

جامعة الجزائر2- أبو القاسم سعد الله-

كلية العلوم الإجتماعية

مطبوعة بيداغوجية

محاضرات في مقياس مدخل إلى

الأرطوفونيا

موجهة لطلبة السنة الأولى جذع مشترك علوم اجتماعية

إعداد الدكتورة

لعربي نورية

السنة الجامعية: 2020-2021

مقدمة

يسعدني كثيرا أن أقدم هذه المطبوعة، في وحدة مدخل إلى الأرتوفونيا، وهي موجهة لكل طلبة السنة الأولى جذع مشترك. ومن أهداف هذه الأخيرة هو تعريف الدارس والطالب بماهية الأرتوفونيا وأهميتها في حياة كل فرد، لما لها علاقة بمشكل أساسي في حياة الفرد ألا وهو مشكل الاتصال والتواصل، وكذلك أهمية اللغة التي تعتبر نسق إشارات صوتية، تستخدم للتواصل بين الناس بمجتمع ما، وتنطوي على وجود وظيفة رمزية ومراكز عصبية متخصصة تكوينا، وجهاز سمعي صوتي للنطق بالإشارات: فنسق الإشارات في جماعة إنسانية ما، يشكل اللغة أو اللسان، وفي قيام أحد الأفراد بفعل اتصال لغوي يشكل القول أو الكلام.

فكل ما يتعلق بتربية وتعليم الطفل منذ بداية حياته يتم دائما بواسطة اللغة، سواء تعلق الأمر بتعلم الأشياء أو اكتساب المفاهيم والأفكار والعادات في الوسط العائلي أو التربوي، وهو ما يجعل هذه الأشياء والمفاهيم قابلة للإيصال، وبالموازاة مع ذلك يكتسب الطفل أيضا وبالتدرج العناصر المكونة للغة، التي تتقلها إليه.

هذا الاتصال أو الاندماج في الأفكار والمفاهيم في ذهن الطفل، يتحقق بواسطة قنوات مختلفة، لكنها متكاملة ومنتمة لبعضها البعض، فمنها السمعية من كلمات مسموعة والنغمات المرافقة للكلام، التي تعكس الجو العاطفي السائد أثناء عملية الاتصال، هذه القنوات تشكل إذن قطب الاستقبال بالنسبة للغة الشفوية، هذه القدرات الاستقبالية تصبح شيئا فشيئا أكثر وظيفية مع التقدم في النمو العام، النفسي، والعضوي، والعصبي، خلال السنوات الأولى من حياة الطفل والتي تشكل دعائم النمو اللغوي وهي مرتبطة ارتباطا وثيقا بنمط العلاقات بين الطفل ومحيطه الذي يعيش فيه. وعليه فإنه من المفيد أن يكون لدى الأولياء والقائمين على تربية الطفل من المعلومات حول الشروط الأساسية للنمو الطبيعي العام، واللغوي بالخصوص، كل هذا يساعدهم على مراقبة أي خلل أو اضطراب لغوي، يمكن أن ينجم في أي مرحلة من مراحل النمو الطبيعي للطفل والذي لا يخرج سببه عن خلل في إحدى أو بعض دعائم النمو اللغوي: الحسية، النفسية، والعصبية، كل هذا الاهتمام بجوانب اللغة والحاجيات الأساسية لنموها يجعل دور الأولياء والمختصين أكثر وعيا وفائدة في الحالات التي يكون فيها الطفل يعاني من اضطرابات في اللغة، مهما كانت طبيعته: صوتي، نطقي، أو لغوي.

المحاضرة الأولى

الأرطوفونيا كعلم وكممارسة

1- تعريف الأرطوفونيا:

الأرطوفونيا كلمة يونانية الأصل، مركبة من جزأين:

-الجزء الأول: أرطو وتعني: مستقيم (Régulier, Droit)

-الجزء الثاني: فونيا وتعني: الصوت (Son, Voix)

وعليه فإن أرطوفونيا تعني اصطلاحاً: الصوت المستقيم.

يستعمل هذا المصطلح خاصة في فرنسا ودول المغرب العربي، الجزائر، المغرب، تونس، كما يستعمل في لبنان وكندا.

أما في بلجيكا وباقي الدول الأوروبية، ألمانيا، إسبانيا، الدانمرك، إيطاليا، اليونان، إيرلندا، هولندا، فتستعمل مصطلح **لوغوبيديا (Logopédie)**، وهذا المصطلح هو الآخر من أصل يوناني ومكون من جزأين.

الجزء الأول: **لوغو** وتعني: الكلام (La Parole)

الجزء الثاني **بيديا** وتعني: الطفل (L'Enfant)

وإلى جانب هذان المصطلحان، نجد في المجال الأرطوفوني:

(La Phoniatrie)، وهو فرع من الطب، يدرس اضطرابات الصوت وكذلك مصطلح:

(L'Audiologie)، وهو أيضا فرع من الطب يدرس اضطرابات السمع.

في سويسرا يستعمل المصطلحان معا، أما الدول الأنجلوسكسونية الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، فتستعمل مصطلح: (Speech and Language Therapy) في دول المشرق العربي كالمملكة العربية السعودية وباقي دول الخليج والأردن، يستعمل مصطلح اضطرابات التخاطب أو التواصل.

في كندا يستعمل مصطلح أرتوفونيا في كيبك: (Le Québec)، المقاطعة الفركونونية في كندا، أما في باقي كندا المقاطعات الناطقة باللغة الانجليزية، فتستعمل مصطلح: (Speech and Language Therapy) ، وتعرف الأرتوفونيا عالميا على أنها: الدراسة العيادية والعلاجية للاضطرابات الصوتية واللغوية والكلامية عند الطفل، المراهق والراشد.

-تدريس الأرتوفونيا في الجزائر:

يندرج تدريس الأرتوفونيا في الجزائر ضمن المسار الجامعي وقد تم تموضعه حديثا إذا ما قورن بالعلوم الأخرى على مستوى العلوم الإنسانية والاجتماعية، وذلك في سنة 1973 بمقتضى مرسوم (44-73) و بتاريخ 28 / 2 / 1973.

وأول من فكر في فتح هذا الاختصاص هو الأستاذ الدكتور عبد الرحمن الحاج صالح (1927-2017) بمعهد اللسانيات والصوتيات بجامعة الجزائر الذي شغل طويلا منصب مدير مركز البحث العلمي من أجل ترقية اللغة العربية، "

نسجل حاليا، ومع تطور هذا الاختصاص من ناحية التأطير وجودة البرامج وظهور الاختصاصات الفرعية والطلب المتزايد لالتحاق به، بداية استقلاليته في بعض الجامعات لاسيما جامعة الجزائر "2" سنة 2015. (أزداو شفيقة، 2019).

II-تاريخ الأرتوفونيا:

- 1- الأرتوفونيا في الجزائر:

1973: إنشاء دبلوم في الأرتوفونيا المرسوم رقم 44، ل: 23 فيفري 1973.

-سنتين جذع مشترك في علم النفس، زائد سنتين في التخصص.

ولكن جاء القرار من جامعة الجزائر منذ 1979 إلى 1999، الليسانس في علم النفس تخصص الأرتوفونيا، وهذه التسمية لا نجدها أبدا في بلدان العالم، وهذا لهدف التعريف بحق المختص بميدان علم النفس الأرتوفوني.

1979: إدخال الدروس الإكلينيكية الطبية واللسانية في المستشفيات لإعادة تربية كل الاضطرابات اللغوية: الدروس الطبية (La médecine)، دروس خاصة بالجانب النطقي (La phonétique) ودروس في علم النفس العصبي (La neuropsychologie) في كل تخصص.

1987: المرسوم رقم 37 ل: 02 جوان 1987، أنشأت ليسانس في الأرتوفونيا عوض دبلوم في الأرتوفونيا وهذا ما جعل إنشاء ماجستير في الأرتوفونيا في نفس السنة، المرسوم التنفيذي ل: 29 أوت 1987.

تعتبر الأرتوفونيا اختصاصا يتم فيه التكفل بالاضطرابات عند الطفل والراشد وتقويم بمختلف أنواعها ومستوياتها، ومهمتها تقديم المساعدة اللازمة لتجاوز إعاقاتهم (Pialoux, P., 2004 et Al, 1975, Brin-Henry, F., et Al, Kremer, J - M, Lederle E, 1991, 1994 أدخل هذا الاختصاص الجامعة الجزائرية سنة 1973، بمرسوم رقم (73.4) بتاريخ 28/02/1973، وتابعته مراسيم مكملة ومعدلة بعد ذلك. وأول من فكر في فتح الاختصاص هو الأستاذ البروفيسور القدير عبد الرحمن الحاج صالح" (1927-2017)، بمعهد اللسانيات والصوتيات بجامعة الجزائر، حيث عهد إلى الأستاذة **Zwobada Jackline** بالمهمة، وذلك منذ 1971، وعند الحصول على الاعتماد، فضلت هذه المتقدمة توطينه بمعهد علم النفس، باعتبار أن البعد النفس - لغوي في الأرتوفونيا مهم، وينبغي أن يحظى بحصة الأسد في التكوين. (في سنة 2016 تم إنشاء قسم الأرتوفونيا بصفة قسما مستقلا عن باقي الأقسام، بفضل جهود عميد الكلية، وكان لنا الشرف في المساهمة في وضع برامج الكلية كمسؤول ميدان. (حسين نواني، 2018، ص. 16).

هذا ما أدى إلى طرح تساؤلات كثيرة ما فتئت تتبادر وتتحفز حول هذا الاختصاص بجامعة الجزائر، والموجه إلى جمهور يتكلم أساسا اللغة العربية، لأن منشأ الأرتوفونيا أصله فرنسي، ومن بين أشهر رواد هما (Susane Borel-Maisonny, 1900-1995) فهذا الاختصاص، بالتالي، قد أنشئ في حاضن غير عربي، وجل البحوث والقوانين التي يرسو عليها مستنبطة من اللغة الفرنسية، وعلى عينات بحث فرنسية ذات ثقافة غربية.

ونحن نعلم جيدا أن اللغة تؤثر وتتأثر وبشدة بالثقافة. فكيف يعقل أن يبني اختصاص يعتمد على نقل حرفي من اللغة الفرنسية إلى العربية؟ دون إعادة النظر ولو شكليا في مختلف الأسس النظرية والمنهجية للاختصاص؟ (حسين نواني، 2018، ص. 17).

فمنذ إنشاء الاختصاص بجامعة الجزائر، كان يؤطره أساتذة أوروبيون وكنديون، ولم يتعدى التدريس باللغة الفرنسية، ومحتوياته مجرد الاستنساخ الحرفي عن اللغة الفرنسية. ومع تطبيق سياسة التعريب سنة 1980، نقل إلى العربية، لكن المحتويات ظلت على حالها. (Le bilan Orthophonique : ترجم عشوائيا بالميزانية الأرتوفونية، بدل الكلمة العربية: الأصلية الحصيلة اللغوية). (حسين نواني، 2018، ص. 17).

فكل التعاريف والبحوث وعلى تفاوت العيوب، قلت عن الفرنسية، وترجمت مباشرة إلى العربية، دون الالتفات إلى الخصوصيات اللسانية والثقافية والاجتماعية للغة العربية. فظل بذلك، اختصاصا فرنسيا يدرس بالعربية (عكس ماكان يصبو إليه الأستاذ عبد الرحمان الحاج صالح). (حسين نواني، 2018، ص. 17).

هذا ما أدى إلى ابتكار اختصاص عقيم لا يلبي احتياجات الأشخاص، سواء كانوا من المختصين أو من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

وهذا ما يفسر كذلك، عدم الوصول إلى نتائج مرضية في أغلب الأحيان، فضلا عن مختلف الأدوات المستعملة وغير المكيفة لتناسب الوسط الثقافي العربي، ونذكر على سبيل المثال الاختبارات اللغوية المستعملة في تقييم اللغة والتشخيص؛ فجل هذه الاختبارات غير مكيفة وغير مقننة وفق ما يوائم الوسط الاجتماعي والثقافي واللساني العربي، ونظرا للنقص الفادح في الدراسات المعلمة على اللغة العربية، وإمكانية بناء اختبارات صادقة وثابتة في هذه اللغة، فغالبية الباحثين يلجؤون إلى اختبارات أعدت في مجتمعات غربية، ويكتفون بترجمتها وتنزيلها كما هي على الواقع العربي.

يعتبر مصطلح الأرتوفونيا في حد ذاته غريبا، فهو يعني في اللغة الأجنبية تقويم الصوت (ortho et phonie) ويتجاهل المستويات اللغوية الأخرى المتمثلة في الكلم واللغة

والحديث (parole, langage, discours) ، هذا ما لا يتناسب مع مستويات التحليل المعروفة. ولهذا نقترح عوض الأرتوفونيا المصطلح الجامع المانع، حسب الأستاذ عبد الرحمن الحاج صالح: "علم أمراض الكلام"، وهو المصطلح الأنسب للإشارة إلى مختلف مستويات التحليل اللغوي.

إذا ما رجعنا إلى الأرتوفونيا وتساءلنا عن ميادين اهتماماتها، نجد أن الاختصاص، حسب ما هو محدد في مختلف الأدبيات (Brin-, Pialoux Pet al 1994, 1991, 1975, Henry Fet al, 2004, Kremer J-M, Lederle E محمد حولة، 2009).

