلى ١٢ شهراً : يحاول الطفلُ في خلالها إصدارَ أصوات.

- الكلمة الأولى : من عمر ٩ أشهر إلى ١٢ أو ١٨ شهراً : يبدأ الطفلُ في توضيح نتاجاته الصوتية، ويعطي الأولوية لأصوات اللُّغة (أو اللُّغات) التي تحيط به، كما انه يبذلُ في الأصوات التي ينتجها وفقاً للسياق الاجتماعي.

٢- مرحلة التعبير بالكلمة الكاملة المعنى (الكلمة - الجملة) : وتتمما بين الشهر الـ ١٨ والشهر الـ ٢٤، حيث يحاول الطفلُ في خلالها التعبير عن نفسه بكلمات معزولة إنما ذات معنى.

٣- مرحلة التعبير بالجملة المركبة : من عمر سنتين حتى خمس سنوات. وهي مرحلة تحقُّق الجملة. يكتسب في خلالها الطفلُ تحليل بناء الجملة عن طريق تحليل انتظام الهيكليات والبنى اللغوية التي يسمعها، ولا تتمُّ عن طريق التقليد، بل من خلال قواعد واضحة أو عن طريق التكرار. (ان الأخطاء التي يرتكبها الطفلُ في هذه المرحلة هي منتظمة ومتواترة جداً : كأن يقول "المريّات" عند جمع كلمة إمراة بدلاً من "النساء").

٤- المرحلة المتقدمة: من عمر خمس سنوات وما فوق، وهي مرحلة امتلاك الطفلُ لأكثر وظائف اللُّغة دقّةً: مثل صيغة الفعل المجهول، التقديم والتأخير في الجملة... وعندما يبلغ الطفلُ عامه السادس، يصبح بشكل عام مهيناً لتعلُّم اللُّغة المكتوبة.

٢. الاضطراب أو الصُّعوبات : «التأخرُ في اللُّغة المحكيّة»

❖ تأخرُ في اللُّغة التعبيريّة

يبدو واضحاً في هذه الحالة أن قدرة الطفلُ على استخدام اللُّغة الشفهيّة هي أقلُّ بكثير من المستوى المناسب لعمره العقلي، لكن فهمه للُّغة يبقى ضمن الحدود الطبيعيّة.

❖ تأخر اللغة الاستقبالية :

تبدو قدرة الطفل على فهم اللغة في هذه الحالة دون المستوى المناسب لعمره العقلي. كما تظهر اللغة التعبيرية مضطربة في معظم الحالات وبشكل واضح. وعادة ما ترافق هذه الحالة اضطرابات في اللفظ.

مؤشرات تنبؤية

- من المفضل إجراء تقييم للنطق واللغة عند الأطفال في عمر ٣ إلى ٤ سنوات، في الحالات الآتية:

- في حال تعذر فهم لغة الطفل من قبل الأشخاص غير المألوفين لديه أو الغرباء؛
 - في حال غياب البنية النحوية للجمل (٣ كلمات مترابطة من ضمنها فعل)؛
 - في حال إظهار الطفل أعراض عدم الفهم .
- من المناسب إجراء تقييم للنطق واللغة عند الأطفال في عمر الـ ٤ والـ ٥ سنوات لتبيان مستوى ما يعانون من اضطرابات في الفهم والتعبير:

- في حال التأخر في التعبير، وخصوصاً في الجانب الصوتي من اللغة فقط. وفي ظل غياب واضح للتأخر أو للصعوبة في الفهم، يبدو إجراء عملية مراقبة بسيطة معلاً مع الحرص على إجراء كشف لحالة الطفل بعد ستة أشهر.
- في عمر الـ ٥ سنوات، يستحسن إجراء تقييم للنطق واللغة :
 - ان استمرار اضطرابات النطق، وخصوصاً الاضطرابات الصوتية، يمكن أن تشكل عائقاً وبشكل كبير أمام تعلم القراءة في بداية المرحلة الابتدائية.

(٣) أسباب تأخر اللغة الشفهية

من أهم أسباب تأخر اللغة الشفوية:

- الاضطرابات الاجتياحية للنمو (اضطراب التوحّد، اضطراب ريت Rett، اضطراب السلوك التفكّكي، اضطراب اسبرجر Asperger والاضطراب الاجتياحي للنمو غير المحدد)؛
- العوامل الوراثية العصبية؛
- العوامل النفسية وعوامل الأمراض النفسانية والعقلية؛

- العوامل الاجتماعية والثقافية، وثنائية اللغة؛
- الصمم، والتهابات الأذن الوسطى والداخلية.

(٤) توصيات

لا بد من الإشارة إلى أهمية الكشف والتدخل المبكر من قبل اختصاصي معالجة اضطرابات النطق واللغة بغية تجنب ازدياد خطورة تأخر اللغة وتأثيراته السلبية في المجالات العلاقية، والمعرفية، والأكاديمية، والاجتماعية، والثقافية ...

وفي موازاة ذلك، ينبغي مساعدة الطفل عن طريق :

- التواصل، واللعب، والتحدث معه ؛
- رواية القصص أو قراءتها له ؛
- العمل في أثناء الكتب المصورة أو العمل على تسمية الصور وفرزها وترتيبها ... ؛
- إجراء أنشطة لغوية في إطار عمل جماعي، تركز على المحادثة، والمسرح، والدمى المتحركة، والطبخ، وأشغال البستنة ... ؛
- إجراء تصنيفات في إطار الحقول الدلالية.

(١) تعريفها

القراءة هي عملية فك رموز المعلومات المكتوبة وفهمها. ويتعلم الطفل في سن السادسة أن يفك رموز الكلمات والجمل، ويصبح بالتالي مستعداً وقادراً على وعي الأصوات وتحليلها وتنظيمها.

للقراءة طريقتان تكمل إحداهما الأخرى :

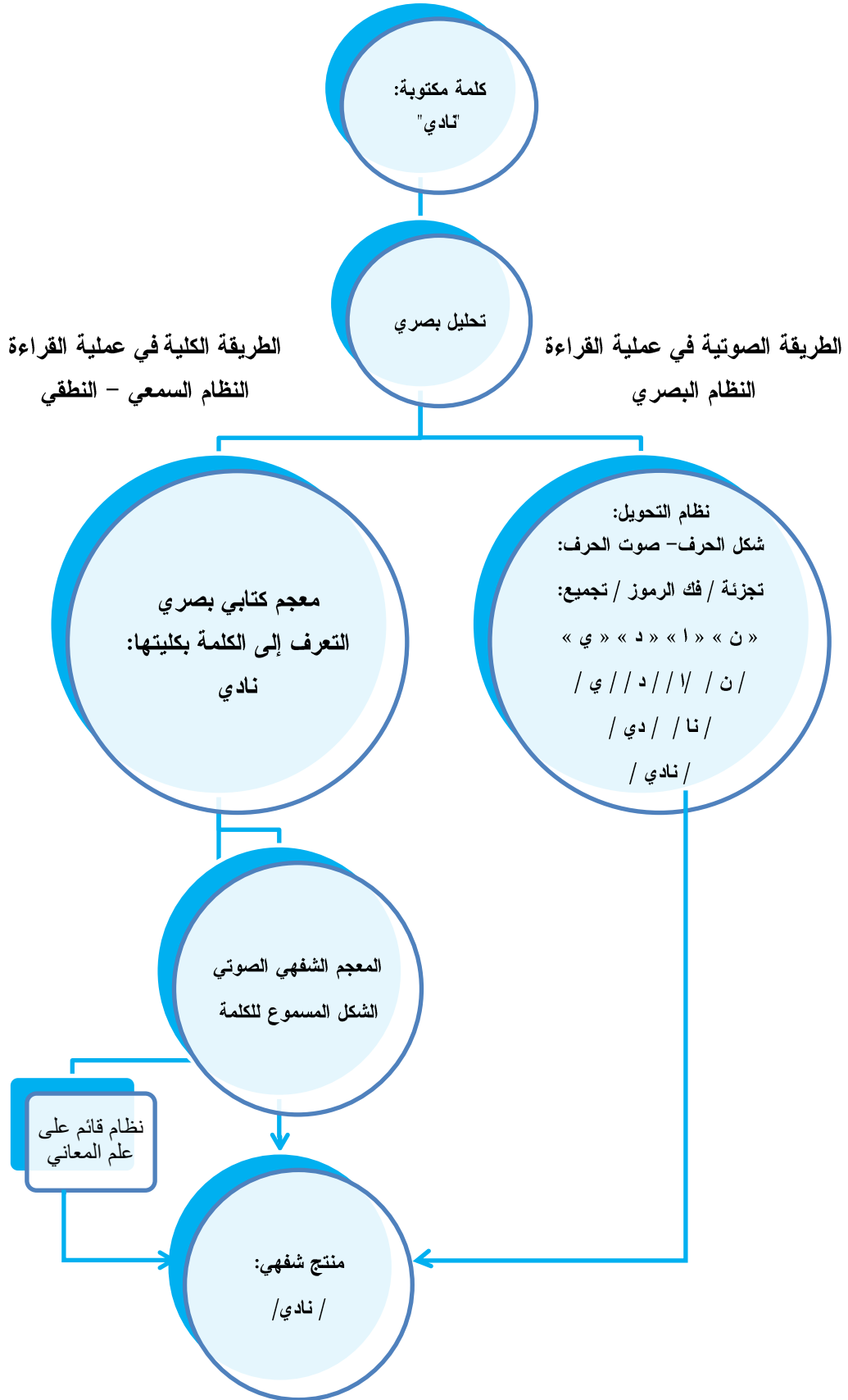
- **الطريقة الصوتية أو طريقة تجميع الأجزاء** : أي المسار السمعي - اللفظي الذي يعتمد عملية تحويل الحرف من شكل إلى صوت. وهذه العملية هي عبارة عن معالجة تحليلية للغة تكمن في تفكيك الحروف وتحويلها إلى أصوات أو فونيمات.

وتقوم هذه العملية أولاً على عزل الحروف وتحديدتها وتحويلها إلى أصوات، ثم تجميع الأصوات الناتجة في مقاطع ثم في كلمات (وتسمى عملية التجميع) وأخيراً على منح المقاطع أو الكلمات معنىً منطقياً. ويطرح هذا الإجراء نفسه كسبيل وحيد لقراءة أشباه الكلمات أو الكلمات الجديدة. وتعمل طريقة التجميع هذه من خلال استثمار التقارب الشكلي بين الكلمات : فعلى سبيل المثال، يتم استخدام نموذج «الجيال» من أجل التعرف إلى كلمة «الحبال».

- **الطريقة الكلية**: من خلالها يدرك التلميذ، وبسرعة، الكلمات التي له معرفة سابقة بشكلها والتي يفهم معناها.

وتستند هذه العملية إلى استدعاء الطفل للمفردات من مخزونه (نظام الكلمة البصريّة) الذي يكون قد تشكل تدريجياً في أثناء تجربة القراءة. وتعتبر هذه العملية الإجراء الوحيد الذي يسمح بقراءة الكلمات الجديدة والكلمات المتشابهة لفظاً وبسرعة، مع الحفاظ على إمكانية الوصول إلى المعنى. ويتيح هذا المسار للطفل بأن يحدّد، سريعاً، الوحدات الغنيّة بالمعنى (كلمات أو أجزاء من كلمات) ويجري عملية تحليل الكتابة الإملائية للكلمة، ويتمّ مقارنة بين الكلمات، فيستخدم يستخدم ما يعرفه عن كتابة الكلمات المشابهة والنطق بها، للتوصل إلى معالجة كلمات جديدة وقراءتها.

عملية القراءة



(٢) المشاكل والصعوبات : "عسر القراءة"

إن عسر القراءة هو اضطراب خاص بتعلّم القراءة، مرتبط بصعوبة التعرف إلى الحروف والمقاطع والكلمات. ولا يجوز الكلام عن "عسر القراءة" إلا في حالة عدم وجود أي تأخر عقلي أو ضعف في حاستي البصر والسمع، مع اشتراط توافر التعليم الملائم. ولا يمكن التكلم على عسر القراءة إلا بعد انقضاء سنتين من الفشل في تعلّم القراءة الصحيحة، أي في سن الثامنة تقريباً.

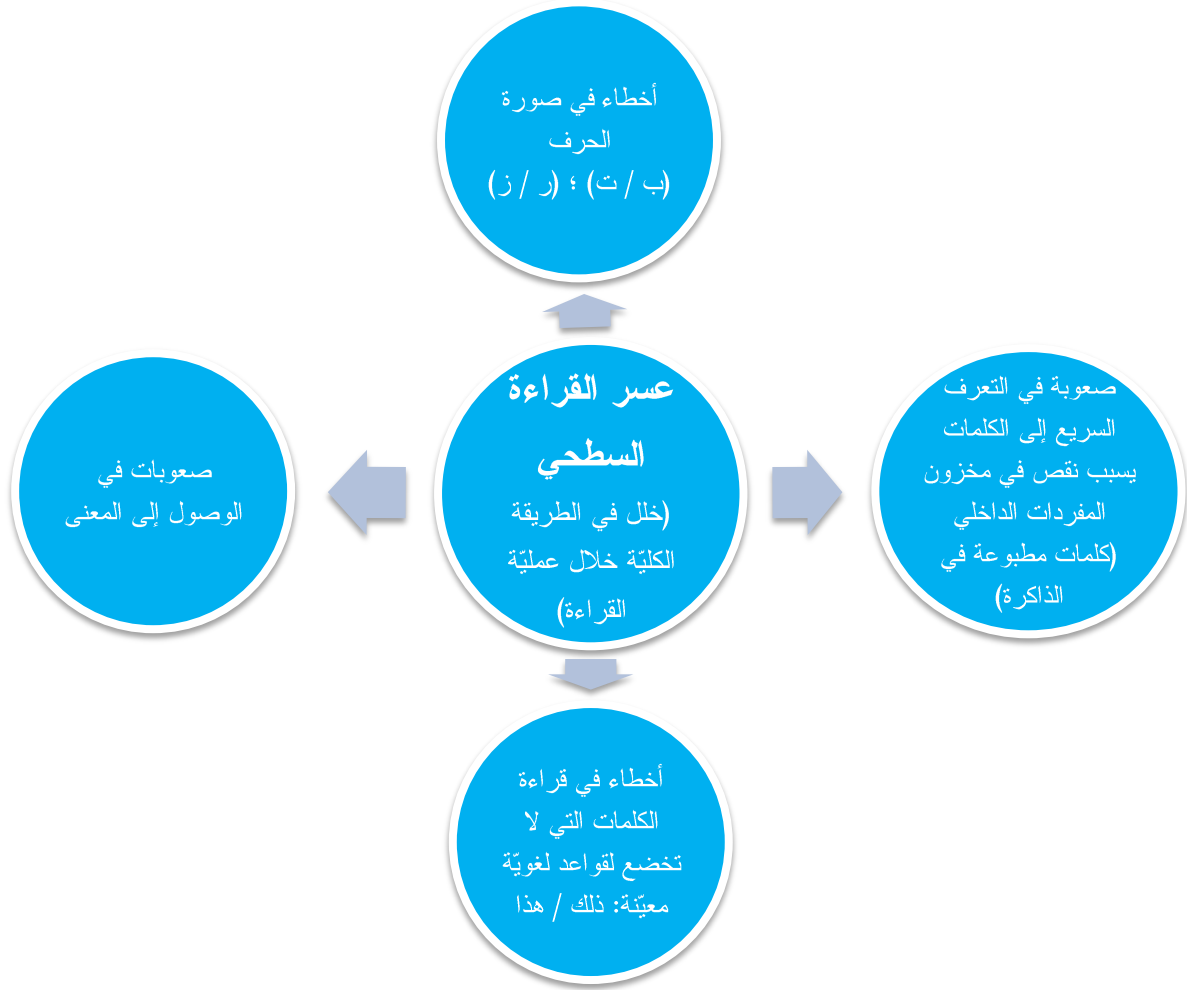
إن نوعي عسر القراءة الأكثر شيوعاً هما: عسر القراءة الصوتية الذي يطول "طريقة التجميع" وعسر القراءة السطحية الذي يطول "طريقة المعالجة".

وهناك نوع ثالث من أنواع عسر القراءة يُعرف بعسر القراءة المختلط، ويجمع بين النوعين السابقين فيؤثر في عملية التجميع كما في عملية المعالجة عند الطفل.

عسر القراءة الفونيمي



عسر القراءة السطحي



مؤشرات تنبيهية

تتنوع المؤشرات التنبيهية التي تتبى باحتمال وجود عسر في القراءة عند الولد، وهي تختلف من شخص إلى آخر، ويمكن لها أن تأخذ العديد من الأشكال التي تتسبب بواحدة أو أكثر من الصعوبات، من أمثال :

- تعلم الأحرف الأبجدية
- تعلم الكتابة
- التفريق بين الحروف (ق / ك) (ث / س) ...
- قراءة كلمة أو نص

- تهجئة كلمة
- تعلم جداول الضرب
- سلوك طريق محدد
- تمييز اليمين من اليسار، الشرق من الغرب
- التعبير عن الذات عن طريق الكتابة
- إيجاد "الكلمة الصحيحة"
- التعبير عن الأفكار بوضوح في أثناء الحديث

٣. أسباب العسر في القراءة

- لقد أتاحت بعض الدراسات العلمية تحديدَ عواملَ جينيةٍ قد تكون وراء أسباب عسر القراءة.
- أما في حقل علم الأعصاب، فلقد أكد تصوير تشريحي للدماغ وجود بعض العلامات الفارقة : عيبٌ في عدم تماثل نصفي الدماغ بالإضافة إلى وجود كتلة ذات حجم غير مألوف من المادة البيضاء التي تربط نصفي هذا الدماغ.

٤. توصيات عامة:

- ان الحلّ لمعالجة المشكلة هو مقومّ النطق واللغة الذي يحدد نوع عسر القراءة، باعتماده على الإختبارات المناسبة والمبنية على معايير ملائمة لكل شريحة عمرية، ويهدف إلى تسليح التلميذ بأدوات لتعلم الاستراتيجيات والتقنيات التأهيلية اللازمة لمعالجة المشكلة والتغلب على الصعوبات.
- يتم التعامل مع المشكلات ذات الطابع العاطفي، والعلائقي، والصعوبات المرتبطة بعسر القراءة من قبل معالج نفسي.
- أما المشكلات الحركية، المكانية والزمانية المتعلقة بعسر القراءة فيتم التعامل معها من قبل الاختصاصي الحس - حركي.

• توصيات للآباء والأمهات

- إن استقلالية الطفل إزاء فروضه وواجباته أمر لا بد منه. فهو يحتاج لأن يتعلم كيف يُنظم نفسه ومحيطه أو مجاله بطريقته الخاصة، انطلاقاً من قواعد تعود له وحده. وتجدر

الإشارة إلى أنه يمكن للأهل مساعدته في تصحيح واجباته المنزلية وفي قراراته، لكن ينبغي عليهم ألا يفسروا له كيفية استخدام القواعد، لأنهم سيفقدون صبرهم، وستنفذ قواهم، وسيصيبونه بالإحباط من دون جدوى.

- يحتاج الطفل الذي يعاني من مشكلة العسر في القراءة والكتابة إلى أن يتحرك وفقاً لاحتياجاته عند القيام بواجباته المنزلية من دروس وفروض وسواها، وأن يعطي لنفسه أوقات راحة، وأن يبدل بشكل مستمر وتيرة عمله في أثناء إنجاز مهامه الروتينية.
- انه لأمر جيد أن يقوم الأهل بإجراء عملية تقييم خاصة بهما تسجل على دفتر خاص يطلق عليه اسم "خاص بالأهل" ويشتمل على مختلف ملاحظتهما بشأن فروضه، من أجل أن يُظهرا اهتمامهما بالطفل وتقديرهما واجباته وإنجازاته حق التقدير.
- عندما يحتاج الطفل لأن يتعلم بعض الكلمات، على الأهل ألا يتردداً في بتهجئتها في البداية، وذلك لمساعدته على حفظها بسهولة أكبر مما لو أراد أن يتهجأها أو يكتبها بمفرده. وفي هذا السياق، فإن قراءة القصص تساعده في حفظ الكلمات والحروف.

• توصيات للمعلمين

- إن التلميذ المتعسر في القراءة لا يقوم أبداً بتطبيق قواعد القراءة والصرف والنحو، أو قواعد الاستخدام كطريقة الناس العاديين في التفكير: فالمطلوب من المعلمين أن يتأكدوا من أنه يعرف القواعد المطلوبة وأن يشجّعوه على إيجاد الطرائق التي تمكنه من تطبيقها.
- ينبغي تشجيع الطفل المتعسر في القراءة، وهو يحتاج أسوة بالأطفال الآخرين، إلى أن توضع له علامة على عمله، إلى أن يتمكن من قياس نفسه استناداً إلى معيارٍ ما، وأن تكون أمامه مؤشرات واضحة. وفي مثل هذه الحالة، فإنّ الحل الأفضل هو في مقارنة نتائجه الحاضرة مع تلك التي حققها في مرحلة سابقة.
- ضرورة أن يبسط المعلم دائماً في قراءته الجهرية - أي القراءة بصوت عالٍ - إذ تتسبب السرعة في زيادة عدد الأخطاء لدى الطفل المتعسر في القراءة.
- ضرورة تجنب إعطاء فروض نسخ أو طلب إعادة نسخ الدروس والنصوص والكلمات.
- ينبغي التأكد من أن الطفل المتعسر في القراءة ينفذ بشكل جيد الفروض التي ستوضع عليها علامات.

- يمكن لقراءة تعليمات العمليات الرياضية للطفل المتعسر في القراءة أن تساعدَه في حلّ هذه العمليّات في كثير من الأحيان، لأنه غالباً ما يخطئ في الحل بسبب عدم فهمه التعليمات أو بسبب إساءة تفسيرها.
- ضرورة إسناد بعض المسؤوليات إليه في الفصول الدراسية أي في الصف.
- ضرورة تشجيع الطفل المتعسر على القراءة والكتابة، حتى ولو اخطأ في الكثير من المواقع.
- ينبغي عدم الطلب إليه أن يقرأ أمام رفاقه في الصف (إذا كان ذلك يشعره بالحرج).
- ينبغي إعطائه نصّاً قصيراً للقراءة.
- ينبغي السّماح له بأن يتابع القراءة بواسطة إصبعه.
- ضرورة التحلّي بالصبر إزاء بطئه في القراءة

١. تعريفه

تعتبر الكتابة القاعدة الأساسية أو المدونة الاجتماعية (القائمة على استخدام الرموز) وهي الطريقة الوحيدة الصحيحة لكتابة كلمات ترتبط بمجتمع لغوي معين.

إن الاستراتيجيات المعتمدة في الكتابة هي الاستراتيجيات عينها المطبقة في القراءة (التجميع والمعالجة).

▪ في طريقة التجميع، يقوم المتعلم بـ:

- تجزئة الكلمة المذكورة، أو التي يتم إملؤها عليه، إلى مقاطع أو فونيمات؛
- تذكر أو استعادة الرسوم أو الأشكال المقابلة لها، وتصويرها مع مراعاة تقسيم الكلمة؛

ومن الضروري، في هذا السياق، تمييز التجميع الصوتي (التلقائي والطوعي) الذي يقوم به القارئ الذي يمتلك الكفاية اللازمة لذلك، من عملية فك الرموز (البطيئة والشاقة) التي يقوم بها المبتدئ في تعلم القراءة.

▪ أما في طريقة معالجة الكتابة، فإن المتعلم يقوم بعملية تذكر الشكل الإملائي للكلمة المخزونة في معجمه الداخلي.

٢. اضطرابات وصعوبات : "عسر الكتابة"

تعود أهم اضطرابات التمكن الكتابي إلى نقص التمكن في مقابلة الحرف مع صوته إلى جانب نقص التمكن من قواعد الإملاء أو الأصول النحوية :

- مخالفة المقاطع أو الحروف أو كتابتها بشكل مقلوب ("بيت" تكتب "تيب")
- الالتباس أو الخلط السمعي - الإدراكي ("شمعة" تكتب "سمعة")

- الالتباس أو الخلط البصري - الإدراكي ("باب" تكتب "نان")
- أخطاء في التعرف إلى الأصوات المركبة ("درسوا" تكتب "درس")
- حذف أصوات أو أحرف من الكلمات ("مدرسة" تكتب "مدسة")
- إضافة أصوات أو أحرف إلى الكلمات ("درج" تكتب "دررج")
- أخطاء في تقطيع الكلمات ("جاء من البيت" تكتب "جاء منل بيت")
- أخطاء في تجميع الكلمة ("البننت" تكتب "ال بنت")
- أخطاء في الأحرف المزدوجة ("يتتابع" تكتب "يتابع")
- أخطاء في الأحرف المدغمة/ المتكررة ("اللين" تكتب "البن")
- أخطاء تتناول الحروف الصامتة ("راحو" تكتب "راحو")
- الخلط بين الكلمات ذات الأصوات المتشابهة ("مم" و "ممًا")
- أخطاء في الصرف وقواعد الاتفاق والاقتران (الولد وحيد / الولدان وحيدان)
- أخطاء ناتجة من خلل لفظي ("تفتحت الأزهار" تكتب "طفطحت الأظهار")
- أخطاء في نظام كتابة الكلمة ("مسؤول" تكتب "مسأل")

مؤشرات تنبيهية

• في بداية التعلم

- صعوبة في استعمال الرموز
- صعوبات على مستوى علم الأصوات (فقر وتجاوز بعض الحروف، مخالفة بعض المقاطع، وسوء تجزئة الكلمات، والكتابة الصوتية أي الكتابة تبعاً للسمع ...)
- صعوبات في فكّ الرّموز ووصلها
- شبه غياب لعملية بناء المعجم الهجائي (أي تعلم "الكلمات الصغيرة"، والكلمات ذات الاستعمال المتكرر)
- أخطاء في النسخ
- الكتابة المعكوسة
- الصّعوبات الحركية وصعوبات التنظيم المكاني

• في السنتين الثالثة والرابعة من التعليم الأساسي

- صعوبات في فك رموز الكلمات وفي تجزئتها .
- معجم لغوي إملائي ضعيف .
- ذاكرة سمعية - لفظية منخفضة المستوى.

• في المدرسة الثانوية

- صعوبة في قراءة الكلمات الجديدة.
- صعوبة في فهم الكتابة.
- استمرار الصعوبات على مستوى فك رموز الكلمات.
- ضعف في المعجم الإملائي .
- صعوبات في اللغة والرياضيات (لغظ في وعي الأرقام، صعوبات في فهم المعطيات أو البيانات)، في الجغرافيا، والتاريخ، والعلوم (صعوبات في القراءة والحفظ وفي تذكر أسماء العَلَم والتواريخ والمصطلحات المجردة).
- خط غير مقروء في كثير من الأحيان (عسر في الخط) .
- صعوبة في تنظيم الذات في إطار الوقت المحدد .
- بطء في الإنجاز، تردد، وضعف في الإنتاج .

٣. أسباب العسر في الكتابة

- أسباب مرتبطة بعملية النمو : أثبت الدكتور حبيب من خلال التصوير الطبي، أنه في أثناء قيام الأطفال / الأشخاص المتعسرّين في الكتابة ببعض المهام الصوتية، ظهرت مناطق اللغة في أدمغة هؤلاء الأطفال بأنها غير نشطة بالقدر الكافي.
- أسباب جينية : وهي اضطرابات وراثية في كثير من الأحيان : فالأشخاص ذوو الصعوبات التعلمية غالباً ما تظهر في تاريخهم العائلي حالات مماثلة.

٤. توصيات

- يتيح علاج النطق واللغة، في معظم الحالات، للطفل أن يستعيد ثقته بنفسه. إلا أنه يُلاحظ، في بعض الأحيان، وجود عذاب عاطفي عميق. في حالة كهذه، قد يكون من المناسب الجمع بين علاج النطق واللغة والدعم النفسي .

- عند الضرورة، ننصح بإجراء تقييم للطفل من قبل الاختصاصي السيكوحركي على أن تستمر عملية متابعته.

أما التدابير التي ينبغي اتخاذها في الصف فتتدرج على العموم كالآتي :

- وضع الطفل المتعسرّ وحده في مكان هادئ، أو إلى جانب طفل منضبط وغير ثرثار.
- أن يجلس في المكان المواجه لوسط اللوح بدلاً من وضعه في أيّ من أطراف الصف.
- التقليل من كمية الكلمات المطلوب منه حفظها عن ظهر قلب أيّ غيباً (خمس مفردات في الأسبوع، ثم زيادة عدد الكلمات، ويتوقّف هذا على وتيرة الطفل في التعلّم وعلى التقدم الذي يحققه).
- تكييف المفاهيم التي تعطى للطفل المتعسرّ من خلال التركيز على التقدم المنجز، حتى ولو كان ضئيلاً، بدلاً من التركيز على الصّعوبات التي ما زالت موجودة.
- عدم إعطاء علامة على كتابة الإملاء خارج نشاط الإملاء، إذ يجب تحديد سلم أولويات ووضع أهداف قصيرة المدى ...
- تشجيع الطفل وتقدير إنجازاته، وعدم السماح له بالاستسلام في مواجهة المهمة الهائلة التي تنتظره...
- الثناء عليه عندما تقل أخطاؤه من ٢٥ خطأ إلى ١٥ خطأ، حتى لو كانت علامته صفراً على الإملاء.
- تقبّل علامات المحو والتشطيب في ورقته (التي تدل على أنه يقوم بعملية تصحيح ذاتي) حتى عندما يكون شكل هذه الورقة قدراً أو متسخاً.
- عدم تمزيق صفحات فرضه أو اقتلاع الأوراق من دفتره.
- تشجيعه على إنتاج النصوص الشخصية الصّغيرة والتأكيد له بأن أخطاء التهجئة أو الإملاء لن تؤخذ بعين الاعتبار كأن يطلب إليه، على سبيل المثال، أن يؤلف قصة من أربعة أسطر.

- إقامة عقد عمل معه، قصير المدى، يتضمن أهدافاً ينبغي بلوغها (العلامة، عدد معين من الأخطاء، عدد محدّد من التمارين عليه القيام بها) حتى لا يشعر بأن الآخرين قد سبقوه في الإنجاز.
- إعادة صياغة التعليمات بحيث تتناسب مع قدرته على استيعابها، واعتماد جمل قصيرة وكلمات بسيطة، بالإضافة إلى التأكيد من أنه قد فهمها و حفظ تسلسلها.
- مساعدته، عند أي صعوبة تعترضه، في البحث في القاموس، من خلال "الأبجدية المكتوبة" ما يسهّل عليه عمليّة التفتيش.
- تجنّب الشروحات الفارغة والتي لا طائل منها، مثال: "إن الصفة هي ما يمكن حذفه." فالمتعسّر في الكتابة (أو القراءة) يمكنه إزالة كل شيء أو أي شيء، ولا يشكل ذلك أي مشكلة بالنسبة إليه ...
- عدم الطلب إليه أن يقوم باستظهار القوائد أو النصوص المحفوظة غيباً، قبل الآخرين أو أمامهم.
- في الرياضيات ، يجب أن يفهم المعلمون أنه يمكن للمتعرّس في الرياضيات القيام بعكس العلامات (> أو <)؛ إلا أنه، يمكنه أن يقوم بإجراء عمليات حسابية صحيحة. في مثل هذه الحالة، على المعلم أن يضع إشارة على الأرقام المقلوبة من دون أن يعاقب هذا الطفل.
- في مادة التاريخ، على المعلم أن يظهر تفهّماً للأمر عندما يلاحظ عمليات قلب للأرقام في التواريخ.
- ضرورة الثناء على المتعسّر أمام رفاق الصف وإبراز مهاراته في المجالات التي يبرع فيها.

المنطق الرياضي

١. تعريفه

إن المنطق الرياضي هو قدرة الفرد على المقارنة، والجمع، والفصل، والنقل، والترميز، والربط، والتوقع، والاستباق، وإقامة العلاقات، والتحويل، وطرح الأحاجي، والقيام بالعمليات الحسابية، وتركيز الفكر وتحريكه ...

٢. مشاكل وصعوبات : "عسر الرياضيات"

إن العسر في الرياضيات هو حالة فشل خاصة بالرياضيات. وهذا العسر مستدام ومستعص، ويتعلق بالأرقام والعمليات الحسابية ويحدث من دون أن يكون هناك مرض عضوي، لدى أطفال اسوياء.

مؤشرات تنبؤية

• في مرحلة الروضة

- الطفل الذي يعاني "عسر الرياضيات" من صعوبة الترميز (إدراك الرمز أو الوصول إليه). فهو قد لا يلعب ألعاب التقليد أو نادراً ما يقوم بها.
- لا تصل رسومُه المتعسر إلى مستوى التعبير عن أفكاره.
- لا يكتسب المتعسر في الرياضيات سلسلة الأعداد شفهيّاً ويرتكب الكثير من الأخطاء في عمليّة العد.
- يعاني من صعوبة في تعداد مجموعة من الأشياء والإشارة إليها في وقت واحد.

- في الحلقة الأولى من التعليم الأساسي
- يعاني المتعسر في الرياضيات صعوبات في تخزين الوقائع الحسابية، وتعلم جداول الجمع والضرب، واستخدام الجمع مع حمل، وفك رموز الأرقام (مثال: ٩٨ يكتبها ٨٠١٨).
- يعاني صعوبة فهم المسائل الحسابية.

٣. أسباب العسر في الرياضيات

١. الأسباب ذات المنشأ العاطفي

يمكن لبعض الأزمات العاطفية، كذلك الميئة أدناه، أن تسبب صعوبات على مستوى المنطق الرياضي عند الطفل :

- عدم التوازن النفسي والأمراض النفسية .
- حالة كبت الشعور .
- ديناميكية حركية سببها وراثي.
- استمرار حالة الانصهار أو الذوبان في الأسرة.
- التعبير الرياضي المتضمن صعوبات من النوع الأوديبى.
- استمرار حالة الأنانية وركود ما قبل مرحلة العمليات.
- استمرار الإفراط في السلوك المرتبط باللعب.
- تغلب المواقف الملتزمة بالمعايير الاجتماعية المحافظة.
- تعبير منطقي عن صعوبات أسرية.

٢. الأسباب ذات المنشأ الحركي

- من الممكن الوقوع على سلسلة من الاضطرابات الحركية، ويقصد بها:
- اضطرابات الحركات الكبيرة و/ أو الدقيقة.
 - الخريطة الجسدية.
 - اضطرابات الجانبية (هيمنة جانب من الجسد على الجانب الآخر وصعوبة في تمييز اليسار من اليمين).
 - اضطرابات في عمليات التنسيق السمعي، البصري والحركي.
 - اضطرابات في التوضع في الزمان وفي المكان.

٣. الأسباب ذات المنشأ اللغوي

- في حالة كهذه، يتم تحديد :
- غياب الإدراك المفهومي.
- الفصل بين اللُّغة والمعنى.
- حالات الارتباك.
- عمليات الإسقاط.
- ضعف النحو والتراكيب.
- ضعف الذاكرة السَّمعية.
- تدني مستوى كفاية التجريد.
- أخطاء عدم وضوح ناتجة من طبيعة اللُّغة المستخدمة .

٤. الأسباب ذات المنشأ المنطقي

- في مثل هذه الحالة، يمكن ملاحظة :
- قدرة غير كافية على التجريد، والخروج من المركزية، والتفاعل الاجتماعي، والتوازن والتعميم.
- بنية منطقيّة غير كافية للمكان والزمان والسببية.
- بنية منطقيّة غير كافية للحفظ، والتصنيف، والتبويب، لإدراك العدد والترقيم .
- مجموعة سمات منطقيّة شاملة ما زالت في مرحلة ما قبل العمليّات (كما حددها جان بياجيه).

تتميز السمات القبلية بما يأتي :

- الأنانية : عدم التمكن من تصوّر وجود وجهتيّ نظر بخصوص موضوع ما ؛
- جمود الفكر : عدم القدرة على تغيير وجهة النظر الخاصّة ؛
- مفهوم التسلسل الزمني : غياب إمكانية العودة بالزمان إلى الوراء وغياب الاستباق في الزمن؛
- أولوية الإدراك الحسي على الإدراك المفهومي أي غياب التصور ؛
- التجريد البسيط : انعدام وجود مجال للمقارنة ؛

- الحاجة للقيام بإجراءات محسوسة من أجل بناء التفكير المنطقي ؛
- ضعف أو غياب الترميز : التصورات الشخصية لظواهر المنطق الرياضي غير قابلة للتعميم والتبادل؛
- ضعف أو انعدام عمليّة التناوب بين الاستيعاب والتكيف.

٤. أعراض العسر في الرياضيات

على مستوى الأرقام والعمليات المحسوسة والمواقف، يعيش المتعسر في الرياضيات الحالات الآتية :

- حالة سوء فهم للمفردات والأرقام الرياضيّة ؛
- عدم التمكن من وضع الأرقام في مكانها على مستوى كتابتها وقراءتها ومعناها ؛
- عدم وجود مفهوم العدد كتعبير عن كمية ؛
- تقدير سيء للكميات ؛
- الافتقار إلى تجريد الأرقام (عد الأرقام بواسطة الأصابع، الخطأ في العد، انعدام المقارنة، انعدام الإقحام، انعدام التقدير، انعدام التفكيك) ؛
- غياب القدرة على الانتقال إلى العشرات ؛
- اعتبار عمليّة الضرب تراكم لعمليات جمع ؛
- عدم التمكن من إجراء عمليات حسابية تتابعية أو مركبة ؛
- عدم القدرة على استخدام الحساب الذهني (الاستعانة بالكتابة أو باستخدام الأصابع في أي عد رقمي لأي عمليّة حسابية، مهما كانت بسيطة) ؛
- الرفض الوجداني لبعض الأرقام والعمليات الحسابية أو الرياضيّة ؛
- عدم تطبيق الرياضيات في عمليات حقيقية ؛
- عدم القدرة على فهم تفسير ما، من دون إجراء تطبيق عملي ؛
- استمرار الصعوبات مهما بلغت المدة الزمنية الممنوحة له للإنجاز ؛
- فقدان الرغبة في الإستفسار؛
- حالة اشمئزاز، وتجنب، وخوف واندفاع انفعالي ؛
- خلل في التنظيم الزماني والمكاني.