(حسين نواني، 2018، ص. 18)

وما تلقيناه في التكوين، يهتم ويتكفل ب:

- عيوب الكلام الشفوي منه والمكتوب، المرتبطة بسياق النمو.
- عيوب الكلام في الإعاقة السمعية.
- عيوب الكلام الناتجة عن تشوه في الأداء الصوتي واختلالاته.
- عيوب الكلام المكتسبة الناتجة عن الإصابات الدماغية. (حسين نواني، 2018، ص. 18)

II - 2- الأرتوفونيا في فرنسا:

ظهر مصطلح أرتوفونيا لأول مرة في فرنسا سنة 1829 حسب كتاب: L'orthophonie en

(France) أما على موقع (Orthophonie.Fr) سنة 1830 وذلك عندما فتح الدكتور:

(Dr Marc COLOMBAT) المعهد الأرتوفوني في باريس: (L'Institut Orthophonique

de Paris) لعلاج التأتأة والعيوب النطقية، هنا لا بد أن نسجل الفرق الشاسع بين هذا

الاهتمام الضيق ببعض، اضطرابات اللغة، وبين المفهوم الحالي للأرتوفونيا. هذا من جهة

ومن جهة أخرى وضع الدكتور (L'Abbée de L'EPEE)، طرقاً لتربية الطفل الأصم، كما

قام الدكتور (Dr ITARD) بمحاولات صعبة لإعطاء لغة للطفل المتوحش الذي عاش في

الأدغال (Victor) وفي بداية القرن العشرين، سجلت لأول مرة ملاحظات قام بها أطباء

أعصاب، خاصة بصعوبات تعلم القراءة وبفقدان استعمال اللغة والكلام بعد إصابة أو صدمة

دماغية. لذلك منذ نهاية القرن التاسع عشر وحتى سنة 1914، تشكلت في فرنسا في القطاع الخاص وفي خارج فرنسا، في الدول الأوروبية الأخرى والولايات المتحدة الأمريكية، في القطاع العام، العديد من المراكز الخاصة بعلاج اللغة.

عرفت هذه المراكز رواجاً سريعاً بعد الحرب العالمية الأولى، وبالتالي تشكلت معها مراكز لتكوين أخصائيين جدد، غير أطباء لعلاج اضطرابات اللغة.

في سنة 1924 تشكلت: (International Association of Logopedics and Phoniatrics, IALP) من قبل الدكتور النمساوي المختص في علاج أمراض الأذن والأنف والحنجرة: (L'ORL FROEHEL) فرقة في مستشفى فيينا.

لذلك فالعديد من الدول الأوروبية، وحتى الفرنكوفونية منها، يستعمل مصطلح:

(La Logopédie) وهو المفضل، غير أن: (La Logopédie) لا تتضمن: (La Phoniatrie) ذلك الفرع من الطب الذي يتكفل بعلاج اضطرابات الصوت والذي ارتبط ظهوره بظهور وانتشار ظاهرة المغنيين فأصبح هذا التخصص يساعد هؤلاء على التخلص من مشاكل البحة الصوتية، واضطرابات الصوت الأخرى التي كانت تحدث لهم نتيجة الغناء المتواصل لساعات طويلة.

في فرنسا لا بد من الإشارة إلى مؤلفات: (M^{me} Cléricy du Collect) مع بداية القرن ومنها مثلاً: (La voix Retrouvée, La Voix Rééduquée) وفيما بعد جهود (D^r de PARREL)

الذي فتح سنة 1935. (Le Centre Social de Rééducation pour les Déficiants de. 1935) (de la Parole, de la Respiration et pour les Retardés Scolaires) , ولكن المرحلة الأهم

في تاريخ الأرتوفونيا الفرنسية خصوصاً والعالمية عموماً مرتبطة بشخص الباحثة الفرنسية:

(Suzanne BOREL MAISONNY) سنة 1900 وهي مختصة في النحو والصوتيات:

(Grammairienne et Phonéticienne) تلميذة اللساني المشهور (Rousselot) دعت سنة

1925 من قبل الدكتور (Le D^r VEAU) الأخصائي في جراحة الأطفال المصابين بـ: شق

حنكي أو شق شفوي: (Les Divisions Palatines et Becs de Lièvres) في مستشفى:

(Saint Vincent de Paul)، لمساعدة هؤلاء الأطفال على التخلص من الاضطرابات
النطقية التي كانوا يعانون منها بعد الجراحة.

بدأت (Susanne BOREL MAISONNY) حصص العلاج مع هؤلاء الأطفال وذلك
بطريقة تجريبية، ثم استطاعت بسرعة مع مساعداتها توسيع مجال تدخلها ليشمل
الاضطرابات النطقية والتأتأة وذلك مع الدكتور (Dr PICHON) عند الأطفال العاديين، شيئا
فشيئا ولأن عملها كان متجانسا ومنهجيا، واستطاعت: (Susanne BOREL MAISONNY)
أن تتكفل حتى باضطرابات الكلام، ثم باضطرابات اللغة، ثم باضطرابات اللغة والفكر، وهكذا
استطاعت الأرطوفونيا أن تشمل الاتصال، اللغة، سواء اضطرابات اللغة الشفوية أو
المكتوبة، ومهما كان أصل الاضطراب عضوي أو وظيفي، ناتج عن إصابة دماغية أو عن
إعاقات أخرى.

وفي سنة 1950 انضمت هذه الباحثة السباقة (Précurseur) إلى المؤسسة العلمية الأولى
المتخصصة في علاج اضطرابات اللغة والصوت (Le IALP).

فيما بعد في 1970 نشرت: (Susanne BOREL MAISONNY) كتابها الشهير ذو
الجزأين: (Langage Oral et Ecrit) الذي يشتمل على كل ما يتعلق باختبارات اللغة
والتقنيات العلاجية عند الطفل، انشأت في نفس الفترة مجلة: (Rééducation
Orthophonique) ومؤسسة (BOREL) في نفس الفترة قامت بمساعدتها:

(Claire DINVILLE) مع الدكتور (TARNAUD) بدراسة اضطرابات الصوت، ووضعت
تقنيات للعلاج، أما تلميذها الآخر: (Girolami BOULINIER) فقد نشر في نفس الفترة
كتابه: (Guide des Premiers Pas Scolaires) واختباره: (Contrôle d'Aptitude à la
Lecture et L'écriture). إذن منذ 1930، بدأت المحاضرات العلمية المتخصصة في
ميدان: (La Phoniatrie Laryngologie) ثم في 1933 أجريت العديد من الدراسات
التجريبية حول الأشكال المرضية للغة وعلى هذا الأساس وضعت الأرطوفونيا الفرنسية في
مجال الطب وبالتالي يعتبر الأخصائيون الأرطوفونيون الفرنسيون مساعدين للطبيب: (Des

(Auxiliaires du Médecin) في 1947 قبل الضمان الاجتماعي الفرنسي مشاركة الأرطوفونيا في علاج اضطرابات اللغة مع أنها كانت حديثة النشأة، لكن كان يلزم الانتظار حتى سنة 1955 ليبدأ تدريس الأرطوفونيا (Une Attestation D'Orthophonie) في d'Etudes (Lyon) ثم (Paris) ثم (Bordeaux) وبعدها (Marseille) يمنح هذا التكوين: في 1963 تكون 151 أرطوفوني في فرنسا. في 1964 ومن خلال قانون 10 جويلية، تحصلت مهنة المختص الأرطوفوني على مكانتها القانونية: (Le Statut Légal) في الوقت الذي أنشأ فيه أول دبلوم وطني هو (Le Certificat D'Orthophonie) بالتوازي مع ما سبق قام (Claude CHASSAGNY) ابتداء من 1952 وهو في الأصل معلم أصبح فيما بعد محلل نفساني بدراسة تعلم القراءة عند الطفل، خاصة الأطفال الغير متكفيين مدرسيا واجتماعيا.

في 1955 أنشأ الدكتور (D^r HEUGER) الحاصل على الكرسي العلمي وهي أعلى شهادة علمية في تخصص الطب العقلي العصبي الطفلي: (La Neuropsychiatrie Infantile) من كلية الطب في باريس تكوين رسمي يعطي من خلاله: (Une Attestation d'Etudes (d'Orthophonie) تبعا لقانون 10 جويلية 1964 فتحت سبعة مراكز أخرى أبوابها لتكوين الأرطوفونيين 1966 (Nantes)

1973 (Strasbourg)، 1972 (Nice) 1971 (Besançon)، 1968 (Tours)، 1967 (Montpellier)، ليصل عدد الأرطوفونيين إلى 600 في السنة الواحدة في بداية السبعينات.

من جهتها بدأت الأخصائية النفسانية: Psychologue: Blanche DUCARNE Clinicienne السبابة في مجالها، في علاج الاضطرابات العصبية النفسية: (Syndromes Neuropsychologiques) في مصلحة طب الأعصاب للبروفسور: (P^r LHERMITTE) في مستشفى: (Pitié Salpêtrière).

نشرت فيما بعد مقالاتها الأولى في مجلة: (Le Praticien) في باريس، وكذلك اختبارها الخاص بالحسبة: (Le Bilan d'Aphasie)، ثم أنشأت مدرستها الامبريقية (L'Ecole Empirique) بعد هذه الفترة نشر الدكتور: (L'ORL Audiophonologiste, Denis BUSQUET) اختبارها الخاص بالطفل الأصم: (Le Bilan de l'Enfant Sourd) في نفس الفترة، نشر الدكتور: Phoniatre ، François LEHUCHE: L'ORL كتابه المؤلف من ثلاثة أجزاء الذي يتضمن الاختبار الوظيفي لاضطرابات الصوت وعلاجها. انطلاقاً من أبحاث هؤلاء المختصين الأربعة: (François LEHUCHE, Denis BUSQUET, Françoise LEHUCHE, Denis BUSQUET, Françoise LEHUCHE, Denis BUSQUET, Françoise LEHUCHE, Denis BUSQUET) تشكلت الميادين الأربعة للأرطوفونيا وهي:

- الاضطرابات الخاصة بالأطفال.
- الاضطرابات الصوتية.
- الاضطرابات السمعية.
- الاضطرابات العصبية النفسية.

II - 3 - الأرطوفونيا في بلجيكا:

لا بد من التفرقة فيما يخص هذا البلد بين المنطقة الفرنكوفونية (La Partie Francophone) والمنطقة الأصلية (La Partie Néerlandaise) تحصل اللوغوبيد البلجيك: (Les Logopédies Belges) على الترخيص بممارسة هذه المهنة الشبه طبية بقرار ملكي في 12 أوت 1988. في 1965 بدأ تدريس اللوغوبيديا رسمياً في جامعة Louvain) إتباع هذا التخصص لا بد من الحصول على شهادة البكالوريا. يحتوي التكوين على وحدات نظرية أساسية: (Des Disciplines Théoriques) نفسها الموجودة في فرنسا، ووحدات أخرى: تطبيقية ميدانية: (Des Disciplines Pratiques) ثم تریصات ميدانية: (Des Stages Pratiques).

II - 4 - الأرتوفونيا في الدانمرك:

افتتحت أول مدرسة حكومية لعلاج اضطرابات اللغة في 1916 وذلك للتكفل بعيوب اللغة عند الأطفال في المدارس، ومن أجل هذا الغرض تم تكوين متخصصين (Des Spécialistes) في (Frederik SBERG) وكوبنهاجن (Copenhagen).

وفي 1937 تأسس المعهد الحكومي لأمراض الكلام في "كوبنهاجن" (Copenhagen) وقد كان التوجه الطبي لهذا التخصص واضحا منذ البداية. وفي 1982 بدأت المدرسة الحكومية في تكوين الأخصائيين في اللوغوبيديا ومن بعدها جامعة (Copenhaguen)، الالتحاق بهذا التخصص يتطلب مستوى البكالوريا، والتكوين يستغرق أربعة سنوات ونصف، ويتضمن وحدات أساسية وأخرى خاصة باللوغوبيديا وكذلك تكوين ميداني عن طريق التريصات.

II - 5 - الأرتوفونيا في إسبانيا:

نشأت اللوغوبيديا الإسبانية في الخمسينات من القرن الماضي بمبادرة من وزارة التربية الوطنية، لكن منذ 1985 فقط فتحت الجامعات أبواب التكوين في هذا التخصص.

II - 6 - الأرتوفونيا في اليونان:

ظهر هذا التخصص في اليونان في 1960 تحت مسميات عدة: (Orthophonie, Logopédie, Logothérapie)، لا يوجد تكوين في هذا التخصص فالمختصون يتكونون في دول أخرى كالولايات المتحدة الأمريكية، إيطاليا، فرنسا، ألمانيا.

II - 7 - الأرتوفونيا في إيطاليا:

أصول اللوغوبيديا في إيطاليا كثيرة الغموض. في 1969 فتح أول في (Padoue) ثم تأتية 12 مركزا وآخر في أرجاء عدة من إيطاليا، ميلان، روما، فلورونسيا، وفي 1969 كذلك أصبح التكوين في هذا التخصص جامعيًا وشرط القبول مستوى البكالوريا، يتضمن التكوين وحدات نظرية ونشاطات ميدانية وتريصات تمنح الشهادة بعد مناقشة المذكرة.

II - 8 - الأرتوفونيا في ألمانيا:

- في ألمانيا يتوزع الممارسة الأرتوفونيا على أربعة مهن مختلفة وهي:
- اللوغويديا: المختصون فيها لا يتكلمون باضطرابات اللغة المكتوبة بل اللغة الشفوية فقط.
 - المختصون في اضطرابات الكلام والصوت: هؤلاء يتكلمون فقط باضطرابات الكلام والصوت.
 - معالجوا اضطرابات اللغة: تكوينهم يترتب من تكوين الأرتوفونيين في فرنسا، يتكلمون بالأطفال المراهقين والراشدين الذين يعانون من اضطرابات في الصوت الكلام واللغة.
 - بيداغوجيو اضطرابات اللغة: هؤلاء يعملون في المدارس ويتكلمون بالأطفال الغير متكيفين مدرسيا والذين يعانون من صعوبات مدرسية.

II - 9 - الأرتوفونيا في إنجلترا:

- في 1929 تأسست أول مدرسة: (Speech Therapy) بمبادرة من: (Miss KINGDOM Ward) ثاني مركز فتح أبوابه في 1932 وفي 1944 كان هناك أربعة مراكز.
- هناك نوعان من التكوين: التكوين الأول يتطلب الحصول على البكالوريا أولا ثم الدراسة لمدة أربعة سنوات في الجامعة. أما التكوين الثاني فيخص الطلبة المتحصلون على ليسانس ويريدون التخصص في مجال الأرتوفونيا، يلزمهم الدراسة لمدة عامين في:
- (Center for Clinical Communication Studies) قبول الطلبة في هذا التخصص يتطلب دراسة ملفاتهم الدراسية وكذلك إجراء اختبارات لأن عدد الأماكن محدود. يتضمن التكوين وحدات نظرية أساسية متخصصة وكذلك تریصات ميدانية موزعة على طول مدة التكوين.
- تمنح نوعين من الشهادات على حسب نوعية التكوين، التكوين الأول للحاصلين على البكالوريا ودرسوا لمدة أربعة سنوات، تمنح لهم شهادة (Degree)، أما التكوين الثاني للحاصلين على الليسانس ودرسوا لمدة عامين، تمنح لهم شهادة (Postgraduate-Diploma)

مهام المختص في (Speech Therapy) نفسها التي يقوم بها المختص الأرتوفوني الفرنسي وهي تشخيص وعلاج اضطرابات الصوت، الكلام واللغة الشفوية والمكتوبة عند الطفل، المراهق والراشد.

المحاضرة الثانية

ميادين أو فروع الأرتوفونيا

والمختص الأرتوفوني وأدواره

1-ميادين الأرتوفونيا:

ومن خلال مجالات العمل هذه، يتبين أن الأرتوفونيا تضم عدة ميادين اهتمام:
نبيها حسب التصنيف التالي:

1-اضطرابات اللغة الشفهية والمكتوبة:

1-1- اضطرابات اللغة الشفهية:

1- اضطرابات النطقية العضوية والوظيفية: (Les Troubles Articulatoires Fonctionnels et Organiques)

2- اضطراب تأخر الكلام (Le Trouble du Retard de la Parole)

3- التأخر اللغوي البسيط (Le Retard du Langage simple)

4- التأخر اللغوي الحاد [الديسفازيا] (La Dysphasie)

5- التأتأة (Le Bégaiement)

1-2- اضطرابات اللغة المكتوبة:

1- عسر القراءة [الديسليكسيا] (La Dyslexie)

2- عسر الخط (La Dysgraphie)

3- عسر الحساب (La Dyscalculie)

4- عسر الإملاء (La Dysorthographe)

II- اضطرابات اللغة الراجعة إلى إصابة عصبية:

- الحبسة (L'Aphasie)

- الإعاقة الحركية العصبية (L'Infirmité Motrice Cérébrale)

III- اضطرابات اللغة المتعلقة بالصمم (La Surdité)

VI- اضطرابات الصوت (Les Troubles de la Voix)

V- اضطرابات اللغة الراجعة إلى إعاقة ذهنية (Le Handicap Mental)

- عرض داون ... الخ.

VI- اضطراب طيف التوحد.

2- تعريف المختص الأرتوفاوني:

المختص الأرتوفاوني هو ذلك الذي يهتم بتحليل، تقييم، وقاية ومعالجة اضطرابات اللغة والصوت، والكلام، واللغة الشفوية والمكتوبة.

3- أين يعمل المختص الأرتوفاوني:

- بعد التخرج، يمكن للأرتوفاوني أن يعمل في مجالين من العمل: القطاع العمومي والقطاع الخاص.

- في القطاع العمومي يمكنه أن يعمل على مستوى عدة مؤسسات، مثل:

المؤسسات الاستشفائية: في مختلف المصحات بالمستشفى ولاسيما (مصلحة الأنف، الأذن والحنجرة، طب الأعصاب، طب الأطفال... الخ).

- المراكز الصحية والعيادات متعددة الاختصاصات التابعة لوزارة الصحة.

- مدارس الصم التابعة لوزارة التضامن.

- المراكز النفسية البيداغوجية التابعة لوزارة التضامن.

- الأقسام المندمجة للمعاقين السمع والمعاقين ذهنيا على مستوى رياض الأطفال والمدارس العادية.

أما في القطاع الخاص، يمكنه أن يعمل في:

-العيادات الخاصة.

-المستشفيات الخاصة.

-رياض الاطفال والمدارس الخاصة (العادية والمتخصصة).

-هذا وتجدر الملاحظة، أن هناك عدة جمعيات تهتم بالشريحة المعاقة والتوحد التي يعمل بها الأطفونيين بالضرورة.

أحيانا يكون نشاطه مزدوجا يضم نوعين من النشاط حيث يكون ضمن فريق الطب يساهم في الكشف عن اضطرابات اللغة والتواصل، وأيضا في التربية الصحية، كما يمكن أن يبادر أو يساهم في البحث في هذا المجال (عضو في مخابر البحث) أو أن يقوم بالتعليم في المعاهد ومراكز التكوين.(أزداو، 2019)

4-أدوار المختص الأطفونوني:

4-1-دور الملاحظ:

وذلك بإجراء الفحص لتقييم القدرات التواصلية للمفحوص، أي قدراته في استعمال اللغة (الترميز وفك الترميز) بمختلف مستوياتها الصوتية، النطقية، الدلالية والنحوية وكذلك قدراته على تنظيم الخطاب (البعد البراغماتي) وتمتد هذه العملية إلى تقييم استعمال اللغة الكتابية من خلال القراءة والكتابة وقدرات المفحوص في استعمال الرموز العددية. بالإضافة إلى ذلك يحتاج المختص إلى التعرف على مستوى النمو الحركي والذهني والعلائقي للمفحوص.

هذا الفحص يسم بالحكم على وجود اختلاف بين المفحوص والحالة الطبيعية ودرجته وبتحديد الاختلالات، ومن ثم بناء تشخيص وخطة علاجية مناسبة.

في حالات كثيرة يوجه المختص المفحوص للقيام بفحوصات متممة لغوية وغير لغوية

(سمعية, سمعية... إلخ) وهو ما يخلق تعاون بين المختص الأرتو فوني ومختصين آخرين
بدءا من توجيه المفحوص للقيام بمفحوصات لدى مختص أو آخر إلى المتابعة العلاجية.

(حورية باي، 2002، ص. 50)

4-2- دور الكاشف:

لا يقتصر الكشف عن جوانب القصور عند المفحوص, إن كان ذلك المظهر الرئيسي من
الفحص, أيضا على الجوانب الإيجابية وقدراته وذلك بالتعرف عليها وتحليلها وما تقتضيه
هذه العملية من تقييم معلومات عن الإضطراب من جهة المفحوص بصورة مكيفة حسب
الحالة (السن, المستوى الثقافي... إلخ) الأمر الذي تقتضيه أخلاقيات المهنة, إحترام
المفحوص, سرية المعلومات, ومن جهة أخرى ومن جهة أخرى للمختصين الآخرين الذين
يتعاملون مع الحالة. (حورية باي، 2002، ص. 51)

يتضمن هذا الدور كذلك اكتشاف أنماط التواصل القائمة بين الطفل ووسطه العائلي بهدف
استغلالها وتطويرها.

4-3- دور الوسيط:

بين الطفل ووسطه العائلي من جهة, وبينه وبين المختصين المعالجين الآخرين من جهة
أخرى, خاصة في بداية التكفل لأجل أن تتضح مواقفهم وتوقعاتهم تجاه الطفل وذلك من
خلال المتابعة العادية والتعاون مع المختصين الآخرين.

4-4- دور المعالج:

تختلف العملية العلاجية لكل حالة عن غيرها من الحالات وأن تعلق الأمر بنفس مظاهر
الاضطراب, وحسب التوجه النظري الذي يتبناه أو يميل إليه المختص, أي النظريات المفسرة
للاضطرابات اللغوية فمنهم من يرى أن أغلب حالات الأطفال يعانون خلا في "القدرة
الفونولوجية" أي التمييز بين الوحدات اللسانية مما يؤدي إلى صعوبة في التعرف على
الأصوات, الحروف, الكلمات وعليه ينبغي أن يهدف العلاج إلى تحسين "الوظيفة التمييزية"

أما البعض الآخر فيرى بأن الاضطراب اللغوي قد يمثل عرض لعدم التوافق أو الاستقرار النفسي بين الطفل ومحيطه العائلي. (حورية باي، 2002، ص. 51)

5- أدوات الفحص والكشف في الأرتوفونيا:

إن الأرتوفونيا علم وفن وممارسة ولكي تكون هذه الممارسة علمية يعمد الباحث إلى استعمال أدوات الفحص والكشف المعترف بها في المجال العلمي. ويمكن حصره فيما يلي:

5-1-المقابلة العيادية:

هي تكوين علاقة بين شخصين وهي حوار بينهما تكون طريقتها موجهة لأنه نطرح أسئلة على المفحوص وهو يجيب فإذا لم يعطي لنا كل الاجوبة الكاملة والصحيحة نحاول بطريقة أخرى أن نطرح تلك الأسئلة في الحصص المقبلة لزيادة التوضيح لكن لا نوبخ المفحوص أو نجبره إذا لم يعطي لنا الإجابات الصحيحة.

من إيجابيات المقابلة أنها سريعة و سهلة التحليل وتستحسن أن تكون الأسئلة حيادية. بعد استقبال الطلب، يشرح المعالج في مهمته أول حصة هي حصة المقابلة مع المعني وعائلته (الأبوين بالخصوص) مرافقين، أولاً بملف طبي أو ملف المختص النفسي أو غير ذلك من الوثائق اللازمة في حالة وجودها طبعاً مثل : الدفتر الصحي، على سبيل المثال (Le carnet de santé) تعتبر هذه الحصة ،كحصة تعارف (Prise de contact)

مع المفحوص يمكن للمعالج أن يكتفي بها، بعد الحصول على بعض المعلومات الشخصية البسيطة: كالاسم واللقب والعنوان ومهنة الآباءالخ ويؤجل العمل إلى حصة أخرى أو يواصل إذا رأى ذلك مناسباً (حسين نواني، 2018، ص. ص. 170-171).

بعد توثيق المعلومات الشخصية الأساسية وبناء الثقة مع المفحوص يمكن مباشرة العمل من خلال المقابلة العيادية التي تعتبر في حد ذاتها حصة علاجية أولية موجهة إلى المفحوص، ويمكن تمديدها حتى إلى العائلة إذا اقتضت الضرورة واللجوء إلى بعض التقنيات العلاجية

المعروفة في علم النفس العيادي، خاصة التأكيد على التوعية وتخفيف القلق عن المفحوص والآباء، ويتم ذلك بإعطائهم نصائح و توجيهات ومعلومات حول ما يشغل بالهم.

(حسين نواني، 2018، ص.172)

وتعتبر هذه الحصة بمثابة لقاء مهم جدا حيث يعمل المعالج على جمع كل المعلومات اللازمة والضرورية حتى يتمكن انطلاقا من ذلك من بناء مخطط تمثيلي كأنه يعبد خارطة طريق، تساعده على ضبط كل سلوكاته المستقبلية، وتسمى هذه العملية في اللغة الفرنسية وهي تقنية جمع المعلومات عن الحالة وتاريخها منذ الولادة حتى يوم حضورها إلى العيادة، وتدور أساسا حول المفحوص، حياته اليومية، سوابقه الطبية، مشاكله الصحية والصعوبات التي أوصلته إلى العيادة، خاصة العيوب ذات الطبيعة اللغوية ويمكن أن تكون المقابلة موجهة أو غير موجهة بحسب الحالات والاضطرابات ومهما يكن يجب أن تتوفر شروط معينة في الأخصائي الأرتوفوني فيكون قادر على الإصغاء و التقبل و الصبر والمشاركة الوجدانية، كما ينبغي توفر ظروف ملائمة للمقابلة وهي ظروف مكانية (مكان خاص بالمعينة الأرتوفونية) وزمنية (اختيار الوقت ملائم للمريض فلا يكون في نهاية النهار ولا يكون في لحظات يرفض فيها المريض المقابلة)(سميرة ركزة، جنان أمين، 2018، ص.51)

-للمقابلة أشكال ولكن ما يهمنا هي:

1-المقابلة قصد التشخيص:

نستعملها للحصول على الميزانية الأرتوفونية " الاسم واللقب، تاريخ الميلاد، أسئلة حول أسباب العمل ، تطور الطفل أثناء العمل، أثناء الولادة، النمو الحركي " والحصول على بعض المعلومات التي تخص المفحوص وجمع الأعراض والعلامات العيادية والهدف من كل هذا هو التشخيص السريع والدقيق.