٥. توصيات

- إن الغاية من التأهيل في حالة العسر في الرياضيات ليس الإبقاء على مفهوم محدّد إنما التوصل إلى مرحلة العمليات المجردة، الضرورية لفهم التحليل المنطقي المعقد لعمليّة ما.
- إن المعالج الاختصاصي في صعوبات النطق واللغة هو وحده من يتدخل لمعالجة الأطفال الذين يعانون من عسر في الرياضيات.
- ينبغي أن تتركز عمليّة إعادة التأهيل على بناء النظم المنطقية (التصنيف، الترتيب، الجمع مع حمل، مفهوم العدد ...).
- كما ينبغي أن تركز عمليّة التأهيل النفس - حركي على :
 - تنظيم الخريطة الجسديّة وبناء المكان والزمان،
 - عمليات التكيف على المستوى التعليمي.

على المعلم أن يقوم بما يأتي :

- تحديد المجالات التي يُبدي فيها الطفل أي صعوبات ؛
- محاولة استهداف هذه المجالات أي التركيز عليها في أثناء التدخل ؛
- في حالة إصابة الطفل بمشكلة عدم إدراك مفهوم العدد، يجب التركيز على توضيح هذا المفهوم في أثناء التدخل العلاجي ؛
- في حالة إصابة الذاكرة اللفظية بمشكلة، قد يكون أمراً مرغوباً فيه أن يسعى التدخل العلاجي إلى إجراء التدريبات المتكررة ؛
- السماح للطفل في أثناء معالجته بإجراء عمليات تحريك واستبدال كي يتمكن من الوصول إلى تفكير أكثر تجريداً.

المفاهيم المتعلقة
بعلم النفس - حركي

عِلْمُ النَّفْسِ - حَرَكَيّ

إن علم النفس - حركي هو اختصاص طبي رديف ينكب على العلاقة بين الجسد والحركة والإدراك الحس - حركي عند الطفل. والغرض منه هو تعزيز التنمية النفس - حركية الشاملة للأطفال خلال الأنشطة الحس - حركية. وهو يحاول، مستنداً على التطور الطبيعي الذي يمر فيه الطفل، وعن طريق خلق الوضعيات الملائمة له، العمل على خفض حالة العجز غير الظاهرة لديه أو حتى على تخليصه بالكامل من حالة الاضطراب التي يعاني منها. وهو يستند لهذه الغايات على مختلف الاختصاصات : الطب، وعلم النفس، وعلم النفس العصبي، بالإضافة إلى وسائل مختلفة منها الجسد، والمكان والزمان، متيحاً بذلك للطفل أن يعي، وبشكل ملموس، كيانه وبيئته، وأن يتصرف إزاءهما بالشكل المناسب.

الاختصاصي السيكو حركي أو في علم النفس - حركي هو الاختصاصي في الصحة المخول التدخل، من أجل إعادة التأهيل النفسي للنمو. وهو يحمل الإجازة أو الماجستير في علم النفس - حركي، ويتدخل في أماكن مختلفة :

أ- في المدارس، ويكون التدخل على مستويين :

١. التعليم الحركي : والذي يهدف إلى تحفيز عملية النمو الطبيعي من أجل تعزيز التكامل والتناغم بين الوظائف الحركية .

٢. التدخل الوقائي : من أجل كشف وتحديد أي تأخير أو صعوبة في أسرع ما يمكن، والتدخل في الوقت المناسب لإجراء التشخيص المبكر.

ب- كما يتدخل مع الطلاب الذين يعانون من صعوبات مختلفة، أو الذين يظهرون إعاقة ما ؛ والتدخل هنا أيضاً يكون على مستويين :

١. إعادة التأهيل الحس - حركي : الذي يتوجه إلى الطلاب الذين يعانون من التأخر في النمو الحركي.

٢. العلاج الحس - حركي : والذي يقدم خدماته للتلامذة ذوي التأخر الحس - حركي الناتج من مشاكل نفسية أو اضطرابات مرتبطة بالأمراض النفسية.

المجالات الحركية

يمكن الإشارة إلى مجالات عديدة ومختلفة تشكل القاعدة الأساسية لعمل الاختصاصي الحس - حركي : خريطة الجسد، والتنظيم المكاني، والجانبية، وتنظيم الوقت، والتجهيز الحسي إلى جانب الوظائف العملائية للإدراك والذاكرة والانتباه، والتي هي جد ضرورية لكل عمليات النمو والتقدم.

في هذا الدليل، نقدم تعريفاً لكل واحد من هذه المجالات، بالإضافة إلى تحديد المسببات التي تعوق تطورها، وأعراض الصعوبات فيها ومراحل نموها. وسوف يجد القارئ أيضاً في كل فصل تعريفاً بالمفاهيم المتعلقة بكل واحد من المجالات، بالإضافة إلى بعض النصائح المقترحة في سبيل المساعدة.

الخريطة الجسدية

١. تعريفها

تشكل الخريطة الجسدية المعرفة التي يمتلكها المرء عن جسده وحدود هذا الجسد، بالإضافة إلى معرفته لإمكانياته الحركية. ويمر نمو الخريطة الجسدية بمراحل مختلفة :

١. التعرف إلى أجزاء الجسد المختلفة : يحدث الاكتشاف الأول للجسد في وقت مبكر جداً، بين الـ ٤ والـ ٦ أشهر، عندما يبدأ الطفل بحمل يديه وقدميه إلى فمه. ثم يعي الطفل تدريجياً، وفي مرحلة أولى، خلال حركته وتنقلاته وتجاربه الجسدية، أجزاء مختلفة من جسده، لينتقل في مرحلة ثانية إلى تعيينها وتسميتها.
٢. توجيه الجسد : يصبح الطفل قادراً تدريجياً على تقليد الإيماءات الجسدية. وتكمن أهمية التقليد في قدرة الطفل على توجيه جسده في اتجاهات محدّدة.
٣. تنظيم الجسد : يصبح الطفل قادراً على السيطرة على جسده وعلى حركاته.
٤. تصوّر الجسد : ويقصد به قدرة الطفل على تمثّل جسده في الرسم. وتتطور هذه المرحلة تدريجياً مع بناء الخريطة الجسدية. ويظهر الطفل، عند كل مرحلة، قدرة متصاعدة على إدراك وتصور المزيد من التفاصيل. وليس الجانب الجمالي بذى أهمية عند هذا المستوى، إذ إن ما يهم هو مقدار التفاصيل والروابط بينها.

٢. المشاكل والصعوبات في العلاقة مع الخريطة الجسدية

من الممكن أن يظهر التأخر في بناء الخريطة الجسدية على عتبة كل واحدة من المراحل الأربع :

١. مرحلة التعرف إلى أجزاء الجسد المختلفة : لا يعرف الطفل أجزاء مختلفة من جسده. قد يتوصل أحياناً إلى تحديد جزء من جسده، ولكن ليس إلى تسميته. وفي أحيان أخرى، فإنه يبدو غير قادر حتى على تحديد هذا الجزء أو ذلك.

▪ في المدرسة، يظهر الطفل غير قادر على استخدام المفردات الخاصة بالجسد، وغير قادر على بناء صورته من في أثناء رسم، أو على لصق أجزاء الجسد في المكان المناسب من الرسم.

٢. مرحلة توجيه الجسد : لا ينجح الطفل في تقليد حركات العدية المغنّاة، ولا يمكنه استخدام جسده لتنفيذ حركات موجّهة، كمد الذراع بغية التوصل إلى دفع الباب، أو لتوجيه تحركاته بحيث يكون قادراً على ارتداء ثيابه.

▪ في المدرسة، يكون الطفل غير قادر على إعادة إنتاج حركات العدية المغنّاة، ولا يمكنه تمييز حركة ما بواسطة البصر. وبالتالي، لا يمكنه تمييز الأشكال مثل الحروف والأرقام أو حتى الرسومات، بصرياً.

٣. مرحلة تنظيم الجسد : يبدو الطفل غير قادر على إيجاد حلول ملموسة للعوائق والمشكلات التي تعترضه بحيث من الممكن أن يتعثّر في كل مكان.

▪ في المدرسة، يجد هذا الطفل صعوبة في استنباط الحلول لأي حالة معقدة تتطلب استخدام جسده.

٣. أسباب الصعوبات في العلاقة بالخريطة الجسدية

إن أسباب سوء بناء الخريطة الجسدية ليست محدّدة. ففي الواقع، يمكن أن ينجم التأخير على هذا المستوى عن أسباب مختلفة :

- انعدام وجود الخبرات الجسدية الخاصة، بسبب المرض والعلاج أو ملازمة المستشفيات.
- اضطرابات مرتبطة بأمراض مختلفة : اضطراب طيف التوحّد، التخلف العقلي، الاضطراب في اكتساب التنسيق الحركي، عسر البلع، وفرط النشاط ...

٤. توصيات

- استخدام المفاهيم المتعلقة بالجسد قدر الإمكان في وضعيات من الحياة اليومية (مثال: تسمية أجزاء الجسد عند الاستحمام، أو عند مساعدة الطفل على ارتداء ملابسه...).
- غناء وتقليد العديّات المغناة.
- السّماح للطفل بأن يتدبر أمر نفسه في مواجهة الحالات التي تتطلب تنظيمًا غير اعتيادي للوضعيات الجسديّة التقليديّة (الانحناء لالتقاط شيء ما مرمي تحت قطعة أثاث، إجتياز عقبة للوصول إلى غرض معين، أو التسلق للوصول إلى موقع محدّد...).

التنظيمُ المكانيّ

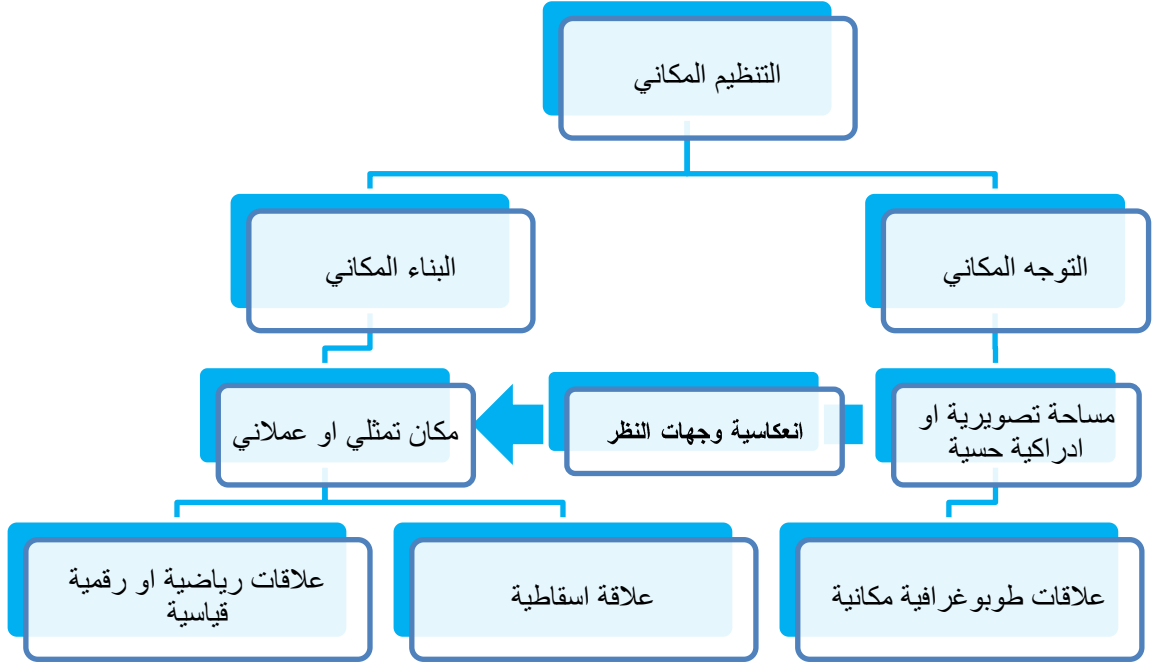
١. تعريفه

هو مجموعة القوانين والقواعد التي تحكم العلاقات بين العناصر (البشر، والحيوانات، والكائنات...) الموجودة في المحيط. وتتضمن هذه القوانين والقواعد المفاهيم المكانية (في الداخل / في الخارج ، أعلى / أسفل، داخل / خارج ...) وقدرة الفرد على استخدامها للتوجّه ولتنظيم المكان المحيط به.

ويمر بناءً المحيط بمراحل عدة :

١. مرحلة الإشغال المكاني : يدركُ الطفل فيها العالم الذي يحيطُ به ويحاولُ تحديده.
٢. مرحلة معرفة المفاهيم المكانية : يقوم الطفل فيها باستكشاف المحيط حوله معتمداً على جسده، وبمقدار ما يتحرك أو يتنقل، تبدأ بالنسبة إليه عملية تموضعه في المحيط والتعرّف إلى المفاهيم المكانية واستخدامها (الداخل / الخارج، في الأعلى / في الأسفل، تحت / فوق...) في ما يتعلق بجسده، ولكن أيضاً في ما يتعلق بالكائنات.
٣. مرحلة التوجه المكاني : يقوم الطفل في خلالها باستخدام المفاهيم المكانية للتوجه في المحيط. كما يتعلّم أيضاً أن يُوضع الأشياء بالنسبة إليه وبالنسبة إلى الآخرين.
٤. مرحلة التنظيم المكاني : في هذه المرحلة، يجمع الطفل كل الخطوات السابقة لتنظيم نفسه وتنظيم المكان المحيط به. ويبلغ هنا مرحلة التمثّل التي ستتيح له إمكانية نقل العلاقات المكانية إلى المستوى البياني أو الصوري.

التنظيم المكاني



٢. المشكلات والصعوبات ذات الصلة بالتنظيم المكاني

١. اضطرابات الإشغال المكاني

- الطفل لا يحصر نفسه في مجال مكتبه.
- لا يقوم بتلوين كل المساحة المطلوب منه تلوينها بل ينحصر تلوينه في مكان واحد.
- لا يقوم بالرسم على كل المساحة المتاحة على الورقة.
- لا يحصر كتابته ضمن المجال المتاح بين الخطين للكتابة.

٢. اضطرابات التموضع المكاني

- الطفل لا يعرف المفاهيم الأساسية العائدة للمكان أو للمحيط.
- لا يعرف أن يتموضع في المدرسة.
- لا يعرف أين مكانه في الصف.
- لا يعرف أن يتموضع بالنسبة إلى دفتر ملاحظاته .
- لا يمكنه القيام بعملية تصنيف استناداً إلى الشكل أو الحجم.

٣. اضطرابات التوجه المكاني

- الطفل المصاب بالخلل المكاني لا يتحرك في الاتجاه الصحيح ضمن الطابور.
- يصعب عليه العثور على مكان المواد التي غالباً ما تستخدم في الصف.
- لا يفرق بين الأشكال المتقاربة بصرياً (ج / خ، د / ذ ، ٢ / ٦ ...) .

٣. أسباب الاضطراب في التنظيم المكاني

تشكل الاضطرابات المكانية أعراضاً تمت ملاحظتها في أمراض مختلفة مثال :

- التأخر في النمو النفس - حركي
- انعدام الخبرة الجسدية المرتبطة بالمحيط وبالأمكنة
- صعوبات التعلم
- الأمراض الوراثية
- الأمراض العصبية

٤. توصيات

- استخدام المفاهيم المكانية في مواقف من الحياة اليومية (مثال: عندما يسأل الطفل إحضار شيء ما، تجنّب الإشارة بالإصبع إلى هذا الشيء أو تجنّب قول جمل مثال " هذا الذي هناك". واستبدال هذه الصيغ بمصطلحات مكانية محدّدة وشديدة الدقة ؛ على سبيل المثال : "أعطني الكتاب الذي هو في الخزانة، تحت العلبه الصفراء" .
- إعطاء الطفل الوقت الكافي كي يجد طريقه بنفسه، حتى ولو كان ثمة من يرافقه ؛ فعلى سبيل المثال، يستحسن أن يطلب إليه العثور بنفسه على البناء الذي تسكن فيه جدته عند الوصول إلى المنطقة حيث تقيم الجدة، أو أن يطلب إليه في المدرسة، الذهاب إلى مكتب الناظرة لإحضار بعض الأوراق، أو أن يترك في السوبر ماركت، لكي يعثر بوسائله الخاصة على الرفوف التي تعرض عليها قطع الحلوى والبسكويت والشوكولاتة.
- تركه يجمع ويرتب الأغراض التي يستعملها أو التي هي بين يديه بمفرده، في صندوق أحضر لهذه الغاية، في حقيبته المدرسية، أو في خزانته ...

١. تعريفها

الجانبية هي الغلبة الوظيفية التي تمتد على الأجهزة المزدوجة من الجسد (العينين واليدين والقدمين والأذنين) في أثناء تنفيذ أعمال أو إجراءات عفوية، تلقائية أو موجهة، مقصودة.

وتظهر الجانبية إما في أثناء الحركات البسيطة التي تتطلب، على سبيل المثال، استخدام يد واحدة أو من في أثناء الحركات الأكثر تركيباً، والتي تتطلب التنسيق بين اليدين الاثنتين.

وتشكل الجانبية المسيطرة مجموعة العوامل التي تؤثر في السيطرة اليدوية أي في تفضيل إحدى اليدين على الأخرى. وغالباً ما تكون هذه العوامل عصبية، إلا أن العوامل الاجتماعية قد تلعب، في بعض الحالات، دوراً في اختيار اليد التي سيتم استخدامها.

ويتم استتباب الجانبية لدى الأطفال بين عمر السنتين والثلاث سنوات. ومع ذلك، تسجل حالات تردّد لدى الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين الخمس والست سنوات، وهو سن بداية زمن الكتابة عند الطفل. غير أن تبديل اليدين في خلال هذه المرحلة العمرية هو دلالة على التعب ولا ينم عن صعوبة في اختيار اليد.

٢. المشاكل والصعوبات المتعلقة بالجانبية

قد يظهر الطفل إما جانبية غير محققة، وإما جانبية معاكسة. في كلتا الحالتين، سوف يؤثر ذلك على مستوى التعلم لديه :

- غالباً ما ينتقل الطفل من استعمال إحدى يديه إلى استعمال اليد الأخرى في أثناء القيام بالأنشطة اليدوية، حتى عند الكتابة.

- يقع في الخطأ بالنسبة إلى اتجاه الكتابة.
- يكتب بخط غير مقروء أو يكتب ببطء.
- يصعب عليه، في الرياضيات، إعادة إنتاج رسم هندسي أو فهم التماثل.
- يرتكب الخطأ في رسم وجهة الحروف أي الاتجاهات التي تأخذها.
- يجد صعوبة بالغة لا بل فشلاً في التنقل بين الصفحات أو في تحديد مكان شيء ما على الصفحة عينها.

٣. أسباب الصعوبات في الجانبية

لا يبدو سبب الصعوبات في موضوع تحكم الجهة المسيطرة محدداً. لكن يمكن بالتأكيد لأي تأخر في النمو، وأياً كان سببه، أن يؤثر سلباً في عملية تحكم الجهة المسيطرة، كما قد يؤدي إلى إبطائها.

وتجدر الإشارة مع ذلك، إلى أن إجبار طفل من المفترض أنه أعسر أو على عكس ذلك أيمن، على استعمال اليد الأخرى، يمكن أن يتسبب له بصعوبات على مستوى الجانبية، ما قد يؤثر سلباً على درجة نموه وتطوره.

٤. توصيات

- في ما يتعلق باختيار اليد، تقديم مجموعة متنوعة من الأنشطة اليدوية للطفل، والسماح له بتحريكها واللعب بها بكل حرية حتى يتم اختيار جهة اليد المسيطرة بشكل طبيعي، إذ إن إجبار الطفل على اختيار جهة تُحدّد له، في حين أنه ليس مستعداً لذلك بعد، قد لا يساعده. وأسوأ من ذلك أيضاً، فقد يمكن أن يكون لهذا الإلزام تأثير سلبي في مهاراته اليدوية، وحتى في ممارسته الكتابة.
- استخدام الكلمات على غرار "يمين / يسار" في مواقف ووضعيات الحياة اليومية، وتنويع هذه المواقف والوضعيات (استخدام هذه المفاهيم، في البداية، تبعاً لما يُسأل الطفل نفسه القيام به، ثم الطلب إليه، في مرحلة لاحقة، أن يقوم هو بتوجيهه أو بتحريك الأشياء، وصولاً إلى المرحلة الأخيرة، التي تتيح له ترجمة أي نقل هذه المصطلحات على مستوى التمثل).

التَّزْيِيمُ الزَّمَانِي

١. تعريف الوقت ومكوناته

إن مفهوم الوقت هو مفهوم تجريديّ، ولهذا السبب يجد الطفل صعوبة بالغة في اكتسابه بسرعة. ويشير مفهوم تنظيم الوقت إلى قدرة الطفل على التموضع زمنياً (تاريخ اليوم الذي هو فيه، تاريخ عيد ميلاده، الأوقات المختلفة من اليوم : الصباح، الظهر، المساء، الليل ...) وعلى التحرك، والتوجه في الزمن، وتنظيم الذات تبعاً للوقت.

أما مكونات الوقت فهي:

- ١ . الترتيب والتتابع
- ٢ . المدّة
- ٣ . الدورية
- ٤ . السرعة
- ٥ . عدم امكانية استرجاع الوقت (أي عدم قابليته للرجوع إلى الوراء)
- ٦ . التسلسل الزمني
- ٧ . الوتيرة

٢. المشاكل والصعوبات المتصلة بالتنظيم الزمني

- أ. اضطرابات على مستوى التعرف إلى المفاهيم الزمانية :
- يعجز الطفل عن رواية قصة صحيحة من حيث تسلسل أحداثها الزمني.
- ينسى ترتيب تفاصيل وضعيّة معيّنة.

- لا يعرف أيام الأسبوع ولا شهور السنة، ولا يمكنه أن يتمطرح في الوقت (أي أن يرى أين هو من الوقت).
- لا يمكنه أن يتموضع أي أن ينظم نفسه بالنسبة إلى أوقات النهار (الصباح، بعد الظهر، المساء) ولا يعرف المفاهيم الأساسية المتعلقة بالوقت (قبل، بعد، أمس، غداً، اليوم).
- يرتبك ويخلط في ترتيب الحروف في الكلمة، أو الكلمات في الجملة، ما يترك أثراً سلبياً على القراءة والإملاء لديه.
- يخلط بين أزمنة الصرف المختلفة.
- لا يدرك معنى مفهوم السرعة وغالباً ما ينجز عمله متأخراً.
- ب. اضطرابات على مستوى التوجه الزمني :
- لا يمكن للطفل أن يتموضع في النهار أو أن يحدد الأوقات المهمة (وقت الاستراحة واللعب وطعام الغداء ...)
- لا يعرف كيفية استخدام التقويم.
- ج. اضطرابات على مستوى التنظيم الزمني :

يستحيل على الطفل أن ينجح في تنظيم وقته، ولا يمكنه أن ينهي عمليات التقييم أو المسابقات في الوقت المحدد له، كما ان واجباته المنزلية تستغرق وقتاً طويلاً يأخذه في المساء ...

٣. أسباب اختلال التنظيم الزمني

ليس للصعوبات على مستوى تنظيم الوقت من أصل محدد، فهي قد تتجم عن العديد من الحالات، مثال :

- التأخر في النمو النفس - حركي
- الأمراض أو الاضطرابات العصبية أو الوراثية
- انعدام وجود التنظيم الزمني في المنزل و/ أو في المدرسة

٤. توصيات

- استخدام المصطلحات المتعلقة بالوقت في وضعيات من الحياة اليومية للطفل.
- إعطاء الطفل برنامج توزيع الوقت اليومي والاستناد في ذلك إلى المعينات البصريّة (الصور أو الرسومات، وحتى الرموز إن كان قادراً على فهمها).
- في المساء، الطلب إليه أن يقوم باستخلاص أحداث اليوم عن طريق استذكار ما حدث معه (ويمكن أيضاً رسم الأحداث مع الطفل ووضعها بحسب ترتيب حصولها، وترقيّمها).
- قراءة قصة والتوقف على ترتيب الأحداث وتسلسلها، ثم الطلب إلى الطفل أن يقوم بتلخيصها.

الجهاز الحركي

١. تعريفه

الجهاز الحركي أو الاستعداد الحركي هو قدرة الطفل على السيطرة على جسده والتحكم به في حالة الحركة أو في حالة الركود. وهو يشمل مختلف وسائل التنقل والحركة (المشي، القفز، الجري ...) بالإضافة إلى القدرة على التحكم بأجزاء الجسد المختلفة .

التوازن الثابت هو قدرة الشخص المعني على الحفاظ على التوازن في وضعيات جسدية ثابتة مختلفة.

التوازن الديناميكي أو المتحرك هو قدرة الشخص المعني على تنسيق أعضاء الجسد المختلفة بهدف القيام بحركة مثال المشي والقفز ...

التنسيق بين اليد والعين هو السيطرة على حركة اليد من في أثناء التحكم عن طريق

البصر.

٢. المشاكل والصعوبات المتصلة بالاستعداد الحركي

تكثر أعراض الصعوبات والمشاكل الحركية ورغم ذلك، يمكن ملاحظة الحالات الآتية :

- لا يقدر الطفل على التحكم بوضعية " الوقوف "
- لا يحب ولا يتسلق،
- يكون قد بلغ شهره الرابع عشر وما زال لا يمشي،
- يُظهر الطفل مشية غير منسقة، وفي كثير من الأحيان يفقد توازنه ويسقط أرضاً،

- لا يتمكن الطفل المصاب بأعراض العجز في الجهاز الحركي من أداء الحركات المطلوبة في دروس التربية البدنية : الجري والقفز، القفز على قدم واحدة، وألعاب الكرة ...

٣. أسباب ضعف التنسيق الحركي

تكمن وراء الصعوبات على مستوى التنسيق الحركي أسباب مختلفة تتراوح بين نقص بسيط في التجربة الجسدية (بسبب دخول المستشفى لفترات طويلة أو بسبب المرض) ومشاكل عصبية. ويلاحظ أيضاً أن أي اضطراب أو مرض يطول النمو الشامل للطفل من شأنه أن يؤثر سلباً في الاستعداد الحركي (أي القدرة الحركية) لديه.

٤. توصيات

- تشجيع الطفل على تدبر أمره بنفسه لكي يتسلق شجرة أو جداراً، أو لكي يركض ويصعد وينزل ...
- اصطحابه إلى أماكن الألعاب الواسعة في الهواء الطلق (زلافة الأطفال، والأرجوحة ...)
- والسماح له بالقيام بتجربته الخاصة.
- الإكثار من الأنشطة اللاصفية ومن تلك التي في الهواء الطلق، كمباريات الكرة والبالونات وركوب الدراجة ...

المهارات اليدوية

١. تعريفها

المهارات اليدوية هي مجموعة الحركات الوظيفية التي تتضمن المهارات اليدوية التي تقوم بها اليدين من أجل تحقيق عملية الكتابة: دقة الحركة، المهارة اليدوية وبراعة الأصابع، التنسيق البصري - الحركي، التفكير الوظيفي والتجزئة العملائية، سرعة التنفيذ، تنظيم أو ضبط التوتر العضلي وتأکید أو ثبات الجانبية اليدوية.

أما مهارة الكتابة فهي تقنية إعادة تأهيل الصعوبات على مستوى الكتابة. وتتضمن هذه التقنية عملاً دؤوباً في مجال تنسيق مختلف مفاصل الذراع وضبط وضعية الطفل الجسدية في أثناء قيامه بعملية الكتابة.

تصنيف باوليتي ١٩٩٣

الاستهداف : التصويب ، الملاحقة ، المقاربة ، الملامسة

التحكم اليدوي : الجسّ، الالتقاط

التحكم التلاعبي : التحسس ، الإمساك، التحريك، التحويل

التخلي : الترك ، الإبداع

نقل القوة : الضرب ، الرمي

التحكّم البياني: الرسم، الكتابة

٢. المشاكل والصُّعوبات المتعلّقة بالمهارات اليدويّة

- تتعدد الصُّعوبات على مستوى المهارات الحركيّة اليدويّة. وتُظهر الملاحظة النقاط الآتي ذكرها:
- يبدي الطفل صعوبة في أداء الأنشطة اليدويّة (لعبة الليغو، استعمال المقصّ، أعمال الغرز والخياطة...).
- يصعب عليه استخدام الأواني المطبخيّة (الشوكة، الملعقة، السكين ...).
- يُبدي صعوبة في ارتداء ملابسه، وخصوصاً في تزييرها أو في إغلاق قفل سرواله (سحاب بنطاله).

▪ في حال ظهور صعوبات على مستوى إنتاج الرسومات البيانية، يبدو التدخل ضرورياً إذا تحقق أحد الشروط الآتية :

- كتابة بخط غير مقروء بتاتاً.

- بطء مفرط عند الكتابة.

- آلام في اليد أو في الذراع في أثناء القيام بفعل الكتابة

٣. أسباب اضطرابات المهارات اليدوية

إن أسباب الصعوبات في الكتابة ليست محدّدة. ولكن تجدر الإشارة إلى أن إرغام الطفل على استعمال اليد اليمنى أو اليد اليسرى يمكن أن يؤدي إلى مشاكل على المستوى الكتابي.

ومن المهم الإشارة أيضاً إلى أن الصعوبات في التنظيم المكاني تترك أثراً في الكتابة لدى

الفرد.

٤. توصيات

- تشجيع الطفل على فتح الأشياء بمفرده (قنينة الماء، العلبة، وضع القشة في زجاجة العصير...).

- جعل الألعاب المدرسية في متناوله (الليغو، والخرز ...) .

- السماح له باختبار نقل صورة الرسم على مساحة كبيرة (الرسم على ورقة ذات قياس كبير، الرسم على اللوح...).

النَّشَاطُ العَضَلِيّ (أو التَّوتُّرُ العَضَلِيّ)

١. تعريفه

النَّشَاطُ العَضَلِيّ هو حالة توتر العضل في وضعيّة السكون.

التحكّم العَضَلِيّ: هو قدرة الفرد على التعديل في نشاط عضلات جسده بطريقة متناسبة مع الحركة التي يؤديها.

٢. أعراضه

تظهر الصُّعُوبات التي يعانيها الطفل في ضبط توتر عضلات جسده، بشكل خاص، على مستوى حركات هذا الجسد.

• في حالة التوتّر العَضَلِيّ الشّدِيد :

- تبدو أنماط التحرك والانتقال لدى الفرد / الطفل جامدة وغالباً ما تكون صعبة.
- تكون المشية غير منتظمة.
- يتم رصد حالات توتر في الذراع في أثناء القيام بالأنشطة اليدويّة لدى الذين يعانون من التوتّر العَضَلِيّ الشّدِيد.

• في حالة التوتّر العَضَلِيّ الخَفِيف :

- غالباً ما يقع أرضاً الفرد / الطفل الذي يعاني من التوتّر العَضَلِيّ الخَفِيف وغالباً ما يُظهر نقصاً في قوة العضلات.
- تتحول الأنشطة اليدويّة، في أكثر الأحيان، إلى تجربة فاشلة بالنسبة إليه وتتعدد الصُّعُوبات : عند غرز البراغي وعند فكها، عند محاولة فتح علبة، عند استخدام المقصّ، أو عند القيام بأعمال الغرز أو أي عمل مماثل ...

٣. أسباب التوتر العضليّ

- تستمدُّ الاضطرابات في التحكُّم بعضلات الجسد أسبابها الأساسيَّة من التلف العصبي.
- ويلاحظُ ارتباطُ التوتر العضليّ أيضًا بالحالة النفسيَّة، إذ يمكن تسجيل علاقة وثيقة بين اضطرابات السَّيطرة على توتر عضلات الجسد وحالة الطفل الانفعالية.

٤. توصيات

- تدليك الطفل بالمرهم (الكريم) أو بالزَّيت بعد الحمام.
- تشجيع الأنشطة الرِّياضية، وبخاصة السباحة.

الاضطراباتُ النَّفسُ – حَرَكِيَّة

أولاً : اضطراب نقص الانتباه المصحوب وغير المصحوب بالنشاط الزائد
(TDA, TDA-H)

١. تعريفه

يستند هذا الاضطراب، الذي طالما أُشير إليه باسم " فرط النشاط "، إلى ثلوث مكون من اضطراب الانتباه، وفرط النشاط والاندفاع الوائد ويتخذ واحداً من مظهرين اثنين :

١. اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط (أي سيطرة فرط النشاط والاندفاع الزائد) TDAH.

٢. اضطراب نقص الانتباه (أي سيطرة قلة الانتباه) TDA.

➤ يتميز اضطراب نقص الانتباه بعدم قدرة الفرد على :

- التركيز لفترة طويلة (الانتباه المركز).
- اختيار هدف من بين مجموعة أهداف (الانتباه الانتقائي).
- تنفيذ مهمتين في وقت واحد (الانتباه الموزع).

➤ أما فرط النشاط فيتميز باضطراب حركي مبالغ فيه. ويكون الفرد غير قادر على المكوث في مكان واحد لفترة طويلة بحيث تحول الحاجة إلى تبديل المكان وإلى الحركة المستمرة من دون نجاح أي مهمة يكون قد بدأها الطفل المفرط في الحركة.

٢. شروط وأعراض اضطراب نقص الانتباه

أ- بعض الشروط اللازمة للتشخيص :

- وجوب ظهور بعض الأعراض قبل سن السبع سنوات.
- وجوب حدوث الأعراض في مكانين مختلفين على الأقل.
- ضرورة إدراج اضطراب وظيفي كبير في المدرسة وفي مجالات العلاقات.
- عدم وجود أمراض أخرى محدّدة بوضوح.

ب- أعراض نقص الانتباه

■ في ما يتعلق بنقص الانتباه، يتطلب التشخيص توافر ما لا يقل عن ستة من الأعراض التسعة الآتية :

١. لا يتوصّل الطفل إلى تركيز انتباهه على التفاصيل، أو يرتكب ما يعرف بأخطاء الإهمال في واجباته المدرسيّة، في العمل أو في غيرها من الأنشطة.
٢. لديه صعوبة في المحافظة على الانتباه في أثناء القيام بالمهام أو بأنشطة اللعب.
٣. لا يصغي الطفل إلى ما يقال له في كثير من الأحيان.
٤. غالباً ما يفشل هكذا طفل في الامتثال للتعليمات، أو يفشل في إتمام الواجبات المدرسيّة كما ينبغي، أو في القيام بمهام طلبها منه الآخرون.
٥. يجد صعوبة في تنظيم عمله وأنشطته.
٦. يتجنّب في كثير من الأحيان الإنخراط في المهام التي تتطلب جهداً عقلياً مستمراً أو يبدو غير راغب فيها، مثال الواجبات المدرسيّة التي عليه القيام بها في المنزل.
٧. يفقد في كثير من الأحيان بعض الأشياء الضرورية لعمله أو التي يستخدمها في بعض الأنشطة في المدرسة أو في المنزل (مثل أقلام الرصاص والكتب ولعب الأطفال والأدوات).
٨. يسهّل صرف انتباهه عن طريق المحفزات الخارجيّة.
٩. يبدي في كثير من الأحيان حالات نسيان في أثناء قيامه بالأنشطة اليوميّة .

ج- أعراض فرط الحركة أو فرط النشاط

- في ما يتعلق بالبعد المسمّى فرط النشاط / الاندفاع، يشترط التّشخيص توافر ما لا يقل عن ستة من الأعراض التسعة الآتي ذكرها :
- ١. يهزُّ الطفل صاحب الحركة الزائدة يديه أو قدميه في كثير من الأحيان أو يتلوى في مقعده.
- ٢. يهبطُ واقفاً في غرفة الصف أو في أماكن وحالات أخرى.
- ٣. يركض الطفل صاحب الحركة الزائدة في كل الاتجاهات، أو يتسلَّق على الكراسي والطاولات وفي أماكن غير مخصّصة لذلك، ويكون فيها هذا السلوك غير مناسب.
- ٤. غالباً ما يكون صاحب الحركة الزائدة صاخباً في اللعب أو غالباً ما تظهر لديه صعوبة في المشاركة بشكل صامت في الأنشطة الترفيحية.
- ٥. يظهر الطفل صاحب الحركة الزائدة نشاطاً حركياً زائداً غير متأثر بالسياق الاجتماعي أو بالتعليمات.
- ٦. يتكلم في كثير من الأحيان بشكل زائد عن المقبول.

د- أعراض الاندفاع

- ١. غالباً ما يسارع الطفل إلى الإجابة عن سؤال لم يتم الانتهاء من طرحه بعد.
- ٢. يبرز صعوبة في انتظار دوره.
- ٣. غالباً ما يقاطع الآخرين أو يتطفل عليهم (كأن يقوم، على سبيل المثال، بإقحام نفسه في محادثاتهم أو ألعابهم).

٣. أسباب اضطراب نقص الانتباه

إن أسباب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD متعدّدة وأحياناً غير متجانسة. وهي تشكل موضوع بحث مكثف نتج منه الكثير من التخمينات والفرضيات ولكنه لم يتوصّل بعد إلى استنتاجات جادة تتعلّق بأسباب هذا الاضطراب.