وغالبا في هذا النوع من المقابلة تكون الأسئلة نصف موجهة وتتمركز الأسئلة حول مواضيع معينة والتي نريد عن طريقها أن نصل إلى أجوبة وهذه الطريقة منبثقة من الطريقة العيادية وتسمح بتوظيف بعض العناصر التي كانت غامضة في الأول.

- المقابلة ليس بالضرورة أن نلتزم في حصة واحدة بل قد تصل إلى أربعة حصص أو أكثر وحتى أثناء إعادة التربية يبقى الفاحص يسأل ويستمر في طرح الأسئلة التي قد يتهرب منها المفحوص وفي كل مرة نكتشف مشكل عائلي جديد.

2-المقابلة قصد العلاج:

فلا تتم إلا بحضور المفحوص ويجب أن يكون مشارك وفعال منها ميزتها أنها غير موجهة بل حرة ولأرطويه دور هام ومهم وهو الأحكام في ديناميكية العلاقة اللقب لها دور في استقرار التفاعل القائم بين الفاحص والمفحوص ونستعمل هذه المقابلة في توجيه الوالدين واعطائهم مجموعة من النصائح والتوجيهات لمساعدتهما في التكفل بابنهما فكل هذا يبدأ في الححص الأولى من العلاج والححص الأولى من عمره فلتربية المبكرة مهمة جدا يجب أن نوجه الوالدين لكي يتعاونوا مع بعضهما البعض وفي بعض الأحيان نلاحظ أن الأم التي كانت تحلم دائما بطفل عادي وسليم سمعيا فعندم يولد وهو مصاب بمرض أو بتشوه ما فهنا الأم تصدم وهنا نلاحظ تناقص بين الحلم والواقع فغالبا في المقابلة قصد العلاج يوجه المفحوص إلى الأخصائي النفساني إذا كان المشكل طفيف وغير معقد ممن أن نتدخل نحن كأخصائيين أرطونين ونعالج المشكل هذا النوع من المقابلة تسمح لنا بمعرفة المفحوص على مستوى الذهني والثقافي والاجتماعي وعلاقته مع غيره.

-اللغة المستعملة في المقابلة:

يجب أن تكون لغة سهلة وبسطة يفهمها الأولياء ويجب أن نبسط لهما المفاهيم حسب واقعهما وحسب المستوى الثقافي والاجتماعي.

ولغة الأم هي الأهم ففي بعض الأحيان نصادف بعض الأمهات الصماء فتستعمل لغة الإشارات لذلك يجب أن أعرف كيف أتواصل معها ففي حالة مثلا طفل لا يعرف العربية ويتكلم القبائلية هذا ليس بمشكل فإننا نطبق الاختبار النطقي كما هو وأحاول أن أتواصل معه بطريقة التي يفهمها.

5-2-الملاحظة:

1-الملاحظة المباشرة:

هي تلك التي يجريها الأرتوفوني بنفسه عندما يلتقي بالمريض.

2-الملاحظة غير مباشرة:

هي تلك المعطيات التي يجمعها الأرتوفوني عن المريض بطريقة غير مباشرة ومن الطرق التي يستعملها في الملاحظة غير المباشرة نجد ما يلي: تطبيق الاختبار، إجراء حوار أو لقاء أو مقابلة مع أولياء الطفل أو زملائه، لقاء أو حوار مع معلم الطفل. ولكي تكون الملاحظة جيدة لابد أن يتوفر الأرتوفوني على عدة خصال منها: سرعة البديهة، الانتباه، القدرة على فهم السلوك، قدرة كبيرة على التحمل والصبر والقدرة على المساعدة. (سميرة ركزة، جنان أمين، 2018، ص. 50).

5-3- تطبيق السلام والاختبارات:

إن السلام والاختبارات هي عبارة عن أدوات للكشف وضعها العلماء بطريقة علمية وتحققوا من صدقها وثباتها، ومن أهم الاختبارات التي يستعملها الأرتوفوني نجد ما يلي:

1-إختبار رسم الرجل:

ولقد قامت عالمة الأمريكية فلورانس جودنوف بتصميمه لقياس الذكاء عند الطفل ثم فيما بعد أصبح يستعمل لدراسة شخصية الطفل وإدراك جسمه.

2-إختبار رسم العائلة:

لقد وضعه العالم الفرنسي لويس كورمان بغية دراسة تصورا على الطفل لعائلته وتصوره كذلك للعائلة التي يتمناها وهذا الإختبار هو إختبار إسقاطي مثل سابقه.

3-إختبار الجانبية لهاريس Harris:

يهتم هذا الاختبار بدراسة اكتساب الجانبية أي اكتساب القدرة على التعرف على اليمين واليسير بالنسبة للجسم وبالنسبة للأشياء الأخرى، ويستعمل الطفل عينه يده وقدمه اليمنى أو اليسرى. (سميرة ركزة، جنان أمين، 2018، ص. 51).

4- إختبار إدراك نشأة الذات:

هو عبارة عن سلم يضم 90 سؤال فيه معلومات عن إدراك ونشأة الذات عند الفرد.

5- إختبار القراءة.

6- إختبار اللغة المنطوقة.

7- إختبار اللغة المكتوبة.

8- إختبار الذاكرة.

9- إختبار الإنتباه.

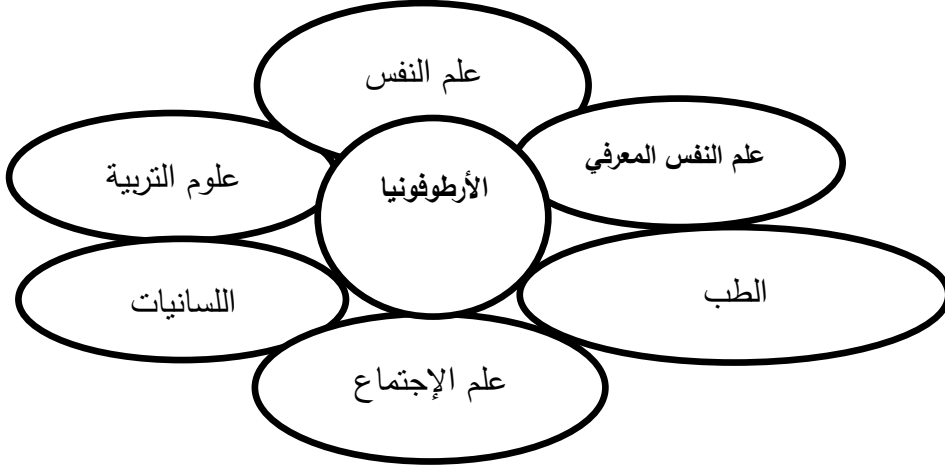
10- بطارية المعارف عند الطفل لكوفمان Kaufman.

-تحليل مضمون الرسالة اللغوية أو المدونة اللغوية:

إن هذا الأسلوب في التحليل هام جدا لأنه يساعد على معرفة طبيعة وعيوب اللغة عن الحالة، ويتمثل هذا الأسلوب في تقسيم الرسالة اللغوية إلى عناصرها الأولية المتمثلة في الجمل إلى وحدتها المتمثلة في الكلمات ثم محاولة معرفة عيوب وعلل وأخطاء هذه الكلمات والجمل، وبفضل تحليلها يتمكن الباحث من تكوين صورة صحيحة عن مستويات اللغة عن المريض وهذا يساعده على وضع تشخيص صحيح وتبني مقاربة علاجية صحيحة التي تعني بها الأسلوب الذي يسلكه الباحث عندما يردي دراسة ظاهرة معينة.

(سميرة ركزة، جنان أمين، 2018، ص. 52)

المحاضرة الثالثة العلوم المتصلة بالأرطوفونيا



1- علاقة الأرطوفونيا بـ:

1-2- الطب (La Médecine)

يجب على المختص الأرطوفوني أن تكون لديه معرفة ودراية في الميدان الطبي، معرفة الجانب التشريحي وفيزيولوجية كل من:

- الجهاز السمعي (L'Appareil Auditif)

- الجهاز العصبي (Le Système Nerveux)

- الحنجرة (Le Larynx)

- البلعوم (Le Pharynx)

- التجويف الأنفي (La Cavité Nasale)

- التجويف الفمي (La Cavité Buccale)

مثلا: معرفة إذا كان الطفل الأصم يعاني من:

صمم إرسالي (La Surdité de Transmission) على مستوى الأذن الوسطى.

أو الصمم الإدراكي (La Surdité de Perception)

على مستوى الأذن الداخلية.

وكل هذا لتوجيه المريض للعملية الجراحية، للتجهيز، بالإضافة إلى التربية السمعية التي تعتبر جد مهمة.

1-3 - اللسانيات (La Linguistique)

معرفة الجانب النطقي، أي يقوم المختص بوصف الاضطراب، أي تنسيخه (Transcrire le Trouble)، وذلك في مدونة مرضية (Corpus Pathologique)، فتظهر لنا في هذه الحالة نقاط أساسية نركز عليها في إعادة التربية الأرتوفونية، وعندما نطبق التنسيخ النطقي فهذا يساعد كثيرا الأخصائيين الأرتوفونيين في التكفل بالحالات الناطقة بلغة أخرى كاللغة الأمازيغية مثلا.

لذلك يجب على المختص الأرتوفوني أن يمارس مهمة التنسيخ بطريق جيدة وسريعة، وأن تكون لديه معارف أساسية في ميدان اللسانيات العامة، ولا يجب أن ننسى أنه إعادة تربية أي اضطراب وعلاج أي حالة يتطلب معرفة جيدة باللغات.

1-4 - علم النفس (La Psychologie)

معرفة الأسباب السيكولوجية للاضطراب، في هذه الحالة يجب معرفة: إحساس وشخصية ودافعية المفحوص، العلاقة بين الفاحص والمفحوص مهمة جدا، فالالتقاء بين الاثنين والتشجيع بينهما، هي الوسائل التي يجب أن نستعملها في إعادة التربية، ولا نستطيع القول أن المختص الأرتوفوني هو المختص النفسي، ولكن هو الشخص الذي يوجد أمام الحالة، بصفة إيجابية ولديه معارف في هذا الميدان يؤثر بها على الحالة.

وهذا ما يجعل الفاحص الأرتوفوني يتدخل في إعادة التربية وينجح فيها، ولكن لا يجب نتدخل في شخصية المفحوص فهناك حدود نتوقف عندها، لأنه عندما نمس بمشاعره فلا

نستطيع المواصلة في إعادة التربية والمفحوص لا يرجع إلينا لإتباع حصص إعادة التربية، فالمهم هو حسن التصرف ويجب أن نعلم كيف نتصرف مع المفحوص.

1-5- علم النفس المعرفي:

يجدر التوضيح في البداية بأن علم النفس المعرفي توجه معاصر في علم النفس بدائي التطور في الستينيات مع ظهور " نظرية الإعلام " أو نظرية الإفادة ل: Shannon

ويتمحور موضوع هذا الميدان في دراسة سيرورات وبنيات العمليات الذهنية وتقديم نماذج نظرية للوظائف المعرفية الإدراك الذاكرة الذكاء، والتمثيلات Representations هذه النماذج

النظرية تكتسب مصداقيتها أحيانا وحتى تكوينها إنطلاقا من حصيلة مقارنة عمليات الدماغ الإنساني بالكمبيوتر كمرجع فعلم النفس المعرفي يهتم بموضوعات عديدة معالجة المعلومات،

ترميزها والاحتفاظ بها واستعمالها تنظيم الصور الذهنية والوظيفة اللغوية حل مسائل... الخ . وبالتالي فهو يطرح جانبا كل ما ليس وظيفة ذهنية كالانفعالات، الدوافع، الجانب الوجداني

للاضطرابات النفسية ... الخ .

أما بالنسبة للعلاقة اللغة بالنمو المعرفي، فقد كان هذا الجانب محل جدل وتضارب في الآراء بين التوجهات النظرية المختلفة، فمنهم من يرى بأن الوظيفة اللغوية ما هي إلا مظهر من

مظاهر النمو المعرفي وبالتالي فإن هذا الأخير هو المسؤول عن النمو اللغوي، ومنهم من يرى عكس ذلك، أي أن النمو المعرفي ينمو بنمو الوظيفة اللغوية الرمزية من جانب آخر

اهتم بعض علماء النفس بدراسة العلاقة بين النمو المعرفي وازدواجية اللغة، بمقارنة أطفال مزدوجي اللغة بأخرين أحادي اللغة من جانب مستوى الذكاء. (حورية باي، 2002، ص. 54)

وكانت نتائج هذه الدراسات مختلفة باختلاف الأزمنة التي تمت فيها إلى حد التعارض ففي العشرينات كانت النتائج تميل إلى التأكيد علي أن ازدواجية اللغة تخلف بنسبة أكبر من

التأخر الدراسي ومن عدم التكيف الاجتماعي، أما الدراسات التي تلتها فقد أكدت أن اكتساب لغة ثانية ليس له أثر سلبي ملحوظ علي النمو الذهني.

والأكثر من ذلك أن الدراسات الحديثة أثبتت أن مستوى الذكاء اللفظي وغير لفظي يكون أعلى في العادة عند مزدوجي اللغة من مستوى أولئك الذين اكتسبوا لغة واحدة ومرد ذلك إكتساب طرق متنوعة للتفكير والإبداع عند الفئة الأولى.