- ١- عوامل وراثية
- ٢- عوامل عصبية حيوية وكيميائية عصبية
- ٣- عوامل عصبية نفسية
- ٤- عوامل بيئية ونفسية - اجتماعية

٤. توصيات

- وضع الطفل/ التلميذ في موقع جيد في الصف : بعيداً عن الأبواب والنوافذ وعوامل الإرباك التي قد يسببها الأولاد الآخرون.
- إزالة الوسائل غير الضرورية والإبقاء فقط على ما هو ضروري جداً لعمل الطفل.
- اطلّعه على مخطّ العمل: ما يجب عليه القيام به قبل أن يبدأ بالتنفيذ، وإعلامه أن من واجبه إنجاز العمل الذي بين يديه إنجازاً تاماً قبل البدء بأي عمل جديد.
- تقسيم العمل إلى أجزاء أو حصص زمنية من ١٠ إلى ١٥ دقيقة للمحافظة على انتباهه.
- مضاعفة التعزيزات.
- الاقتراب منه لإعطائه التوضيحات.
- تقديم الدرس له مع صور.
- تقييم إنتاجه وقياس التقدم الذي أحرزه.
- شرح أسباب تصرفاته وعواقبها.
- أخذ الوقت الكافي للتكلم أو لإجراء المحادثات مع هذا الطالب الذي يفقد أعصابه بسهولة، واقتراح طرائق مختلفة عليه لتهدئته.
- تكرار التعلّيمات والتوضيحات الإضافية جانباً ضروري جداً للعمل مع هذا الصنف من الأطفال.
- إبلاغ هذا الطفل/ التلميذ بالعقوبات المفروضة عليه عند كل مخالفة لقواعد السلوك والعمل.

ثانياً : الاضطراب في اكتساب التنسيق

١. تعريفه

إن الاضطراب في اكتساب التنسيق هو اختلال في عملية النمو عند الطفل، وهو يتميز بعدم وضوح المهارات الحركية لديه وبرعوتها. ويُظهر الطفل بنتيجته ضعفاً في التنسيق على مستوى المهام المطلوبة منه في الحياة اليومية (مثال ربط شريط حذائه، تزيير ملابسه، الأنشطة اليدوية...) بما لا يتوافق مع عمره أو مع مستواه الفكري.

٢. شروط وأعراض الاضطراب في اكتساب التنسيق

أ- بعض الشروط اللازمة للتشخيص

تسلطُ معاييرُ تشخيص اضطراب اكتساب التنسيق الضوء على ضرورة وجود الشروط الآتية:

- أداء حركي منخفض بالنسبة إلى عمر الطفل، مع إن معدل ذكائه عادي.
- التأثير السلبي لهذا الاضطراب على مستوى الأداء الأكاديمي.
- استبعاد أي حالة طبية قد تكون سبباً للصعوبات الحركية.

ب- أعراض الاضطراب في اكتساب التنسيق النمائي

من بين الأنشطة القاصرة أو غير المنتجة في كثير من الأحيان التي يفشل فيها الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب اكتساب التنسيق النمائي TAC يمكن ذكر:

- ألعاب الكرة والبالونات
- التعامل مع الأدوات (المقصّ، أدوات المائدة، المطرقة ...)
- أنشطة المهارات الحركية الدقيقة
- أنشطة الرسوم البيانية (الرسومات والكتابة ...)
- ألعاب البناء
- ألعاب الرياضة

- أنشطة المهارات الحركية الكبيرة المتعلقة بالتنقل (المشي، الجري، القفز، صعود ونزول الدرج ...)
- عدم استقرار التوازن
- عدم انتظام الكلام (التلعثم ...)

٣. أسباب الاضطراب في اكتساب التنسيق

إن أسباب الاضطراب في اكتساب التنسيق متنوعة وغير محدّدة. ومع ذلك، فإن نيكلسون وليندال (١٩٩٣) قد قاما بتحديد بعض النقاط :

- بعض عوامل مضاعفات في فترة ما قرب الولادة (الوزن الخفيف عند الولادة، صعوبة في التنفس...) يمكن أن تقف وراء سوء الأداء.
- بعض العوامل الوراثية التي قد تكون أيضاً في أصل الاضطراب في اكتساب التنسيق ؛ فقد يكون أحد الأبوين أو كلاهما قد عانى بدوره حالة اختلال في اكتساب التنسيق عندما كان صغيراً.

٤. توصيات

يواجه الطفل الذي يعاني اضطراباً في اكتساب التنسيق حالات فشلٍ تتصل بأنشطة الحياة اليومية وبالمهام المدرسية. ومن المهم أن يعرف المعنيون كيفية مواكبة مساعدته على التكيف وعلى تجنب أي شكل من أشكال الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تطوله. لذا، تتبدى الحاجة إلى اتخاذ بعض التدابير :

- التحدث بصراحة مع هذا الولد لخلق مناخ من الثقة معه وإمكانية التعبير لديه.
- إبلاغ الأسرة والمحيط المباشر بحالة الاضطراب التي يشكو منها الطفل والتحدث معهم عن آثارها لتجنب ردود الفعل غير السارة تجاهه.
- توفير المساحة التي تسمح له باكتساب خبرات جسدية جديدة وباستخدام أفضل لقدراته.
- التوجه إلى الاختصاصي في المجال النفس - حركي لتأهيل الاضطرابات الحركية عنده.

عسر الخطّ

١. تعريفه

عرّف Ajuriaguerra عسر الكتابة بأنه اضطراب يطول نوعيّة الكتابة في حين انكبّ مفكرون آخرون على الاهتمام بالمقلب المكانيّ للكتابة، ووصفوا عسر الكتابة بأنه اختلال الوعي المكانيّ للحروف.

ويبدو عسر الخطّ غائباً عن التصنيفات الجديدة، CIM10 أو DSMIV. أما التصنيف الذي يطلق عليه اسم DSM، فيتحدث بالأصح عن خط غير مقروء تتم ملاحظته على مستوى اضطراب اكتساب التنسيق النمائيّ، وتعود أسبابه إلى عسرٍ في الإملاء. أما التصنيف CIM10 فهو لا يأتي حتى على ذكر الكتابة لا من حيث نوعيتها ولا من حيث مقروئيتها.

٢. أعراض عسر الخطّ

تظهر الصعوبات في الكتابة على مستويات مختلفة :

- عدم مقروئية الخطّ أو عدم وضوحه (تصوير أحرف مشوهة، غياب الروابط، الكتابة بصورة مجهرية - أي بأحرف صغيرة غير مرئية بالعين المجردة ...)
- اضطرابات مكانية تؤثر في الوعي المكانيّ للكتابة.
- صعوبات على مستوى الإملاء قد تكون أسبابها اضطراب في الكتابة.

٣. أسباب العسر في الكتابة

أسباب اضطرابات الكتابة متنوّعة ويمكن إرجاع أسبابها إلى :

- الاضطرابات التعلّمية : عسر القراءة، عسر الرياضيات، وعسر الإملاء ؛

- الاضطرابات الحركية : ومنها اضطراب في اكتساب التنسيق، اضطراب في نقص الانتباه وفرط النشاط والاضطرابات المكانية - الزمانية.
- الأمراض المختلفة التي تؤثر في النمو الشامل للطفل : تتلث الصبغية ٢١، اضطرابات طيف التوحّد، الشلل الدماغي أو حالة الشلل الدنيا ...

٤. توصيات

- إن الاختصاصي النفس - حركي هو المتخصص الصحي الذي يقوم بتأهيل الاضطرابات أو الصعوبات في الكتابة. ومع ذلك، فمن المهم اتباع النصائح الآتية :
- إن التعليقات القاسية على خطّ الطفل لا يمكنها إلا أن تثبط من عزيمته.
- من العبث أن يُطلب إلى الطفل أن يقوم بنسخ النصوص، فهذا قد لا يساعده على أي حال.
- * إنه لمن المفيد جدًّا أن يُطلب إلى الطفل إجراء تقييم ذاتي لخطّه، وتحديد الحروف غير المقروءة ومحاولة تصحيح كتابتها.

المفاهيم المتعلقة

بعلم النفس

عِلْمُ النَّفْسِ

علم النفس هو الدراسة العلمية للظواهر النفسية والسلوك. يهدف هذا العلم إلى استكشاف البنى النفسية وإلى دراسة عمل النفس، ويحاول وصف وتقييم وشرح العمليات العقلية في مجملها وتقييمها وشرحها ويقسم علم النفس إلى العديد من فروع الدراسة النظرية والعملية على حد سواء .

علم النفس المدرسي : يهتم اختصاصي علم النفس المدرسي بموضوع التفاعل بين الطفل وعائلته والمدرسة. ويُنظر إليه على أنه المتكلم الأساسي من بين مجموعة المختصين الذين يتعاملون مع الطفل وعائلته. وهو يعمل في إطار شبكة من المساعدات ذات الاختصاصات التي لها علاقة بالأطفال الذين يعانون من صعوبات.

علم النفس العيادي : هو أحد فروع علم النفس، يختص بدراسة البشر، ودراسة سلوكياتهم الفردية أو الجماعية . ويهدف إلى الإحاطة بالتاريخ النفسي وإلى تفسيره، كما إلى فهم الأداء النفسي للفرد في وضعية محدّدة أو في حالة تطوّره. ويواجه اختصاصي علم النفس العيادي مختلف أنواع الإشكاليات والمشاكل النفسية (الاكتئاب، القلق ، صعوبات التعلّم، المشاكل العلائقية، العدوان ...)

العلاج النفسي : يتعلق العلاج النفسي بدراسة بعض الأمراض العقلية ومعالجتها، إضافة إلى بعض الاضطرابات الجسدية (الإصابة النفسية الجسدية) وصعوبات التكيف (الأسري أو المدرسي) التي ليس لها ملامح أو أعراض نفسية - مرضية واضحة. أما الأشكال الأكثر شيوعاً للعلاج النفسي فهي نظريات التحليل النفسي المنهجية والنظريات المعرفية - السلوكية.

العلاج النفسي التحليلي : يُمارَس العلاجُ النفسيُّ التحليليُّ وجهاً لوجه. وهو يشمل العلاجَ بالدعم، والاسترخاء، والعلاجَ الأسري، والممارساتِ أو العلاجاتِ الموجهة للطفل وللمراهق. ويسمح العلاجُ النفسيُّ التحليليُّ بتقديم المساعدة المناسبة لبعض الحالات العابرة من أنواع الشعور بالانزعاج. وهو يقوم أساساً على تفسير ما يعبر عنه المريض، بهدف خفض مستوى الصراعات داخل النفس أو القضاء عليها كلياً.

العلاج النفسي السلوكي المعرفي : يُعنى العلاجُ السلوكيُّ المعرفيُّ بكل من عمليّة التفكير لدى الفرد وسلوكه في آن واحد . ويقوم الحوار بين المريض والطبيب المعالج بغية تقييم أسباب هذا الاضطراب نقطة بنقطة. ويكمن العلاج في القيام بعدد من الخطوات للتخلص من الاختلال موضوع العلاج، وذلك من خلال سلسلة من التدريبات العمليّة المتصلة مباشرة بالأعراض.

التحليل النفسي : إن سيغموند فرويد هو من وضع مفهوم التحليل النفسي. ويقوم التحليل النفسيُّ أساساً على الكلام، ويعتمد التقنيّة كما النظريّة لفهم الصراعات النفسيّة لأنه يقوم على استكشاف اللاوعي. ويساعد التحليل النفسيُّ على كشف وجود ذكريات داخل النفس، ورغبات أو صور يشكّل وجودها في اللاوعي اضطرابات نفسيّة وجسديّة.

علم نفس الرضع والأطفال : يسهم هذا العلم في تحسين ظروف النمو النفسيِّ والوجدانيِّ للأطفال والمراهقين، وفي معالجة الاضطرابات ذات المنشأ المرضيِّ والنفسيِّ التي تحصل خلال فترة الطفولة والمراهقة. وبالتالي يعمل على تدارك تطوراتها وانعكاساتها على المدى البعيد.

التربية التقويمية : يتم تعريفها على أنها مجموعة من الأساليب وطرائق التعليم التي تهدف إلى تمكين الأطفال والمراهقين والبالغين الذين يعانون من الاضطرابات أو من الصعوبات التعلّمية في تطوير إمكاناتهم بقدر المستطاع.

ويكمن دور المربي التقويمي في :

- تطوير المهارات التعلّمية / التعلّميّة عند الأطفال الذين يعمل معهم،
- تصميم أدوات ملائمة لاحتياجات الأشخاص ذوي الاضطرابات أو صعوبات التعلّم،
- استخدام أدوات التقييم التشخيصي، وتحليل النتائج وتفسيرها بصراحة ودقة.

التحرُّشُ الجِنْسِيّ

١. تعريفه

التحرُّشُ الجِنْسِيّ، ويعرف أيضاً بالاعتداء الجِنْسِيّ، هو كل إشراك لأطفال ولمراهقين غير مستقلين في شخصهم، وغير ناضجين من حيث نموهم، في أنشطة جنسيّة لا يفهمون معناها على وجه التمام.

ويمكن التفريق بين فئات ثلاث من الاعتداء الجِنْسِيّ معروفة تقليدياً :

١. الاعتداء الجِنْسِيّ من دون اتصال جسديّ : عبر المكالمات الهاتفية، العروض والصور أوشرطة الفيديو الإباحية، الاستثارة، الخ.
٢. الاعتداء الجِنْسِيّ مع اتصال جسديّ : اللمس، الملاطفة، التقبيل، الفك، الاستمنا، استخدام اللسان، الخ.
٣. الاعتداء الجِنْسِيّ بالاغتصاب أو محاولة الاغتصاب : اختراق أو محاولة اختراق المهبل، والشرح والفم عن طريق الإصبع، أو القضيبي أو أي شيء آخر.

٢. توصيات

لتفادي حصول الإساءات الجِنْسِيّة في حقّه ، يجب التحدث ببساطة مع الطفل، عن حقّه في أن يقول "لا" إلى اليد التي تريد أن تلمسه عندما يشعره ذلك بالانزعاج، كما يجب أن يعرف أنه يستطيع التحدث، بكل ثقة، عن هذا الموضوع، إلى الأشخاص الذين يعتنون به.

– القاعدة التي تقول " ممنوع اللمس هنا " هي قاعدة بسيطة وتحدد بشكل واضح الأماكن التي يسمح بلمسها، أو بالعكس تلك التي يُمنع لمسها. وعلى العموم، لا ينبغي أن يلمس الآخرون الطفل على أجزاء الجسد التي تغطيها عادة الملابس الداخليّة. وبذلك تساعد

قاعدة " ممنوع اللمس هنا" الأطفال على تحديد واضح وسهل لتذكر الحدود التي لا يجوز تخطيها: الملابس الداخلية.

- يجب عدم اعتبار الطفل صغيراً كي يتعلم قاعدة " ممنوع اللمس هنا "، إذ يمكن له أن يتعرض للإساءة الجنسيّة في أي عمر كان.
- لزوم تعليم الأطفال أن يقولوا "لا" على الفور وبطريقة حازمة عند أي اتصال غير ملائم بأي جزء من أجسادهم.
- إخبار الأطفال أنه ليس حسناً أن ينظر أي شخص إلى أعضائهم التّاسليّة أو أن يلامسها، وأنه ليس حسناً في المقابل أيضاً أن يُطلب منهم أن ينظروا إلى أعضاء الآخرين أو أن يلامسوها بدورهم.
- تعليم الأطفال التّمييز بين الأسرار الجيدة وتلك السيئة. وبذلك تعليمهم أنه لا ينبغي أن يبقى طيّ الكتمان أي سر من شأنه أن يخلق لديهم الإحساس بالقلق والانزعاج، أو الخوف، أو الحزن، بل ينبغي أن يُخبروا به الكبار الموثوق بهم (الأم، المعلمة، الشرطي، الطبيب).
- تدريس الأطفال قواعد بسيطة عن الاتّصال مع الغرباء : عدم الصّعود في سيارة مع شخص غريب وعدم قبول الهدايا أو الدّعوات التي يمكن أن يقدمها لهم أناس، هم لا يعرفونهم.
- في حال الشك في أن الطفل قد تعرض إلى الإساءة الجنسيّة، من المهم جداً عدم إلقاء اللوم عليه، إذ ينبغي عدم إشعاره أنه قد فعل شيئاً سيئاً.

ومن المهم أن تأخذ التوعية سنّ الطفل في عين الاعتبار :

- فبالنسبة للأطفال الصغار (بين ٣ و ٨ سنوات)، يمكن أن تتمّ التّوعية عن طريق قصص الحيوان التي لا تصدم الطفل والتي هي مصمّمة لهذا الغرض.
- بالنسبة لمن هم أكبر سنّاً وللشباب (بين ٩ و ١٨ سنة)، من المهم مناقشة بعض النقاط الدقيقة مع الطلاب :
- توخي الحذر للاحتماء خاصة من الغرباء.
- عدم إرتياد الأماكن السيئة أو الواقعة في مطارح منعزلة.
- بالنسبة للفتيات، تجنّب الملابس الغربية وغير المحتشمة (التتورة القصيرة، الحذاء ذي الكعب العالي، الملابس المكشوفة عند الصدر ...)

كما يجدر بالآباء والأمهات هم أيضاً مناقشة هذه القضايا مع أبنائهم وبناتهم.

١. تعريفه

التَّوَحُّدُ هو اضطراب في النمو البشري، يتميَّز بتفاعل إجتماعي غير سوي وبتواصل غير طبيعي، ترافقه سلوكيات محدودة ومتكررة.

ويبرز اضطراب اسبرجر على شكل اضطراب إجتماعي للنمو وهو يشبه حالة التَّوَحُّد الشديد، إنما مع عدم وجود تأخر في النطق.

٢. أعراضه

يتم التَّوَحُّد إلى أعراض التَّوَحُّد من قِبَل الأبوين منذ السنتين الأوليين من حياة الطفل. وتكون الإصابة شديدة لدى البعض، ومعتدلة لدى البعض الآخر. كما يصيب التَّوَحُّد الصبيان بنسبة أربعة أضعاف إصابته الفتيات .

وغالباً ما تتلاقى أعراض أخرى مع أعراض التَّوَحُّد :

- مهارات معرفية متميزة : قدرات عالية جداً على المستوى البصري - المكاني، ودرجة عالية من تطوُّر الذاكرة في بعض المجالات ...
- خصائص حسية متميزة : (السمع، الرؤية، الشم، اللمس)، يرافقها نقص أو فرط في الحساسية، أو السعي وراء منبهات حسية غير عادية في كثير من الأحيان (حساسية تجاه بعض الأصوات والروائح أو المواد).
- اضطرابات في المهارات الحركية واضطرابات تتعلق بالوضعية: صعوبات في التنسيق بين اليسار واليمين، أو بين أعلى الجسد وأسفله، حالات تصلب واستخدام وضعية الجسد لتخفيف الانفعالات والعواطف، إصابة المهارات الحركية الدقيقة...

٣. أسباب التوحّد

حتى اليوم، لم يتم التأكد من وجود سبب محدّد يقف وراء التوحّد. وأنه لمن المرجح أن أسباباً مختلفة يمكن أن تؤدي إلى تطوّر عوارض هذا الاضطراب :

- المعطيات العصبية الحيويّة : تؤكد هذه المعطيات وجود الاختلافات في شكل الدماغ لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض التوحّد، وعلى طريقتهم غير الطبيعيّة في معالجة المعلومات.
- المعطيات الوراثيّة : تم تحديد العديد من الجينات على أثر دراسة الاختلافات بين الأشخاص المصابين وأشخاص أصحاء. ومن الممكن لهذه " الجينات المرشحة " أن تكون على علاقة بالتوحّد.
- معطيات التحليل النفسي : من الممكن أن تؤدي الخصائص الإدراكيّة والحسيّة والحركيّة لدى الأشخاص الذين يعانون من التوحّد إلى اضطرابات في تكوين الجهاز النفسيّ لديهم، بما في ذلك، على وجه الخصوص، تلك التي تؤثر في تكوين صورة الجسد عندهم.

٤. توصيات

- تقوم رعاية الأشخاص الذين يعانون من مرض التوحّد على ثلاثة مرتكزات رئيسة يجب تكييفها تبعاً لخصائص كل شخص متوحد ولتطوّرهِ :
- المرتكز التربوي والذي يهدف إلى تعزيز إستقلالية الفرد المصاب.
 - مرتكز التدريس الهادف إلى إرساء التعلّم (تكييف الكتب المدرسيّة ، التعليم التفريدي (كل واحد على حدة))
 - المرتكز العلاجي الذي يسعى إلى تحسين مستوى الصحة النفسيّة والجسديّة للفرد المصاب.

٥. العلاج

لا يوجد حتى الساعة أي علاج من شأنه أن يأتي على أسباب التوحّد. وتسعى العلاجات بواسطة الدواء إلى الحد من أعراضه : مثال التملل والقلق والنمطية أو التصرفات الطقسية، واضطرابات النوم ...

اضطرابات الأكل

أولاً : فقدان الشهية

١. تعريفه

فقدان الشهية هو اضطراب في السلوك الغذائي أو اختلال في الأكل، يستخدم فيه فاقد الشهية أحياناً قدرته على التحكم بجسده بهدف السيطرة على علاقاته مع المحيط، ومع عائلته تحديداً. ويبدأ هذا الاضطراب مع بذل الجهد لمحاربة الجوع ويؤدي إلى فقدان الشهية.

٢. أسباب فقدان الشهية

- يظهر فقدان الشهية في بعض الأحيان على أنه حل وسطي، يجده الشخص المصاب، لحالة الصراع الذي يكون قد فشل في إيجاد حل له : الغيرة، الفشل في الحب، الحزن لخسارة شخص...
- ينشأ هذا الاعتلال في بعض الأحيان نتيجة لوجود تربية صارمة، وبترافق مع تدني تقدير الذات.
- يأتي نتيجة لاتباع نظام بسيط للحمية الغذائية عندما يتجاوز هاجس فقدان الوزن حدود السيطرة.

٣. آثاره الجسدية والنفسية

- غالباً ما يؤدي فقدان الشهية إلى الاكتئاب، في حين تكون لدى الشخص المصاب، قبل أن يقع ضحية هذا الاضطراب، حالة نشاط زائد.
- يترك فقدان الشهية المجال واسعاً لعزلة اجتماعية واضحة.
- تكثر الهواجس التي تدور حول الغذاء.

- يؤدي فقدان الشهية على المدى الطويل إلى نقص غذائي ينتج منه فقدان الطاقة وعدم قدرة الشخص على حل مشاكله .

ثانياً : الشره المرضي

١. تعريفه

الشره المرضي هو اضطراب خطير في الأكل يتعلق بفقدان السيطرة على النفس أمام الغذاء. وغالباً ما يظهر خلال فترة المراهقة. ويمكن لفقدان السيطرة تجاه الغذاء أن يتصل بكمية الغذاء وبالخيار، بالمكان أو حتى بالوقت الذي يتم فيه تناول الأطعمة. أما حالات التقيؤ المصطنع فتأتي من بين الوسائل المستخدمة لتعويض شهوة تناول الطعام.

٢. أسباب الشره المرضي

- يطول الشره المرضي بشكل رئيس النساء اللواتي يعوّضن عن معاناتهن وعن الفراغ في نفوسهن عن طريق تناول الأطعمة.
- يتم عادة ربط هذا المرض بالحاجة إلى ملء النقص العاطفي.
- يبدو الشره كوسيلة للاحتماء من الاكتئاب والإجهاد المرضي.
- لا يهدف الأكل إلى التقوّت بقدر ما هو وسيلة لقمع القلق، والتعويض عن الإحباط، لتحسين أو تعزيز صورة الذات.

٣. آثاره النفسية

- تمثل سيءً لصورة الجسد
- تدني تقدير الذات
- إحساس بالعار وانطواء على الذات

٤. توصيات

إن المدرسة هي المكان الذي يُنصح به من أجل تربية غذائية سليمة. إذ من المفترض أن يقوم المعلم بمراقبة السلوك الغذائي لدى طلابه، والتأكد مما إذا كان الطالب يتناول وجباته وما إذا كان يأكل بطريقة صحيحة طعاماً صحيحاً. وفي حال ظهور الاضطرابات أو المشاكل، يجب على المعلم:

- تحسين التواصل مع التلميذ لبناء الثقة ؛
- تجنبّ إلقاء اللوم على التلميذ في محاولة لدفعه إلى تغيير عاداته في الأكل ؛
- السعي إلى مساعدة التلميذ على التخلص من الشعور بالانزعاج ومن المعاناة ؛
- تجنبّ تركيز الانتباه على الاضطراب في الأكل ؛
- تشجيعه على الاندماج في مجموعة وعلى منع عزلته ؛
- توجيه الآباء والأمهات نحو الاختصاصيين.

٥. علاج اضطرابات الأكل

كي تكون المعالجة فعالة ومستدامة، يجب أن تقوم على الثقة وعلى السعي لإيجاد أسباب الاضطرابات النفسيّة والسيّطرة عليها. ويهدف العلاج النفسيّ للوصول بالطفل إلى النضج العاطفيّ وإلى حل الصراعات والأزمات العاطفيّة.

اضطرابات السيطرة على العضلة العاصرة

أولاً : التبرز اللاإراديّ

١. تعريفه

التبرز اللاإراديّ هو تفرغ البراز بشكل غير إراديّ ومتكرر خارج الأماكن المخصصة لهذا الغرض لدى الطفل الذي تجاوز السنوات الأربع، من دون أن يكون لديه أي مرض عضويّ

السمات الرئيسية لهذه الحالة هي :

- تتكرر عملية تفرغ البراز، سواء أكانت عرضيّة أم متعمّدة، في أماكن غير مناسبة (على سبيل المثال، في الملابس أو على الأرض).
- يحدث السلوك مرة واحدة على الأقل في الشهر لمدة ثلاثة أشهر.
- يكون الطفل قد بلغ السنوات الأربع على الأقل كعمر زمني (أو مستوى نمو يعادله).
- لا ينتج السلوك من تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة معيّنة (مثل المُلينات) ولا عن حالة طبيّة عامة.

ويسبب التبرز اللاإراديّ حالة من الاستياء لدى الطفل ولدى عائلته. ويمكن أن يصاحبها بكل سهولة الميل إلى العزلة، والانطواء، أو حتى إلى الشعور بالعار.

كما وتطاول هذه الحالة نحو ٣ ٪ من الأطفال في سن الأربع سنوات و ٢ ٪ في سن الثماني سنوات. ويمكن أن يحدث تفرغ البراز في الليل أو في النهار، أو في كليهما.

ومن الملاحظ أن التبرز اللاإراديّ يصيب الفتيات أكثر مما يصيب الفتيان، كما يمكن أن يؤدي إلى التبول اللاإراديّ وإلى التهابات المسالك البولية.

٢. أسباب التبرُّز اللاإرادي

لا ينبغي الخلط بين التبرُّز اللاإرادي وارتخاء العضلة العاصرة الشرجية كما هو الحال في بعض الأمراض العصبية. (اعتلال الدماغ، إصابة النخاع الشوكي ...).

– قد يرتبط التبرُّز اللاإرادي باضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل، وغالباً بين الطفل والأم .

– قد تعود الأسباب إلى تدريب العضلة العاصرة بشكل مبكّر مع ما يرافق ذلك من إكراه تقوم به أم متطلّبة لا تتسامح مع إمساك الطفل لبرازه، أي مع احتفاظه به في الداخل.

– المعارضة العدائية ورفض الطفل الذهاب إلى المرحاض.

– من الممكن أن يعبر التبرُّز اللاإرادي عن الرغبة في الانتقام : ولادة أخ جديد، صعوبات مدرسية، ...

– قد تكون ذات صلة مع شكل من أشكال إدارة العدوانية.

– يمكن أن يخفي التبرُّز اللاإرادي قلق الانفصال خصوصاً عند دخول الطفل رياض الأطفال.

ويبدو الطفل الذي يعاني من التبرُّز اللاإرادي قلقاً، كما يُظهر بعض الميل إلى الإحباط ويتصف بعلامات عدوانية غير ناضجة، تتسم بالتسرع، والإفراط أو بالمبالغة في السيطرة عليها. كما أن هذا الطفل هو كثير الاعتماد على أمّه.

ثانياً : التبوُّل اللاإرادي

١. تعريفه

إن التبوُّل اللاإرادي حالة تؤدي نحو حدوث التبوُّل بشكل لا إرادي عند الأطفال، أي أنهم يقومون بالتبوُّل على أنفسهم. وتطول هذه الحالة حوالي ١٠ ٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخمس والسبع سنوات، وبالأخص الصبيان منهم.

هناك نوعان من التبوُّل اللاإرادي :

– التبوُّل اللاإرادي الابتدائي : وهو يشمل الأطفال الذين لم يبلغوا بعد مرحلة النظافة.

- التبول اللاإراديّ الثانوي : في هذه الحالة الثانية، يعود الطفل بعد أن تكون قد مضت ستة أشهر على الأقل على بلوغه النظافة، إلى التبول على نفسه أو في سريره.
- ويمكن تفسير التبول اللاإراديّ كما التبرز اللاإراديّ إنطلاقاً من أسباب فيزيولوجية ونفسية.

٢. أسباب التبول اللاإراديّ

أ- الأسباب الفيزيولوجية

- عدم نضج المثانة : تكون ردود الفعل العصبية والعضلية التي تسيطر على المثانة ما زالت لا تعمل بشكل كامل. وفي هذه الحالة، يتم إفراغ المثانة من دون أن يتمكن الطفل من السيطرة عليها.
- المثانة ذات السعة الضئيلة.
- عدم التوازن الهرموني : في الليل، تقوم الغدة النخامية بإفراز هرمون مضاد لإدرار البول. وتؤدي عملية الإفراز هذه إلى إبطاء إنتاج البول. لكن لدى بعض الأطفال، قد تكون هذه الآلية غير مكتملة.
- انخفاض عتبة اليقظة والتنبه : يظل الطفل نائماً على الرغم من الإشارات التي ترسلها المثانة.
- الاستعداد الوراثي : إذا كان أحد الوالدين قد عانى، وهو طفل، من التبول اللاإراديّ، فإن احتمال أن يصاب الابن (أو الابنة) بالتبول اللاإراديّ يبلغ نحو الـ ٤٠ % إلى الـ ٧٠ % إذا كان الوالدان مصابين بالتبول اللاإراديّ في الطفولة. وإذا كانت الحال كذلك، فإن الحديث مع الطفل عن هذه التجربة يساعده على تجاوز الشعور بالذنب.

ب- الأسباب النفسية

- عندما يعود الطفل إلى التبول في ثيابه في حين أنه يكون قد تمكن قبلاً من السيطرة على عضلته العاصرة، ينبغي البحث في الحدث الذي تسبب له بالتبول بطريقة لا إرادية لمعرفة كيفية تقديم المساعدة له.

في هذا السياق، يمكن أن يعبر التبول اللاإراديّ عن :

- رغبة الطفل في البقاء صغيراً وخوفه من أن يكبر.
- الغيرة بين الأشقاء والشقيقات.
- التعرض لصدمة عاطفية (الانفصال، الطلاق، الوفاة، مشهد عنف، تحرُّش ...) .
- تعلم صارم جداً لاستعمال القعادة.
- إطلاق سراح المثانة في الليل وتبلييل الشراشف شيء يمكن حتى لطفل نموذجي وعقل جداً أن يقوم به أيضاً، أسوة ببقية الأطفال.

إن التبول الليلي هو وسيلة إذاً، يثبت الطفل من خلالها أن جسده هو في الواقع أحد

ممتلكاته.

٣. آثاره النفسية

للتبرز والتبول اللاإراديين آثار نفسية بالغة : القلق، اضطرابات النوم، التهيج، الانطواء .
يشعر معظم الأطفال نتيجة لذلك بالخجل ويفقدون الثقة بأنفسهم. وغالباً ما تعوَّق هذه المشكلة حياتهم الاجتماعية : فهم يرفضون أن يذهبوا إلى النوم عند صديق، أو لا يريدون الذهاب إلى المخيم. وتكون النتيجة أن يقبعوا في منازلهم وينطووا على ذواتهم.

٤. توصيات

من واجب المعلمين الطَّلب إلى الآباء القيام باستشارة الطبيب لتحديد المشكلة التي قد تقف وراء حالة الاضطراب. كما أن عليهم التَّخفيف من التهويل على الطفل : عدم الحكم عليه أو معاقبته، إنما جعله يفهم أنه ليس وحده من يتبول رغماً عنه أو من يتبرز بطريقة غير ملائمة، وأن هذه المشكلة الصغيرة هي عابرة ويمكن التعامل معها. ويمكن للمعلمين أن يساعدوا الآباء والأمهات على تطوير عادات حسنة عند الطفل، من بينها :

- جعله يشرب كمية أكبر في خلال النهار، وأقل بكثير في الليل.
- إرساء طقس التبول من ضمن عاداته، مباشرة قبل الذهاب إلى السرير.
- إبقاء نور خافت مضاء ليلاً، يسمح له بالذهاب إلى المرحاض من دون خوف.
- تحاشي معاقبته في كل مرة لأن ذلك يؤدي دائماً إلى أثر غير مرغوب فيه.

٥. العلاج

يمكن معالجة هذين النوعين من الاضطرابات السلوكية (التبرُّز والتبول اللاإراديين) بواسطة الدواء. ولكن، عندما تخفي الاضطرابات أسباباً نفسية، يُنصح المعنيون بإجراء متابعة نفسية. ويمكن للمعالج النفسي أن يقوم بتحديد مصدر القلق عند الطفل. لذلك، إن أراد الأهل معالجة الوضع، فهم مدعوون لملء الفراغ أو لحل المشكلة العائليّة التي تقلق الطفل. في مثل هذه الحالة، يبدو الكلام أساسياً.

١. تعريفه

الاكتئاب عبارة عن اضطراب يتميز بفترات من انخفاض المزاج، يرافقها تدني احترام الذات وفقدان الاهتمام بالأنشطة أو المتعة في أثناء القيام بها، بالإضافة إلى تناقص القدرة على التركيز. وقد تبرز علامات أخرى مثل التعب، الحزن، الأفكار السلبية، التصورات السوداء، القلق أو الضيق. وقد يؤدي الاكتئاب، إذا ما استمر من دون علاج، إلى سلوك انتحاريّ .

٢. أسبابه

تنتج أسباب الاكتئاب من تراكم العوامل والسياقات. وتفهم على أنها نتيجة لتفاعل مجموعة من العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية. إن حالة الحرمان العاطفي العميق، أو الصدمة النفسية، أو الإجهاد الناتج من وضعية محدّدة، أو المرض، أو البيئة الاجتماعية المعادية، أو الصراعات العائلية، أو الطلاق، أو وفاة أحد الوالدين، أو أي اضطراب آخر في المجال الأسري يؤدي بشكل كبير إلى قيام حالة الاكتئاب.

- الأسباب الناتجة من عوامل بيولوجية (العوامل الوراثية، المخدرات، الأدوية).
- العوامل النفسية الفردية المتعلقة بسيرة الشخص وواقعه الحالي (الطفولة المبكرة، الطفولة الكامنة، والمراهقة، الخ...).
- المعطيات المتعلقة بالبيئة (سواء أكانت عائلية أم مهنية، اجتماعية أم ثقافية).

ويرتبط سوء المعاملة (الجسديّة والعاطفيّة والجنسيّة، أو الإهمال) الذي قد نمارسه على قاصر بتضاعف خطر إصابته بالاكتئاب الذي سيترك وزنه وأثره البالغين في وقت لاحق على حياته.

٣. توصيات

عندما يلاحظ المعلمون بروز إحدى علامات الضيق والشدة على الطالب أو أيّ من أعراض الاكتئاب التي سبق عرضها، واستمرارها لما يزيد عن الأسبوع، يتوجب عليهم استدعاء الأهل وإطلاعهم على وضع ابنهم. كما يجب عليهم أن يتأكدوا من أن الولد يعاني من الحالة عينها في البيت، وذلك من أجل إرشادهم إلى أخصاصي (طبيب العائلة، المعالج النفسي).

٤. العلاج

يتم علاج الاكتئاب النفسيّ بواسطة العلاج النفسيّ استناداً إلى مقاربة التحليل النفسيّ أو إلى النهج السلوكيّ المعرفيّ.

أما عندما يرتبط الاكتئاب بأفكار تنحو باتجاه الانتحار، فمن المستحسن التداوي بالعقاقير وبمضادات الاكتئاب.

- يعمل العلاج النفسيّ على أسباب الاكتئاب العميقة، الموجودة داخل النفس، أي على تاريخ الفرد. لذلك فهو يقوم حصراً على الكلام.
- أما العلاج السلوكيّ المعرفيّ فهو يتعامل مع الاكتئاب عن طريق تغيير السلوكيات والأفكار التي تتعلق بهذا الاضطراب.

١. أنواع الصرع

هناك نوعان رئيسان من نوبات الصرع :

- ١- النوبات الكاملة أو المعممة : حيث تؤثر مخاوف التفريغ الانتيابي في نصف الكرة المخية كليهما.
- ٢- النوبات الجزئية : التي تؤثر في أجزاء معينة من الجسد فقط، وتمثل ٦٠ % على الأقل من حالات الصرع .

٢. أسباب الصرع

لا تزال أسباب الصرع غير واضحة في أكثر من ٥٠ % من الحالات. ويمكن أن تنتج من

:

- إصابات الدماغ
- التشوه الخلقي
- التهاب الدماغ
- مفاعيل معاناة الولادة
- صدمة الجمجمة
- السكتة الدماغية
- الورم
- التهابات الجهاز العصبي المركزي
- الأمراض العصبية التدريجية
- التشوهات الصبغية
- اختلال في النواقل العصبية

– الاستعداد الوراثي للمرض

وقد تأخذ نوبات الصرع أشكالاً كثيرة الاختلاف، مثال :

– انخفاض ضئيل في مستوى الانتباه

– ارتعاش العضلات

– تشنجات شديدة وممتدة : تشنُّج الجسد، تليه غيبوبة وحالة الهزّة العابرة .

٣. توصيات

خارج فترات الأزمة، لا يشعر الطفل المصاب بالصرع بالمرض عادة، كما لا ينبغي أن يُعامل على أساس أنه مريض.

– يجب أن يأخذ توزيع برنامج العمل المدرسيّ الشامل بعين الاعتبار، في بعض الأحيان، وجود بعض المنوعات لدى الطفل المصاب، وخصوصاً في ما يتعلق بالأنشطة الرياضية. فقد يجد المعلم نفسه مضطراً إلى ضبط مستوى تطلبه بما يتناسب مع حالات التعب لدى هذا الطفل ومع الصُّعوبات المؤثرة في الانتباه. وإذا ما تكرر تغيبُ الطالب عن المدرسة بسبب نوبات الصرع التي تتناوبه، فإن على المعلم أن يعوض على هذا التلميذ ما فاتته كي يتمكن من الاستمرار في التعلُّم.

– قد يجد المعلم نفسه مضطراً إلى التعامل مع اضطرابات الذاكرة لدى الطالب الذي يعاني من الصرع، ومع حالات البطء في التفكير، والقابلية المفرطة للشعور بالتعب. وعليه أن يأخذ بها جميعاً في عين الاعتبار في أثناء تعليمه، بما في ذلك إعطاء الطالب المزيد من الوقت لإنجاز المهام المدرسيّة.

– يبلغ المعلم بسرعة وبانتظام الأبوين بكل أمر أو حدث مهم يتعلق بابنهما.

– في حالة النوبة، من المهم أن يتحدث المعلم بهدوء إلى الطالب، وأن يحاول وقف تدهور حالته، وأن يحميه من كل ما يمكن أن يضرَّ به.

– يجب على المعلم بعد ذلك إنتظار إنتهاء نوبة التشنُّجات ليساعد الطالب / الطفل على الاستلقاء على جانبه، متّخذاً وضعيّة آمنة.

٤. العلاج

يتم التعامل طبيّاً مع الغالبية العظمى من حالات الصرع أي من طريق وصف الأدوية الطبيّة.

اضطراب السلوك

١. تعريفه

إن الطالب الذي يعاني من اضطراب في السلوك أو في التصرف هو ذلك الذي يكشف تقييمه النفسي والاجتماعي عن وجود قصور كبير في قدرته على التكيف، يتجلى في صعوبات كبيرة في التفاعل مع واحد أو أكثر من عناصر البيئة المدرسية أو الاجتماعية أو الأسرية. ويعتبر أيضاً سلوكاً غير ملائم أو غير لائق كل ما يمكن أن يؤدي إلى عواقب وخيمة على الطالب نفسه أو على غيره، كعمليات الاعتداء الجسدي.

٢. أسباب اضطراب السلوك

إن العوامل المؤدية إلى اضطراب السلوك مترابطة، ولا يبدو أن أيّاً منها يعمل بصورة منفردة أو يؤدي إلى بروز هذا الاضطراب.

• العوامل البيولوجية

الحوادث الوراثية، التلف في الدماغ والاختلال الوظيفي، سوء التغذية، الاضطرابات البيوكيميائية، الأمراض والإعاقات الجسدية، بالإضافة إلى المزاج الصعب، عناصر يمكن أن تسهم في نشوء الاضطراب السلوكي.

• العوامل الأسرية

غالباً ما يحظى الآباء الذين من عاداتهم إظهار موقف التهاون، أو الإهمال أو الرفض تجاه أبنائهم، واتباع نهج تأديبي متشدد، عدائي، وغير متناسق، بأولادٍ عدائيين وعدوانيين. في حين أن التربية الأسرية المنضبطة، الثابتة، الودية والمسؤولة تعزز نمواً عاطفياً واجتماعياً متناغماً لدى الأطفال.

• العوامل المدرسيّة

قد تسبّب ظروفُ الحياة الصفيّة وِردودُ فعلِ المعلمِ صعوباتٍ سلوكيّةً. وهذه لائحةٌ بأبرزها :

- انعدام الإحساس تجاه فرديّة الطلاب.
- التوقعات غير الملائمة إزاء الطلاب.
- عدم الاتساق في المداخلات.
- تعليم مهارات ينظر إليها الطالب على أنها غير مفيدة.
- طرائق التعزيز غير الملائمة.
- نماذج غير مستحبة من السلوك المدرسيّ.

٣. توصيات

- اعتماد نمط تواصل منضبط، صارم ودقيق، مع التركيز على الجمل القصيرة والإيماءات، من دون اللجوء إلى رفع الصوت.
- الحرص على عدم عزل الطالب في مؤخرة الصف، وعلى عدم وضعه بالقرب من مصدر تشويش وإلهاء (النافذة، باب المدخل).
- تعليم الطالب أن يحترم المعلم وأن يكون على بينة من حدود التصرف. بالإضافة إلى إقامة علاقة من الثقة من طريق مساعدته على القيام بإدارة أفضل لعواطفه ولشعوره بالإحباط.
- تعزيز الطالب مع التركيز على التقدم والنجاحات التي أحرزها، وإبلاغ أسرته بها في حضوره. أو حضّهُ على مساعدة شخص بالغ أو صديق. تهنئته وتشجيعه قدر الإمكان بطريقة مقتضبة ومتنوّعة.
- عدم التساهل المفرط مع الطالب، المعاقبة بعدل، تحميل الطالب المسؤولية من دون إقصائه عن المجموعة، على سبيل المثال، اعتماد " دفتر السلوكيّات الحسنة " لمجموع تلامذة الصف.
- التماس المدرسة التعاون من الآباء والأمهات في عملها التربويّ مع الطلاب.

البكم الاختياريّ

١. تعريفه

البكم الاختياريّ هو اضطراب قلق الطفولة الذي يتميّز بعدم القدرة العادية عند الطفل على التحدث في حالات اجتماعيّة محدّدة مثل المدرسة، وبقدرة طبيعيّة على الكلام في حالات أخرى حيث يشعر بالارتياح.

٢. أعراضه

يمكن للطفل الذي يعاني من البكم الاختياريّ أن :

- ينطوي على نفسه أو " يصم أذنيه " في الوضعيّة التي تجعله يشعر بالقلق،
- يرفض الإصغاء للتعليمات التي يعطيها الكبار وييدي العصيان،
- يتجنّب الوضع المجهّد أو النشّاط المتعب،
- يشكو من آلام في المعدة أو من الصّداع،
- يحدّق في الفضاء، ويتجنّب الاتصال البصريّ أو لا يبتسم،
- يجد صعوبة في قول أشياء بسيطة مثل "مرحباً"، "إلى اللقاء" أو "شكراً لك".

٣. الاضطرابات ذات الصلة بالبكم الاختياريّ

يمكن للأطفال الذين يعانون من البكم الاختياريّ أن يعانون أيضاً من :

- اضطراب القلق الاجتماعيّ (يعاني منه ٩ من كل ١٠ أطفال يشكون من البكم الاختياريّ)؛

- الصعوبة في البقاء بعيدين عن والديهم (قلق الانفصال) ؛
- أشكال مختلفة من اضطرابات الكلام والنطق واللّغة ؛

- التبول اللاإرادي الليلي أو النهاري.

٤. توصيات

- عدم إنتقاد الطفل إطلاقاً، وعدم تركه يشعر بالذنب، عدم معاقبته أو إجباره على الكلام. إن ذلك لا يؤدي سوى لزيادة القلق لديه ؛
- تعزيز احترام الذات والثقة بالنفس عنده : تشجيعه على بذل الجهود إنما دون انتظار النتائج الباهرة منه ؛
- البحث عن المجالات التي يمكن أن يُظهر الطفل فيها بعضَ المهارات، والثناء عليه عندما يُبدي أيّاً منها (المواهب الموسيقية، لعبة رياضية، الرسوم، الخ ...) ؛
- الحفاظ على موقف إيجابي وتقديم التشجيع ؛
- مباشرة الألعاب مع الأنشطة المنظمة (الألعاب الاجتماعية) التي لا تقتضي بالضرورة اللجوءَ إلى الكلام.
- عدم الطلب إلى الطفل أن يبادر إلى التحدث أو التواصل، والاكتفاء بمجرد السماح له بالمشاركة في هذا النشاط.

كما ينبغي على المعلمين أيضاً إعطاء الآباء التوصيات الآتية :

- توفير الفرص للطفل للتواصل في مكان عام.
- تشجيع الطفل على المشاركة في انتقاء الأطعمة وإجراء الطلبية في المطعم.
- الاستفادة من جميع الفرص للتواصل : الدفع في محل للبقالة، استعارة كتاب من مكتبة أو شكر سائق الحافلة.
- قضاء الوقت مع الطفل.
- اختيار الأنشطة التي تفضي إلى المحادثة. الألعاب الجماعية، ألعاب الكرة، المشاركة في أعمال المطبخ، الأشغال اليدوية أو لعبة الليغو التي تسمح للأطفال بالتعبير عن مشاعرهم وعواطفهم.
- تجنب ألعاب الفيديو التي لا تشجع على المحادثة.
- خلق مساحة آمنة حيث يتمكن الطفل من التعبير عن مشاعره.

٥. العلاج

- يتم التعامل مع البكم الاختياريّ كما مع أي شكل آخر من أشكال القلق. وبالتالي، فإنه من الضروريّ تعليم الأطفال أن الخوف أمر طبيعيّ تماماً. وفي حال توافر التعزيز الإيجابيّ لهم أو تدريبهم على التصرف بخطوات صغيرة، فإنهم سيتمكنون من التعامل عموماً مع مخاوفهم.
- أما إذا استمر الصمت لفترة تزيد على الشهر، فيجب أن يُطلب إلى الأهل القيام باستشارة الطبيب للإحاطة بمشكلة طبية قد تكون كامنة، وأخذ الطفل إلى طبيب نفسيّ أو إلى اختصاصيّ في علاج النطق واللّغة.

هوسُ السرقةِ

١. تعريفه

هوس السرقة هو دافع مرضي يحض بعض الناس على ارتكاب أعمال سرقة، من دون أن يترافق ذلك مع وجود سبب اقتصادي أو حاجة حقيقية للشيء الذي تتم سرقاته.

وتتم السرقات في الغالب تحت تأثير الاندفاع والانفعال ومن دون تخطيط، وهي عادة ما تطول أشياء غير ذات قيمة تذكر (مفاتيح، أقلام، كتب، أواني، ملابس، وما إلى ذلك).

٢. أسبابه

- قد ينشأ هوس السرقة عن الرغبة اللاواعية في العقاب.
- يسمح الشيء المسروق للطفل بتحقيق بعض الرغبات العميقة بطريقة رمزية.
- يمكن أن تعبر السرقة عن شكل من أشكال ترميم فجيعة خسارة أحد الأحباء، أو معالجة حالة الانفصال، التي يعاني منها الطفل بشكل غير واع.
- يمكن للسرقة أن تسد فجوة عاطفية لدى الطفل.
- يسجل في دماغ المهووس بالسرقة، ارتباط بين انخفاض معدل السيروتونين في الناقلات العصبية الدماغية والسلوكيات الدافعة إلى المخاطرة.

٣. توصيات

على المعلم أن يعرف أن الطفل المهووس بالسرقة والاختلاس ليس مجرمًا، إنما هو في الحقيقة مريض يخجل مما هو عليه ويشعر بالذنب. لذلك، فإن على المعلم واجب :

- تجنب معاقبة هذا الطفل ؛
- اجتناب الحكم السلبي عليه ؛

- الطلب إليه إعادة الأشياء المسروقة إلى أصحابها ؛
- عدم دعوته باللص، وعدم السماح لرفقائه خصوصاً بمناداته كذلك ؛
- الإعتناء به مع إبداء الثقة تجاهه ؛
- تعيين بعض المسؤوليات له والتي من شأنها أن تزيد من احترامه لذاته ؛
- الشرح للوالدين بأن الطفل يحتاج إلى مساعدة متخصصة.

٤. العلاج

إن العلاج النفسي التحليلي هو أفضل وسيلة لعلاج هوس السرقة، فهو يسعى إلى كشف الدوافع النفسية لهذه الحاجة القهرية وإلى تخليص المريض منها.

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

١. تعريفه

إن اضطراب ما بعد الصدمة هو اختلال يحدث على أثر حدث مؤلم نفسياً : هجمات، تفجيرات، حوادث خطيرة، كوارث، عنف جسديّ، إغتصاب ... وغالباً ما يترافق هذا الاختلال مع حالات أرق واكتئاب، وانفعاليّة وتوتر، وعنف ... ولكي يمكن الحديث عن اضطراب ما بعد الصدمة، ينبغي أن تكون الأعراض قد استمرت لمدة شهر كامل على الأقل، وسببت ضيقاً وصعوباتٍ جمة.

٢. أعراضه

يُظهر الطفل الذي يعاني أعراض اضطراب ما بعد الصدمة فئاتٍ رئيسة ثلاثاً من الأعراض :

١. يستعيد الطفل باستمرار المشهد الذي تسبب له بالصدمة في فكره أو في أثناء الكوابيس.
٢. يسعى إلى تجنب كل ما من شأنه أن يذكره بالصدمة من قريب أو من بعيد.
٣. يظهر دائماً في حالة تأهب وفي حالة من اليقظة المفرطة.

ويمكننا أن نضيف إلى هذه الفئات الرئيسية الثلاث من الأعراض، بعض الأعراض الأخرى التي تختلف وفقاً للسن :

- في مرحلة ما قبل المدرسة : العدائيّة، اضطراب الأكل، قلق الانفصال.
- في سن المدرسة : الانفعاليّة، المعارضة، الفشل المدرسيّ، الشكاوى من آلام جسديّة، مشاكل النوم.
- في المراهقة : العنف، إدمان الكحول.

٣. توصيات

- إقامة علاقة ثقة مع الطالب.
- ضمان بيئة آمنة في الصف للحد من القلق لدى المصاب.
- استخدام الوسائل الممتعة التي تسمح للطفل بإخراج ما يُشعره بالضيق (لعب الأدوار، الرسوم، القصص، الألعاب).
- تشجيع التعبير، وحمل الطفل على التواصل وعلى التعبير عن رغباته.
- الطلب إلى الطفل أن يقوم بتحديد عواطفه (هل هو سعيد، حزين، غاضب...؟)
- تفضيل العلاج الفردي من خلال توجيه الأهل إلى أخصاصي.

٤. العلاج

يستند علاج اضطراب ما بعد الصدمة إلى تدابير وإجراءات العلاج النفسي التي يمكن أن تكملها الوصفات الطبيّة والأدوية.

وتشمل الرعاية النفسيّة العلاج السلوكيّ والمعرفيّ، والعلاج بالتنويم المغناطيسيّ، وقد أظهرت هذه الوسائلُ فعاليةً في العلاج. كما يبدو من المستحسن، في بعض الحالات، استخدام مضادات الاكتئاب.

الكَذِبُ

١. أنواعه وتعريفه

هناك ثلاثة أنواع من الكذب :

١. الكذب المرضي : وهو عدم قول الحقيقة، واختلاق القصص غير الواقعية، بحيث لا يتمكن الطفل من الامتناع عن الكذب، حتى ولو كان ذلك غير ضروري.
٢. الكذب المفيد : وهو عملية مطابقة الواقع للرغبات والاحتياجات، وتشويه الحقيقة، عند الحاجة، من أجل الحصول على منفعة أو لتجنب إزعاج.
٣. الكذب التعويضي : وظيفته التعويض، بطريقة وهمية، عن نقص أو عن عدم اكتفاء يشعر بهما الطفل.

٢. أسبابه

- يكذب الطفل لأنه خائف من العقاب.
- يتيح الكذب للطفل متعة التخيل.
- يكذب الطفل بهدف إعلاء قيمة الذات لديه.
- يكذب الطفل لأن قول الحقيقة صعب.
- أفضل سبل تعليم القيم هي بالقدوة الحسنة. لذا من الواجب الامتناع عن الكذب أمامه.
- يساعد الكذب في إخفاء تدني احترام الذات.

٣. توصيات

- النصائح الواجب اتباعها لتشجيع الطفل على قول الحقيقة :
- استمع جيداً إلى الطفل وأشعره أنك تثق به.
 - تحاش أي حكم سلبي على أخلاقه وتحاش التهويل.

- ساعده على فهم الفرق بين الخيال والواقع، كلما كان ذلك ممكناً.
- أظهر له أنك تتفهمه، وأن بعض الأكاذيب هي في الواقع رغبات.
- ابحث عن حل للمشكلة بدلاً من إلقاء اللوم عليه. اسأله، على سبيل المثال : " الآن وقد أخذت مال صديقك، ماذا سنفعل ؟ "
- اشرح له لماذا من المهم قول الحقيقة (تحدث معه عن القيم).
- عزز لديه الرغبة في التعبير عن الحقيقة. ذكره بكل المرّات التي قال فيها الحقيقة.
- كن صبوراً واعرف كيف تحوّل أي وضعيّة إلى فرصة جيدة لتعلّمه أن يقول الحقيقة بطريقة هادئة جداً وبناءة.
- حاول أخيراً أن تكون القدوة الحسنة له ولا تكذب أبداً عليه.

٤. العلاج

عندما يتعلق الأمر بالكذب المرضي، يصبح تدخل الطبيب النفساني ضرورياً لأن هوس الكذب هو ميل مرضي إلى الكذب بطريقة تُفسد الواقع، وهو خلل حقيقي، قد يأخذ شكل مرض بسيط عابر أو اضطراب يحمل أعراض العصاب أو الذهان.

يدخل الطفل، منذ ولادته، في إطار عمليّة النمو الحسيّ، الحركيّ، اللغويّ، المعرفيّ، العاطفيّ والاجتماعيّ.

ويشير النمو الحس - حركيّ إلى كل من النضج العصبيّ العضليّ (التوتر والنشاط العضليّ، المهارات الحركيّة، الحواس) والنمو النفسيّ - العاطفيّ، المعرفيّ والاجتماعيّ. ويختلف التاريخ النفسيّ من طفل إلى آخر.

١. مراحل النمو الحس - حركي

- بين ٠ و ٣ أشهر : الإستجابة للصوت، التحديد بواسطة البصر، حمل الرأس.
- بين ٤ و ٦ أشهر : حمل الأشياء ونقلها. الجلوس بالاعتماد على نفسه.
- بين ٧ و ٩ أشهر : الوقوف بالاعتماد إلى متكأ. الإشارة إلى الأشياء بواسطة الإصبع.
- بين ١٠ و ١٢ شهراً : الخطوات الأولى. التنسيق بين حركات عدة.
- في السنتين الأوليين : المشي وحده. نزول الدرج إلى الورا. إبراز التفضيل لإحدى اليدين.
- بين السنتين الثانية والثالثة : صعود الدرج ونزوله، القفز بالاعتماد على كلتا القدمين. تقليب صفحات كتاب، القطع باستعمال المقص.
- بين السنتين الثالثة والرابعة : الركض بسهولة، قذف الكرة بالقدم، ركوب دراجة ثلاثية العجلات.
- بين السنتين الرابعة والخامسة : تسلق السلم، المشي إلى الورا، الإمساك بالورقة بيد واحدة والكتابة عليها باليد الأخرى.

- بين السنتين الخامسة والسادسة : ركوب دراجة من دون عجلات صغيرة مساعدة، ربط شريط الحذاء.
- بين السنة السابعة والسنة الحادية عشرة : بداية البلوغ، استمرار النمو، تطوير الأنشطة البدنية والرياضة.

النمو الحسي

• حاسة السمع

يسمع الطفل وهو في الرحم. و يدير رأسه، منذ أن يولد، باتجاه مصدر الصوت، دونما تفريق بين مصادر الأصوات المختلفة. ويبدأ تحديد موقع مصدر الصوت مع الشهر الثالث، ما يسمح له بالتفريق بين مختلف أنواع الأصوات، مثال: بين أصوات البشر وغيرها من الأصوات. كما ينضج الجهاز السمعي بشكل ناجز على عتبة الشهر السادس .

• حاسة الشم

هي حاسة مهمة منذ التكوّن في الرحم، إذ يمكن للجنين أن يشم رائحة أمّه الموجودة في السائل الذي يحيط به. وتعتبر حاسة الشم في أساس العلاقة بين الأم والطفل منذ الولادة.

• حاسة الذوق

يدرك الرضيع الأذواق الأربعة الأولية : المالح، الحلو، الحامض، المر. وتعزز الرضاعة الطبيعية اكتشاف هذه النكهات المختلفة كما أنها تطور حاسة الذوق، فضلاً عن تطويرها التنويع الغذائيّ الآتي لاحقاً.

• حاسة النظر

- تبلغ حدّة البصر عند الولادة نسبة ١/١٠، ويصل الإدراك الصافي إلى مسافة تتراوح بين ٣٠ و ٥٠ سم.
- وفي الشهر الثاني، يرى الطفل الألوان باهتةً. كما إنه ينجذب إلى الوجوه البشرية، يحدق فيها ويبتسم لها.
- بين الشهرين الثالث والرابع، تصبح الرؤية واضحة على مسافة ٨٠ سم.
- في الشهر السادس، يكتمل نمو العينين.

– في الشهر الرابع والعشرين، تصبح نسبة حدّة البصر ١٠/١٠.

• حاسة اللمس

إن حاسة اللمس هي المنظم النفسي للكائن البشري، والإحساس الذي من خلاله يتطوّر الشعور بوحدة الذات. وهي واحدة من التجارب الأولى لدى الجنين والطفل حديث الولادة، في إحكاكه المباشر بجسد الأم (على سبيل المثال، عند الرضاعة).

وتلعب كفاية اللمس عند الطفل دوراً مهماً، في أثناء تعامله مع الملامسات المتكررة، في اكتشاف جسده أولاً، والكائنات تالياً، وصولاً إلى إدراك البيئة من حوله.

تطوّر اللغة

يتبع تطوّر اللغة مساراً ثابتاً إلى حد ما، من طفل إلى آخر، ولكن مع وجود اختلافات في تواريخ تحقق المراحل المختلفة. ويعتمد ذلك في آن على كل من قدرات الطفل العصبية والعقلية، الفطرية والمحددة وراثياً من جهة، وعلى اجتماع الطفل ببيئة إنسانية ملائمة وحاضنة من جهة ثانية.

أ – المرحلة ما قبل اللغوية

– من الولادة وحتى نهاية الشهر الثاني : يُظهر الوليد اهتماماً خاصاً بصوت الإنسان. وتتنوع الصرخات وأولى نتاجات الطفل الصوتية، منذ الأسابيع الأولى، تبعاً للحالات التي يمر بها (الجوع، الألم...).

– بين الشهرين الثاني والسادس : تتنوع النتاجات الصوتية في أثناء الشهر الثاني بين المناغاة والثقة، خصوصاً مع بداية الألعاب الحسية.

– بين الشهرين السادس والثامن : يبدأ الطفل بإنتاج مقاطع صوتية واضحة المعالم.

– بين الشهرين الثامن والعاشر : تتغير نتاجات الطفل وفقاً للغة البيئة المحيطة.

وينضم إلى تطوّر النتاجات الصوتية لدى الطفل تطوّر في الاتصالات غير اللفظية (العين، الابتسامة، تعابير الوجه).

ب - المرحلة اللغوية

- بين الشهر الثاني عشر والشهر السادس عشر، يشهد محيط الطفل ظهورَ أولى كلماته. وهي عبارة عن كلمات أحاديّة المقاطع أو ثنائيّة المقاطع، مرتبطة بشكل منهجي ببعض الأشياء أو الحالات (طلب، تسميات).
- تبقى زيادة المفردات - والتي تختلف أصلاً من طفل إلى آخر - بطيئة نسبياً حتى الشهر السادس عشر تقريباً (٣٠ كلمة كمعدل وسطي).
- تتسارع وتيرة زيادة المفردات في غضون السنتين، حتى تبلغ ٢٥٠ إلى ٣٠٠ كلمة.
- يبدأ الطفل في الشهر الثامن عشر تقريباً باستخدام كلمة "لا"، ما يدلُّ على تطوُّر شعوره بالفرْد.
- تظهر الجمل الأولى (والتي هي عبارة عن مزيج من كلمتين لوصف عمل ما) ما بين الشهر العشرين والشهر السادس والعشرين (وتعرف بالفرنسية بـ protolanguage أي النماذج اللغوية الأولى).

ج- في أثناء السنة الثالثة وما بعدها :

- يتزايد اكتساب المفردات إلى ما يقرب من ١٠٠٠ كلمة في نهاية السنة الثالثة.
- يُحسن الطفل لفظ الفونيمات المختلفة حتى الإتقان (وفقاً لتطوُّر ثابت إلى حد ما من طفل إلى آخر، واستناداً إلى درجة الصعوبة الملازمة لكل حركة لفظية).
- اكتساب بناء الجملة : وتكون الجمل في المرحلة الأولى "على غرار جمل البرقيات" (ما يشبه الكلمات - الجمل)، ثم تتطوُّر لتشمل تدريجياً فعلاً وفاعلاً ومفعولاً وصفات وضمائر. أما ضمير الـ "أنا"، فيظهر في سن الـ ٣ سنوات تقريباً. ويشكل هذا التطوُّر خطوة مهمّة باتجاه التميُّز وتعرُّف الطفل إلى هويته الخاصة.
- وغالباً ما يكتسب الطفل لغة الكبار الأساسيّة، ويلفظها بشكل صحيح، ما بين سن الثالثة والخامسة. وتستمر اللُّغة إلى ما بعد ذلك في التطوُّر : اغتناء المفردات، تطوير بناء الجملة (استعمال الأزمنة بشكل سليم، مواءمة النعوت والاسماء)، كما وتتطوُّر اللُّغة على المستويين التعبيريِّ والمعرفيِّ.
- ويصبح الطفل، في سن السادسة تقريباً، مهيباً عموماً لتعلُّم اللُّغة المكتوبة.

النمو المعرفي

يُقصد بالنمو المعرفي تطوُّر الوظائف الرئيسة مثال الذكاء، والذاكرة، واللُّغة، والترقيم...

مراحل النمو وفقاً لـ بياجيه :

- **الذكاء الحسِّي (بين الولادة وسن السنتين) :** تتركز هذه المرحلة على الوعي والحركة. يقوم الطفل في خلالها بتجارب معالجة، وهي تجارب التلاعب بالشيء الذي في متناوله، ويدرك تدريجياً حدود جسده. يكتسب فيها مفهوم ديمومة الشيء ويبدأ بإقامة الروابط السببية بين الأفعال و نتائجها.
- **الذكاء ما قبل العملاني (بين سن السنتين والسادسة أو السابعة) :** يبدأ الطفل بإجراء عملية الربط بين الأشياء والرموز (الشوكة كشيء، الشوكة ككلمة ملفوظة، الشوكة ككلمة مكتوبة، رسم الشوكة... إلخ). وتشكل هذه الفترة مرحلة تطوُّر اللُّغة والتقليد والرسم.
- **ذكاء العمليات الملموسة (بين سن السابعة والحادية عشرة أو الثانية عشرة) :** في هذه المرحلة، يصبح التفكير منطقياً، وتصبح مفاهيم الزمان والمكان والسرعة أكثر وضوحاً، وتقوم التصنيفات على أساس معايير محدّدة وتصبح أكثر دقة.
- **ذكاء العمليات الشكلية (ابتداءً من سن الحادية عشرة أو الثانية عشرة) :** يبدأ المراهق التفكير في أشياء مجردة (الفن، الحب، الموت، الدين)، كما ويصبح بإمكانه أن يعتمد مؤقتاً رأي شخص آخر، ويشكل هذا بداية النقد الذاتي.

بعض مراحل النمو المعرفي :

- **بين الولادة والشهر الثالث :** يميز الطفل المحفّزات البصريّة أو السمعيّة ، ويتوقع بواسطة النظر مسار شيء ما ويظهر تفضيلاً لما هو جديد.
- **بين الشهر الرابع والشهر السادس :** يُعيد إنتاج أحداث عشوائية مثيرة للاهتمام، يصنّف العناصر المختلفة استناداً إلى ميزة مشتركة.
- **بين الشهر السابع والشهر التاسع :** يضبط سلوكه وفقاً لخصائص الشيء (الشكل، الحجم، الوزن، إلخ...).

- بين الشهر العاشر والشهر الثاني عشر : يتوقع الأحداث، يبني برجاً، يستطيع اتباع خطاً بصر شخص بالغ.
- بين السنتين الأولى والثانية : مرحلة التجريب النشط. يحدد الطفل أجزاء الجسد.
- بين السنة الثانية والسنة الثالثة : يحدد الطفل الأشياء عن طريق الاستخدام، يأخذ بعين الاعتبار وجهات نظر الآخرين (يوجه الشيء كي يتمكن البالغ من رؤيته).
- بين السنة الثالثة والسنة الرابعة : يكتسب مفاهيم المكان والزمان والكمية ويستخدم مبادئ العد.
- بين السنة الرابعة والسنة الخامسة : يظهر الطفل ككائن يقظ تجاه أدائه وقادر على التصنيف والترتيب.
- بين السنة الخامسة والسنة السادسة : بداية مرحلة الحفظ (يفهم أن حجم مجموعة من العناصر يبقى ثابتاً بغض النظر عن كيفية تقديمها). يرسم شخصاً ويكتب اسمه.
- بين السنة السابعة والسنة الحادية عشرة : مرحلة العمليات الملموسة، ومنطق العدد، والأخلاق ما قبل التقليديّة : إن نتائج الأفعال (مثل العقاب) تحدد قيمتها الأخلاقيّة.
- من الحادية عشرة وما فوق : التفكير المغاير، الأخلاق التقليديّة، القدرة على الرجوع إلى المبادئ العامة بدلاً من الآراء المحدّدة، نسبيّة الأحكام.

النمو الاجتماعي والعاطفي / الوجداني للطفل

يبدأ الطفل منذ نعومة أظفاره بالتعبير عن مشاعره ويبني العلاقات مع الناس الذين يهتمون به. ثم يتعلّم بعد ذلك تمييز نفسه من الآخرين ويبني صورة عن كيانه وعن هويّته. وبهذه الطريقة، يستمر تطوّر شخصيته الذي يحدث تدريجياً، لا سيما في أثناء تطوّر مفهوم الذات. ويتم تحقيق النمو الاجتماعي والوجداني لدى الطفل، أسوة بأبعاد النمو الأخرى، أو من خلال اللعب والتفاعل مع الآخرين.

بعض مراحل التطور الاجتماعي والعاطفي / الوجداني :

- من الولادة حتى الشهر الثالث : ينقل الطفل عينيه نحو الجزء من الجسد الذي يتعرض للمس. ابتسامة اجتماعية، تعبيرات الوجه عنده تنم عن المفاجأة.
- بين الشهر الرابع والشهر السادس : يحوّل الطفل رأسه نحو مصدر الصوت، يطيل التفاعل ويبتسم .
- بين الشهر السابع والشهر التاسع : المعاملة بالمثل والمبادلة العاطفية. يظهر تعلقاً انتقائياً.
- بين الشهر العاشر والشهر الثاني عشر : يتفاعل بشكل مختلف مع الأقارب ومع الغرباء. ويجري التعديلات بناءً للطلب.
- في السنتين الأولى والثانية : يفهم بعض التعبيرات على وجوه الآخرين، يكرر الأفعال التي تثير الضحك.
- في السنتين الثانية والثالثة : تعلقات متعدّدة، ألعاب رمزية.
- في السنتين الثالثة والرابعة : يحدد الطفل أجزاء عدة من الجسد، ينتظر دوره، يتمتع بمساعدة الآخرين، يتقدّم الآخرين.
- في السنتين الرابعة والخامسة : يفهم الحالة النفسية للآخرين، يشارك في مباريات تنافسية، يستقر لديه مفهوم النوع البيولوجي (يتعرف إلى نفسه كفتى أو تتعرف إلى ذاتها كفتاة).
- في السنتين السادسة والسابعة : يعرف كيف يسيطر على نفسه، يختار أصدقاءه، يتفاوض مع البالغين.
- بين سن السابعة والحادية عشرة : يدرك هوية النوع ويفصل استناداً إلى الهوية الجنسية، يميز الحقيقية من الافتراضية.
- من سن الحادية عشرة وما فوق : تطوّر مفهوم احترام الذات. علاقات عاطفية، ارتباط ثنائي. المسؤولية الجزائية (١٣ عاماً). تطوير العلاقات مع الوالدين وتطوير الأدوار الاجتماعية. التوجيه المدرسي والخيارات الوظيفية.

الذِّكَاةَاتُ الْمُتَعَدِّدَةُ

يعود إطلاق مفهوم " الذكاءات المتعددة " إلى الأستاذ من جامعة هارفارد، هوارد غاردنر في العام ١٩٨٣. وهو يرى أنّ كل فرد من الأفراد يَتمتع بأنواع عدة من الذكاء، يملك بحكم الطبيعة قدرًا أكثر أو أقل من المهارة إزاءها . ويتم التمييز اليوم بين ثمانية ذكاءات مختلفة :

١- الذكاء الجسديّ / الحركيّ : وهو القدرة على استخدام الجسد بدقة وإتقان، والتعبير عن الذات من في أثناء الحركة، والتعاطي بمهارة مع الأشياء.

٢- الذكاء الشَّخصيُّ أو العلائقيّ : وهو القدرة على إقامة الروابط مع الآخرين.

٣- الذكاء الداخليّ : وهو القدرة على معرفة الذات بشكل جيّد.

٤- الذكاء المنطقيّ - الرياضيّ : وهو القدرة على التفكير، على العد والحساب، على اعتماد التفكير المنطقيّ. هذا النوع من الذكاءات هو الذي يتم تقييمه في ما يسمى إختبارات " حاصل الذكاء QI " .

٥- الذكاء الموسيقيّ / الإيقاعيّ : وهو القدرة على إدراك البنى الإيقاعيّة والصوتية والموسيقية.

٦- الذكاء الطبيعيّ : وهو القدرة على ملاحظة الطبيعة في كل أشكالها، والقدرة على التعرف إلى أشكالٍ وبنىٍ وهياكلٍ موجودةٍ فيها وعلى تصنيفها.

٧- الذكاء اللفظيّ - اللغويّ : وهو القدرة على إدراك البنى اللغوية في جميع أشكالها .

٨- الذكاء البصريّ / المكانيّ : وهو القدرة على خلق الصور الذهنية وإدراك العالم المرئيّ بدقة، في أبعاده الثلاثة.

ولا تهدف نظريّة الذكاءات المتعدّدة إلى تصنيف الأفراد وفقاً لنوع واحد من الذكاء أو لحصرهم ضمن فئات. بل إنها على عكس ذلك، تسعى إلى الاعتماد على قدرات وُجِدت أكثر تطوراً بحكم الطبيعة، وإلى استخدامها لتطوير قدرات أخرى. بالإضافة إلى ذلك، إن شكل أو أشكال الذكاءات المتميزة لدى الفرد قد تختلف مع مرور الوقت.

أنواع الإعاقة المُختلفة

إن المعوّق هو الشخص الذي أُصيب في سلامة البدنية أو العقلية بشكل مؤقت أو دائم لسبب خلقيّ أو بسبب العمر أو إثر حادث، بحيث أصبح ضمان استقلاله في خطر، وكذلك قدرته على الذهاب إلى المدرسة، أو الحصول على عمل.

الإعاقة العقلية

الإعاقة العقلية (أو التأخر العقلي) هي حالة توقف النمو العقليّ أو نمو عقليّ غير مكتمل، وتتميز بضعف المهارات والذكاء العام، ولا سيما على مستوى الوظائف المعرفية واللغة والمهارات الحركية والأداء الاجتماعيّ.

تختلف أسباب الإعاقة العقلية. ويأتي هذا النوع من الإعاقة من مصادر عديدة :

- في فترة الاستعداد للحمل (الأمراض الوراثية، التشوهات الكروموزومية، متلازمة تثلث الصبغية، متلازمة الـ X الهشة، عدم توافق الدم ...)
- في أثناء فترة الحمل (الإشعاعات المؤيئة، الفيروسات، المخدرات، الطفيليات، الكحول، التبغ)
- عند الولادة (تلف في الدماغ لدى حديثي الولادة، ولادة سابقة لأوانها ...)
- بعد الولادة (الأمراض المعدية والفيروسية أو الأيضية، حالات التسمم، إصابات الرأس، حوادث الطرق، الغرق، الاختناق ...) .

إن الأشخاص الذين يعانون من التخلف العقليّ يعانون أيضاً من اختلال النمو أو تدهور الوظائف المعرفية مثل الإدراك والانتباه والذاكرة والتفكير.

ويمكن، وفقاً لحاصل الذكاء لدى الشخص، تمييز الحالات الآتية :

- التخلف العقلي العميق (معدل الذكاء أقل من ٣٠) الذي يتطلب مساعدة مستمرة.
- التخلف العقلي الشديد (معدل الذكاء بين ٣٠ و ٥٠) حيث من الممكن اكتساب اللغة وتنفيذ الأنشطة البسيطة.
- التخلف العقلي المتوسط (معدل الذكاء بين ٥٠ و ٧٠) الذي هو قابل للتعليم في مؤسسة صحيّة تربويّة / تعليميّة.
- التخلف العقلي الخفيف (معدل الذكاء بين ٧٠ و ٨٥) الذي يتفق مع التعليم المتكيف والإدماج الوظيفي المناسب. ويمكن لهذا المعيار أن يتطور بمرور الوقت؛ ويتوقف هذا على البيئة العاطفيّة والاجتماعيّة المحيطة بالطفل.

الإعاقة السمعية

الإعاقة السمعيّة هي ضعف في السمع يؤدي إلى اضطرابات في التواصل. وتتطلب استخدام تقنيّات متخصصة للمراقبة الطبيّة، لتعلّم أساليب التواصل، واكتساب المهارات المدرسيّة أو الأكاديميّة والإعداد المهنيّ، وللوصول إلى الاستقلال الاجتماعيّ.

ويصنف فقدان السمع وفقاً لدرجة الخطورة في فئات عدة (خفيف، معتدل، شديد، الصمم التام).