وهذا الاختلاف في نتائج بين الدراسات المتعاقبة راجع لعدم التحكم في خصائص الأطفال موضوع الدراسة في البداية (السن، الجنس، المستوى الثقافي) ثم أصبحت أكثر ضبطاً فيما بعد وتقدمت طرق وتقنيات البحث.

من جانب التفاعل اللغوي بين الطفل والراشد، الذي يعتبر أساس الإكتساب اللغوي فإن هذه الوضعيات والموقف تجعل أمام مهمة تحليل اللغة المسموعة لاستخلاص مبادئها الأساسية لإستعمالها تدريجياً في بناء نظامه اللغوي وهي المبادئ المتعلقة بعمليات التحليل، التركيب، التعميم والتجريد. (حورية باي، 2002، ص. 55)

1-6- علم الاجتماع:

لما نتكلم عن مفهوم العالم الخارجي فإن الأمر يتعلق بقسمين، محيط الوحدات والمحيط الاجتماعي ويتمثل هذا الأخير بالدرجة الأولى في العلاقات بين الأشخاص التي تحكمها عناصر سيكولوجية مختلفة كترغبات المواقف والميولات... الخ .

لكن الطفل قبل أن يبدأ في التفاعل والتعامل مع محيطه الاجتماعي ومن ثم بناء علاقات مع من حوله فإن هناك مرحلة اكتساب وتعلم حول المحيط وفهمه وهذا يسمى بـ " المعرفة الاجتماعية " وهي جملة معارف تخضع للنمو والنضج ، مثلما يحدث علي مستوى الحسي الحركي واللغوي .

وهذا الميدان يشكل حقلاً واسعاً من الدراسات النفس اجتماعية كامتداد لعلم النفس المعرفي من حيث أنه يركز علي جانب الإدراكي والمعرفي بصفة عامة التي يتمحور حولها مفهوم " التمثيل الاجتماعي " . (حورية باي، 2002، ص. 57)

1-7- علوم التربية:

من اهتمامات الأرتوفونيا نجد كل ما يتعلق باضطرابات اللغة المكتوبة والتي بدورها تدخل ضمن اضطرابات التعلم، ومنه ضرورة التماس كل ما يتعلق باكتساب وتطور هذه المهارة بالنسبة للأرتوفوني.

لذا فالأرتوفوني موجود بالضرورة على مستوى المدارس ورياض الأطفال وكذا مراكز الاعاقة التي تهتم بالميدان الأكاديمي أين نجده يساهم في علاج المشاكل المتعلقة باللغة وكذا في بناء البرامج التعليمية المتخصصة. (أزداو، 2019)

المحاضرة الرابعة

الصوتيات وتشريح الجهاز النطقي

تقوم دراسة النطق أساسا على معطيات علم الأصوات:

1- تعريف علم الأصوات: (La phonétique)

ينقسم إلى: phone: تعني الصوت

ikos: تعني الفن أو العلم. (محمد منصف القماطي، 1986، ص. 13)

ويدرس علم الأصوات اللغوية أو الفونيتيكا الصوت الإنساني الحي، أي الظواهر الصوتية وطبيعتها على أنها أحداث فيزيائية (Physique du son)، موضوعية (Objective)، ويبحث هذا العلم في سمات اللغات كلها، أو لغة معينة من غير أن ينظر في وظائف الأصوات ومن غير أن يعني بالقوانين الصوتية، إن الفونيتيكا يدرس الأصوات الإنسانية الطبيعية من حيث كونها:

1- أحداثا منطوقة بالفعل.

2- ذات تأثير سمعي معين. (نور الدين عصام، 1992، ص. 39)

ويدرس كذلك: الجهاز النطقي من حيث تشريحه ووظيفته.

(نور الدين عصام، 1992، ص. 40)

2- جهاز التصويت لدى الإنسان العادي:

يساهم في عملية الكلام، الأجهزة الآتية:

أ- الجهاز التنفسي (L'Appareil Respiratoire)

وظيفته الأساسية هي التنفس وذلك بإدخال الهواء إلى الرئتين (الشهيق) وتزويد الدم بالأكسجين اللازم، وطرده ثاني أكسيد الكربون (الزفير).

ويتضمن الرئتين والعضلات المستعملة في توسيع الشعبات الهوائية. (Bronchial tubes)،
(Trachée) أو تضيقها، والقصبه الهوائية، (Trachée-Artère).
(نور الدين عصام، 1992، ص ص. 51-52)

1- الرئتان (Poumons)

هما جسم مطاط، قابل للتمدد والتقلص، ولكنه ليس ذاتي الحركة، لأنه بحاجة إلى مساعدة
"الحجاب الحاجز" (Diafragme)، والقفص الصدري (Cage Thoracique)، لكي يقوم
بوظيفته.

ووظيفته الأساسية هي تخزين الهواء وأخذ الأكسجين، ونقله إلى الدم، ومن ثم طرده من
الجسم حاملا ثاني أكسيد الكربون، وهما تشبهان "المنفاخ"، إذ يمتلئان بالهواء في الشهيق
(Inspiration)، وتفرغان في الزفير (Expiration)، وهذا الهواء المزفور إلى الخارج يساعد
على إحداث الصوت لدى المتكلم.

وتحتفظان عادة بكمية ثابتة من الهواء، تضيف إليها أثناء الشهيق الكمية اللازمة وتطرد
منها أثناء الزفير كمية مساوية للكمية التي أدخلتها أثناء الشهيق.

ويتنفس الإنسان تنفسا طبيعيا مرة كل خمس ثوان وتكون مقسمة بالتساوي بين الشهيق
والزفير، ويخصص عادة 15% من الدورة التنفسية للشهيق عندما يتكلم.

(نور الدين عصام، 1992، ص ص. 52-54)

فإذن أثناء عملية الزفير تنتج الأصوات الإنسانية، وبما أن الرئتان هما عضو مزدوج،
وبالرغم من أن أكثر اللغويين يهملون ذكره، فهو العضو الفعال الذي يمد جهاز النطق بمادة
الصوت (الهواء) ويكسبه خصوصية الحركة. (محمد منصف القماطي، 1986، ص. 36)

2- القصبه الهوائية (Wind pipe Trachea / Truchée - Artère)

هناك مسافة بين الرئتين وأعضاء الجهاز الصوتي والقصبه الهوائية هي التي تلعب دور
أنبوب الوصل بين الرئة والحنجرة. (نور الدين عصام، 1992، ص. 54)

وهي التي تعمل فراغا رنانا يؤثر في درجة الصوت.

وهي مكونة من غضاريف على شكل حلقات غير مكتملة من الخلف، متصل بعضها ببعض بواسطة نسيج غشائي مخاطي، وقطر القصبة الهوائية يراوح بين 2 سم و2,5 سم، وطولها هو حوالي 11 سم، وتنقسم من أسفلها إلى فرعين رئيسيين هما الشعبتان اللتان تدخلان إلى الرئتين. (أحمد مختار عمر، 1976، ص. 80)

(ب) - الجهاز الصوتي:

يتكون من الحنجرة والوترين الصوتيين والمزمار، ووظيفته الأساسية القيام بدور صمام الأمان لإغلاق الرئتين وحمايتهما من جانب، ولشد القفص الصدري من جانب آخر حين تستنفذ الجهود العضلية بمد الذراعين.

الجهاز الصوتي حيث تنتج الطاقة المصوتة المستخدمة في الكلام مؤلف من الحنجرة، الوترين الصوتيين والمزمار.

(1) - الحنجرة: (Larynx)

إن الهواء الذي يتسبب في حدوث الأصوات يأتي خارجا من الرئتين وأحيانا يكون داخلا وهذا نادرا، وأول حاجز يلتقي به هو الحنجرة. (مصطفى حركات، ص. 39)

ويشبهها بعض اللغويين "بالناي" أما وظيفتها الأساسية فهي القيام بدور صمام الأمان لإغلاق الرئتين وحمايتهما من جانب، ولشد القفص الصدري من جانب آخر حين تستنفذ الجهود العضلية بمد الذراعين. (نور الدين عصام، 1992، ص. 55)

والحنجرة عبارة عن صندوق غضروفي متصل بالطرف الأعلى للنسبة الهوائية وهي مكونة من ثلاث أقسام:

1- الغضروف الدرقي: (Thyroide)

ويسمى الغضروف العلوي، وهو ناقص الاستدارة من الخلف، وعريض بارز من الأمام، ويعرف الجزء البارز منه "بتقاحة آدم" وهو مفتوح من الأعلى ومن الخلف.

2- الغضروف الحلقي: (Cricoide)

ويعتبر الغضروف الأساسي وهو على شكل خاتم موضوع أفقيا فسه مستدير إلى الوراء.

3- الغضروفان الحنجريان:

ويسميان أيضا "النسيج الخلفيان الهرميان" (Arythenoidiens)، قادران على الحركة بواسطة نظام من العضلات يتحكم فيهما ويمكنهما من الانزلاق والاستدارة والتأرجح، وقد شد الوتران الصوتيان أو الحبلان الصوتيان إلى قاعدة الجزء الداخلي من الغضروفين الحنجريين إلى النتوء الصوتي (Apophyse vocal)، وقد ثبت كل منهما من الطرف الآخر في زاوية الغضروف الدرقي من الأمام، أما الجزء الخلفي من الغضروفين الحنجريين وهو النتوء العضلي (Apophyse musculaire)، فيشكل نقطة اعتماد العضلات التي تحرك الغضروفين الحنجريين، والتي تتحكم في فتح المزمار وإغلاقه.

(نور الدين عصام، 1992، ص ص. 56 - 57)

2- الوتران الصوتيان: (Cordes vocales)

إن الوترين الصوتيين والنظام الذي يحكمهما يكونان أهم عضو في الجهاز النطقي: وهما عبارة عن عضلة درقية هرمية (Thyro-Arytenoidien) ونسيج مرن يتكون من رباط عظمي مرن.

إن الوترين الصوتيين هما رباطان مرنان يشبهان الشفتين، ويمتدان أفقيا من الخلف إلى الأمام حيث يلتقيان عند ذلك البروز المسمى "بتقاحة آدم"، ويقول علماء الأصوات: "إن استعمال كلمة "وتر" أو حبل هو استعمال غير صحيح، فهما في الحقيقة شفتان موضوعتان وضعاً متوازياً، عن يمين خط الوسط وشماله وهما مكونتان من عضلة ونسيج مرن ويوجد فوق الحبلين الصوتيين زوج آخر من الشفتين ذو شكل مماثل يطلق عليه اسم: "الحبال الصوتية الزائفة"، (Fausses cordes vocales) أو الأربطة البطينية، (Bandes vnticulaires) التي لا يرى منها شيء في حالة التصويت العادي وتوجد بين الشفتين السفلى والعليا "بطينات مورجاني" التي قد يكون لها تأثير رنيني على النغمة الحنجرية.

(نور الدين عصام، 1992، ص ص. 60 - 62)

3- المزمار: (Glotte)

هو ذلك الفراغ الواقع بين الوترين الصوتيين وله غطاء يسمى لسان المزمار (Epiglote) ووظيفته الأساسية أن يكون بمثابة صمام أمان، يحمي طريق التنفس أثناء عملية البلع. وفتحة المزمار تنقبض وتنبسط بنسب مختلفة مع الأصوات مما يؤدي إلى اختلاف نسبة شد الوترين الصوتيين واستعدادهما للاهتزاز. فكلما زاد توترهما زادت نسبة اهتزازهما في الثانية. (نور الدين عصام، 1992، ص. 63)

ج- أعضاء الجهاز النطقي:

التجاويف ما فوق المزمارية (Cavités supra glottique) تلعب التجاويف ما فوق المزمارية أو الجهاز النطقي دور غرف الرنين أين تنتج غالبية الضوضاء المستخدمة في الكلام وهذه التجاويف تشبه "المرنان" (Résonateur) وتشتمل على: الحلق - تجويف الفم ومحتوياته بما في ذلك اللسان والأسنان، وتجاويف الأنف والشفيتين.

1- الحلق والبلعوم: (Pharynx)

هو الفجوة الواقعة بين أصل اللسان والجدار الخلفي للحلقوم، ممتدة من التجويف الأنفي إلى الحنجرة، والمصطلح البديل هو: "التجويف الحلقي" (Pharyngeal cavity).

(محمد منصف القماطي، 1986، ص. 39)

ويقوم الحلق بدورين لغويين في إحداث الصوت الإنساني هما:

1- هو مخرج لأصوات لغوية خاصة وهي: أ، ه، ع، ح، غ، خ.

2- يستعمل كفراغ رنان يضخم بعض الأصوات بعد صدورها من الحنجرة.

(نور الدين عصام، 1986، ص. 65)

والحلق بالغ الأهمية في الأصوات العربية لاختصاصها بصوتية الحلقين هما: الحاء (ح) والعين (ع)، ويتصل الحلق بالتجويف الأنفي عن طريق الفراغ الواقع خلف اللهاة والطبق وهو ما يعرف بالحلق الأنفي. (Nasal Pharynx).

(محمد منصف القماطي، 1986، ص. 39)

2- التجويف الأنفي: (Cavité Nasale)

هو فراغ عظمي مبطن بغشاء مخاطي وهو غير قابل للحركة ولذلك فهو يعمل على اكتساب الصوت خصوصية الغلة التي تتجلى في الأصوات الغنية (الأنفية Nasale)، كالميم (م) والنون (ن). والأصوات المغنونة (Nazalized) تكتسي فيها غنة النون.