وقد تفيد سماعة الأذن عادة في تحسين مستوى السمع بشكل واضح في حالة الصمم الطفيف، وتصبح ضروريّة في كثير من الأحيان ابتداءً من حالة فقدان السمع المعتدل، ولكنها لا تكون دائماً كافية. لذلك، يصبح من الملائم النظر في تقنيّات التواصل المتخصصة، مثال :

- القراءة الشفاهية (يقرأ الطفل من خلال شفاه المتكلم)
- لغة الإشارة (وهي لغة حركية)
- زرع القوقعة

الإعاقة الحركية

تشمل الإعاقة الحركية أو القصور الحركي مجموع الاضطرابات (اختلال البراعة اليدوية، الشلل...) التي يمكن أن تسبب عجزاً جزئياً أو كلياً في المهارات الحركية، بما في ذلك عجز الأطراف العلوية و / أو السفلية (صعوبات في الانتقال، في الحفاظ على وضعية أو في تغييرها، في النقاط الأشياء والتعامل معها، في القيام ببعض الحركات). ويمكن لأسباب الإعاقة أن تكون مختلفة: مرض مكتسب أو وراثي، تشوهات خلقية، صدمة ناتجة من حادث.

وتقوم بدعم الأولاد الصغار الذين يعانون من إعاقات حركية مؤسسات تتناسب واحتياجاتهم.

الإعاقة البصرية

قامت منظمة الصحة العالمية (OMS) بتحديد فئات عدة من ضعف البصر :

١- ضعف البصر المعتدل (الفئة الأولى) : تصحيح حدّة البصر بين ١ و ١٠/٣

بواسطة مجهر تصحيح البصر، وتكون القراءة ممكنة بواسطة الأحرف الكبيرة.

٢- ضعف البصر العميق (فئة ٣) : تصحيح حدّة البصر بين ١/٥٠ و ١/٢٠ بواسطة

مجهر تصحيح البصر، يتميّز ضعف البصر بالعمى الجزئي الذي يسمح بقراءة الأحرف الموسّعة بشكل مضخم جداً.

٣- ضعف البصر شبه الكامل : انخفاض حدّة البصر إلى ١/٥٠ مع القدرة على تمييز

الضوء، والكتل والأحجام ...

٤- ضعف البصر التام : العمى الكليّ ، استحالة تمييز الضوء.

من الواجب مساعدة المكفوفين على تعلّم طريقة بريل للمكفوفين، والطباعة، ومعالجة

النصوص، وتعليمهم كيفية تحديد المسارات، والتحرك باستخدام العصا، وإعدادهم لأنشطة الحياة

اليومية بغية تمكينهم من الاعتماد على ذواتهم في الأعمال اليومية.

الإعاقات المترابطة

يمكن أن تصيب الإعاقات المترابطة الشَّخص نفسه الذي يسمى في هذه الحال متعدد الإعاقات. ويمكن تعداد ثلاث فئات من متعددي الإعاقات على النحو الآتي :

١ . الـ polyhandicap : هي حالة مَن يعاني من إعاقة خطيرة، متعدِّدة المظاهر، تجمع بين العجز الحركي والضعف العقلي الحاد أو العميق الذي يؤدي إلى إنحسار قدرة المصاب على الاعتماد على الذات، وإلى قصور في الوعي والتعبير والعلاقات.

٢ . الـ plurihandicap : يعاني أفراد هذه الفئة من إجتماع الإعاقات بصورة دائريَّة، التفافية مع عدم تسجيل إعاقة عقلية شديدة. وتجتمع إعاقتان، عن طريق الصدفة، في آن واحد، عند هذا النوع من المعوقين؛ على سبيل المثال : الصمم والعمى، الإعاقة الحركية والحسية، الإعاقة العقلية والحسية ...

٣ . الـ surhandicap : يجمع هذا الصنف من المعوقين بين الإعاقات الأصلية والعجز المكتسب من النوع المعرفي أو العلائقي : على سبيل المثال ، صاحب الإعاقة العقلية الخفيفة والقصور الحركي الذي يُظهر تدريجياً اضطرابات في الشخصية أو في السلوك.

الإساءة إلى الأطفال، الدمج المدرسي، أنماط التربية

الإساءة إلى الأطفال: تتضمن الإساءة إلى الأطفال كل أشكال سوء المعاملة، أي كل ما يسيء إلى نمو الطفل، ويضر بحالته الصحية ونموه الجسدي والنفسي: العنف الجسدي، الاعتداء الجنسي، والقهر المعنوي، الإهانات المتكررة، والإهمال الفاضح... وقد يكون الاعتداء عائلياً أو مؤسسياً أيضاً. وتضاف إلى مفهوم الإساءة حالة الأطفال المعرضين أو الذين قد يتعرضون لخطر الإساءة، والأطفال الذين الذين يعيشون حالات مماثلة. ويجب أن تدفع المعرفة بحصول الإساءة الشاهد إلى تقديم إخبار إلى الجهات المعنية بحماية الطفل.

الدمج المدرسي: الدمج المدرسي هو نهج تعليمي يهدف إلى تمكين الشباب ذوي الإعاقة من العيش في مدرسة عادية و الذهاب إلى مدرسة التعليم النظامي. ويشكل الدمج الخطوة الأولى التي يجب القيام بها لتحقيق برنامج الاندماج الاجتماعي. ويساعد التخطيط والاستقبال والدعم على تمكين الفرد المعني تدريجياً وعلى إعادته إلى صلب المجتمع.

التربية المعدلة: تتوجه طرائق التدريس وبرامجها المعدلة إلى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم. ويتوافق التكيف مع ظروف الطالب الذي يحتاج، ولفترة من الوقت، إلى أن يتم إخراجه من الصف العادي، لمساعدته على القيام بعملية إرساء المعلومات، وبالتجارب اللازمة التي تسمح له بالاندماج، في وقت لاحق، في صف التدريس العادي، مزوداً بكل فرص النجاح.

التربية الفارقيّة : تعتمد التربية الفارقيّة على تنويع أساليب التعلّم / التعليم التي من المرجح أن تستجيب لاختلاف الطلاب. وتفترض أن يستخدم المعلم وسائل مختلفة : التقييم (التشخيصي أو القبلي، التكويني، التقريبي)، والتخطيط (مرونة جدول توزيع الحصص الدراسية، توزيع المجموعات تبعاً للمستويات، أنظمة المساعدة والدعم ...)، طرائق التدريس والوضعيّات التعلّميّة.

التربية المتخصصة: تستخدم التربية المتخصصة مع الأطفال ذوي الإعاقة التي تتسم بالخلل النفسي، فكرياً كان أم سلوكياً. وهي تهدف إلى إعطاء غير المتكيف تعليماً بمستوى إمكانياته. ولهذا، فهي تسعى إلى تطوير قدرات الطفل حتى مداها الأقصى، وإلى توفير أكبر قدر من الفرص له، إلى جعله يكتسب من المعرفة ما يستطيع، وإلى إعداده لاستخدام المعارف المكتسبة.

خطة الدمج التفرديّة: يركز هذا المشروع على إمكانيات الطالب لتحديد أهداف التعليم والتعلّم التي من شأنها أن تكون موجّهة له على وجه الخصوص. ويرافق هذا المشروع المتطورّ والذي يتمّ تحديثه بصفة منتظمة الطالب ذا الاحتياجات الخاصة في جميع مراحل تعليمه. وينبغي أن يتشارك في تصوّره وفي إعداد تفاصيله جميع الشركاء المعنيّين (المعلمين، الموظفين، الأسرة، والمتدخلين الخبراء...)

نَمَاجُ مُخْتَلِفَةٍ مِنْ نَظَرِيَّاتِ التَّعَلُّمِ

١. النموذج السلوكي

تستند المدرسة السلوكية إلى أعمال بافلوف (١٨٩٠) عن السلوك، وتسمى أيضاً "نموذج التكييف"؛ ويعني ذلك، ما يمكن ملاحظته من الخارج. ولقد عُرفت المدرسة السلوكية من خلال تجربة الكلب الذي يسيل لعابه عند القيام بتنشيط جرس في الوقت عينه الذي يُقدم فيه الطعام له. وبعد فترة من الوقت، يصبح سلوك الكلب مشروطاً بالحافز الخارجي الذي هو صوت الجرس. إذ يبدأ لعابه بالسيلان عند سماعه الطنين، حتى ولو لم يُجلب له الطعام.

عاود سكينر (١٩٧٨) العمل على هذه النظرية من خلال تطبيقها على التعلم، مستهدفاً أئمة سلوك الإستجابة لدى المتعلم (جعل تنفيذه آلياً). ولقد أدخل سكينر إليها مفهوم الحفاظ على الإحساس بالإرتياح عن طريق المكافأة والثواب، واكتشف عملية تعزز التعلم وتجعله إيجابياً : التحفيز، الإستجابة، الثواب (في حال كانت الاستجابة جيدة)، التعزيز.

ويعني التعزيز هنا استقرار المعرفة المكتسبة من خلال تكرار إجابة صحيحة معينة.

إن المبدأ الكامن وراء هذا النهج هو أنه من غير الممكن معرفة كيف تسير العمليات الداخلية (في الدماغ) وأنه يجب الاعتماد على التجريب وعلى الأشياء القابلة للملاحظة (التحفيز والنتيجة) من أجل فهم عملية التعلم التي تعتبر إذاك كآلية...

٢. النموذج البنائي

ويستند هذا النموذج إلى بحوث بياجيه (١٩٢٥) الذي، على عكس النموذج السابق، يعتبر أنه من الممكن دراسة ما يحدث في الصندوق الأسود (الدماغ).

يعتقد بياجيه أن المعرفة يتم بناؤها : فدماغ الشخص يتطور في الوقت عينه الذي يتطور فيه جسده، ويستوعب الإنسان المعرفة من خبرته في استكشاف البيئة.

وفقاً لبياجيه، يتألف دماغ الفرد من أنماط (لوحات) تتزاحم أمام عملية استيعاب المعارف الجديدة، وتستقر في أثناء دمج البيانات الجديدة بنظام الفهم لديه.

وتالياً، فإن التعلّم يتحقق بالضرورة من في أثناء العمل. وتجد هذه النظرية تطبيقها في التعليم من في أثناء تقديم أنشطة للمتعلّمين، تشجعهم على التفكير لتطوير التفكير النقدي لديهم، وبالتالي لتغيير مخططات (تمثيلات عقلية) نظام الفهم الموجود عندهم.

٣. النموذج البنائي الاجتماعي

لقد تم تطوير هذا النموذج عن طريق مدرسة علم النفس الروسية وأعمال فيجوتسكي Vigotsky في العشرينيات من القرن الماضي. وهو يستعيد مقولة أن المعرفة يتم بناؤها من خلال النشاط، ولكنه يُدخل إليها بُعداً جديداً وهو أن الفرد يتعلّم أفضل من الآخرين وعبر تبادل خبراته معهم.

وهناك عبارة ترتبط تقليدياً بـ فيجوتسكي ومفادها: "ما يمكن للطفل القيام به عن طريق التعاون مع الآخر اليوم، سوف يكون قادراً على فعله بمفرده غداً." وبذلك، أدخل فيجوتسكي مفهوم الوساطة، أي الحوار مع الآخر (متعلّم آخر، خبير، معلم ...) كعامل حاسم في عملية التعلّم.

على المستوى التربوي، من الممكن ملاحظة الرغبة عينها التي لدى بياجيه في إيصال المتعلّمين إلى الاستقلالية عن طريق العمل، ولكن مع تأكيد تطوّر أكثر وضوحاً في البنائية الاجتماعية يكمن في أهمية العمل المشترك الذي يفتح الطريق للتعلّم التعاوني.

وليس دور المعلم هنا القيام بتفريغ المحتويات في ذاكرة المتعلّم، إنما في تطبيق وضعيات بناء التعلّم المشترك، والتي توفر ميزة اجتذاب المتعلّم حتى يعبر، يعني حتى يوضّح الطريقة التي اعتمدها للوصول إلى التعلّم، ويقارنها مع غيرها من الاستراتيجيات.

٤. المدرسة المعرفية

تهدف المدرسة المعرفية إلى دراسة المعرفة والذاكرة والوعي والتفكير. وهي تتضمن وتعيد تنظيم نماذج مختلفة من التعليم والتعلم. ويأتي المصطلح الأجنبي الذي يطلق على المدرسة المعرفية "Cognitivism" من "cognitio" اللاتينية التي تعني "المعرفة". وتستعير الأولى (المعرفة) بكثافة من تمثيل العمليات التي تجري في الكمبيوتر، وتشبه العقل البشري بنظام معالجة المعلومات. في حين تستند الثانية (الذاكرة) إلى أهمية الاعتماد التدريجي والفعال للاستراتيجيات العقلية (الاستراتيجيات المعرفية وما وراء المعرفة) التي تعتبر ضرورية لعملية التعلم المنظم.

بالنسبة إلى أنصار هذا التيار النظري، يعتبر الدماغ، مثل الكمبيوتر، نظاماً معقداً لمعالجة المعلومات، يعمل بفضل بنى تخزين، وبفضل الذاكرة، وعمليات تحليل منطقي كالاسترجاع عبر الذاكرة أو التصنيف. وتبدو المقاربة بين هذين النظامين، الدماغ والكمبيوتر، غنية بشكل خاص، وتسمح بإجراء تغيير جذري في فهمنا للإنسان ولطرائق التعلم والتعليم.

Les thèmes se référant à
L'ORTHOPHONIE

L'ORTHOPHONIE

L'orthophonie est appelée aussi logopédie en Belgique et en Suisse. Le terme anglophone correspondant est speech and language pathology (SLP) ou speech and language therapy (SLT).

L'orthophonie est une discipline paramédicale dont les professionnels, les orthophonistes, dépistent, évaluent, et traitent les troubles de la voix, de la parole, les troubles de compréhension et d'expression du langage oral et écrit ainsi que les troubles de la communication.

L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes qui suivent :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- La rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental.
- La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine.
- La rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompetence vélo-pharyngée.
- La rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies.
- L'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- La rééducation des troubles vélo-tub-tympaniques.
- La rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole.
- La rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité.

- La rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale).
- La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-œsophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- La rééducation des dysarthries et des dysphagies.
- La rééducation des fonctions du langage oral et écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, agnosie, agraphie, acalculie).
- Le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

L'ARTICULATION

1. Définition

L'articulation est le mouvement combiné des organes bucco-phonateurs nécessaires à la réalisation des phonèmes intégrés dans la chaîne parlée.

Il est très normal que l'enfant remplace des sons par d'autres avant l'âge de 5 ans.

2. Trouble d'articulation

Le trouble d'articulation est une erreur permanente et systémique dans l'exécution du mouvement qu'exige la production d'un phonème quelque soit sa position dans le mot ou dans la phrase.

Ainsi, l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

Signes d'alerte

- L'enfant semble parler en laissant un passage d'air du côté de ses joues (porter attention particulière aux sons : s/z/ch/j).

- L'enfant possède ses dents définitives et parle encore sur le bout de la langue (zozote) (porter attention particulière aux sons : s/z/t/d/n).

- L'enfant déforme des sons et l'on se questionne sur la cause : est-ce dû à un mauvais positionnement des dents ou à un problème moteur (langue, lèvres...) ?

3. Causes

- Certains enfants déforment des sons **sans qu'aucun facteur physique, sensoriel** ou autre ne soit en cause ; il s'agit alors d'un trouble d'articulation de nature « fonctionnelle ».

- Dans d'autres cas, un ou plusieurs éléments engendrent la distorsion de sons spécifiques. Par exemple : une **mauvaise audition**, un **déficit de perception sensorielle**, une **fente palatine**, une imprécision dans **l'exécution du mouvement**, des **dents manquantes** ou toute **anomalie au niveau de la forme de la bouche et de la mâchoire**.

- Le frein de la langue est un petit muscle qui retient la partie antérieure de la pointe de la langue et entraîne parfois certains troubles de l'articulation. Un **frein trop court** entrave la prononciation des sons /t/ /d/ /n/ /l/. Ces troubles sont souvent en rapport avec une déglutition primaire ou avec des erreurs de positionnement de la langue dans les mouvements nécessaires pour l'articulation des sons.

4. Recommandations

La consultation d'un orthophoniste, avant l'âge de six ans, est tout à fait indiquée ; toutefois un traitement intensif ne pourra se faire qu'avec une dentition définitive (huit incisives adultes).

- Une consultation en orthophonie peut guider les parents vers les démarches à entreprendre afin de remédier au trouble d'articulation.

- Le frein court est traité par un geste du médecin ORL ou par le chirurgien-dentiste qui sectionnent ce petit muscle et libèrent ainsi la pointe de la langue.

- Les déformations des mâchoires ou des dents sont traitées par un orthodontiste.

LA PAROLE

1. Définition

En orthophonie, la parole appartient au domaine de la phonologie, qui inclut la prosodie et le choix ou l'arrangement des phonèmes dans la chaîne parlée suivant les règles phonologiques communautaires. Donc, l'enfant doit apprendre à intégrer la séquence de sons qui constituent un mot tout en respectant la hiérarchie.

2. Le trouble : « Le retard de parole »

Le retard de parole est toute altération de la chaîne parlée constatée dans la production verbale de l'enfant à partir de 4ans (âge vers lequel la plupart des structures phonologiques doivent être en place dans l'expression orale). Un retard de parole peut se manifester par des simplifications de mots semblables à celles qui se rencontrent dans les productions orales du petit enfant qui commence à parler.

Les altérations en sont :

- des suppressions de phonèmes et/ou de syllabes (*son* pour *chanson*),
- des substitutions (*masaguin* pour *magasin*),
- des ajouts de phonèmes et/ou de syllabes (*specstacle* pour *spectacle*),
- des erreurs de segmentation de la parole (*un nouns* pour *un ours*),
- des confusions entre des mots morphologiquement proches (*chômage* et *chauffage*),

Les altérations sont variables et dépendent du contexte phonémique et phonologique (le phonème [s] correctement émis dans *serpent* est substitué par un [ch] dans *séchoir*).

Les altérations présentes dans le retard de parole sont parfois si nombreuses qu'elles rendent le discours de l'enfant inintelligible, ce qui risque de placer l'enfant dans des difficultés plus générales de communication verbale et de retenir son attitude et son comportement.

Signes d'alerte

- L'enfant ne réussit pas à faire des segmentations syllabiques en grande section (GS).
- Il présente une mauvaise discrimination phonémique : pa-ba ; da-ta ; chi-ji...

3. Causes

Les causes des retards de parole sont diverses : difficultés de perception de la parole, de discrimination et d'intégration auditivo-verbale, dysphasie...

4. Recommandations

- Il faut avant tout éliminer la cause organique de l'audition et faire un bilan auditif chez un ORL (avec un audiogramme ou un potentiel évoqué auditif (PEA) si nécessaire.
- Si les difficultés persistent au delà de 4 ans, il faut faire un bilan et un suivi en orthophonie.

En outre, il faut proposer à l'enfant différentes activités pour renforcer la conscience phonologique :

- Domino des syllabes, jeu du téléphone avec des mots ou pseudo-mots...
- Utilisation de la voie kinesthésique : méthodes gestuelles.
- Rythmes : jeux de reproduction sonore...
- Travail sur les comptines : rimes, attaques...
- Discrimination phonétique : travail sur des images, si elles contiennent tel ou tel son...
- Mémoire auditive : jeu du téléphone...

LA FLUENCE DE LA PAROLE

1. Définition

La fluence de la parole est la fluidité de la parole qui requiert de la douceur dans les transitions et un rythme de parole relativement rapide.

Au cours de la période d'acquisition du langage, l'enfant babille, émet des syllabes souvent répétées, hésite entre les mots, les répète parfois. Tous ces accidents de parole ne conduisent pas forcément à un bégaiement durable. Les études statistiques affirment que sur 4 enfants qui présentent des épisodes de bégaiement entre 3 et 5ans, un enfant restera bègue.

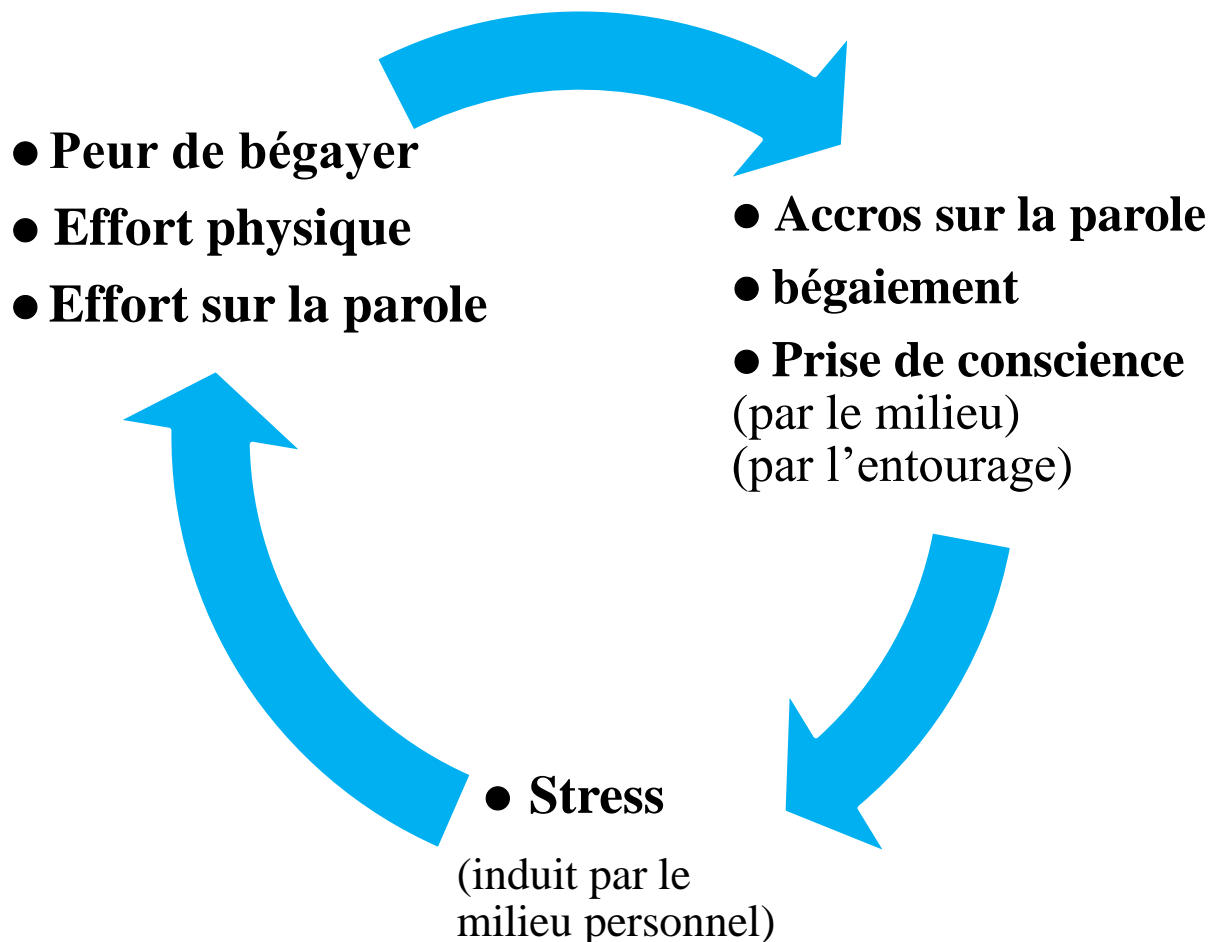
2. Le trouble de la fluidité de la parole ou « bégaiement »

Le bégaiement n'est ni handicap ni maladie. C'est un trouble de la fluence de la parole qui perturbe de façon plus ou moins accentuée le rythme de la parole. On parle de trouble de la communication car il n'apparaît généralement que dans une situation d'échange qui met la personne bègue dans un état de tension interne face à l'interlocuteur avec lequel il doit communiquer. Cette parole laborieuse provoque une souffrance chez celui qui bataille avec les mots pour exprimer sa pensée et une gêne pour celui qui suit la conversation.

Il existe trois formes de bégaiement :

- Le bégaiement clonique : il se traduit par des répétitions de phonèmes, de syllabes ou de mots.
- Le bégaiement tonique : il se caractérise par des blocages plus ou moins importants se traduisant par des attaques explosives. Il est souvent associé à des spasmes respiratoires et des mouvements accompagnateurs.
- Le bégaiement tonico-clonique : il associe les deux formes précédentes.

LE CERCLE VICIEUX DU BEGAIEMENT



On relève différents stades du bégaiement allant du moins au plus grave :

- Hésitation : euh, hum.
- Interjection : eh bien, voilà.
- Répétition de formules : tu vois...
- Répétition de mots : ça ça ça va.
- Prolongation / arrêt de mots : ça.....va.
- Répétition de syllabes : bon bon bonjour.
- Rythme anarchique avec rupture de mots.
- Perte du contact visuel : la personne ne regarde pas celle à laquelle les paroles sont adressées.
- Plus de 3 répétitions de mots : papa papa papa vient.

- Présence de mouvements accompagnateurs : tension physique excessive accompagnée parfois de crispation du visage, tremblements des lèvres, mouvements incontrôlés des mains ou des pieds, comportements respiratoires anarchiques.
- Conscience du trouble.
- Présence d'évitement.
- Plus de trois répétitions de syllabes : Pa Pa Pa Patrick.
- Plus de trois répétitions d'unités sonores (phonèmes) : p p p p pomme.
- Blocage au début de la parole.

On parle de bégaiement à partir du moment où l'on relève dans chaque phrase plus de trois répétitions et ruptures de rythme qui rendent la compréhension difficile, associées à un déploiement d'effort du locuteur. Le bégaiement peut être léger, moyen ou sévère.

Signes d'alerte

Les signes d'alerte sont visibles et audibles. Parents et enseignants signalent que : « quelque chose ne va pas », « ça se bouscule », « on dirait que ça ne veut pas sortir », « ça bloque »...

3. Causes

Le bégaiement est un trouble complexe qui affecte à la fois la parole, la communication et le comportement et il n'y en a pas une cause unique, mais plusieurs :

- Dans l'état actuel des recherches, il apparaît que la transmission d'un certain nombre de **gènes** engendre une prédisposition au bégaiement ou une susceptibilité accrue au bégaiement.
- L'origine génétique possible du bégaiement ne veut pas dire transmission systématique par les parents. Il faut garder à l'esprit que, si les causes du bégaiement peuvent être physiques ou neurologiques, les **facteurs** qui le favorisent ou le déclenchent sont multiples et peuvent être **structurels** (liés à l'environnement de l'enfant) ou **ponctuels** (liés à un événement, même en apparence, anodin).
 - Une **cause neurologique** est explicitée quand le bégaiement est lié à une pathologie dégénérative comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, ou à des lésions du cerveau...

- Un **environnement stressant** peut créer des crispations, donc fragiliser les acquisitions complexes en cours.

4. Recommandations

L'important est de réagir vite pour éviter que le bégaiement ne s'installe de façon durable !

D'abord, il faut diagnostiquer le ou les problèmes, et ceci à l'aide :

- d'un orthophoniste, étant le professionnel du langage,
- d'un psychothérapeute, lorsque l'enfant présente les symptômes qui suivent : tristesse, colère, manque inhabituel d'attention, repli sur lui-même, agressivité, apparition de terreurs nocturnes, de peurs ou de phobies (de prendre l'ascenseur, de faire telle ou telle chose..), manque d'appétit qui dure, passage d'un état d'excitation à un état de mélancolie. Dès lors, il conviendra d'aller consulter également un psychothérapeute qui pourra collaborer avec l'orthophoniste.

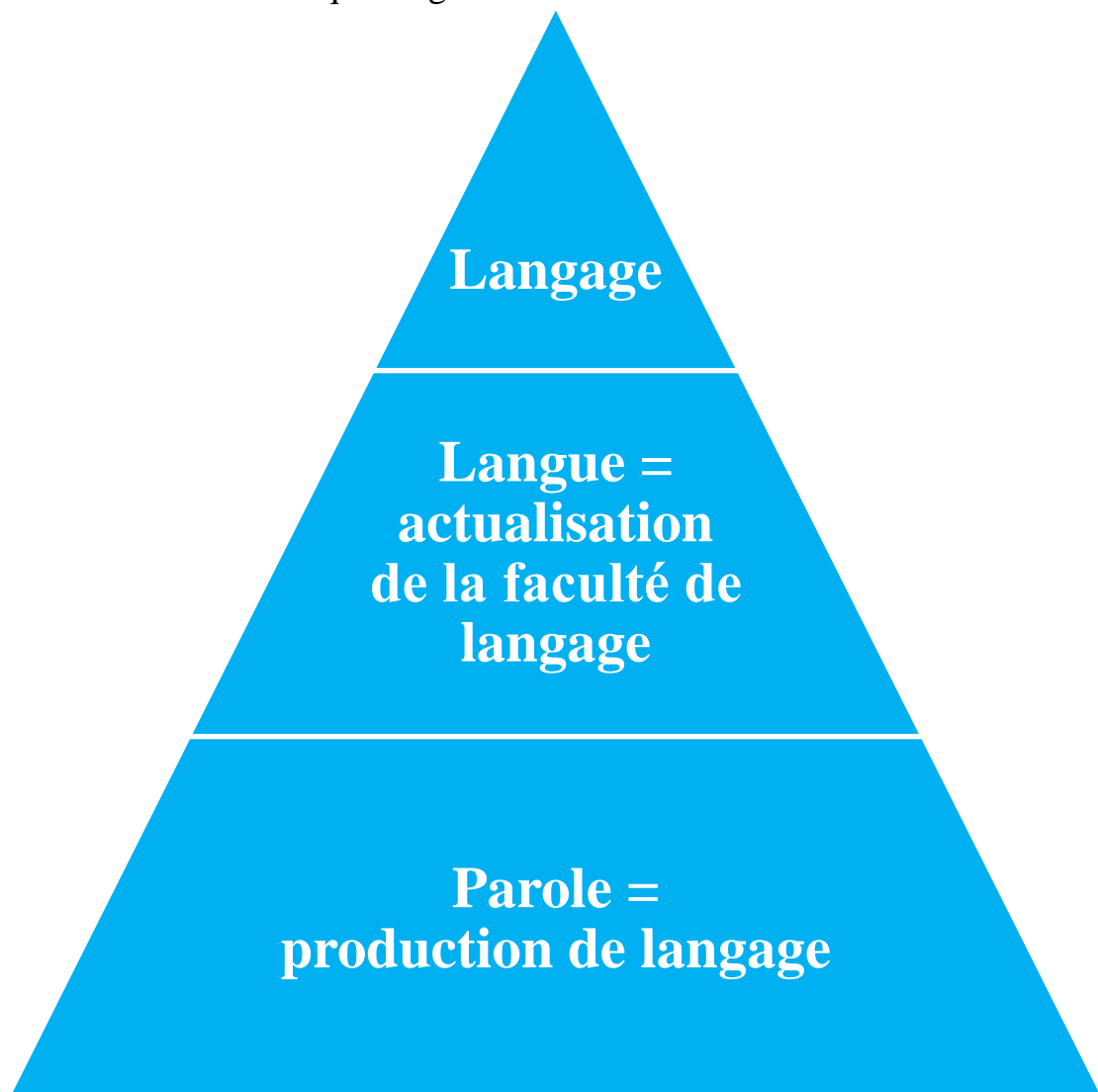
Sachant qu'il est bien encombrant pour l'enfant de s'occuper constamment de sa manière de parler au moment de la parole, il est indispensable :

1. d'éviter toute attitude nocive :
 - les reproches, les moqueries, l'appel à la volonté ;
 - les conseils « Parle moins vite ! Prends ton temps, détends-toi ! », « Articule, répète, arrête et reprends ! », « Réfléchis à ce que tu vas dire, pense à ta phrase ! »,
2. d'éviter l'attitude de la fausse indifférence : l'enfant qui bloque comprend bien que sa maman (ou son professeur) fait semblant de ne pas remarquer qu'il bloque et que c'est dur pour elle de rester sans réaction et de rester, par contre, un interlocuteur actif : en fait, quelqu'un qui s'intéresse à ce que l'enfant dit, doit intervenir sans hésiter lorsque le bon déroulement de la parole le réclame.

LE LANGAGE ORAL

1. Définition

Le langage oral est un moyen par lequel les humains établissent leurs systèmes de communication en utilisant des mots appartenant au vocabulaire de la langue à travers laquelle ils communiquent. Le langage suit les règles et les structures de chaque langue.



Les stades de développement du langage

1. Stade **pré-linguistique** :
 - Babillage : de 4-6 mois à 12 mois : le bébé essaie de faire des sons.
 - Premier mot : 9 mois à 12 ou 18 mois : le bébé nuance ses productions sonores, priorise les sons de la langue (ou des langues) qui l'entoure(nt). Il modifie ses productions en fonction du contexte social.
2. Stade **holophrastique** : (18 à 24 mois) l'enfant s'exprime par des mots isolés.
3. Stade **syntactique** : (2 à 5 ans) acquisition de la syntaxe. L'enfant acquiert la syntaxe par l'analyse de la régularité des structures qu'il entend, et non par imitation, par règles explicites ou par répétition. (les erreurs produites sont très régulières : *il a metté* au lieu de *il a mis*).
4. Stade **avancé** : (5 ans et plus), acquisition des fonctions les plus fines du langage : formes passives, inversions verbales...

Vers 6 ans, l'enfant est en général prêt pour l'apprentissage du langage écrit.

2. Trouble ou difficulté : « le retard du langage oral »

❖ *Retard du langage de type expressif* :

Les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale.

❖ *Retard du langage de type réceptif* :

Les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. Dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement perturbé et il existe habituellement des troubles phonétiques.

Signes d'alerte

• Chez l'enfant de 3 à 4 ans

Il y a indication de bilan orthophonique :

- en cas d'absence de langage intelligible pour les personnes non familières ;
- en cas d'absence de structure grammaticale (3 mots associés dont un verbe, à 3 ans) ;
- en cas de troubles de la compréhension.

- Chez l'enfant de 4 à 5 ans
Le bilan orthophonique peut être indiqué pour faire une évaluation quantifiée des troubles de l'expression et des troubles de la compréhension :
 - en cas de retard dans l'expression et en particulier, l'aspect phonologique du langage uniquement ;
 - en l'absence évidente de retard ou de trouble dans la compréhension, une simple surveillance paraît justifiée avec un réexamen de l'enfant 6 mois plus tard.
- À 5 ans
Le bilan orthophonique est fait pour tout trouble du langage. La persistance d'un trouble du langage, en particulier de troubles phonologiques, peut gêner considérablement l'apprentissage de la lecture au début du primaire.

3. Causes

- Les troubles envahissants du développement (*TED*) : le trouble autistique, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié ;
- Des facteurs génétiques, neurologiques ;
- Des facteurs psychiatriques, psychologiques ;
- Des facteurs socioculturels, le bilinguisme ;
- La surdité, les otites.

4. Recommandations

On signale l'importance d'un dépistage et d'une intervention précoce chez un orthophoniste, de manière à éviter autant que possible la majoration du retard de langage et son retentissement sur les domaines relationnel, cognitif, scolaire, social, culturel...

En parallèle, il faut aider l'enfant :

- en communiquant, en jouant et en parlant avec lui ;
- en lui racontant des histoires ;
- en travaillant sur des imagiers ou des photos sur la dénomination d'images, le tri, le classement... ;
- en entamant des activités langagières en petits groupes axées sur la conversation : théâtre, marionnettes, cuisine, jardinage... ;
- en travaillant par catégories sémantiques.

LA LECTURE

1. Définition

La lecture est l'activité de déchiffrement et de compréhension d'une information écrite. À l'âge de 6 ans, l'enfant apprend à décoder les mots et les phrases. Il est prêt à percevoir, analyser et organiser les sons.

On distingue deux voies de lecture qui se complètent :

- **La voie phonétique ou procédure par assemblage** : voie auditivo-verbale utilisant la conversion graphème-phonème.

C'est un traitement analytique par décodage des graphèmes et codage des phonèmes.

Il s'agit d'abord d'isoler et de repérer les lettres et de les convertir en sons, d'assembler ensuite les sons obtenus en syllabes puis en mots (assemblage) et, de leur donner enfin du sens.

C'est la seule procédure permettant de lire des non-mots ou des mots nouveaux.

La lecture par assemblage exploite le voisinage des mots : par exemple, le modèle du mot « sable » est utilisé pour reconnaître celui du mot « table ».

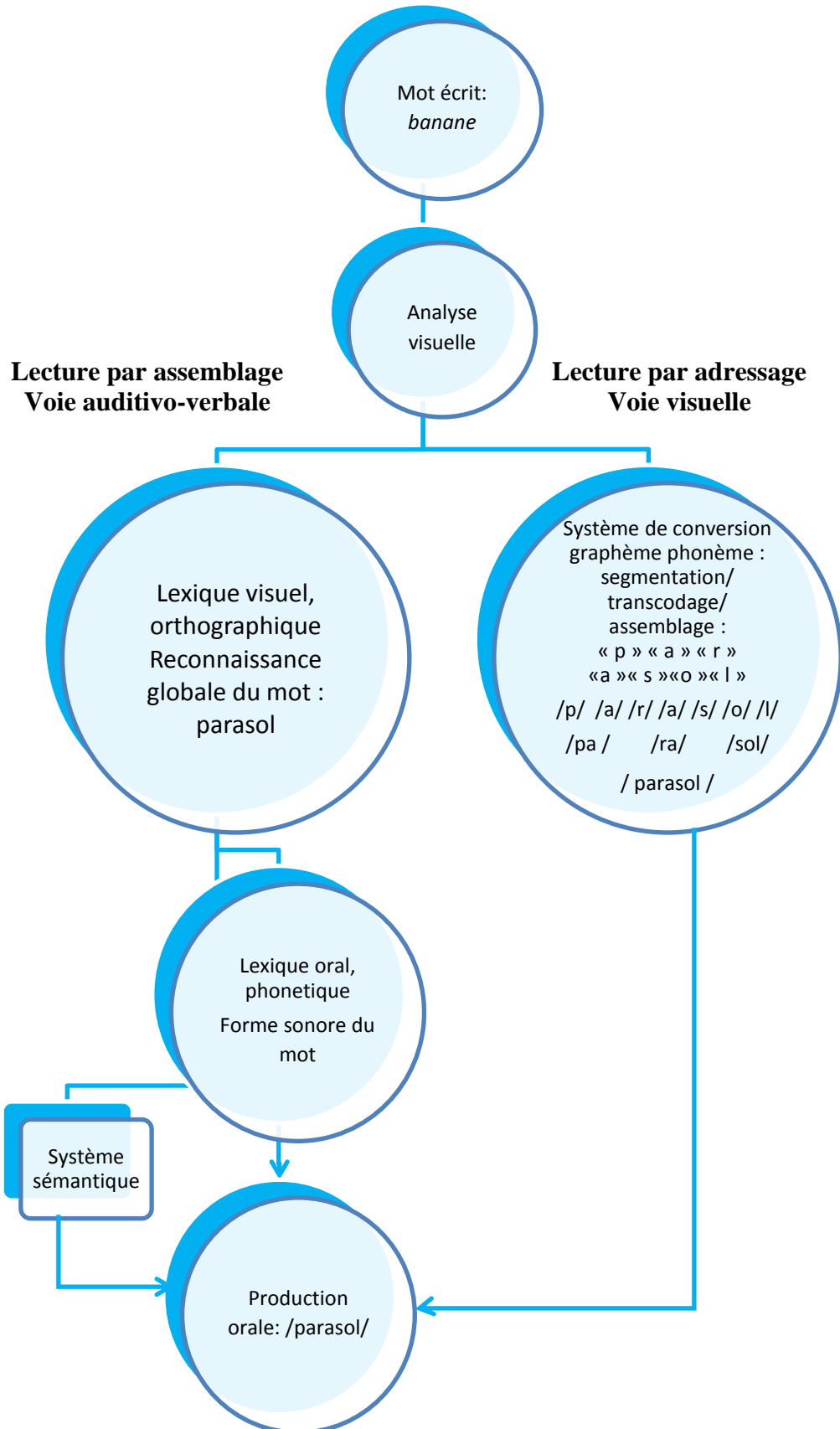
- **La voie lexico-sémantique ou par adressage** : voie visuelle de reconnaissance globale de mots connus, processus rapide.

Cette voie fait appel à un lexique interne (système de reconnaissance visuelle des mots) progressivement construit au fil des expériences de lecture.

C'est la seule procédure qui autorise la lecture des mots irréguliers ou des mots fréquents, de façon rapide et tout en gardant un accès au sens.

Elle permet de repérer immédiatement les unités riches de sens (mots ou morceaux de mots). Il y a alors traitement orthographique et analogique car le lecteur se sert de sa connaissance de l'orthographe des mots et de leur prononciation, pour en traiter de nouveaux.

L'ACTE DE LIRE



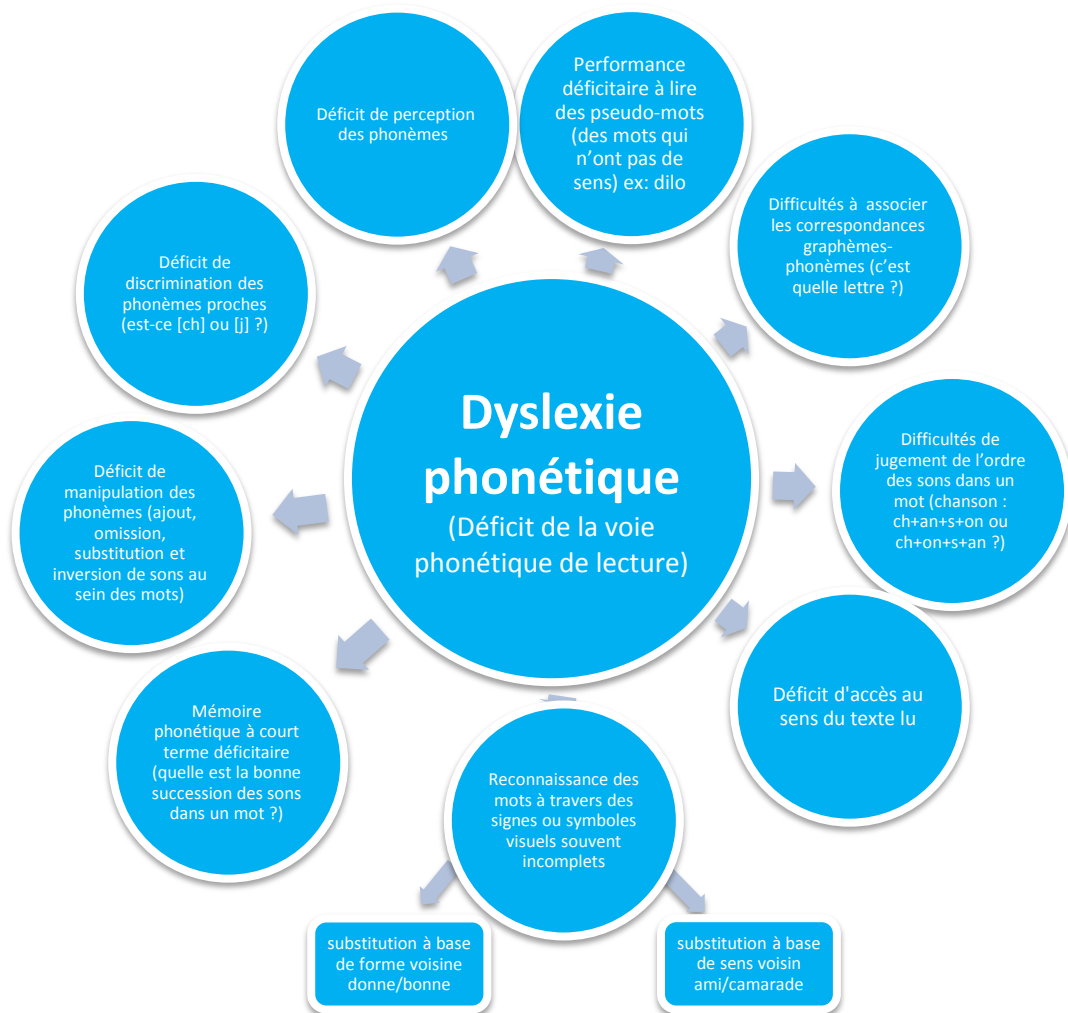
2. Trouble et difficultés : « la dyslexie »

La dyslexie est un trouble spécifique de l'apprentissage de la lecture, lié à une difficulté particulière à identifier les lettres, les syllabes ou les mots. Ce trouble se manifeste en l'absence de tout déficit visuel, auditif ou intellectuel et malgré une scolarisation adéquate. On ne peut parler de dyslexie qu'après deux ans d'échec dans l'apprentissage de la lecture ; donc vers 8 ans.

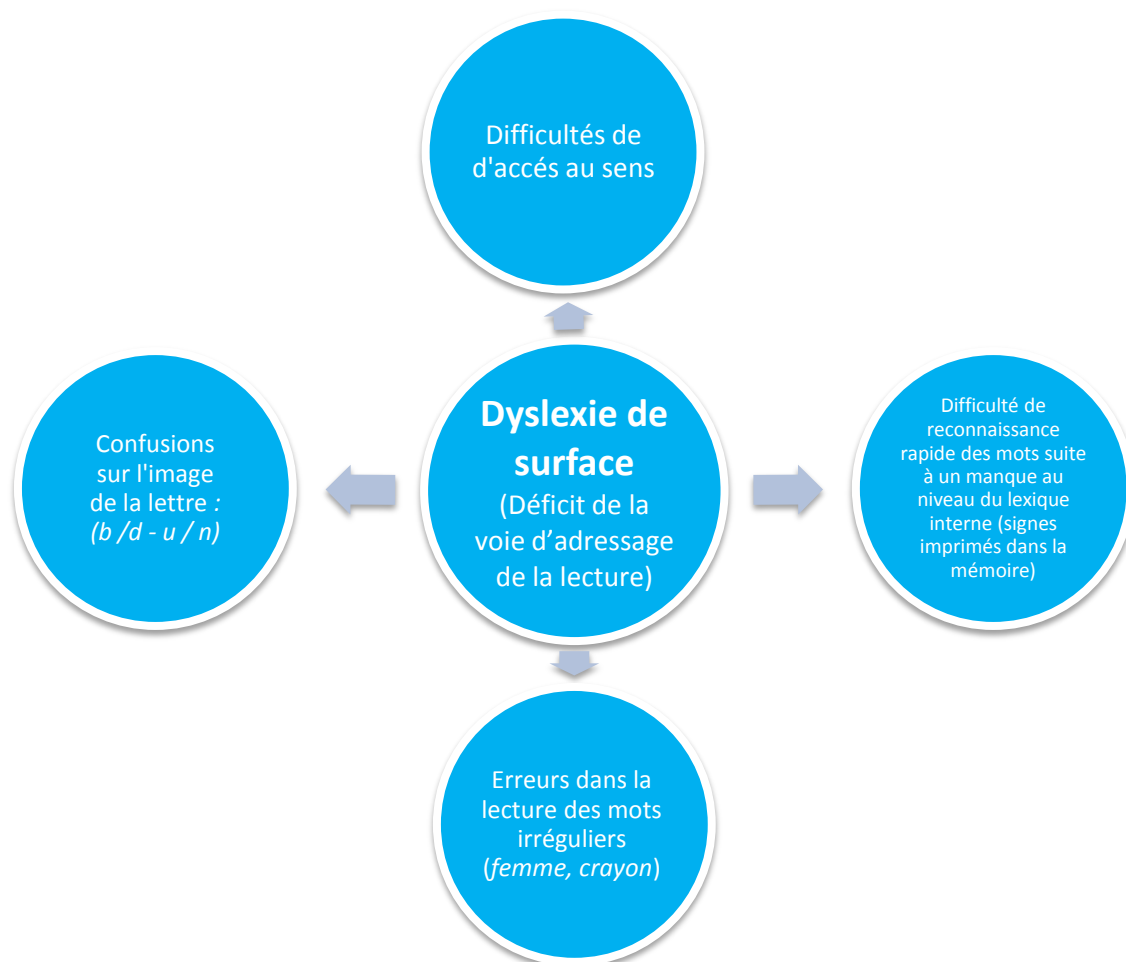
Les deux types de dyslexies les plus fréquents sont : la dyslexie phonologique touchant la voie d'assemblage et la dyslexie de surface touchant la voie d'adressage.

Un troisième type : la dyslexie mixte associe les deux voies, celle d'assemblage et celle d'adressage.

LA DYSLEXIE PHONETIQUE



LA DYSLEXIE DE SURFACE



Signes d'alerte

Ils sont divers et ils varient d'une personne à l'autre. Ils peuvent prendre plusieurs formes qui se tiennent à l'origine d'une ou de plusieurs difficultés comme :

- apprendre l'alphabet
- apprendre à écrire
- faire la distinction entre les lettres (b p) (p q)...
- lire un mot ou un texte
- épeler un mot
- apprendre les tables de multiplication
- suivre un itinéraire

- différencier la droite de la gauche, l'est de l'ouest
- s'exprimer par écrit
- trouver le « bon mot »
- énoncer clairement ses idées en parlant

3. Causes

- De nombreuses études scientifiques ont permis d'identifier des **facteurs génétiques** impliqués dans les causes des dyslexies.
- En **neurologie**, l'imagerie cérébrale a permis de confirmer des particularités anatomiques : un défaut d'asymétrie des hémisphères cérébraux ainsi qu'une taille anormalement grande de la masse de substance blanche qui relie les deux hémisphères.

4. Recommandations

- La solution proposée pour faire face au problème est l'orthophonie. Elle définit, grâce à des tests appropriés et étalonnés pour chaque tranche d'âge, le type de dyslexie afin d'armer l'enfant d'outils et de lui apprendre des stratégies et des techniques de remédiation pour qu'il comble les failles existantes et surmonte ses difficultés.
 - Les problèmes affectifs, relationnels, et les difficultés liées à la dyslexie sont traités par le psychologue.
 - Les problèmes corporels, spatiaux et temporels liés à la dyslexie sont traités par le psychomotricien.
- *Recommandations destinées aux parents*
 - L'autonomie de l'enfant face aux devoirs est indispensable. Il a besoin d'apprendre à s'organiser à sa façon, avec ses propres règles. Vous pouvez l'aider à corriger ses devoirs ou lui faire réciter ses leçons, mais évitez de lui expliquer comment se servir des règles : vous allez perdre patience, vous vous épuisez, vous l'épuisez, le découragez, en vain.
 - Le dyslexique doit gesticuler suivant ses besoins lorsqu'il fait ses devoirs, s'accorder des pauses, varier en permanence son rythme de travail et ses tâches habituelles.

- Il est bon d'établir une notation personnalisée dite « spécial parents », afin de lui montrer que vous appréciez ses devoirs et ses réussites à leur juste valeur.
- Pour qu'il apprenne des mots, les parents n'hésiteront pas à les épeler eux, au début, pour l'aider à les retenir plus facilement que s'il les épelait ou les écrivait lui-même. Une histoire racontée l'aide parfaitement à retenir les mots ou les lettres.
- Recommandations destinées aux enseignants
 - L'élève dyslexique n'applique jamais les règles de lecture, les conjugaisons, la grammaire et l'usage selon notre mode de pensée : s'assurer qu'il sait ses règles et l'encourager à trouver les moyens dont il pourrait les appliquer.
 - Le dyslexique doit être encouragé, certes, mais il a besoin, comme les autres enfants, d'être noté, de pouvoir se mesurer à une norme, d'avoir des repères. Le mieux est de comparer ses résultats du moment à ceux qu'il avait précédemment.
 - Toujours faire ralentir la lecture à voix haute (la vitesse entraînant une augmentation considérable des erreurs chez les dyslexiques).
 - Copier ou recopier des leçons, des textes et des mots doit être évité.
 - Il est bon de s'assurer qu'il fait bien les devoirs notés.
 - Lui lire les énoncés des problèmes en mathématiques peut lui permettre de les résoudre car, souvent, il ne les comprend pas ou les interprète mal.
 - Lui donner des responsabilités en classe.
 - L'encourager à lire et à écrire, même s'il fait beaucoup de fautes.
 - Ne pas lui faire lire devant les autres (s'il se sent gêné).
 - Diminuer la longueur du texte à lire.
 - Le laisser lire avec le doigt qui suit.
 - Être patient face à sa lenteur.

L'ORTHOGRAPHE

1. Définition

L'orthographe est considérée comme un code ou une institution sociale. C'est la seule manière correcte d'écrire les mots propres à une communauté linguistique donnée.

Pour écrire, les stratégies sont les mêmes que pour lire.

- Dans la voie d'assemblage, le processus adopté est le suivant :
 - Segmenter le mot évoqué, ou dicté, en syllabes ou en phonèmes ;
 - Evoquer les graphies correspondantes, les tracer ; respecter le découpage des mots.

Il convient de distinguer l'assemblage phonologique (automatique et volontaire) mis en place par le lecteur compétent du déchiffrage (lent et laborieux) de l'apprenti lecteur.

- Dans la voie d'adressage, pour écrire, on évoque l'orthographe d'un mot mémorisé en lexique interne.

2. Trouble et difficultés : « la dysorthographie »

Troubles d'acquisition et de maîtrise de l'orthographe dus à un manque de maîtrise du système de correspondance phonème-graphème, des règles de l'orthographe d'usage et/ ou de l'orthographe grammaticale :

- Inversion (*cabane* écrite *canabe*)
- Confusions auditivo-perceptives (*château* et *sateau*)
- Confusions visuo-perceptives (*pates* et *dates*)
- Erreurs de reconnaissance de sons complexes (*bien* écrit *bin*)
- Omissions de sons ou de graphèmes (*aticle* pour *article*)
- Ajouts de sons ou de graphèmes (*escalier* écrit *ecscalier*)
- Erreurs de segmentation (*des zoiseaux*)

- Erreurs d'individualisation (*sempare* au lieu de *s'empare*)
- Erreurs portant sur les lettres doubles (*alouete*)
- Erreurs portant sur les lettres muettes (*la souri*)
- Confusion entre les homophones (*à-a*) , (*où-ou*)
- Erreurs d'accord et de conjugaison (morpho-syntaxe) (*les habient son salent*)
- Erreurs de lexicalisation (*mieur* écrite *mieux*)
- Erreurs de régularisation (*oignon* écrit *onyon*)

Signes d'alerte

- *Au début de l'apprentissage*
 - Difficulté d'accès au symbolisme
 - Difficulté en phonologie (Sauts de lettres, inversions de syllabes, mauvaise segmentation des mots, écriture en phonétique...)
 - Difficulté de décodage et de transcodage
 - Quasi absence de construction du lexique orthographique (pas d'apprentissage des « petits mots » et des mots très fréquents)
 - Erreurs de copie
 - Ecriture en miroir
 - Des difficultés motrices et de l'organisation spatiale
- *Dès la 3^{ème}, 4^{ème} année*
 - Difficulté de transcodage et de segmentation
 - Lexique orthographique faible
 - Mémoire auditivo-verbale faible
- *A l'école secondaire*
 - Difficultés en lecture de mots nouveaux
 - Difficultés de compréhension en écrit
 - Persistance des difficultés de transcodage
 - Lexique orthographique faible
 - Difficultés en langues, en maths (confusions de chiffres, peine à comprendre les données), en géographie, en histoire, en sciences (peine à lire et à retenir les noms propres, les dates, les termes abstraits.)
 - Ecriture souvent maladroite (dysgraphie)
 - Difficulté à s'organiser dans le temps
 - Exécution lente, hésitations, productions pauvres

3. Causes

- Une **origine développementale** : le Dr Habib a montré, grâce à l'imagerie médicale, que lors de certaines tâches phonologiques, les aires du langage dans le cerveau de personnes dyslexies-dysorthographiques étaient insuffisamment activées.
- Une **origine génétique** : des troubles souvent héréditaires : les personnes ayant des troubles d'apprentissage ont souvent des antécédents familiaux.

4. Recommandations

- Dans la majorité des cas, la rééducation orthophonique permettra à l'enfant de retrouver confiance en lui. Mais parfois, on constate une souffrance affective profonde ; il pourra être pertinent alors d'associer un soutien psychothérapeutique.
- Un bilan et un suivi psychomoteur peuvent être signalés, si nécessaire.

Des mesures à prendre en classe

- En général, le placer seul ou à côté d'un enfant calme et pas bavard.
- Le placer face au centre du tableau plutôt que face aux extrémités.
- Réduire la quantité de mots à apprendre par cœur (cinq par semaine, puis monter, suivant le rythme de l'enfant et ses progrès).
- Adapter la notion en privilégiant les progrès, même infimes, au lieu de mettre l'accent sur les difficultés persistantes.
- Ne pas noter l'orthographe en dehors de l'activité de dictée : il faut établir des priorités et avoir des objectifs à court terme...
- Encourager l'enfant, le valoriser, lui permettre de ne pas baisser les bras face à la tâche énorme qui l'attend...
- Le féliciter quand il passe de 25 fautes à 15, même s'il a toujours 0.
- Accepter les ratures (qui soulignent des autocorrections) et sa présentation brouillonne.
- Ne pas lui arracher les pages.
- L'encourager à produire de petits textes personnels en lui affirmant qu'on ne tiendra pas compte de l'orthographe, ex. lui demander d'inventer une histoire de 4 lignes.
- Faire un contrat de travail avec lui, à court terme, avec des objectifs à atteindre (note, nombre de fautes, nombre d'exercices à faire), afin d'éviter qu'il ne se sente d'emblée dépassé par le rythme et le rendement des autres.

- Lui restituer les consignes de la façon qui lui convienne, avec des phrases courtes et des mots simples, s'assurer qu'il les a comprises et qu'il en a mémorisé la succession.
- L'aider dans la consultation du dictionnaire en lui proposant l'alphabet écrit à mettre dans son dictionnaire.
- Eviter les explications par le vide. Ex : « l'adjectif est ce qui peut être supprimé ». Le dyslexique peut supprimer tout et n'importe quoi, cela ne lui pose aucun problème...
- Pour les poésies ou les mémorisations de textes, ne pas lui faire réciter le premier ou devant les autres, en cas de besoin.
- En maths, comprendre qu'il peut inverser les signes (< ou >) mais faire de bons calculs. Pointer les chiffres à l'envers mais ne pas le sanctionner.
- En histoire, être compréhensif s'il y a des inversions des chiffres dans une date.
- Lui faire découvrir ses domaines de compétence et le valoriser face au groupe classe.

LA LOGICO MATHÉMATIQUE

1. Définition

C'est la capacité d'un sujet de pouvoir comparer, associer, dissocier, déplacer, symboliser, combiner, anticiper, mettre en relation, transformer, poser des énigmes, compter, calculer, mobiliser sa pensée...

2. Trouble et difficulté: « la dyscalculie »

Un échec spécifique du développement, durable et tenace, en nombres et en opérations. Il se manifeste sans atteinte organique, alors que l'intelligence est normale.

Signes d'alerte

- En maternelle
 - L'enfant présente des difficultés d'accès au symbole. Il n'a pas ou a peu de jeux d'imitation.
 - Son dessin n'accède pas au niveau représentatif.
 - L'enfant n'acquiert pas la chaîne numérique orale et fait beaucoup d'erreurs dans le comptage.
 - L'enfant présente des difficultés à dénombrer une collection d'objets en pointant du doigt un ensemble d'éléments.
- En primaire
 - L'enfant présente des difficultés de mémorisation des faits arithmétiques, d'apprentissage des tables d'addition et de multiplication, d'utilisation de retenues, de transcoding des nombres (98 est écrit 8018).
 - Il présente des difficultés de compréhension des problèmes arithmétiques.

3. Causes

1) Origine affective

Des conflits affectifs tels que ceux décrits ci-dessous peuvent provoquer des difficultés logicomathématiques :

- Une dysharmonie, des pathologies psychologiques
- Une inhibition intellectuelle
- Une dynamique familiale pathogène
- La persistance d'un état fusionnel
- L'expression mathématique de difficultés de type œdipien
- Un égocentrisme persistant et une stagnation préopératoire
- Une prépondérance excessive de comportements ludiques
- Une prépondérance excessive d'attitudes conformistes
- Une expression logique de difficultés familiales

2) Origine motrice

On retrouve une série de troubles psychomoteurs, à savoir des troubles :

- de la motricité globale et/ou fine,
- du schéma corporel,
- de la latéralité (dominance latérale et distinction gauche/droite),
- de la coordination auditivo-visuo-motrice,
- de la structuration spatio-temporelle.

3) Origine langagière

On repère :

- une absence de conceptualisation,
- une séparation du langage et du sens,
- des confusions,
- des projections,
- une faiblesse syntaxique,
- une faiblesse de la mémoire auditive,
- un niveau d'abstraction insuffisant,
- des imprécisions inhérentes à la langue utilisée.

4) Origine logique

Dans ce cas, il y a :

- une aptitude insuffisante à l'abstraction, la décentration, l'interaction sociale, l'équilibration, et la généralisation,
- une structuration logique insuffisante de l'espace, du temps et de la causalité,
- une structuration logique insuffisante de la conservation, de la classification, de la sériation, du nombre et de la numération,
- un profil logique global préopératoire (défini par Jean PIAGET).

Le profil préopératoire est caractérisé par :

- l'égoцентризм : inconcevabilité du double point de vue ;
- la rigidité de pensée : incapacité de changer de point de vue ;
- la linéarité temporelle : ni rétroaction, ni anticipation dans le temps ;
- le primat de la perception ;
- l'abstraction simple : absence de comparaison possible ;
- la nécessité d'action concrète pour construire son raisonnement logique ;
- la symbolisation : représentations personnelles des phénomènes logico-mathématiques, donc non généralisables et non communicables ;
- l'alternance lente ou inexistante entre assimilation et accommodation.

4. Symptômes

De son côté, l'enfant peut vivre (au niveau des nombres, des opérations et attitudes) :

- une incompréhension du vocabulaire et des signes mathématiques ;
- une non-fixation des chiffres (écriture, lecture, signification) ;
- une absence de notion de nombre en tant qu'expression d'une quantité ;
- une mauvaise estimation des quantités désignées ;
- une absence d'abstraction du nombre (comptage digital, erroné, non-comparaison, non-intercalation, non-représentation, non-décomposition) ;
- une impossibilité de passer à la dizaine ;
- une limitation de la multiplication au cumul additif ;
- une combinaison ou succession d'opérations impossible ;
- une impossibilité de recours au calcul mental (recours à l'écrit ou à l'aide digitale pour tout calcul même simple) ;
- un refus affectif de certains nombres et opérations ;
- une non-application des opérations mathématiques au réel ;
- une impossibilité de comprendre une explication sans action ;
- une persistance de ces difficultés quel que soit le temps imparti ;
- une inappétence au questionnement ;
- un dégoût, un évitement, une crainte et une impulsivité ;
- un défaut de structuration temporelle et spatiale.

5. Recommandations

- Le but de cette rééducation n'est pas la rétention d'une notion bien précise mais l'accession au stade des opérations formelles, indispensable à la compréhension d'un raisonnement complexe.
- L'orthophoniste intervient auprès des enfants présentant une dyscalculie.
- La rééducation se centrera sur les structures logiques (classifications, sériations, conservations, concept du nombre...).
- Une rééducation psychomotrice doit être centrée sur :
 - l'organisation du schéma corporel, la construction de l'espace et du temps,
 - des adaptations pédagogiques.

En tant qu'enseignante, il faut :

- identifier les domaines dans lesquels l'enfant présente des difficultés ;
- essayer de les cibler lors de l'intervention ;
- dans le cas de l'atteinte du sens du nombre, une intervention mettant l'accent sur la compréhension devrait être bénéfique ;
- dans le cas de l'atteinte de la mémoire verbale, une intervention constituée d'entraînements répétés est souhaitable ;
- permettre à l'enfant de manipuler pour qu'il puisse accéder au raisonnement plus abstrait.

Les thèmes se référant à
LA PSYCHOMOTRICITÉ

LA PSYCHOMOTRICITÉ

La psychomotricité est une discipline paramédicale qui s'appuie sur la relation entre le corps, le mouvement et les fonctions cognitives de l'enfant. Son but est de favoriser le développement psychomoteur global de l'enfant à travers des activités corporelles. En s'appuyant sur le développement normal, elle tente d'apporter par des mises en situation une réduction du déficit ou une disparition même du trouble visé. Elle a recours à différentes disciplines : la médecine, la psychologie, la neuropsychologie ainsi qu'à des moyens divers : le corps, l'espace et le temps, permettant ainsi à la personne de connaître de manière concrète son être et son environnement, et d'y agir de façon adaptée.

Le psychomotricien est le professionnel de la santé qui intervient pour une rééducation du développement psychomoteur. Il a un diplôme (licence ou master) en psychomotricité et intervient dans différents lieux :

a) Son intervention au sein des écoles se fait à deux niveaux :

- 1- L'éducation psychomotrice : qui vise à stimuler les processus normaux de développement afin de favoriser l'intégration harmonieuse des fonctions psychomotrices.
- 2- La prévention pour capter au plus tôt tout retard ou toute difficulté et intervenir au bon moment pour un pronostic meilleur.

b) Il intervient aussi auprès d'élèves présentant diverses difficultés ou porteurs de handicap, et ceci aussi à deux niveaux :

- 1- La rééducation psychomotrice : elle s'adresse aux élèves présentant un retard au niveau du développement psychomoteur.
- 2- La thérapie psychomotrice : elle s'adresse surtout aux élèves présentant un retard psychomoteur dû à des problèmes psychologiques ou des troubles psychiatriques.

Les domaines psychomoteurs

En psychomotricité, l'on relève différents domaines qui constituent la base du travail du psychomotricien : le schéma corporel, l'organisation spatiale, la latéralité, la structuration temporelle, l'équipement moteur et le tonus. L'on ajoute à cela les fonctions exécutives et cognitives : facultés dont le développement est une nécessité pour toute évolution.

L'on propose dans cet ouvrage de définir chacun de ces domaines psychomoteurs tout en en précisant les causes des difficultés, les symptômes ainsi que les étapes de leur évolution. Le lecteur trouvera aussi dans chacun des chapitres une définition des concepts reliés à chaque domaine ainsi que quelques conseils donnés à titre de proposition d'aide.

LE SCHEMA CORPOREL

1. Définition

Le schéma corporel constitue la connaissance que l'on a de son corps, des limites de son corps ainsi que de ses possibilités motrices. Le développement du schéma corporel passe par différentes étapes :

- 1- *La reconnaissance des différentes parties du corps* : la première découverte du corps se fait très tôt, entre 4 et 6 mois, au moment où le bébé commence à porter les mains et les pieds à la bouche. Progressivement, à travers les déplacements et les expériences corporelles, il va commencer, dans une première étape, à prendre conscience des différentes parties de son corps puis les désigner et les nommer, dans une deuxième étape.
- 2- *L'orientation corporelle* : l'enfant devient petit à petit capable d'imiter des gestes corporelles. L'importance de l'imitation réside dans la capacité de l'enfant à orienter son corps dans des directions bien précises.
- 3- *L'organisation corporelle* : l'enfant commence à être capable à maîtriser son corps et ses déplacements.
- 4- *La représentation corporelle* : c'est la capacité de l'enfant à représenter son corps par un dessin. Cette étape se développe au fur et à mesure que le schéma corporel se construit et, à chaque étape, l'enfant va se montrer capable de représenter davantage de détails. Le côté esthétique ne compte pas à ce niveau ; l'essentiel est le nombre de détails et les liens entre eux.

2. Troubles ou difficultés

Un retard au niveau de la construction du schéma corporel peut apparaître au niveau de chacune des étapes :

- 1- *Reconnaissance des parties du corps* : l'enfant ne connaît pas les différentes parties de son corps. Parfois, il parvient à désigner mais non à nommer une partie du corps. Dans d'autres fois, il s'avère être incapable même de désigner.
 - A l'école, l'enfant n'est pas capable d'utiliser le vocabulaire propre au corps, il ne peut ni construire un puzzle du bonhomme, ni coller les parties du corps au bon endroit dans un dessin.
- 2- *Orientation corporelle* : l'enfant ne réussit pas à imiter les gestes d'une comptine chantée, il ne peut utiliser son corps pour effectuer des gestes orientés tel que tendre les bras pour pousser une porte ni orienter ses mouvements pour pouvoir s'habiller.
 - A l'école, l'enfant est incapable de reproduire les gestes d'une comptine chantée, il ne peut pas non plus distinguer visuellement un mouvement. ; Il ne peut donc pas distinguer visuellement des formes comme les lettres, les chiffres ou même les dessins.
- 3- *Organisation corporelle* : l'enfant est incapable de trouver des solutions corporelles face à des obstacles ; il peut se cogner partout.
 - A l'école, cet enfant a du mal à trouver des solutions face à toute situation complexe exigeant l'utilisation de son corps.

3. Causes

Les causes d'une mauvaise construction du schéma corporel ne sont pas spécifiques. En effet, le retard à ce niveau peut résulter de causes diverses :

- Manque d'expériences corporelles ayant pour cause une maladie ou une hospitalisation.
- Troubles associés à des pathologies diverses : trouble du spectre autistique, retard mental, dyspraxie, dysphasie, hyperactivité...

4. Recommandations

- Utiliser souvent les notions corporelles dans des situations de la vie quotidienne (exemple : nommer les parties du corps lors du bain, ou en faisant porter ses habits à l'enfant ...).
- Chanter des comptines mimées.

- Laisser l'enfant se débrouiller seul face à des situations qui nécessitent une organisation non usuelle des postures corporelles (se pencher pour ramasser un objet situé sous un meuble, franchir un obstacle pour arriver à un objet précis, grimper pour arriver à un endroit déterminé...)

L'ORGANISATION SPATIALE

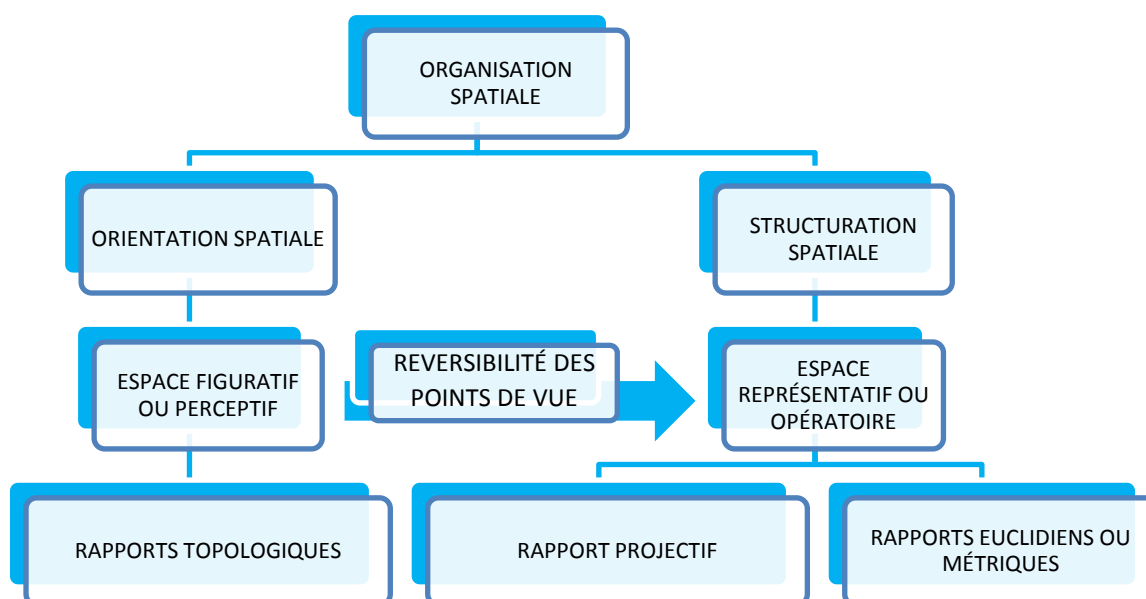
1. Définition

Ce sont les lois et les rapports qui régissent les relations entre les éléments (êtres humains, animaux, objets...) de l'espace. Ces lois et rapports englobent les notions spatiales (en dedans/ en dehors, en haut/ en bas, l'intérieur/ l'extérieur...) et la capacité de les utiliser pour s'orienter et pour organiser l'espace environnant.

La construction de l'espace passe par plusieurs étapes :

- 1- *L'occupation spatiale* : l'enfant va percevoir l'espace qui l'entoure et en repérer les limites.
- 2- *La connaissance des notions spatiales* : l'enfant va explorer l'espace avec son corps et au fur et à mesure qu'il se déplace, il va se situer dans l'espace et commencer à connaître et à utiliser les notions spatiales (le dedans/ le dehors, en haut/ en bas, sous/ sur...) par rapport à son corps, mais aussi par rapport aux objets.
- 3- *L'orientation spatiale* : l'enfant va utiliser les notions spatiales pour s'orienter dans l'espace. Il va aussi apprendre à placer les objets par rapport à lui-même et l'un par rapport à l'autre.
- 4- *La structuration spatiale* : dans cette étape, l'enfant combine toutes les étapes précédentes pour pouvoir s'organiser et organiser son espace environnant. C'est l'accès au stade représentatif où l'enfant va transposer les relations spatiales au niveau graphique.

ORGANISATION SPATIALE



2. Troubles et difficultés

1- Troubles de l'occupation spatiale

- L'enfant ne se limite pas à l'espace de son bureau.
- Il ne colorie pas tout l'espace demandé et se limite à un seul endroit.
- Il ne dessine pas sur tout l'espace disponible de la feuille.
- Il ne se limite pas à l'espace entre les deux lignes conçue pour l'écriture.

2- Troubles de la situation spatiale

- L'enfant ne sait pas les notions spatiales de base.
- Il ne sait pas se situer à l'école.
- Il ne sait pas où est sa place en classe.
- Il ne sait pas se situer sur son cahier.
- Il ne peut faire un triage selon les formes ou la grandeur.

3- Troubles de l'orientation spatiale

- L'enfant ne se place pas dans le bon sens en rang.
- Il a du mal à retrouver la place d'un matériel qu'il utilise souvent en classe.
- Il ne différencie pas les formes visuellement proches (d-b, n-u, 6-9...).

3. Causes

Les troubles spatiaux sont des symptômes observés dans diverses pathologies comme :

- Le retard du développement psychomoteur
- Le manque d'expérience spatio-corporelle
- Les troubles d'apprentissage
- Les maladies génétiques
- Les maladies neurologiques

4. Recommandations

- Utiliser les notions spatiales dans des situations de la vie quotidienne ; par exemple : pour demander un objet à l'enfant, éviter de pointer l'objet ou de dire « là-bas », et utiliser des termes spatiaux bien spécifiques ; par exemple : donne-moi le cahier qui est **dans** l'armoire, **en-dessous** de la boîte jaune.
- Donner le temps à l'enfant de trouver seul son chemin, même s'il est accompagné ; par exemple, lui demander où est l'immeuble de sa grand-mère lorsqu'on arrive dans la région où habite cette dernière, à l'école, demander à l'enfant d'aller apporter des feuilles chez le surveillant, ou au supermarché, le laisser trouver seul l'endroit où sont disposées les friandises.
- Le laisser ranger seul des objets à disposer dans une boîte ou dans son cartable, son casier...

LA LATÉRALITÉ

1. Définition

La latéralité est la prédominance fonctionnelle qui s'étend aux organes doubles de notre corps (yeux, mains, pieds, oreilles) lors d'actions spontanées ou dirigées.

Elle se manifeste soit dans les mouvements simples nécessitant, par exemple, l'utilisation d'une seule main, soit dans les mouvements plus complexes, une coordination entre les deux mains.

La latéralisation est l'ensemble de facteurs qui influencent la dominance manuelle. Ces facteurs sont généralement neurologiques, mais dans certains cas, les facteurs sociaux peuvent jouer un rôle dans le choix de la main.