(محمد منصف القماطي، 1986، ص. 39)

ويستغل الفراغ الأنفي عند الكلام، كفراغ رنان يضخم الأصوات المنطوقة.

(نور الدين عصام، 1986، ص ص. 69 - 70)

3- اللهاة: (La lnette)

هي العضو اللحمي المتحرك المتدلي من أقصى سقف الفم، على الحلق وهي تتراجع إلى الخلف لتسد الحلق الأنفي عند النطق بالأصوات الفموية (Oral Sounds)، كما تهبط إلى الأسفل عند النطق بأصوات الغناء أو المغنونة وتسمح للهواء بالتسرب خلال الحلق الأنفي إلى الفراغ الأنفي. (أحمد عمر القماطي، 1976، ص 39)

4- الحنك: (Palate / Palais)

هو القوس الذي يشكل الفم، فاصلا بين تجويفي الأنف والفم، ويبلغ طوله حوالي 3 بوصات (البوصة - 2,54 سم) وهو يتكون من:

1- الطبق: (Velum)

وهو الجزء اللين، الغير عظمي المجاور للهاة، ويبلغ طوله حوالي 1,5 بوصة ويعرف بأقصى الحنك أو الحنك اللين، (Soft Palate).

2- الغار أو الحنك الصلب: (Hard Palate)

وهو الجزء العظمي المجاور للثة ويبلغ طوله 1,5 بوصة، ومن العلماء من يخصه بإصلاح الحنك ومنهم من يدعوه بأدنى الحنك. (محمد منصف القماطي، 1976، ص. 40)

ويتصل اللسان بهذا العضو في أوضاعه المختلفة، فتتكون مخارج كثير من الأصوات مع كل وضع من أوضاع اللسان بالنسبة لقسم من أقسام الحنك، وقد قسم العلماء الحنك إلى أقسام وهي:

• **مقدم الحنك:**

أو اللثة أو النخاريب (Alvéole Ridge / Alvéole or teeth) وتقع خلف الأسنان الأمامية مباشرة.

• **وسط الحنك:**

أو الحنك الصلب أو الغار أو النطع (Le palais dur) وهو جزء ثابت يقع بين اللثة والحنك اللين أي أنه غير متحرك.

• **أقصى الحنك:**

أو الحنك اللين أو الطبق (Palais mou ou voile du palais) وهو جزء عضلي متحرك، يحدد بحركته هذه نوعية الصوت الذي يخرج من الفم أو من الأنف، لأن هذا الجزء يمكن رفعه حتى يتصل بالجانب الخلفي للحلق مما يؤدي إلى إغلاق طريق الهواء المندفع نحو الأنف.

• **اللهاة:**

هي زائدة متحركة تقع في نهاية الحنك اللين ولها دور في نطق القف (ق) العربية.

والرسم التالي يوضح ذلك: (نور الدين عصام، 1992، ص ص. 67-68)

5- اللثة: (Athelium)

هي الحافة المعززة المعتمدة مما يلي الأسنان العليا وتعرف بالقطع وبمحارز الأسنان وهناك من يعد اللثة جزءا ثالثا للحنك.

6- الأسنان: (Les dents/ Theet)

هي السلسلة الهاجية المثبتة بالفكين الأسفل والأعلى.

(أ) - أسنان عليا: مثبتة بالفك الأعلى.

(ب) - أسنان سفلى: مثبتة بالفك الأسفل. (محمد منصف القماطي، 1986، ص. 40)

وتتألف عند البالغ من اثنين وثلاثين سنا وهي قواطع، أنياب وضروس (أربع ثنايا، أربع رباعيات وأربع أنياب، أربع ضواحك، وثنتا عشر رحي وأربع نواجذ)، وللأسنان من أعضاء النطق الثابتة، ولها دور مهم في نطق عدد من الأصوات. فقد يعتمد عليها اللسان عند نطق الدال (د)، والتاء (ت) مثلا، وتقع الأسنان العليا فوق الشفة السفلى عند النطق بالفاء (ف).
(نور الدين عصام، 1992، ص ص. 72-73)

7 - اللسان: (La langue / tongue)

هو العضو العضلي المتحرك في كل اتجاه، والناشئ في أقصى قاع، وهو أهم أعضاء النطق وأكثرها مرونة. (محمد منصف القماطي، 1986، ص. 41)

وهو عضو كثير الحركة في الفم عند النطق فهو ينتقل من وضع إلى آخر فيكيف الصوت اللغوي حسب أوضاعه المختلفة وقد قسمه علماء الأصوات إلى خمسة أقسام وهي:

(1) - نهاية اللسان أو حده أو الذولق: (La pointe de la langue)، (Apex) وهو رأسه الأمامي.

(2) - طرف اللسان: (Plat de la langue)

وهو الجزء الذي يقابل اللثة، ويتحرك باتجاه الأسنان أو اللثة أو الطبق.

(3) - وسط اللسان: (Milieu de la langue)

وهو الجزء الذي يقابل الحنك الصلب أو ما يسمى بوسط الحنك.

(4) - مؤخرة اللسان أو أقصاه: (Dos de la langue)

وهو الجزء المقابل للحنك اللين ويسمى بأقصى الحنك.

(نور الدين عصام، 1992، ص ص. 66-67)

(5) - الأصل أو الجذر: (Racine de la langue)

ويستعمل في العربية لنطق ال (ع)، و (ح) لكن دوره في معظم اللغات يكون في تغيير شكل تجويف الحلق وحجمه.

7- الشفتان: (Les lèvres/lipes)

هما من أعضاء النطق المهمة، لأنهما كثيرتا الحركة، وتتخذان أوضاعا عدة عند النطق مما يؤثر في صفات الأصوات وأنواعها فهما تتفجران تارة وتستديران تارة أخرى، وتنطبقان طورا آخر،... وتستطيعان نتيجة هذه المرونة إضافة مرنان رابع (أي تجويف)، وبذلك يتعدل نمو التجويف الفموي، ويلاحظ أنه عادات المتكلمين قد تختلف في استغلال حركة الشفتين والانتفاع بهما، فمن الشعوب من يكثر من حركتهما، ومنها من يقتصد كالعرب.

(نور الدين عصام، 1992، ص. 70)

-النظام الصوتي للغة العربية ومخارج الحروف:

تحتوي اللغة العربية على 28 حرفا، وكل واحد منها يتميز بمخرج، مع العلم أن عدد الحروف العربية 16 مخرجا حسب سبويه.

-الحلق: وفيه ثلاث مخارج:

- أقصى الحلق: تخرج منه الهمزة والهاء والألف.

- وسط الحلق: تخرج منه العين والحاء.

- أدنى الحلق: وتخرج منه الغين والحاء. (نواني حسين، 2018، ص ص. 60-61)

-التجاويف العليا:

-تجويف الفم:

- من أقصى اللسان إلى أدنى الحلق: تخرج القاف.

- ودون مخرج القاف وما يقابله من الحنك: تخرج الشين والجيم والياء.

- ومن أول اللسان وما يقابله من الأضراس حتى الثنايا: تخرج الضاد القديمة.

-ومن حافتي اللسان إلى منتهى الذلوق وما يقابله من الحنك حتى أصول الثنايا: تخرج اللام.

- ومن طرف اللسان وما يقابله من أصل الثنايا تخرج النون.
- ومن نفس الموضع لكن أقرب إلى ظهر اللسان قليلا تخرج الراء.
- ومن طرف اللسان وأصول الثنايا تخرج الطاء والذال والتاء.
- ومن طرف اللسان وفويق الثنايا تخرج الزاي والسين والصاد.
- ومن أطراف الثنايا تخرج الضاد والذال والتاء.

-الشفتان:

- من باطن الشفة السفلى وأطراف الثنايا العليا تخرج الفاء وبين الشفتين تخرج الباء والميم والواو.

-الخياشيم:

تخرج منها النون الخفيفة، وهو تنوع لهجي للنون وهي مجرد غنة أو صدى.

(أزداو شفيقة، 2019)

المحاضرة الخامسة

الجهاز العصبي واللغة

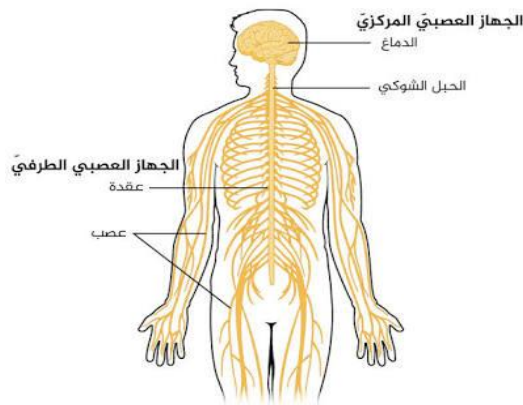
إن عملية إنتاج الكلام تتطلب عدة عمليات كالتنفس والتصويت والنطق، ولا يمكن للجهاز التنفسي والحنجرة وأعضاء النطق من العمل دون الحصول على أوامر من الجهاز العصبي، والذي يرسلها عبر إشارات تنقلها الأعصاب.

1.1. مفهوم الجهاز العصبي: « Le Système Nerveux »

إن الجهاز العصبي هو عبارة عن منظمة من الخلايا العصبية التي تختص في الاستقبال والتوصيل والإرسال، ويعتبر من أهم الأجهزة المسؤولة عن التكامل عن السيطرة على وظائف الأجهزة الأخرى بالجسم حيث أنه المتصل بالخارج والقائم بضبط وإثارة وإبطاء الوظائف الحيوية كلها أو بعضها، والإرادي منها واللاإرادي حسب متطلبات المواقف والأوامر الصادرة من المخ. (إسماعيلي، قشوش، 2014، ص. 20)

2.1. تقسيم الجهاز العصبي:

ينقسم الجهاز العصبي إلى 3 أقسام رئيسية: الجهاز العصبي المركزي، الجهاز العصبي المحيطي، الجهاز العصبي التلقائي.



الشكل رقم (1) يوضح رسم تخطيطي لمكونات الجهاز العصبي.

1.2.1. الجهاز العصبي المركزي « Le Système Nerveux Central »

يمثل الجزء الأضخم من الجهاز العصبي العام.

ويتكون من الدماغ والنخاع الشوكي، وهما مجموعة من الأنسجة العصبية التي تملأ الجمجمة والعمود الفقري وكل تفرعاتهما العصبية، ويسمى أيضا الجهاز العصبي الإرادي، تتكون أنسجته من مادة سنجابية ومادة بيضاء والأخيرة توصل المعلومات من العالم الخارجي أو من أجزاء الجسم إلى المادة السنجابية، وهي الخلايا العصبية الكاملة حيث أن البيضاء تتألف من ألياف عصبية فقط. (حنصالي، ص. 6)

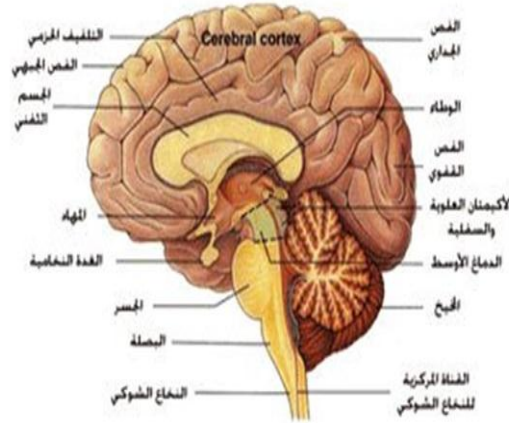


الشكل رقم (2) يوضح رسم تخطيطي للجهاز العصبي المركزي.

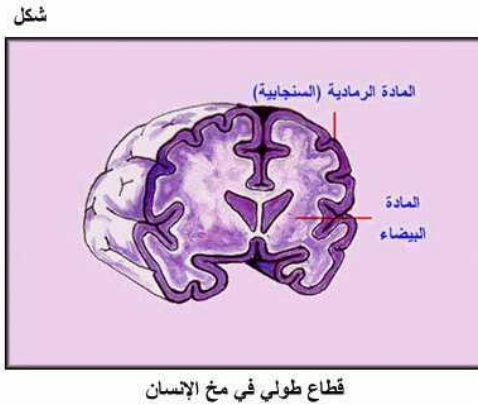
-الدماغ: « L'encéphale »

ويعتبر دون شك أهم أجزاء الجهاز العصبي، فهو مركز التكامل، ومركز العمليات الفعلية العليا، إذ لا يمكن أن يتحقق الإدراك والتفكير والاستبصار والشعور وغير ذلك من العمليات العقلية المعقدة دون فعالية الدماغ وبقية أعضاء الجهاز العصبي، والدماغ هو الجزء المسيطر منها، ويقع ضمن تجويف الجمجمة، وهو محاط بسائل مخي شوكي، يقوم بحمايته، كما يقوم بخدمة عمليات التغذية الخاصة بالمخ وتغلف الدماغ ثلاثة أغشية أو (سحايا) منها غشاءان رقيقان للغاية هما (الأم الحنون والأم العنكبوتية) أما الغشاء الثالث فهو غشاء ليفي متين يسمى (الأم الجافية). (ولي آغا، 1981، ص. 44)

عادة فإن نصف الكرة الدماغية اليمنى تتلقى الأحاسيس والسيطرة على الحركات على الجانب الأيسر من الجسم، ويرتبط نصف الكرة الدماغية اليسرى مع الأحاسيس والسيطرة على تحركات الجزء الأيمن من الجسم. (Bear et al, 2002, P 175)



الشكل رقم 3 يوضح رسم تخطيطي لمكونات الدماغ.