Entre l'âge de 2 à 3 ans, la latéralité est établie. On relève cependant une hésitation entre l'âge de 5 à 6 ans, âge du début de l'écriture. Le changement de main pendant cette période est signe de fatigue et non de difficulté au niveau du choix de la main.

2. Troubles et difficultés

L'enfant peut présenter soit une latéralité non-affirmée, soit une latéralité contrariée. Dans les deux cas, ceci va avoir des répercussions au niveau des apprentissages :

- L'enfant change souvent de main, lors des activités manuelles et même lors de l'écriture.
- Il se trompe sur le sens graphique.
- Son écriture est illisible et/ou lente.
- En maths, il a du mal à reproduire une figure géométrique ou à comprendre la symétrie.
- Il se trompe au niveau de l'orientation des lettres.
- Il n'arrive pas à se repérer dans une page.

3. Causes

La cause des difficultés au niveau de la latéralisation n'est pas spécifique. Certes, tout retard du développement, quelle qu'en soit la cause, peut influencer et ralentir le processus de latéralisation.

À noter cependant que, contrarier un enfant censé être gaucher ou, au contraire, droitier peut causer des difficultés au niveau de la latéralité et avoir des répercussions négatives au niveau de son développement.

4. Recommandations

- Pour le choix de la main, proposer à l'enfant une multitude d'activités manuelles et le laisser libre dans ses manipulations pour que le choix de la main dominante se fasse naturellement. Forcer l'enfant à choisir une main, alors qu'il n'y est pas encore prêt, ne l'aide pas et peut avoir des retombées négatives sur ses capacités manuelles, voire au niveau de l'écriture.
- Utiliser les termes droite/ gauche dans des situations de la vie quotidienne et varier les situations (Utiliser ces notions, dans un premier temps, en fonction du mouvement demandé à l'enfant lui-même. Dans un deuxième temps, amener l'enfant à orienter les objets, et pour une dernière étape, permettre à l'enfant de transposer ces termes au niveau du stade représentatif.)

LA STRUCTURATION TEMPORELLE

1. Définition

La notion du temps est une notion abstraite, d'où la difficulté éprouvée par l'enfant de l'acquérir rapidement. Elle indique la capacité de l'enfant de se situer (date du jour, date de son anniversaire, les différents moments de la journée : matin, midi soir...), de s'orienter et à s'organiser dans le temps.

Les composantes du temps

1. L'ordre et la succession
2. La durée
3. La périodicité
4. La vitesse
5. L'irréversibilité du temps
6. La chronologie
7. Le rythme

2. Troubles et difficultés

1. Troubles au niveau de la reconnaissance des notions temporelles :

- L'enfant ne peut pas raconter une histoire chronologiquement correcte.
- Il oublie l'ordre d'une situation donnée.
- Il ne sait pas les jours de la semaine ni les mois de l'année et n'arrive pas à se situer dans le temps.
- Il ne se situe pas dans la journée (matin, midi, soir) et ne connaît pas les notions temporelles de base (avant, après, hier, demain, aujourd'hui).

- Il confond l'ordre des lettres d'un mot, ou des mots d'une phrase ; ce qui influence la lecture et la dictée.
- Il confond les différents temps de conjugaison.
- Il ne comprend pas la notion de vitesse et termine souvent son travail en retard.

2. Troubles de l'orientation temporelle :

- L'enfant ne peut pas se situer dans la journée ni repérer les moments importants (le temps de récréation, l'heure du déjeuner...)
- Il ne sait pas utiliser un calendrier.

3. Troubles de l'organisation temporelle :

- L'enfant ne peut organiser son temps ; il ne finit jamais ses évaluations à temps, il traîne très longtemps sur ses devoirs du soir...

3. Causes

Les difficultés au niveau de la structuration temporelle n'ont pas une origine spécifique ; elles peuvent résulter de plusieurs situations, telles :

- Le retard du développement psychomoteur.
- Les pathologies neurologiques ou génétiques.
- Le manque d'organisation temporelle à la maison et/ ou à l'école.

4. Recommandations

- Utiliser les termes relatifs au temps dans des situations de la vie quotidienne de l'enfant.
- Donner à l'enfant l'emploi du temps de la journée fondé sur des appuis visuels (des images ou des dessins et même des symboles, s'il est capable de les comprendre).
- Le soir, faire faire la récapitulation de la journée en faisant citer les événements vécus (on peut aussi dessiner les événements avec l'enfant en les plaçant dans l'ordre et en les numérotant).
- Lire une histoire en s'arrêtant sur l'ordre et sur la succession des événements puis demander à l'enfant de récapituler.

L'ÉQUIPEMENT MOTEUR

1. Définition

L'équipement moteur est la capacité de l'enfant de contrôler son corps en mouvement ou au repos. Elle englobe les différents moyens de déplacements (marche, saut, course...) ainsi que la maîtrise des différentes parties corporelles.

L'équilibre statique est la capacité du sujet de se maintenir en équilibre dans différentes positions statiques.

L'équilibre dynamique est la capacité du sujet de coordonner différents membres corporels pour effectuer un déplacement comme la marche, les sauts...

La coordination oculo-manuelle est la maîtrise du mouvement de la main par le contrôle de la vue.

2. Troubles et difficultés

Les symptômes en varient et l'on relève :

- que l'enfant est incapable d'acquérir la position « debout »,
- qu'il ne rampe pas ni ne grimpe,
- qu'à l'âge de 14 mois, il ne marche toujours pas,
- qu'il manifeste une marche non-coordonnée, qu'il perd souvent l'équilibre et tombe,
- qu'il ne peut effectuer les mouvements lors des séances d'éducation physique : course, sauts, sauts à cloche-pied, jeux de ballon...

3. Causes

Les difficultés au niveau des coordinations peuvent avoir différentes causes qui vont d'un simple manque d'expérience corporelle (dû à une longue hospitalisation ou à une maladie) à des problèmes neurologiques.

L'on note aussi que tout trouble ou pathologie touchant le développement global de l'enfant peut influencer l'équipement moteur.

4. Recommandations

- Encourager l'enfant à se débrouiller seul pour grimper, courir, monter, descendre...
- L'amener dans les grands espaces de jeux (toboggan, balançoire...) et le laisser faire sa propre expérience.
- Multiplier les activités extérieures, tel que les jeux de balles et de ballons, les promenades à vélo...

LA MOTRICITÉ MANUELLE

1. Définition

La motricité manuelle est l'ensemble de mouvements fonctionnels des mains mis en œuvre en vue de l'acquisition de l'écriture. Elle consiste à développer les compétences qui suivent : la précision du geste, la dextérité manuelle et digitale, la coordination visuomotrice, la dissociation fonctionnelle segmentaire, la vitesse d'exécution, la régulation de la tension musculaire et l'affirmation de la latéralité manuelle.

La graphomotricité est la technique de rééducation des difficultés au niveau de l'écriture. Elle englobe un travail au niveau de la coordination des différentes articulations du bras ainsi que l'ajustement de la position du sujet lors de l'acte graphique.

LA CLASSIFICATION DE PAOLETTI (1993)

La visée : pointage, poursuite, approche, contact.

La prise de contrôle manuel : saisir, attraper.

Le contrôle manipulateur : palpation, soutien, déplacement, transformation.

Le relâchement de la prise : lâcher, déposer.

La transmission de force : frapper, lancer.

Le contrôle graphique : dessiner, écrire.

2. Troubles et difficultés

- Les difficultés de la motricité manuelle sont multiples. À l'observation, on relève :
 - que l'enfant a du mal à effectuer des activités manuelles (Légo, ciseaux, piquage...)
 - qu'il a du mal à se servir des ustensiles de cuisine (fourchette, cuillère, couteau...)
 - qu'il a des difficultés à s'habiller, surtout à boutonner ses habits ou à fermer sa serrure.

- En cas de difficultés au niveau graphique, une intervention est nécessaire si l'une des conditions suivantes est remplie :
 - Une écriture complètement illisible
 - Une lenteur excessive lors de l'écriture
 - Des douleurs à la main ou au bras lors de l'acte d'écrire

3. Causes

Les causes des difficultés au niveau de l'écriture ne sont pas spécifiques. Mais il faut noter qu'un gaucher ou qu'un droitier contrariés peuvent manifester des difficultés graphiques.

Il est important de savoir que des difficultés au niveau de l'organisation spatiale laissent des répercussions au niveau de l'écriture d'un sujet.

4. Recommandations

- Encourager l'enfant à ouvrir seul les objets (la bouteille d'eau, une boîte, mettre la paille dans son jus...).
- Mettre à sa disposition des jeux manuels (Légo, perles...).
- Lui permettre d'expérimenter la trace graphique sur le grand espace (peinture sur un papier grand format, au tableau...).

LE TONUS

1. Définition

Le tonus est l'état de tension d'un muscle au repos.

La régulation tonique est la capacité du sujet à réguler les tensions musculaires de son corps de façon adaptée à un mouvement.

2. Symptômes

Les difficultés au niveau de la régulation tonique se manifestent surtout au niveau des mouvements corporels.

- En cas d'hypertonie :
 - Les modes de déplacement du sujet semblent figés et souvent difficiles.
 - La marche est irrégulière.
 - Des tensions sont relevées au niveau du bras lors des activités manuelles pour les hypertoniques.

- En cas d'hypotonie :
 - Le sujet tombe souvent et manque de force musculaire.
 - Les activités manuelles sont souvent un échec et l'on constate des difficultés à : visser/dévisser, ouvrir une boîte, utiliser les ciseaux, faire du piquage...

3. Causes

- Les troubles de la régulation tonique proviennent surtout des lésions neurologiques.
- À noter que le tonus est aussi étroitement relié à l'état psychologique : certains troubles de la régulation tonique sont reliés à l'état émotionnel de l'enfant.

4. Recommandations

- Masser l'enfant avec de la crème ou de l'huile après le bain.
- Favoriser les activités sportives, surtout la natation.

LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS

A) Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA, TDA-H)

1. Définition

Très longtemps désigné par « hyperactivité », ce trouble repose sur la triade : trouble de l'attention, hyperactivité et impulsivité. Il se présente sous deux facettes :

- 1- TDAH : trouble du déficit de l'attention et hyperactivité (hyperactivité et impulsivité prédominantes).
- 2- TDA : trouble déficit de l'attention (inattention prédominante).
 - Le trouble du déficit de l'attention se caractérise par une incapacité du sujet à :
 - maintenir son attention pour une longue durée sur une même tâche (attention soutenue) ;
 - sélectionner une cible parmi d'autres (attention sélective) ;
 - effectuer deux tâches en mêmes temps (attention divisée).
 - L'hyperactivité se caractérise par une agitation motrice excessive. Le sujet est incapable de se tenir en place pendant une longue période. Un besoin de bouger et de se déplacer entrave constamment n'importe quelle tâche entamée par l'hyperactif.

2. Symptômes

a- *Les conditions nécessaires pour le diagnostic :*

- Certains symptômes doivent apparaître avant l'âge de 7 ans.
- Les symptômes doivent se manifester dans au moins deux lieux différents.

- Une gêne fonctionnelle significative doit faire figure dans les domaines scolaires et relationnels.
- D'autres pathologies clairement identifiées doivent faire défaut.

b- Symptômes de l'inattention

- Pour la dimension « inattention », le diagnostic exige au moins six des neuf symptômes qui suivent :
 1. L'enfant ne parvient pas à centrer son attention sur les détails, ou fait des « fautes d'inattention » dans les devoirs scolaires, dans le travail ou dans d'autres activités.
 2. Il a du mal à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeux.
 3. Il n'écoute souvent pas ce qu'on lui dit.
 4. Il ne parvient souvent pas à se conformer aux consignes ni ne parvient à mener à terme ses devoirs scolaires ou des tâches demandées par autrui.
 5. Il a du mal à organiser son travail et ses activités.
 6. Il évite souvent ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, tel que les devoirs à faire à la maison.
 7. Il perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison (par exemple : des crayons, des livres, des jouets, des outils).
 8. Il est facilement distrait par des stimuli externes.
 9. Il exhibe des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

c- Symptômes de l'hyperactivité

- Pour la dimension « hyperactivité/ impulsivité », le diagnostic exige au moins six des neuf symptômes qui suivent :
 1. L'enfant hyperactif/ impulsif agite souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise.
 2. Il se lève en classe ou dans d'autres situations.
 3. Il court partout ou grimpe souvent, de façon excessive, dans des situations où cela est inapproprié (chez l'adolescent ou l'adulte ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation).
 4. Il est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs.
 5. Il fait preuve d'une activité motrice excessive, non influencée par le contexte social ou les consignes.
 6. Il parle souvent trop.

d- Symptômes de l'impulsivité

1. L'enfant laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
2. Il a du mal à attendre son tour.
3. Il interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple, il fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres).

3. Causes

Les causes du TDAH sont multifactorielles et hétérogènes. Elles font l'objet d'une intense recherche qui émet des hypothèses mais qui ne concluent pas de façon tranchante quant aux raisons du trouble.

1. Facteurs génétiques
2. Facteurs neurobiologiques et neurochimiques
3. Facteurs neuropsychologiques
4. Facteurs environnementaux et psychosociaux

4. Recommandations

- Bien localiser l'élève dans la classe : loin des portes, des fenêtres, des autres élèves perturbants.
- Eloigner le matériel inutile et garder seulement celui qui est significatif.
- Montrer la planification : ce qu'il doit faire avant de commencer un travail et l'obligation de le terminer avant d'entreprendre quelque chose de nouveau.
- Diviser le travail en portions de 10-15 minutes pour maintenir son attention.
- Augmenter le nombre de renforcements.
- S'approcher de lui pour donner des explications.
- Animer la leçon avec des effets visuels.
- Evaluer sa productivité et mesurer ses progrès.
- Expliquer les causes et les conséquences de ses actes.
- S'accorder le temps qu'il faut pour parler à l'élève qui s'émeut facilement et lui proposer différents moyens de se calmer.
- Répéter les consignes et les éclaircissements est absolument nécessaire pour ce type d'enfants.
- Informer l'élève des sanctions prévues pour chaque manquement aux règles.

B) LE TROUBLE D'ACQUISITION DE LA COORDINATION

1. Définition

Le trouble de l'acquisition de la coordination est un trouble développemental caractérisé par une maladresse et une imprécision des habiletés motrices. Le sujet exhibe une pauvreté de coordination au niveau des tâches de la vie quotidienne (comme le façage, le boutonnage, les activités manuelles...) qui ne correspond ni à son âge ni à son niveau intellectuel.

Les critères de diagnostic d'un trouble de l'acquisition de la coordination relèvent des points qui suivent :

- Une performance motrice inférieure à l'âge du sujet, associée à un QI normal.
- Un impact négatif au niveau des résultats scolaires.
- Une exclusion de toute condition médicale pouvant être à l'origine des difficultés motrices.

2. Symptômes

- Les activités les plus fréquemment déficitaires chez les sujets porteurs d'un TAC sont :
- Les jeux de balles et de ballons
- La manipulation d'outils (ciseaux, couverts, marteau...)
- Les activités de motricité fine
- Les activités graphiques (dessins, écriture...)
- Les jeux de constructions
- Les sports
- Les activités de grande motricité reliées au déplacement (marche, course, sauts, montée et descente des escaliers...)
- L'équilibre (qui s'affiche précaire)
- La parole (irrégularité, bégaiement...)

3. Causes

Les causes du trouble de l'acquisition de la coordination sont diverses et non spécifiques. Or, certains points sont relevés par Michelson et Lindahl (1993) :

- Des facteurs de complications périnataux (poids infime à la naissance, un score Apgar médiocre, des difficultés respiratoires...) peuvent être à l'origine de la maladresse.

- Des facteurs génétiques peuvent également être à l'origine du TAC ; des parents peuvent être eux-mêmes maladroits, à un âge plus jeune.

4. Recommandations

Le sujet présentant un trouble d'acquisition de la coordination fait face à des échecs reliés aux tâches de la vie quotidienne, mais aussi aux tâches scolaires. Il est important de savoir l'accompagner pour l'aider à s'adapter et pour éviter toute perturbation psychologique capable de le compromettre. Quelques mesures sont également à prendre :

- En parler ouvertement avec le sujet pour instaurer un climat de confiance et d'expression.
- Informer la famille et l'entourage proche sur le trouble et sur ses répercussions pour éviter des réactions désagréables vis-à-vis du sujet.
- Assurer un espace qui lui permette de faire de nouvelles acquisitions corporelles et d'utiliser au mieux ses capacités.
- Avoir recours à un psychomotricien pour une rééducation des troubles moteurs.

LA DYSGRAPHIE

1. Définition

La dysgraphie, est définie par Ajuriaguerra comme un trouble qui atteint la qualité de l'écriture. D'autres auteurs s'intéressent davantage au versant spatial de l'écriture, et définissent la dysgraphie comme étant un trouble touchant la réalisation spatiale des lettres.

Dans les nouvelles classifications, CIM10 où DSMIV, la dysgraphie est absente. Le DSM, parle plutôt d'écriture illisible observée au niveau du trouble de l'acquisition de la coordination, le trouble de l'écriture renvoyant au versant orthographique. Le CIM10 ne mentionne même pas l'écriture dans sa qualité ou dans sa lisibilité.

2. Symptômes

Les difficultés au niveau de l'écriture se traduisent à des niveaux différents :

- Une illisibilité au niveau de l'écriture (lettres mal formées, absence de liaison, micrographie...)
- Des troubles spatiaux affectant la réalisation spatiale de l'écriture.
- Les difficultés au niveau de l'orthographe peuvent être des troubles de l'écriture.

3. Causes

Les causes des troubles de l'écriture sont diverses et peuvent trouver leurs origines dans :

- les troubles d'apprentissage : la dyslexie, la dyscalculie, la dysorthographe ;
- les troubles psychomoteurs : dont le trouble de l'acquisition de la coordination, le trouble du déficit de l'attention et hyperactivité, les troubles spatio-temporels ;

- des pathologies diverses touchant le développement global de l'enfant : la trisomie 21, les troubles du spectre autistique, l'infirmité motrice cérébrale ou à minima...

4. Recommandations

Le psychomotricien est le professionnel de la santé qui rééduque le trouble ou les difficultés au niveau de l'écriture. Il est cependant important de suivre les conseils qui suivent :

- Les remarques cassantes face à l'écriture de l'enfant ne peuvent que le décourager.
- Il est inutile de demander à l'enfant de recopier des textes ; ceci ne peut l'aider en aucun cas.
- Demander à l'enfant d'auto-évaluer son écriture (repérer les lettres qui sont illisibles) et d'y remédier peut être d'une grande utilité.

Les thèmes se référant à
LA PSYCHOLOGIE

LA PSYCHOLOGIE

La psychologie : c'est l'étude scientifique des faits psychiques et des comportements. Elle a pour objectif l'investigation de la structure et du fonctionnement du psychisme, elle s'attache à décrire, évaluer et expliquer les processus mentaux dans leur ensemble. Elle est divisée en de nombreuses branches d'étude aussi bien théoriques que pratiques.

La psychologie scolaire : le psychologue scolaire est chargé des interactions triangulaires entre l'enfant, sa famille et l'école et est conçu comme l'interlocuteur privilégié de l'ensemble des actants spécialisés (éducatifs, thérapeutiques) qui gravitent autour de l'enfant et de sa famille. Il exerce en réseau d'aides spécialisées apportées aux élèves en difficultés.

La psychologie clinique : elle est une des branches de la psychologie, elle concerne l'étude des êtres humains, de leurs conduites individuelles ou en groupe. Elle a pour objectif de discerner et d'interpréter l'histoire et le fonctionnement psychique de l'homme, en situation et en évolution. Le psychologue clinicien est confronté à des problématiques psychologiques diverses (dépression, angoisse, difficultés d'apprentissage, problèmes relationnels, agression...).

La psychothérapie : la psychothérapie regarde le traitement de certaines maladies mentales mais également de certains troubles corporels (une affection psychosomatique) comme de certaines difficultés d'adaptation (familiale ou scolaire) qui n'ont pas un statut psychopathologique bien défini. Les formes des psychothérapies les plus répandues sont les théories psychanalytiques systémiques et cognitivo-comportementales.

La psychothérapie analytique : la psychothérapie analytique se pratique en face à face ; elle peut proposer selon le cas, un soutien, une relaxation, une thérapie familiale et des pratiques destinées à l'enfant et à l'adolescent. Elle permet d'apporter une aide relative à certains états passagers de gêne. Elle



consiste essentiellement en l'interprétation du matériel verbal proposé et associé librement par le patient en vue d'atténuer ou de faire disparaître les conflits intrapsychiques.

La psychothérapie cognitivo-comportementale : la thérapie cognitivo-comportementale s'intéresse à la fois au processus de pensée de l'individu et à son comportement. Un dialogue s'établit entre le patient et le thérapeute afin d'évaluer point par point les causes du trouble. La thérapie consiste à mettre en place un certain nombre d'étapes pour soigner le trouble en question, par le biais d'une série d'exercices pratiques directement liés aux symptômes.

La psychanalyse : la psychanalyse est mise au point par Sigmund Freud. Elle repose essentiellement sur la parole ; elle dispose d'une technique et d'une théorie pour comprendre les conflits psychiques et elle est fondée sur l'exploration de l'inconscient. La psychanalyse aide à déceler dans l'esprit l'existence de souvenirs, de désirs ou d'images dont la présence subconsciente cause des troubles psychiques ou physiques.

La psychiatrie infanto-juvénile : elle est chargée de contribuer à l'amélioration des conditions de développement psychoaffectif des enfants et des adolescents, de traiter précocement les troubles d'ordre psychopathologique survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence, de prendre en considération les risques évolutifs à plus long terme et leurs conséquences à l'âge adulte.

L'orthopédagogie : elle est définie par l'ensemble des méthodes et procédés d'enseignement qui visent à permettre aux enfants, aux adolescents et aux adultes aux prises avec des difficultés ou des troubles d'apprentissage, de pallier à ces entraves et de développer au mieux leurs potentialités.

Le rôle de l'orthopédagogue consiste :

- à développer des compétences orthodidactiques,
- à choisir ou à créer du matériel adapté aux besoins de la personne présentant des difficultés ou troubles d'apprentissage,
- à se servir des outils d'évaluation diagnostique, à analyser et à interpréter les résultats avec rigueur et minutie.

L'ABUS SEXUEL

1. Définition

L'abus sexuel est toute implication d'enfants et d'adolescents dépendants, immatures dans leur développement, dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens.

Trois catégories d'abus sexuel sont classiquement distinguées :

1. Les abus sexuels sans contact corporel : les appels téléphoniques, les présentations de photos ou de vidéos pornographiques, l'exhibitionnisme, etc.
2. Les abus sexuels avec contact corporel : les attouchements, les caresses, les baisers, le frottement, la masturbation, la fellation, le cunnilingus, etc.
3. Les abus sexuels avec viol ou tentative de viol : la pénétration ou tentative de pénétration vaginale, anale ou orale, avec le doigt, le pénis ou tout autre objet.

2. Recommandations

Pour prévenir contre ces abus sexuels, on doit parler de façon simple avec l'enfant, de son droit de dire non à la main qui veut le toucher quand cela le met mal à l'aise et de savoir qu'il peut parler en toute confiance aux personnes qui s'occupent de lui.

- La règle « On ne touche pas ici » est une règle simple qui dit clairement où il est permis et où il est interdit de le toucher : un enfant ne doit pas être touché par autrui sur les parties du corps généralement couvertes par ses sous-vêtements. Et lui non plus ne doit pas toucher les autres sur ces mêmes parties. La Règle «On ne touche pas ici» aide les enfants à repérer une frontière nette et facile à retenir : les sous-vêtements.
- Un enfant n'est jamais trop jeune pour apprendre la Règle «On ne touche pas ici», parce qu'il peut subir des abus à tout âge.

- Apprendre aux enfants à dire “Non”, immédiatement et fermement, à tout contact physique déplacé.
- Dire aux enfants que ce n’est pas bien que quelqu’un regarde ou touche ces parties intimes ou qu’il leur demande de regarder ou de toucher les parties intimes d’autrui.
- Inculquer aux enfants la différence entre les bons et les mauvais secrets. Tout secret qui engendre l’anxiété, le malaise, la peur ou la tristesse ne doit pas être gardé pour soi ; il doit au contraire être raconté à un adulte digne de confiance (parent, enseignant, policier, médecin).
- Apprendre aux enfants des règles simples concernant les contacts avec des inconnus : ne jamais monter en voiture avec un inconnu et ne jamais accepter des cadeaux donnés ou des invitations faites par des personnes qu’ils ne connaissent pas.
- Si l’on soupçonne que son enfant a subi un abus, il est très important de ne pas lui en vouloir. Ne pas faire sentir à son enfant qu’il a fait quelque chose de mauvais.

L’éveil doit prendre en considération l’âge de l’enfant :

- Pour les petits (3 à 8 ans), la sensibilisation peut se faire à partir d’histoires d’animaux qui ne choquent pas l’enfant mais qui soient conçues dans cet objectif.
- Pour les jeunes (9 à 18ans), certains points sont essentiels à discuter avec les élèves :
 - Se méfier pour se protéger surtout des inconnus.
 - Eviter de se trouver dans un endroit mal fréquenté et peu fréquenté.
 - Pour les filles, éviter les vêtements excentriques et obscènes (micro jupe, talons, décolleté...)

Les parents doivent à leur tour discuter ces mêmes points avec leurs enfants.

L'AUTISME

1. Définition

L'autisme est un trouble du développement humain qui se caractérise par une interaction sociale et par une communication anormales, avec des comportements restreints et répétitifs.

Le syndrome d'Asperger est un trouble envahissant du développement qui est proche de l'autisme de haut niveau, mais avec une absence de retard de langage.

2. Symptômes

Les symptômes sont détectés par les parents dès les deux premières années de la vie de l'enfant. Certains sujets en sont atteints gravement, d'autres modérément. L'autisme touche 4 fois plus de garçons que de filles.

D'autres symptômes sont fréquemment associés à l'autisme :

- Des compétences cognitives particulières : de très bonnes capacités visuo-spatiales, une mémoire très développée dans certains domaines...
- Des particularités sensorielles : (ouïe, vision, odorat, toucher), accompagnées par une hypo ou une hypersensibilité, ou par la recherche de stimulations sensorielles souvent inhabituelles (sensibilité à certains sons, odeurs ou textures).
- Des troubles de la motricité et de la posture : difficultés de coordination droite-gauche ou haut-bas du corps, raideur et utilisation de la posture pour réguler les émotions, atteinte de la motricité fine...

3. Causes

Jusqu'à ce jour, aucune cause unique de l'autisme n'a été signalée et il est probable que différentes causes peuvent entraîner le développement des signes de l'autisme :

- Les données neurobiologiques : Elles mettent en évidence des différences de morphologie du cerveau des personnes autistes, et des anomalies du traitement de l'information.
- Les données génétiques : De nombreux gènes ont été détectés à partir de l'étude des différences entre sujets atteints et sujets sains : des «gènes candidats» qui pourraient être impliqués dans l'autisme.
- Les données psychanalytiques : Les particularités perceptives, sensorielles et motrices des personnes autistes entraîneraient des troubles dans la constitution du psychisme, et notamment des troubles qui concernent la constitution de l'image du corps.

4. Recommandations

Prendre en charge des personnes autistes repose sur trois grands volets d'actions à adapter en fonction des caractéristiques de chaque personne et de son évolution (projet personnalisé) :

- Action éducative, avec pour objectif l'autonomie du sujet
- Action pédagogique, avec pour objectif les apprentissages (adaptation des manuels, "teach one to one")
- Action thérapeutique, avec pour objectif la santé mentale et physique du sujet

5. Traitement

Il n'y a aucun traitement qui puisse venir aux causes de l'autisme. Les traitements pharmacologiques visent à réduire certains symptômes comme l'agitation, l'anxiété, des stéréotypies ou rituels envahissants, les troubles du sommeil...

LE TROUBLE ALIMENTAIRE

A) L'anorexie

1. Définition

L'anorexie est un trouble du comportement alimentaire dans lequel l'anorexique se sert parfois de la maîtrise de son corps pour maîtriser les relations avec son entourage, notamment sa famille. Elle commence avec un effort pour lutter contre la faim et débouche sur une perte d'appétit.

2. Causes

- L'anorexie est parfois le compromis que trouve la personne, face à un conflit qu'elle ne parvient pas à résoudre : jalousie, chagrin d'amour, deuil...
- Elle se déclenche parfois en présence d'une éducation sévère, et s'accompagne d'une faible estime de soi.
- Elle s'affiche comme une conséquence d'un simple régime quand l'obsession de maigrir devient incontrôlable.

3. Conséquences

- L'anorexie a souvent pour conséquence la dépression, alors qu'avant d'en devenir victime, la personne est dotée d'hyperactivité.
- Elle laisse place à un isolement social important.
- Des obsessions qui gravitent autour de la nourriture.
- Des carences alimentaires entraînant, à long terme, une perte d'énergie et une incapacité croissante pour la personne à résoudre ses problèmes.

B) La boulimie

1. Définition

La boulimie est un trouble alimentaire grave en relation avec des pertes de contrôle face à la nourriture. Elle s'installe souvent lors de l'adolescence. La perte de contrôle peut porter autant sur la quantité que sur le choix, le lieu ou même le moment où l'on mange. Les vomissements provoqués sont parmi les moyens mis en œuvre pour compenser les rages alimentaires.

2. Causes

- La boulimie touche principalement les femmes qui compensent leurs souffrances et le vide en elles par les aliments.
- On associe d'ordinaire cette pathologie à un besoin de combler une carence affective.
- Elle apparaît comme une défense contre la dépression et le stress pathologique.
- Le fait de manger ne vise pas la nourriture. C'est plutôt un moyen déployé pour apaiser l'angoisse, compenser la frustration ou revaloriser une image de soi.

3. Conséquences psychologiques

- Une mauvaise représentation du corps.
- Une mauvaise estime de soi.
- Une honte et un repli sur soi

4. Recommandations

L'école est un lieu indiqué pour une éducation nutritionnelle. L'enseignant est censé observer la conduite alimentaire de ses élèves, s'assurer si l'élève mange ses tartines et s'il mange sain. En cas de trouble, il faut :

- améliorer la communication avec l'élève pour instaurer la confiance ;
- éviter de culpabiliser l'élève dans une tentative de le pousser à changer son comportement alimentaire ;
- chercher à être une ressource constructive qui récompense le malaise et la souffrance de l'enfant ;
- éviter de centrer l'attention sur le trouble alimentaire ;



- inciter l'enfant à s'intégrer au sein d'un groupe et empêcher son isolement ;
- orienter les parents vers des spécialistes.

5. Traitement du trouble alimentaire

Afin d'agir sur les causes psychologiques du trouble et pour qu'il soit efficace et durable, le traitement doit s'établir dans la confiance. La psychothérapie vise à la maturation émotionnelle et à une résolution des conflits affectifs.

LES TROUBLES DU CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN

A) L'encoprésie

1. Définition

L'encoprésie est l'émission involontaire et répétée de matières fécales en dehors des lieux réservés à cet usage chez un enfant de plus de 4 ans, en dehors de toute maladie organique.

Les traits principaux en sont :

- Les émissions fécales, qu'elles soient involontaires ou délibérées, sont répétées dans des endroits inappropriés (par exemple, dans les vêtements ou sur le sol).
- Le comportement survient au moins une fois par mois, pendant 3 mois.
- L'enfant a un âge chronologique d'au moins 4 ans (ou un niveau de développement équivalent).
- Le comportement n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple un laxatif) ni à une affection médicale générale.

L'encoprésie est mal vécue par l'enfant et par sa famille. Elle peut facilement s'accompagner d'une tendance à l'isolement, au repli sur soi, voire à un sentiment de honte.

Elle touche environ 3% des enfants à l'âge de 4 ans et 2% à l'âge de 8 ans. Les pertes de selles peuvent être nocturnes ou diurnes ; elles peuvent parfois avoir lieu dans les deux moments de la journée.

Elle peut provoquer, plus fréquemment chez les filles, l'énurésie ainsi que des infections du système urinaire.

2. Causes

Il s'agit de ne pas confondre l'encoprésie avec une incontinence du sphincter anal comme dans certaines maladies neurologiques. (Encéphalopathie, atteinte de la moelle épinière...).

- L'encoprésie peut être en relation avec une perturbation de la relation parents-enfant, le plus souvent la mère.
- Une éducation des sphincters trop précoce, associée à une contrainte exercée par une mère exigeante qui ne tolère pas la constipation.
- Un refus, une opposition agressive de l'enfant d'aller à la selle.
- L'encoprésie peut exprimer un désir de vengeance : la naissance d'un puîné, des difficultés scolaires,...
- Elle peut être mise en relation avec une forme de gestion de l'agressivité.
- Elle peut camoufler une angoisse de séparation surtout à l'entrée en maternelle.

L'enfant encoprétique est anxieux ; il présente une faible tolérance à la frustration et une agressivité immature, impulsive, excessive ou contrôlée à l'excès. L'enfant est très dépendant de sa mère.

B) L'énurésie

1. Définition

L'énurésie se manifeste lorsque les enfants urinent sur eux-mêmes. Elle touche près de 10 % des enfants âgés de 5 à 7 ans, et plus particulièrement les garçons.

On distingue deux types d'énurésie :

- L'énurésie primaire : elle concerne les enfants qui n'ont jamais été propres.
- L'énurésie secondaire : dans ce deuxième cas, l'enfant, propre depuis au moins 6 mois se remet à uriner sur lui ou dans son lit.

L'énurésie comme l'encoprésie peut être expliquée aussi bien par des causes physiologiques que psychologiques.

2. Causes

a) Des causes physiologiques

- Une immaturité vésicale : les réflexes neuromusculaires contrôlant la vessie ne fonctionnent pas encore parfaitement. La vessie se vide sans que l'enfant ne puisse se retenir.

- Une petite capacité vésicale.
- Un dérèglement hormonal : la nuit, la glande hypophyse sécrète une hormone antidiurétique pour ralentir la production d'urine ; chez certains enfants, ce mécanisme serait déficient.
- Un seuil d'éveil bas : l'enfant reste endormi malgré les signaux envoyés par la vessie.
- Une prédisposition génétique : si l'un des parents était enfant énurétique, le fils (ou encore la fille) a environ 40% de risques de l'être ; 70% si les deux parents l'étaient. Si tel est le cas, parler de cette expérience à l'enfant l'aidera à se déculpabiliser.

b) Des causes psychologiques

Quand un enfant se met à faire pipi alors qu'avant il savait maîtriser ses sphincters, il suffit de chercher l'événement qui a déclenché l'énurésie chez lui pour savoir comment l'aider.

L'énurésie peut exprimer :

- le désir de rester bébé ou la peur de grandir.
- la jalousie entre frères et sœurs.
- un choc affectif (séparation, divorce, deuil, scène de violence, harcèlement...).
- un apprentissage trop strict du pot.

Un enfant modèle, très sage, peut aussi se lâcher la nuit et mouiller ses draps.

Faire pipi la nuit est alors un moyen pour l'enfant de prouver que son corps est bel et bien sa propriété.

3. Des conséquences psychologiques

L'encoprésie et l'énurésie ont un retentissement psychologique important : anxiété, troubles du sommeil, irritabilité, repli sur soi.

La plupart des enfants se sentent ainsi honteux et perdent leur confiance en eux. Cela handicape bien souvent leur vie sociale : ils refusent d'aller dormir chez un copain, ne veulent pas partir en colonie ; ils s'enferment chez eux.

4. Recommandations

Les instituteurs doivent demander aux parents de consulter un médecin pour identifier la situation problématique à l'origine du trouble. Ils doivent également dédramatiser la situation auprès de l'enfant, ne pas le juger, ni le punir mais lui faire comprendre qu'il n'est pas le seul, que ce petit problème est passager et qu'il peut être soigné. Ils peuvent aider les parents à mettre en place de bonnes habitudes :

- Lui faire boire davantage pendant la journée, et beaucoup moins le soir.
- Etablir le rituel d'aller faire pipi juste avant d'aller se coucher.
- Laisser une petite veilleuse pour qu'il aille aux toilettes la nuit.
- Eviter de le punir à chaque fois car cela aboutit toujours à l'effet indésirable.

5. Traitement

Les deux troubles peuvent être soignés grâce à un traitement médicamenteux. Mais lorsqu'ils relèvent de causes psychologiques, un suivi psychothérapeutique est vivement recommandé. Le psychothérapeute pourra identifier la source d'anxiété chez l'enfant. Il revient, dès lors, aux parents de combler le manque ou de résoudre le problème familial qui inquiète l'enfant. La parole dans un cas pareil se montre essentielle.

LA DÉPRESSION

1. Définition

La dépression est un trouble caractérisé par des périodes de baisses d'humeur accompagnées d'une faible estime de soi et d'une perte d'intérêt ou de plaisir dans des activités, avec une baisse de la capacité de concentration.

D'autres signes peuvent survenir, comme la fatigue, la tristesse, les pensées négatives, les idées noires, l'anxiété ou l'angoisse. Non traitée, elle peut induire un comportement suicidaire.

2. Causes

Les causes en sont plurifactorielles. La dépression est comprise comme résultant de l'interaction d'un ensemble de facteurs psychologiques, biologiques et sociaux. Un manque affectif profond, un choc psychique, le stress né d'une situation particulière, une maladie, un environnement social hostile, des conflits familiaux, des cas de divorce, la mort d'un parent, ou toute autre perturbation dans le domaine parental engendre un grand risque de dépression.

- Les causes dues à des facteurs biologiques (relevant de la génétique, des drogues, des médicaments).
- Les facteurs psychologiques individuels, relevant de la biographie de la personne (petite enfance, enfance avec latence, adolescence, etc.) en rapport avec son vécu actuel.
- Les données relevant de l'environnement (qu'il soit familial, professionnel ou encore socioculturel).

Une maltraitance (physique, émotionnelle, sexuelle, ou une négligence) infligée à un mineur est associée à un risque majeur de dépression pesant plus tard sur sa vie d'adulte.

3. Recommandations

Quand les instituteurs remarquent l'installation chez un élève des signes de détresse ou un des symptômes de la dépression déjà évoqués pour plus d'une semaine, ils doivent convoquer les parents et leur communiquer l'état de leur enfant. Ils doivent s'assurer également si l'enfant se trouve dans le même état à la maison, et ce, dans le but de les orienter vers un spécialiste (médecin de famille, psychothérapeute).

4. Traitement

Le traitement de la dépression se fait avec une psychothérapie selon une approche psychanalytique ou cognitivo-comportementale.

Quand la dépression est associée à des idées suicidaires, une thérapie médicamenteuse par antidépresseurs est recommandée.

- La psychothérapie travaille sur les causes intrapsychiques, profondes, de la dépression, autrement dit sur l'histoire du sujet. Elle repose exclusivement sur la parole.
- La thérapie cognitivo-comportementale s'occupe de la dépression en modifiant les comportements et les idées qui s'y rattachent.

L'ÉPILEPSIE

1. Types d'épilepsie

On distingue deux grands types de crises d'épilepsie :

1. Les crises généralisées : la décharge paroxystique intéresse les deux hémisphères cérébraux.
2. Les crises partielles qui n'affectent que certaines parties du corps et que représentent 60% au moins des épileptiques.

2. Causes de l'épilepsie

Les causes des épilepsies demeurent inexplicées dans plus de 50% des cas et peuvent être occasionnées par :

- une lésion cérébrale
- une malformation congénitale
- une encéphalite
- des séquelles d'une souffrance à la naissance
- un traumatisme crânien
- un accident vasculaire cérébral
- une tumeur
- des infections du système nerveux central
- des maladies neurologiques évolutives
- des anomalies des chromosomes
- un déséquilibre des neurotransmetteurs
- une prédisposition génétique à la maladie

Les crises chez l'épileptique peuvent se manifester de façons très diverses :

- Une petite perte d'attention
- Des secousses musculaires
- Des convulsions sévères et prolongées : raidissement du corps, suivi de secousses et d'un coma transitoire.

3. Recommandations

En dehors des périodes de crise, l'enfant atteint d'épilepsie ne se sent en général pas malade et n'a pas à être traité comme tel.

- L'emploi du temps scolaire global devra parfois tenir compte de contre-indications, concernant en particulier les activités sportives. L'enseignant pourra être amené à adapter son niveau d'exigence à la fatigue et aux difficultés attentionnelles induites. Si l'élève s'absente de l'école trop souvent à cause de ses crises, l'enseignant veillera à rétablir pour l'élève une continuité dans ses apprentissages.
- L'enseignant peut être confronté chez l'élève, à des troubles de la mémoire, à une lenteur idéique, et à la fatigabilité. Il se doit de les prendre en compte dans son enseignement, notamment en accordant à l'élève un peu plus de temps pour l'exécution des tâches scolaires.
- L'enseignant informe rapidement et régulièrement les parents de tout événement notable concernant leur enfant.
- En cas de crise, il est important que l'enseignant parle calmement à l'élève, qu'il tente de freiner sa chute et le protège de ce qui pourrait le blesser.
- Il faut ensuite attendre la fin des convulsions pour l'allonger sur le côté en position latérale de sécurité.

4. Traitement

La grande majorité des épilepsies est traitée médicalement.

TROUBLE DU COMPORTEMENT

1. Définition

L'élève ayant des troubles de conduite ou de comportement est celui dont l'évaluation psycho-sociale révèle un déficit important de la capacité d'adaptation, se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial. On considère également comme inadapté un comportement qui peut entraîner des conséquences graves pour soi ou pour autrui : agressions physiques.

2. Causes

Les facteurs sont tous inter reliés et aucun d'entre eux ne semble agir de façon isolée pour engendrer un trouble du comportement.

- *Les facteurs biologiques*

Les accidents génétiques, les dysfonctions et dommages cérébraux, la mauvaise alimentation, les irrégularités biochimiques, les maladies et incapacités physiques, de même que le tempérament difficile, peuvent contribuer à l'apparition d'un trouble du comportement.

- *Les facteurs familiaux*

Les parents manifestant généralement une attitude de laxisme, de négligence et de rejet envers leurs enfants, tout en étant sévères, hostiles et incohérents dans leur approche disciplinaire, tendent à avoir des enfants hostiles et agressifs. Une discipline parentale ferme, constante, chaleureuse et responsable favorise un développement affectif et social harmonieux chez les enfants.

- *Les facteurs scolaires*

Des conditions dans la classe et des réactions de l'enseignant sont susceptibles d'entraîner des difficultés comportementales. En voici une liste :

- Insensibilité à l'individualité des élèves.
- Attentes inadéquates envers les élèves.
- Manque d'uniformité dans les interventions.
- Enseignement d'habiletés perçues comme non utiles par l'élève.
- Contingences de renforcement destructrices.
- Modèles indésirables de conduite scolaire.

3. Recommandations

- Adopter un mode de communication ferme et précis en privilégiant les phrases courtes, les gestes et sans élever la voix.
- Veiller à ne pas isoler l'élève dans le fond de la classe, ni ne le placer près d'une source de distraction (fenêtre, porte d'entrée).
- Apprendre à l'élève à respecter l'enseignant et à prendre conscience des limites. Instaurer une relation de confiance en aidant l'élève à mieux gérer ses émotions et la frustration.
- Valoriser l'élève en mettant l'accent sur les progrès, les réussites, en informer la famille en sa présence. Le solliciter à assister un adulte ou un camarade. Le féliciter et l'encourager autant que possible de façon brève et variée.
- Ne pas être trop permissif avec l'élève, le sanctionner avec justesse, le responsabiliser sans le couper du groupe classe en élaborant par exemple un « cahier de bonnes conduites » pour l'ensemble de la classe.
- L'école doit tenter d'obtenir la collaboration des parents dans son action éducative auprès des jeunes.

LE MUTISME SÉLECTIF

1. Définition

Le mutisme sélectif est un trouble anxieux de l'enfance caractérisé par une incapacité régulière de l'enfant à parler dans des situations sociales spécifiques, telle que l'école et à parler dans d'autres situations où il se sent réconforté

2. Symptômes

Un enfant atteint de mutisme sélectif peut :

- se replier sur lui-même ou « faire la sourde oreille » dans une situation qui le rend anxieux,
- refuser de suivre les instructions de l'adulte et se révéler désobéissant,
- éviter la situation ou l'activité stressante,
- se plaindre de maux d'estomac ou de maux de tête,
- regarder dans le vide, éviter le contact visuel ou ne pas sourire,
- avoir de la difficulté à dire des choses simples comme « Bonjour », « Au revoir » ou « Merci ».

3. Troubles associés

Les enfants atteints de mutisme sélectif peuvent également souffrir de :

- trouble d'anxiété sociale (9 enfants sur 10 atteints de mutisme sélectif en souffrent) ;
- difficulté à être éloignés de leurs parents (anxiété de séparation) ;
- différentes formes de troubles de la parole ou du langage ;
- incontinence diurne ou nocturne (énurésie).

4. Recommandations

- Ne jamais critiquer l'enfant, ne pas lui donner à se sentir coupable ni le punir ou le forcer à parler ; cela ne réussit qu'à accroître l'anxiété ;

- Favoriser l'estime de soi et la confiance en soi : encourager l'effort, sans attendre les résultats ;
- Trouver les domaines où l'enfant montre des habiletés, et le féliciter quand il en fait preuve (des dons musicaux, un sport, des dessins, etc....) ;
- Garder une attitude positive ! Prodiguer des encouragements ;
- Commencer par des activités structurées (jouer à un jeu de société) qui n'incitent pas nécessairement à la parole.
- Ne pas demander à l'enfant de parler ou de communiquer. Le laisser simplement participer à l'activité.

Les instituteurs doivent également donner aux parents les recommandations qui suivent :

- Donner l'occasion à l'enfant de communiquer dans un lieu public.
- Encourager l'enfant à participer à la commande dans un restaurant.
- Profiter de toutes les occasions de communication : payer dans un magasin d'alimentation, emprunter un livre de la bibliothèque ou remercier un chauffeur d'autobus.
- Passer du temps avec son enfant.
- Choisir des activités propices à la conversation. Les jeux de société, les jeux de balle, la cuisine, les travaux manuels ou les Léo permettront aux enfants d'exprimer leurs sentiments et leurs émotions.
- Éviter les jeux vidéo qui n'incitent à la conversation.
- Créer un espace sécuritaire où l'enfant pourra exprimer ses sentiments.

5. Traitement

- On traite le mutisme sélectif comme toute autre forme d'anxiété. Il convient donc d'enseigner aux enfants qu'avoir peur est tout à fait normal. Si on leur assure un renforcement positif et qu'on leur montre à agir par petites étapes, ils pourront généralement affronter leurs peurs.
- Si le mutisme dure plus qu'un mois, il faut demander aux parents de consulter un médecin afin de contourner la possibilité d'un problème médical latent, et de conduire l'enfant chez un psychologue ou un orthophoniste.

KLEPTOMANIE (ou CLEPTOMANIE)

1. Définition

La kleptomanie est une impulsion pathologique qui pousse certaines personnes à commettre des vols, ceci en l'absence d'un motif économique ou d'un besoin réel de cet objet.

Les vols se font la plupart du temps de façon impulsive, sans planification et ils portent habituellement sur des objets sans grande valeur (clés, crayons, livres, ustensiles, vêtements etc.).

2. Causes

- La kleptomanie peut être générée par le désir inconscient de se faire punir.
- L'objet volé permet à l'enfant de satisfaire certains désirs profonds d'une manière symbolique.
- Le vol peut signifier la réparation d'un deuil ou d'une séparation, dont souffre inconsciemment l'enfant.
- Le vol peut combler chez l'enfant un manque affectif.
- Dans le cerveau d'un kleptomane, une baisse de sérotonine neurotransmetteurs dans le cerveau a été associée à une tendance aux comportements de la prise de risques.

3. Recommandations

L'enseignant doit savoir que l'enfant kleptomane n'est pas un criminel mais plutôt un malade ; il a honte de ce qu'il est et il se sent coupable. Pour cela, il faut :

- éviter de le punir ;
- éviter le jugement négatif ;
- lui demander de rendre l'objet volé ;
- ne pas l'appeler voleur, surtout par ses camarades ;
- bien l'entourer et avoir confiance en lui ;
- lui assigner des responsabilités pour positiver son estime de soi ;
- expliquer aux parents que l'enfant a besoin d'aide spécialisée.

4. Traitement

La psychothérapie analytique est le meilleur moyen pour le traitement de la kleptomanie, puisqu'elle cherche à dévoiler et à neutraliser les mobiles psychiques de ce besoin compulsif.

LE SYNDROME DE STRESS POSTTRAUMATIQUE (PTSD)

1. Définition

Le syndrome de stress posttraumatique est un trouble qui se manifeste suite à un événement traumatisant sur le plan psychologique : attentats, bombardements, accidents graves, catastrophes, violences physiques, viols... Ce trouble s'accompagne souvent d'insomnies, de dépression, d'irritabilité, de violences... Pour qu'on parle de PTSD, les symptômes doivent avoir duré au moins un mois et provoquer une détresse et des difficultés importantes.

2. Symptômes

L'enfant qui développe un trouble de stress post-traumatique présente trois grandes classes de symptômes :

1. L'enfant revit continuellement la scène traumatique en pensée ou en cauchemars.
2. Il cherche à éviter tout ce qui pourrait lui rappeler de près ou de loin le trauma.
3. Il est toujours aux aguets et en état d'hyper vigilance.

On peut ajouter à ces 3 grandes classes de symptômes, d'autres qui diffèrent selon les âges :

- *Au préscolaire* : agressivité, trouble alimentaire, anxiété de séparation.
- *À l'âge scolaire* : irritabilité, opposition, échec scolaire, plaintes somatiques, problèmes de sommeil.
- *À l'adolescence* : violence, dépendance à l'alcool.

3. Recommandations

- Etablir une relation de confiance avec l'élève.
- Assurer un cadre sécurisant en classe pour diminuer l'anxiété de l'élève.
- Utiliser des moyens ludiques qui permettent à l'enfant d'extérioriser sa gêne (jeux de rôles, dessins, histoires, jouets).
- Favoriser la parole, amener l'enfant à communiquer, à exprimer ses désirs.
- Demander à l'enfant d'identifier ses émotions (heureux, malheureux, fâché...)
- Privilégier la thérapie individuelle en orientant les parents vers un spécialiste.

4. Traitement

Le traitement repose sur des mesures psychothérapeutiques susceptibles d'être complétées par la prescription de médicaments.

La prise en charge psychothérapeutique fait appel aux thérapies comportementales et cognitives et à l'hypnothérapie qui ont montré une efficacité dans le traitement. Dans certains cas, le recours aux antidépresseurs est recommandé.

LE MENSONGE

1. Définition

On peut distinguer trois formes de mensonge :

1. Le mensonge pathologique : c'est le fait de ne pas dire la vérité, et d'inventer des histoires irréelles ; l'enfant ne peut pas s'empêcher de mentir, même si cela ne s'avère pas nécessaire.
2. Le mensonge utilitaire : c'est faire correspondre la réalité à ses désirs et au besoin, la fausser soit pour obtenir un avantage, soit pour éviter un désagrément.
3. Le mensonge compensatoire : il a pour fonction de compenser, au niveau imaginaire, une infériorité ou une insuffisance que l'enfant ressent.

2. Causes

- L'enfant ment car il a peur d'être puni.
- Un mensonge procure le plaisir d'imaginer.
- L'enfant ment pour se faire valoriser.
- L'enfant ment car la vérité est dure à dire.
- Montrer l'exemple : ne pas mentir pas devant lui !
- Un mensonge peut camoufler une faible estime de soi.

3. Recommandations

Les conseils qu'il faut suivre pour encourager l'enfant à dire la vérité :

- Bien écouter l'enfant. Il sent ainsi que l'on a confiance en lui.
- Éviter de porter un jugement moral ou de dramatiser.
- L'aider à comprendre la différence entre l'imaginaire et la réalité, toutes les fois que c'est possible.

- Lui montrer qu'on le comprend, que certains mensonges sont en fait des souhaits.
- Chercher une solution au lieu de le blâmer. Lui demander, par exemple : « maintenant que tu as pris l'argent de ton ami, qu'allons-nous faire ? »
- Lui expliquer pourquoi il est important de dire la vérité (parler des valeurs).
- Valoriser l'expression de la vérité. Relever les fois où l'enfant dit la vérité.
- Etre patient et savoir transformer chaque situation en une occasion propice pour lui apprendre, de manière calme et constructive, à dire la vérité.
- Essayer, enfin, de donner le bon exemple et de ne jamais mentir devant lui.

4. Traitement

Quand il s'agit de mensonge pathologique, l'intervention d'un psychothérapeute est essentielle parce que la mythomanie est un véritable déséquilibre, allant de la simple maladie à un trouble symptomatique d'une névrose ou d'une psychose.

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Dès sa naissance, l'enfant entre dans un processus de développement sensoriel, moteur, langagier, cognitif, affectif et social.

Le développement psychomoteur indique à la fois la maturation neuromusculaire (tonus, motricité, sens) et le développement psychoaffectif, cognitif et social. L'histoire psychomotrice diffère d'un enfant à un autre.

1. Les étapes du développement moteur

- 0-3 mois : réaction à la voix, localisation visuelle. Maintien de la tête.
- 4-6 mois : prise et transfert d'objets. Il s'assoit seul.
- 7-9 mois : il se tient debout avec un support. Il montre un objet du doigt.
- 10-12 mois : premiers pas. Il coordonne plusieurs actions.
- 1-2 ans : il marche seul. Il descend des escaliers à reculons. Il a une préférence pour une main.
- 2-3 ans : il monte et descend les escaliers, il saute à pieds joints. Il tourne les pages d'un livre, il coupe avec des ciseaux.
- 3-4 ans : il court avec aisance, il tape du pied dans un ballon. Il fait du tricycle.
- 4-5 ans : il monte sur une échelle, il marche en arrière. Il tient un papier d'une main, en écrivant de l'autre.
- 5-6 ans : il fait du vélo sans roulettes, il lace ses chaussures.
- 7-11 ans : début de la puberté, poussée de croissance. Développement des activités physiques et sportives.

Le développement sensoriel

- *L'audition*

L'enfant entend dans l'utérus. Dès la naissance, il tourne la tête vers une source sonore, sans toutefois distinguer les différentes sources sonores. Cette localisation de la source sonore se fait vers le troisième

mois, ce qui lui permet de distinguer les bruits et les voix. La maturation du système auditif devient effective vers le sixième mois.

- *L'olfaction*

Ce sens est important dès la vie fœtale, puisque le fœtus sent l'odeur de sa mère contenue dans le liquide amniotique. L'olfaction est à la base de l'attachement mère-enfant dès la naissance.

- *Le goût*

Le bébé perçoit quatre saveurs primaires : le salé, le sucré, l'acide, l'amer. L'allaitement maternel favorise la découverte de ces saveurs différentes et développe le goût de même que la diversification alimentaire ultérieure.

- *La vision*

- À la naissance, l'acuité visuelle est de 1/10, la perception nette se situe à vers 30-50 cm de distance.
- À 2 mois, le bébé voit les couleurs de façon pastelle. Il est attiré par les visages humains, il les fixe et leur sourit.
- À 3-4 mois, la vision est nette jusqu'à une distance de 80 cm.
- À 6 mois, le développement de l'œil est achevé.
- À 24 mois, l'acuité visuelle est de 10/10.

- *Le toucher*

Le toucher est l'organisateur psychique de l'être humain, le sens à partir duquel se développe le sentiment de l'unité de soi. Il est l'une des premières expériences du fœtus et du nouveau-né, dans le corps-à-corps avec sa mère (par exemple, lors de la tétée).

La compétence tactile joue un rôle important, à travers des manipulations répétées, dans la découverte de son corps, des objets ensuite, puis dans l'apprentissage de l'environnement.

Le développement langagier

Le développement du langage suit un déroulement assez fixe d'un enfant à l'autre, mais avec des variations dans les dates des différentes étapes. Il dépend à la fois de capacités neurocognitives innées, génétiquement déterminées, et d'une rencontre de l'enfant avec un environnement humain parlant.

A – Phase pré-linguistique

- 0-2 mois : le nouveau-né montre un intérêt privilégié pour la voix humaine. Les cris, premières productions vocales de l'enfant se diversifient, dès les premières semaines, en fonction des états éprouvés par l'enfant (faim, douleur...).
- 2-6 mois : Au cours du deuxième mois, les vocalisations se diversifient (babil et lallation) surtout au début d'un jeu sensorimoteur.
- Entre 6 et 8 mois, débute la production de syllabes bien articulées.
- A partir de 8-10 mois, les productions de l'enfant se modifient en fonction du langage du milieu environnant.

A l'évolution des productions vocales s'associe un développement de la communication non verbale (regard, sourire, mimiques).

B – Phase linguistique

- Entre 12 et 16 mois, c'est l'apparition des premiers mots. Il s'agit de mono ou dissyllabes systématiquement associées à certains objets ou à certaines situations (demande, désignation).
- L'accroissement du vocabulaire - très variable d'un enfant à l'autre - est relativement lent jusque vers le 16^{ème} mois (30 mots en moyenne).
- Vers deux ans, il s'accélère : 250 à 300 mots.
- Vers 18 mois, l'enfant commence à utiliser le *non*, qui montre un progrès de son individualisation.
- Les premières phrases (association de deux mots, pour désigner une action) apparaissent entre 20 et 26 mois (protolangage).

C- Au cours de la 3^{ème} année

- L'acquisition du vocabulaire s'intensifie pour atteindre environ 1000 mots à 3 ans.
- L'enfant perfectionne l'articulation des différents phonèmes (selon une progression assez fixe d'un enfant à l'autre, dépendant des difficultés propres à chaque geste articulatoire).
- Acquisition de la syntaxe : les phrases sont d'abord de "style télégraphique" (mots-phrases), puis comportent progressivement sujet, verbe, complément, qualificatifs, pronoms ; le "je" apparaît vers l'âge de 3 ans, marquant une étape importante de l'individuation et de la reconnaissance de sa propre identité par l'enfant.

- Le langage adulte de base, correctement articulé, est généralement acquis entre 3 et 5 ans. Au delà, le langage continue d'évoluer : enrichissement du vocabulaire, perfectionnement de la syntaxe (concordance des temps, accord des participes passés) ; le langage progresse aussi sur le plan expressif et cognitif.
- Vers 6 ans, l'enfant est en général prêt pour l'apprentissage du langage écrit.

Le développement cognitif

Par développement cognitif, on entend l'évolution de grandes fonctions comme l'intelligence, la mémoire, le langage, la numération...

Les stades de développement selon Piaget

- *L'intelligence sensori-motrice (0 à 2 ans)* : C'est un stade axé sur la perception et l'action. L'enfant fait des expériences de manipulation et perçoit progressivement les limites de son corps. Il acquiert la permanence de l'objet et commence à faire des liens de causalité entre ses actions et leurs résultats.
- *L'intelligence préopératoire (2 à 6-7 ans)* : L'enfant commence à faire le lien entre l'objet et le symbole (l'objet fourchette, le mot fourchette prononcé, le mot fourchette écrit, le dessin d'une fourchette, etc.). C'est le stade du développement du langage, de l'imitation, du dessin.
- *L'intelligence des opérations concrètes (7 à 11-12 ans)* : À ce stade, la pensée devient logique. Les notions de temps, d'espace et de vitesse se précisent, les classifications se font sur des critères et s'affinent.
- *L'intelligence des opérations formelles (à partir de 11-12 ans)* : L'adolescent peut réfléchir à des choses abstraites (l'art, l'amour, la mort, la religion) et peut adopter temporairement l'avis d'un autre ; c'est le début de l'autocritique.

Quelques étapes du développement cognitif

- De 0 à 3 mois : Il discrimine des stimuli visuels ou auditifs, anticipe du regard la trajectoire d'un objet, manifeste une préférence pour la nouveauté.
- De 4 à 6 mois : Il reproduit des événements fortuits intéressants, catégorise des éléments différents selon une propriété commune.
- De 7 à 9 mois : Il ajuste ses comportements aux caractéristiques d'un objet (forme, volume, poids, etc.).
- De 10 à 12 mois : Il anticipe les événements, construit une tour, peut suivre la ligne du regard de l'adulte.
- De 1 à 2 ans : Expérimentation active. Il identifie des parties du corps.
- De 2 à 3 ans : Il identifie les objets par l'usage, prend en compte le point de vue d'autrui (oriente un objet pour qu'un adulte le voie).
- De 3 à 4 ans : Acquisition de concepts d'espace, de temps, de quantité. Il utilise les principes du comptage.
- De 4 à 5 ans : Il est attentif à sa performance, capable de classification et de sériation.
- De 5 à 6 ans : Début de la conservation (il comprend que la grandeur d'une collection d'éléments reste la même quelle que soit la manière dont elle est présentée). Il dessine un bonhomme, écrit son prénom.
- De 7 à 11 ans : Opérations concrètes, logique du nombre. Morale pré-conventionnelle : les conséquences des actions (exemple : punition), en déterminent la valeur morale.
- À 11ans et plus : Pensée hypothético-déductive, morale conventionnelle, capacité à se référer à des principes généraux plutôt qu'à des opinions particulières, relativisme des jugements.

Le développement social et affectif

Dès son jeune âge, l'enfant exprime ses émotions et tisse des liens avec les personnes qui s'occupent de lui. Puis, il apprend à se distinguer des autres et construit des représentations de lui-même et de son identité. C'est le développement de sa personnalité qui s'effectue graduellement, notamment par le développement de son concept de soi. Le développement socioaffectif de l'enfant, tout comme les autres dimensions du développement, se réalise à travers le jeu et les interactions avec les autres.

Quelques étapes du développement social et affectif

- De 0 à 3 mois : Il tourne les yeux en direction de la partie du corps touchée. Sourire social, mimique de surprise.
- De 4 à 6 mois : Il tourne la tête vers une source sonore, il prolonge l'interaction en souriant.
- De 7 à 9 mois : Réciprocité dans les échanges. Il manifeste un attachement sélectif.
- De 10 à 2 mois : Il réagit différemment aux proches et aux inconnus. Il s'ajuste à des demandes.
- De 1 à 2 ans : Il comprend les expressions faciales d'autrui, il répète les actions qui font rire.
- De 2 à 3 ans : Attachements multiples, jeux symboliques.
- De 3 à 4 ans : Il identifie plusieurs parties du corps. Il attend son tour. Il aime aider les autres et critique autrui.
- De 4 à 5 ans : Il comprend l'état mental d'autrui. Il joue à des jeux de compétition. Stabilité du genre (se reconnaît comme garçon ou fille).
- De 5 à 6 ans : Il sait se contrôler. Il choisit ses amis et négocie avec l'adulte.
- De 7 à 11 ans : Identité de genre et ségrégation sexuelle. Il différencie réel et virtuel.
- À 11 ans et plus : Évolution de l'estime de soi. Relations amoureuses, puis de couple. Responsabilité pénale (13 ans). Évolution des relations parents/ enfants et des rôles sociaux. Orientation scolaire et choix professionnels.

LES INTELLIGENCES MULTIPLES

La notion d'« Intelligences multiples » a été proposée par un professeur de l'Université de Harvard, Howard Gardner, en 1983. Il suggère que chaque individu dispose de plusieurs types d'intelligences, pour lesquelles il a naturellement une plus ou moins grande compétence. On distingue aujourd'hui huit formes d'intelligences :

1. *L'intelligence corporelle / kinesthésique* : C'est la capacité à utiliser son corps d'une manière fine et élaborée, à s'exprimer à travers le mouvement, à être habile avec les objets.
2. *L'intelligence interpersonnelle* : C'est la capacité d'entrer en relation avec les autres.
3. *L'intelligence intrapersonnelle* : C'est la capacité à avoir une bonne connaissance de soi-même.
4. *L'intelligence logique-mathématique* : C'est la capacité à raisonner, à compter et à calculer, à tenir un raisonnement logique. C'est cette forme d'intelligence qui est évaluée dans les tests dits de « Quotient intellectuel ».
5. *L'intelligence musicale / rythmique* : C'est la capacité à percevoir les structures rythmiques, sonores et musicales.
6. *L'intelligence naturaliste* : C'est la capacité à observer la nature sous toutes ses formes, la capacité à reconnaître et classifier des formes et des structures dans la nature.
7. *L'intelligence verbale-linguistique* : C'est la capacité à percevoir les structures linguistiques sous toutes leurs formes.
8. *L'intelligence visuelle / spatiale* : C'est la capacité à créer des images mentales et à percevoir le monde visible avec précision dans ses trois dimensions.

La théorie des Intelligences multiples ne vise pas à classifier les individus selon un seul type d'intelligence ni à les enfermer dans des catégories. Il s'agit au contraire de s'appuyer sur des capacités naturellement plus développées pour développer les autres. De plus, la ou les formes d'intelligences privilégiées par un individu peut varier avec le temps.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE HANDICAP

Un handicapé est un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises.

Le handicap mental

Le handicap mental, ou déficience intellectuelle, est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.

Les causes du handicap mental sont multiples. Ce type de handicap provient de maintes origines :

- à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques, trisomie, syndrome de l'X fragile, incompatibilité sanguine...)
- pendant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...)
- à la naissance (souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...)
- après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies...).

Les personnes qui souffrent d'un retard mental souffrent de perturbation de développement ou de détérioration des fonctions cognitives telles que la perception, l'attention, la mémoire et la pensée.

Selon le quotient intellectuel (QI) du sujet, on distingue :

- Le retard mental profond (QI < à 30), qui nécessite une assistance permanente.

- Le retard mental sévère (QI compris entre 30 et 50), où l'acquisition du langage et la réalisation d'une activité manuelle simple sont possibles.
- Le retard mental moyen (QI compris entre 50 et 70), éduicable en institution médicopédagogique.
- Le retard mental léger (compris entre 70 et 85), compatible avec une scolarité adaptée et une insertion professionnelle. Ce paramètre peut évoluer avec le temps, en fonction de l'entourage affectif et social de l'enfant.

Le handicap auditif

Le handicap auditif est une déficience auditive entraînant des troubles de la communication. Il nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et l'accès à l'autonomie sociale.

La déficience auditive est classée en fonction du degré de sa gravité en plusieurs catégories (légère, moyenne, sévère, et surdité totale).

Généralement, une prothèse auditive améliore sensiblement une surdité légère, elle est souvent nécessaire à partir d'une surdité moyenne mais ne sera pas toujours suffisante. Il conviendra alors d'envisager des techniques spécifiques de communication comme :

- la lecture labiale (l'enfant lit sur les lèvres de son interlocuteur),
- la langue des signes (langue gestuelle).

Le handicap moteur

Un handicap moteur ou déficience motrice recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Les causes peuvent en être très variées: une maladie acquise ou génétique, une malformation congénitale ou un traumatisme dû à un accident.

Les jeunes sujets qui sont atteints de handicap moteur sont pris en charge par des établissements adaptés à leur besoin.

Le handicap visuel

L'organisation mondiale de la santé (OMS) détermine plusieurs catégories de déficiences visuelles :

1. *déficience modérée* (catégorie 1) : acuité visuelle binoculaire corrigée entre 1 et 3/10, la lecture s'avère possible en gros caractères.
2. *déficience profonde* (catégorie 3) : acuité visuelle binoculaire corrigée entre 1/50 et 1/20, déficience visuelle caractérisée par une cécité partielle, qui autorise la lecture de caractères agrandis démesurément.
3. *déficience presque totale* : acuité visuelle inférieure 1/50 avec perception lumineuse, perception des masses, des volumes...
4. *déficience totale* : cécité absolue, aucune perception lumineuse.

Il faut aider le non-voyant à s'approprier le braille, la dactylographie, le traitement des textes, lui apprendre à repérer les trajets et à se déplacer en utilisant une canne, le préparer aux activités de la vie journalière en vue de le rendre autonome dans les actes quotidiens.

Les handicaps associés

Les handicaps associés peuvent frapper le même sujet qui est alors dit multihandicapé. On dénombre trois catégories de multihandicaps :

1. *Le polyhandicap* : il s'agit d'un handicap grave, à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde qui entraîne une restriction extrême de l'autonomie comme des possibilités de perception, d'expression et de relation.
2. *Le plurihandicap* : c'est une association circulaire de handicaps, ne comportant pas de handicap mental sévère. Le plurihandicap associe, par exemple de façon circonstancielle deux handicaps : surdité-cécité, handicap moteur et sensoriel, déficience mentale et sensorielle...
3. *Le surhandicap* : il associe des handicaps originels avec un handicap acquis d'ordre cognitif ou relationnel : par exemple, les handicapés mentaux légers déficients moteurs qui présentent progressivement des troubles de la personnalité ou du comportement.

Maltraitance infantile, intégration et types de pédagogies

L'enfance maltraitée : la maltraitance englobe tous les mauvais traitements ; c'est-à-dire, tout ce qui nuit à l'évolution de l'enfant, à sa santé et à son développement physique et psychologique : violences physiques, abus sexuels, cruauté mentale, humiliations répétées, négligences lourdes... la maltraitance peut être familiale mais également institutionnelle. À la notion de maltraitance, on ajoute celle d'enfants exposés et d'enfants en risque ou en danger qui vivent des états, des cas limites. La connaissance d'une maltraitance doit conduire le témoin à effectuer un signalement auprès des services concernés par la protection de l'enfant.

L'intégration scolaire : l'intégration scolaire est une démarche éducative destinée à permettre à de jeunes handicapés de vivre dans une école ordinaire et d'y suivre une scolarité de droit commun. C'est le premier pas qu'il doit accomplir pour réussir un parcours d'insertion sociale. L'aménagement de l'accueil et l'accompagnement vont permettre de créer progressivement une autonomisation et une démarginalisation de la personne concernée.

La pédagogie adaptée : la pédagogie adaptée s'installe en direction des enfants présentant des difficultés d'apprentissage. L'adaptation correspond à un élève qui a besoin pour un temps, d'être retiré de la classe normale, pour faire les acquisitions et les expériences nécessaires qui lui permettent ultérieurement de réintégrer, avec toutes chances de succès, l'enseignement normal.

La pédagogie différenciée : la pédagogie différenciée consiste à diversifier les méthodes susceptibles de répondre à la diversité des élèves. Elle suppose que l'enseignant utilise plusieurs moyens : l'évaluation (prédictive,

formative, sommative), les structures (la flexibilité de l'emploi du temps, les groupes de niveau, les dispositifs d'aide et de soutien...), la méthode et les situations d'apprentissage.

La pédagogie spécialisée : la pédagogie spécialisée s'emploie pour des enfants dont le handicap est caractérisé par un dysfonctionnement psychologique, qu'il soit intellectuel ou comportemental. Elle a pour but de donner à l'inadapté un enseignement à sa mesure. Pour cela, elle cherche à développer au maximum les possibilités de l'enfant, lui faire acquérir toutes les connaissances dont il est capable, le préparer à l'utilisation des connaissances acquises.

Le projet individualisé d'intégration : ce projet s'articule sur les potentialités de l'élève pour définir des objectifs éducatifs et d'apprentissage qui lui seront spécifiques. Ce projet évolutif et régulièrement mis à jour accompagne l'élève handicapé pendant toute sa scolarité. Il doit être élaboré et rédigé par tous les partenaires concernés (enseignant, personnel, famille, intervenants spécialisés...).

LES DIFFÉRENTS MODÈLES THÉORIQUES D'APPRENTISSAGE

1. Le modèle behaviouriste

Le behaviourisme est issu des travaux de Pavlov (1890) sur le comportement, appelé également modèle du conditionnement ; c'est-à-dire, ce qui est observable de l'extérieur. Connue par l'expérience du chien qui salive : si l'on active une clochette en même temps que l'on apporte à manger au chien, celui-ci est, au bout d'un certain temps, conditionné par le stimulus extérieur qu'est le bruit de la clochette. Il se met alors à saliver lorsqu'elle tinte, même si on ne lui apporte pas à manger.

Skinner (1978) a repris cette théorie en l'appliquant à l'apprentissage en visant l'automatisation du comportement de réponse de l'apprenant. Il introduit le concept de maintien de la satisfaction par la récompense et découvre un processus qui positive l'apprentissage : stimulus, réponse, récompense (en cas de bonne réponse), renforcement.

Le renforcement est ici une stabilisation de la connaissance apprise par la répétition d'une réponse correcte donnée.

Le principe qui sous-tend cette approche est que l'on ne peut pas connaître les processus internes (dans le cerveau) et qu'il faut s'appuyer sur l'expérimentation et les choses observables (stimulus et résultat) afin de comprendre l'apprentissage qui est vu comme un mécanisme.

2. Le modèle constructiviste

Ce modèle est issu des recherches de Piaget (1925) qui, contrairement au modèle précédent, considère que l'on peut étudier ce qui se passe dans la boîte noire (le cerveau).

Piaget pense que la connaissance se construit : notre cerveau se développe en même temps que notre corps et nous assimilons des connaissances issues de notre expérience de découverte de l'environnement.

Selon Piaget, notre cerveau est constitué de schèmes (les plaques) qui sont bousculés, dérangés par l'assimilation d'un nouveau savoir et qui se stabilisent en intégrant cette nouvelle donnée à notre système de compréhension.

L'apprentissage se réalise donc nécessairement par l'action, et cette théorie trouve son application en pédagogie dans le fait de proposer aux apprenants des activités qui les amènent à réfléchir, à développer leur pensée critique et donc à faire évoluer les schèmes (représentations mentales) de leur système de compréhension.

3. Le modèle socioconstructiviste

Ce modèle a été développé par l'école russe de psychologie et les travaux de Vygotsky dans les années 20 du siècle dernier. Il reprend le fait que les connaissances se construisent par l'activité, mais introduit une dimension nouvelle : on apprend mieux au contact des autres et en échangeant nos expériences avec eux.

Une phrase traditionnellement associée à Vygotsky est que "ce que l'enfant sait faire aujourd'hui en collaboration, il saura le faire tout seul demain". Il introduit donc la médiation, c'est à dire le dialogue avec l'autre (un autre apprenant, un expert, un enseignant...) comme un paramètre déterminant dans le processus d'apprentissage.

Sur le plan pédagogique, l'on retrouve bien la même volonté que chez Piaget d'amener les apprenants à l'autonomie par l'action, mais l'on développe ici plus nettement l'importance de faire ensemble qui ouvre la voie à l'apprentissage collaboratif.

Le rôle de l'enseignant n'est plus ici de déverser du contenu dans la mémoire de l'apprenant, mais de mettre en place des situations de construction de l'apprentissage à plusieurs, qui présentent l'avantage d'amener l'apprenant à verbaliser, c'est-à-dire à expliciter la façon dont il s'y est pris pour faire et à la comparer aux stratégies des autres.

4. Le cognitivisme

Le cognitivisme a pour objet d'étude la connaissance, la mémoire, la perception et le raisonnement, et regroupe différents modèles de l'enseignement et de l'apprentissage. Le terme vient du latin « cognitio », qui signifie « connaissance ». La première emprunte beaucoup à la représentation des opérations qui se déroulent dans un ordinateur et assimile l'esprit humain à un système de traitement de l'information. La deuxième est fondée sur l'importance de l'appropriation graduelle et effective de stratégies mentales (stratégies cognitives et métacognitives) jugées nécessaires à une démarche structurée d'apprentissage.

Pour les tenants de ce courant théorique, le cerveau est considéré, à l'instar de l'ordinateur, comme un système complexe de traitement de l'information, fonctionnant grâce à des structures de stockage, la mémoire, et à des opérations d'analyse logique comme la recherche en mémoire ou l'identification de catégories. Le rapprochement entre ces deux systèmes, le cerveau et l'ordinateur, est particulièrement fécond et permet d'apporter un changement radical dans notre compréhension de l'humain et des façons d'apprendre.