الشكل رقم 4 رسم تخطيطي لمقطع طولي لمخ الإنسان.

أ. المخ: « Le Cerveau »

يشكل المخ معظم الدماغ ويقع فوق جذع الدماغ وهو ينقسم بواسطة الشق المخي الطولي إلى نصفي كرتين متصلتين من الداخل بألياف بيضاء مستعرضة تسمى البرزخ، لكل نصف كرة منه ثلاثة أسطح، علوي محدب بالأعلى، والأوسط منبسط والسفلي، ويكون الثلث الأمامي أعلى من الثلث الخلفيين.

يتألف المخ كالدماغ من القشرة واللب والاتصالات العصبية. (يحي شريف نسمة، بلخيري أمينة،
(2018)

السحايا: « Méningite »

■ الأم الحنون:

هي غشاء رقيق جدا يغلف المخ مباشرة ويتخلل جميع تجاعيده وعن طريق هذا الغشاء تنتشر الأوعية الدموية في المخ.

الجمجمة العنكبوتية (الأم أو الشبكة العنكبوتية):

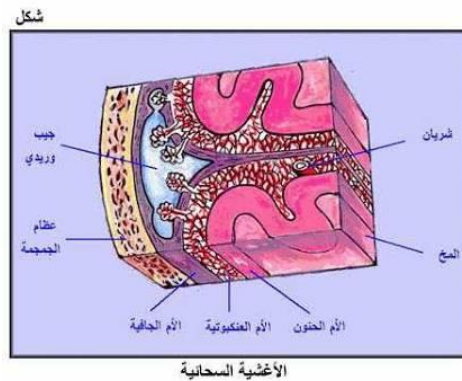
وهي تلي الأم الجافية إلى الداخل غشاء رقيق يفصل بينهما وبين الأم الحنون فراغ يسمى الفراغ تحت العنكبوتية ويملاً هذا الفراغ سائل يسمى السائل المخي الشوكي ويوجد أيضا في قناة الحبل الشوكي. كما يملأ تجاويف المخ، ويحمي هذا السائل المخ من آثار الحركات العنيفة والصدمات المختلفة كما يساعد على المحافظة على ضغط ثابت داخل تجويف صندوق المخ.

■ الأم الجافية:

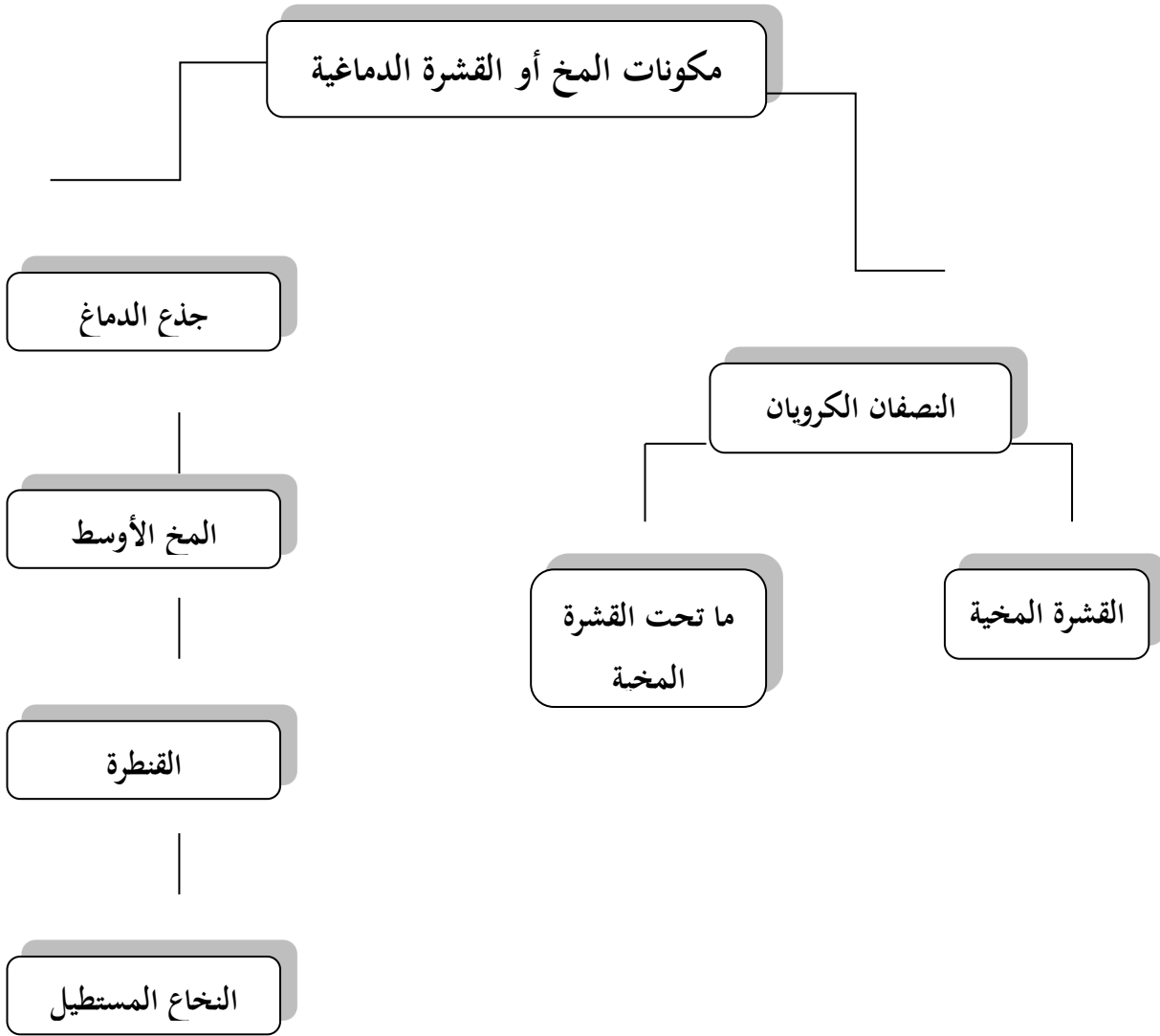
وهي عبارة عن غشاء سميك ليفي يبطن السطح الداخلي لعظام الجمجمة.

(بقيون، 2013، ص. 8)

وتسمى هذه الأغشية مجتمعة بالسحايا أو الأغشية السحائية.



الشكل رقم 5 يوضح رسم تخطيطي للأغشية السحائية (السحايا).



الشكل رقم 9 يوضح مخطط لمكونات المخ أو القشرة الأمامية.

-تقسيماته:

-الفص الجبهي الأمامي: « Lobe Frontale »

وهو الجزء الأكثر نمواً عند الإنسان منه عند سائر الحيوانات الرئيسية الأخرى. وهو مركز الوظائف العليا كالتدليل المنطقي والتقدير ورسم الخطط، كذلك الشعور بالألم، وبعض الأحاسيس والعواطف تنشأ في الغالب في بعض أجزاء الفص الجبهي وهي تتعلق طبعاً بصورة ما بادراك ووزن بعض المؤثرات الخارجية أما الجزء الخلفي من الفص الجبهي فإنه

يختص بالحركة الإرادية، إذ أن منطقة معينة من قشرة المخ فيه تحتوي على الخلايا العصبية التي تصدر منها السيالات الباعثة لذلك اللون من ألوان الحركة. والمنطقة الفكرية تقع في مقدمة الدماغ بالفص الجبهي أو الأمامي ومهمتها الرئيسية إدراك الدوافع والمعاني للرسائل العصبية الواردة للمناطق الدماغية الأخرى.

-الفصان الجداريان: « Lobe Pariétale »

فهما يختصان بصفة رئيسية بما يمكن تسميته بالإحساس الغير المخصص للسيالات الحسية الصادرة من أعضاء الحس الخاصة بالسمع والإبصار، المنطقة الحسية الجسدية التي تدرك اللمس في الفص الجداري للدماغ مقابل المنطقة الحركية بالطرف الآخر لشق رولاندو « Rolando » ويتكون من:

• منطقة الإحساس.

• منطقة الترابط الحسي.

منطقة فرنيكي. (إسماعيلي. قشوش. 2014. ص. 56)

-الفص الصدغي: « Lobe Temporal »

فهما مركزان لاستقبال السيالات الناشئة في الأذنين أي أنهما مركزان سمعيان والمنطقة السمعية الرئيسية تقع في التلغيف المحاذي لشق سيلفيوس « Sylvius » بالفص الصدغي ومهمتها إدراك الأصوات والألفاظ المسموعة وقلقة الصدغ حيث مراكز الشم والسمع وبعض مراكز النطق، هامة المخ تصوغ الأفكار وأبراج الذاكرة ذلك أن قلقة الهامة غنية بالمراكز المشاركة القادرة على ربط المعلومات الحسية المختلفة واستنباط معنى جديد منها الهامة. إذن تصوغ أعلى أنماط السلوك الموصوفة بالمعرفة والذكاء، المنطقة الشمية، وتقع في منطقة بروكا « Broca » بأسفل الفص الأمامي من القشرة المخية بمحاذاة شق سيلفيوس.

(يحي شريف نسمة، بلخيري أمينة، 2018)

ويتكون الفص الصدغي من:

• المنطقة الحسية السمعية.

- منطقة الترابط السمعي.
- المنطقة التفسيرية العامة.
- السطح الداخلي للفص الصدغي.

-الفص القفوي: « Lobe Occipital »

إن المنطقة البصرية الرئيسية تتموضع في مؤخرة الدماغ ومهمتها إدراك المرئيات بوجه عام والمناطق الفرعية المكونة للقشرة الدماغية بتقسيمها الأيمن والأيسر ويكاد ينحصر اختصاص الفصين المؤخرين في استقبال السوائل البصرية وتقديرها وتقويمها أي في حاسة البصر. ويتكون الفص القفوي من:

- منطقة الإحساس البصري.

منطقة الترابط البصري.(إسماعيلي قشوش، 2014، ص. 59)



الشكل رقم 10 يوضح رسم تخطيطي للفصوص والتلافيف الدماغية.

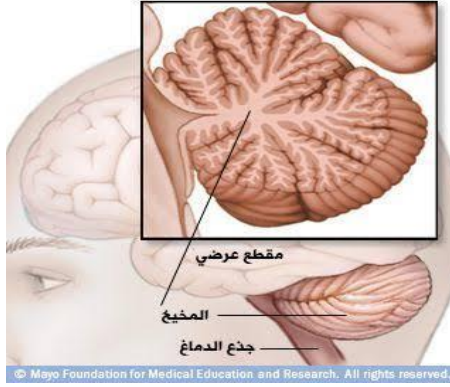
ب.المخيخ: « Le Cervelet »

ويقع في الجزء الخلفي من الدماغ تحت النصفين الكرويين، ويتكون من نصفي كرة أيضا.

(كحلة، بدون سنة، ص. 45)

وهو يقع خلف منطقتي الجسر والنخاع المستطيل. أهم وظائفه المحافظة على توازن الجسم

وتآزر وتنسيق الحركات الإرادية. (يحي شريف نسمة، بلخيري أمينة، 2018)



الشكل رقم 11 يوضح رسم تخطيطي لمقطع عرضي للمخيخ.

-النخاع الشوكي: « Mœlle épinière »

هو ساق أسطوانية، يبلغ طوله 43 عشيروا ويبلغ عرضه عشيروا واحدا، يستقر في القناة السيسائية من حذاء المفصل اللقي حتى آخر الفقرة القطنية الرابعة في المواليد حديثا، وهو مضغوط من الأمام إلى الخلف ويؤدي قرب نهايته انتفاخين علوي أو رقي وسفلي أو قطني، يوافقان أمكنة خروج أعصاب الأطراف (العلويين والسفليين).

يتمادى في الأعلى بالنخاع الطويل دون حدود فاصلة، وينتهي في الأسفل باستطالة مخروطية تسمى المخروط الإنتهائي « Conus Medullaris » وهذا المخروط تحيط به أعصاب قطنية وعجزية مزدوجة متناظرة تنشأ من أسفل النخاع وتسمى ذنب الفرس « Cowda Equina ».

والنخاع الشوكي يتكون من طبقتين:

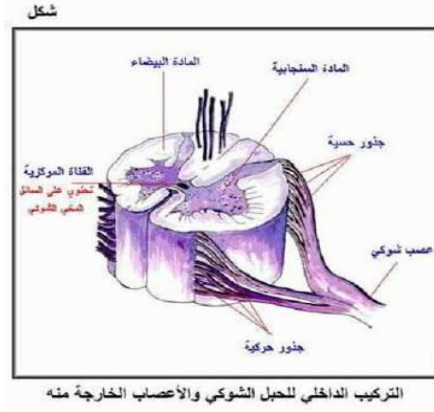
أ. المادة الرمادية (السنجابية):

وهي تقع في المركز وهي على شكل حرف H تشكل من الأمام قرنين (جذرين) عريضين على مستواهما تقع الأعصاب الحركية أما القرنين الخلفيين فتقع على مستواهما الأعصاب الحسية، وترتبط الأعصاب الحسية والحركية بواسطة خلايا عصبية بينية.

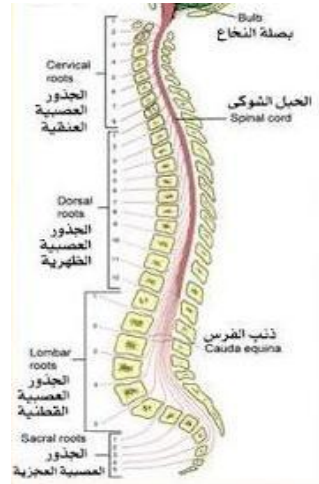
(يحي شريف نسمة، بلخيري أمينة، 2018)

ب. المادة البيضاء:

وهي تحيط بالمادة الرمادية وتتألف من ألياف عصبية تتجمع على شكل حزم غير متجانسة بعضها قصير وبعضها طويل وهي تشكل الطرق العصبية الشوكية الصاعدة والهابطة.
(الصدفي، 1989، ص. 38)



الشكل رقم 12 يوضح رسم تخطيطي للتركيب الداخلي للنخاع الشوكي.



الشكل رقم 13 يوضح رسم تخطيطي لمكونات النخاع الشوكي.

المحاضرة السادسة

اللغة ومراحل اكتسابها عند الطفل

تعتبر اللغة من أهم وسائل التواصل بين الأفراد والمجتمعات باعتبارها أداة للتعبير عن مجموعة من الأفكار فهي تمثل نافذة من نوافذ المعرفة باعتبارها من أهم المكونات الأساسية للروابط الاجتماعية التي من خلالها يتم تبادل الآراء و المعارف، إلا أن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يجيدون صعوبات في حياتهم اليومية و تأثير كبير سواء من الناحية النفسية والتعليمية.

1-تعريف اللغة:

-تعريف دي سوسور De Saussure

هي نظام من العلامات أو الإشارات المتغايرة التي تتكون من دال ومدلول وتعبّر عن أفكار ولا تعمل إلا من خلال المجموعة، واعتبر أن اللغة جانبا فرديا (يعني به الكلام) وآخر إجتماعيا (يعني اللسان) وليس يعقل الواحد دون الآخر.

(جرجس ميشال جرجس، 2005، ص. 434)

-تعريف تشومسكي Chomsky

هي ملكة فطرية وعملية سيكولوجية نشطة يقوم بها الفرد بغرض فهم وتكوين إنتاج جمل نحوية ويستند في ذلك على ثنائية الكفاءة والأداء، حيث تمثل الأولى الاستعدادات الفطرية التي يولد الفرد مزود بها والتي تؤهله فيما بعد لإنتاج وفهم اللغة، أما الثانية فهي تتمثل في الأداء اللغوي الفعلي للفرد. (عبد الله فرج الزريقات، 2005، ص. 105).

-ويعرفها علماء النفس:

على أنها نظام من الرموز يخضع لقواعد ونظم تتكون من إشارات منطوقة ذات صفة سمعية وأخرى ذات صفة فكرية رمزية يعبر بها الفرد عن حاجاته ورغباته.

-أما علماء الاجتماع:

فيعرفون اللغة على أنها تنظيم من الإشارات والرموز والقواعد والصيغ والتراكيب وأساليب التعبير، وهي واقع اصطلاحي مكتسب ومؤسسة اجتماعية قائمة بين مجموعة الأفراد.
(منصوري غنيمة، 2012، ص. 13)

2-خصائصها:

كون اللغة خاصة إنسانية تميزه عن سائر الكائنات الحية فهي تتصف بـ:

- أنها صوتية أصلها النطق.
- أن لها رموز عرفية يختارها وينظمها العرف الاجتماعي وهذه الرموز تحمل دلالة ومعنى يعرفها المتكلمان.
- أنها محكومة بنظام وقواعد تساعد على تنظيم عملية استعمالها.
- أنها مركبة تتألف من وحدات لغوية وتخضع لقواعد تأليف الوحدات، الكلمات والجمل.
- أنها مكتسبة من المحيط الذي يعيش فيه.
- أنها تتنوع حسب تنوع الجماعات التي تستخدمها تحت تأثير عاملي الزمان والمكان والظروف الجغرافية والطبيعية.
- أنها تتسع للتعبير عن كل خبرات ومعارف وتجارب الفرد.

(عبد السلام خالد، 2012، ص ص. 82 - 83)

- أنها نظام اتصال فريد يختلف عن أنظمة الاتصال السائدة لدى بعض الكائنات الأخرى.
- اللغة تنقسم إلى نوعين لغة استقباليه وتتطلب السمع والفهم وأخرى تعبيرية تتطلب الإنتاج نطقاً أو كتابة وفق قواعد تركيب اللغة وصياغتها.
- اللغة قابلة للتغير والتطور. (بن سعد أحمد، 2006، ص. 104).

من خلال هذه الخصائص نجد أن اللغة الإنسانية لغة فريدة من نوعها لما يميزها من تنظيم وتناسق لعناصرها هذا من جهة ولما تؤديه من دور في تمكين الإنسان من التعبير عن ذاته وكيانه وبالتالي تأكيد وجوده ودوره في المجتمع من جهة أخرى.

3-مكوناتها:

لقد اتضح من خلال الكثير من الكتابات والدراسات متعددة الاتجاهات ومنها دراسة برين (Bryen 1982) ودراسة لند ودوشان (Lund et Duchan) أنه يوجد ثلاث مكونات أساسية تشكل في تفاعلها منظومة اللغة وهذه المكونات هي:

3-1-مكونات الشكل:

وتتعلق باللغة من الناحية الشكلية، وهي تشمل على ثلاث مكونات فرعية:

-المكون الفونولوجي (Phonologique)

ويشمل كل ما يتعلق بمعالجة وإدراك الفرد الأصوات والتمييز بين الفونيمات اللفظية .

-المكون المعجمي (Lexique)

ذلك الذي يمثل خريطة تحتوي على الخصائص الكلية لمواصفات الكلمات والمترادفات بناء على الأحرف المكونة للكلمة والتي تتمثل في ذاكرة الفرد على هيئة شفرات تصويرية تجريدية.

-المكون السنتاكسيكي (Syntaxique) ويشمل:

-الصرف: الذي يتعلق بعلاقة تركيب الكلمات مع الأفراد والجمع وتصريف الأفعال في الأزمنة المختلفة.

-النحو: الذي يتعلق بترتيب الكلمات داخل الجمل وتركيب الجمل وما يتعلق بالقواعد التوليدية والتحويلية لتباين ترتيب الكلمات.

-المكون السيميائي (Sémantique)

ذلك الذي يتعلق بفهم معاني الكلمات والمفردات سواء في حالتها التلقائية (الإصغاء والقراءة) أو في حالتها التعبيرية (التحدث والكتابة) كما يشمل الأداء الوظيفي السيميائي في كلا الحالتين جوانب أخرى كالمفردات اللفظية والتصنيف والقدرة على التعريف وتمييز المفردات والأضداد وكشف الغموض والتعرف على وحدات المعنى والتي تعرف باسم المورفيمات.

-المكون البراغماتي (Pragmatique)

وهو يمثل التطبيق العلمي للغة وما يتعلق بطريقة استخدامها للتواصل حيث يهتم بالسياق والمستمع والموقف الذي تستعمل فيه اللغة، وتختلف وظائف اللغة بسبب تلك المواقف من وظيفة تفاعلية، أدائية، استطلاعية وغيرها من الوظائف والتي سيتم التطرق إليها في عنصر وظائف اللغة.

4-وظائفها:

إن طبيعة اللغة وجوهرها لا يمكن فهمها إلا من خلال الدور الذي تؤديه في حياة بني البشر بصفة عامة والإنسان الفرد بصفة خاصة، لما تتطلبه من حوارية في التفاهم وتبادل الأفكار لتحقيق الأغراض المنشودة بينهم. (وليد السيد أحمد خليفة ، 2006 ، ص. 36).

فاللغة تحتل أهمية كبيرة بين أفراد الجنس البشري حيث تستخدم في مختلف مواقف حياتهم كالتفكير والتعليم والتعبير والتأثير على الآخرين. (السيد الشخص عبد العزيز، 1998، ص. 23).

وبذلك فإن لها وظائف عديدة يمكن إبرازها جملة في النواحي التالية:

1-الوظيفة الأدائية:

هدفها إشباع الحاجيات المادية ومتطلبات الفرد أنها الوظيفة " أريد " من اللغة.

2-الوظيفة التنظيمية:

هدفها مراقبة سلوك الغير أنها الوظيفة " أعمل ما أقول لك " من اللغة.

3- الوظيفة التفاعلية:

تضم التحية والمتطلبات الضرورية الاجتماعية للغة أنها الوظيفة " أنا وأنت " من اللغة.

4- الوظيفة الفكرية:

إمداد الفرد بالأفكار والمعلومات ونقل الأحاسيس إلى الفرد، بل إنها تعمل على إثارة أفكار وانفعالات ومواقف جديدة لديه، وتدفعه إلى الحركة والتفكير وتوحي إليه، بما يعمل على تفتيح ذهنه وتوسيع آفاق خياله وتنمية قدراته الإبداعية.

(المعتوق أحمد محمد، 1996، ص ص. 36-37).

اللغة تقدم للفكر القوالب التي تصاغ فيها المعاني، فهي وسيلة لإبراز الفكر من حيز الكتمان إلى حيز الظهور، كما أنها عماد التفكير ولولاها لتعذر على الإنسان أن يستخرج الحقائق عندما يسלט عليها أضواء فكره. (منصور عبد المجيد، 1982، ص. 32).

من حيث أن هذه الأفكار يتم التعبير عنها بالألفاظ والتعابير اللغوية المختلفة.

(عزمي إسلام، 1985، ص. 18).

ومن ثم نجد أن اللغة وسيلة للتواصل الإنساني والأداء اللغوي أداة لهذا الفكر لإبرازه والتعبير عنه، فكلما زادت اللغة ارتقى الفكر معها وازداد نضجا ويظهر ذلك بوضوح من خلال تفاعل الفرد مع الآخرين وطرح الأفكار عليهم، ومن ثم يمكن الحكم على درجة تفكير الفرد من خلال أدائه اللغوي.

5- الوظيفة النفسية:

اللغة يعبر بها الفرد عن حاجاته ورغباته ومشاعره وانفعالاته فهي عامل تنفيس وتخفيف من حدة الضغوطات والانفعالات والخلجات النفسية الداخلية المختلفة التي يعاني منها البشر، وغالبا ما يحس الإنسان بالارتياح النفسي والهدوء حين يخفف عن هذه الضغوط بالتعبير عنها بكلمات يطلقها لتعكس ما يدور في داخله من أفكار وأسرار ووجهات نظر وذلك في مواقف معينة مثل: الانفعال والانزعاج والتأثر.

6- الوظيفة الاجتماعية:

فاللغة وسيلة للتفاهم بين الأفراد وأداة للتواصل الاجتماعي، وهي لا تمثل من الناحية الاجتماعية وسيلة نقل أفكار المتكلم إلى السامع فقط ولكنها تستعمل أيضا لإثارة أفكار ووجدانات عند السامع فيقوم بالاستجابة والتلبية لأثار ما أدركه من الكلام مما يدفعه إلى العمل (منصوري غنيمه، 2012، ص. 17).

وهذا يتوقف على وجود لسان مشترك بين المتكلم والسامع لكي تكون اللغة ناقلة للأفكار والمشاعر بشكل قابل للإدراك والفهم، وبذلك فهي تحدد حجم مشاركة الفرد كما تحدد مقدار نجاحه في الحياة العملية والاجتماعية وعند محاولة البعض التعرف على تاريخ أو حضارات المجتمعات الأخرى فلا بد من التوصل قبل ذلك إلى التعرف على لغاتهم، فهي المفتاح للوصول إلى فهم الشعوب الأخرى والتواصل معها والاستفادة من تجاربها.

(الحاج هدى عبد الله والعشاوي عبد الله، 2004، ص. 63)

5- آليات اكتساب اللغة الشفهية:

لا بد من توفر عدة آليات وأسس حتى يتمكن الطفل من اكتساب لغة الأم أو التلميذ من اكتساب اللغة الفصحى أو الأجنبية، وهذه الآليات تتمثل في:

أ- القدرة على الكلام:

ويقصد به سلامة المخ والجهاز العصبي والحواس المسؤولة عن نقل الوسائل الحسية وتلقي الإجابة، مع نمو الباحث (الخاصة بالحواس واللغة في المخ التي تعمل على الترميز وفك الترميز اللغوي، بطرق متعددة ودقيقة جدا ونمو القدرة اللغوية لدى الطفل).

ب- معرفة الكلام:

المنطلق يكون من معاش الطفل، فيكون حسب كمية وتنوع الظروف التي يعيشها إضافة إلى طبيعة الأحاسيس التي يشعر بها أثناء تجارب سعيدة أو محزنة وذلك يكون عن طريق إدراك جميع المعاني مع الحركية بصفة عامة، فمن معاشه يستخلص المعاني، والمعرفة التي يكتسبها عن نفسه أولا ثم عن الأشخاص والعالم المحيط به، وتكتمل المعرفة الكلامية لدى

الطفل إذا تمت لديه بشكل سليم بعض المفاهيم المتمثلة في الجاذبية، المخطط الجسدي، المكان، الزمان.

ت-الارادة في الكلام:

تكون على مستوى التواصل وترتبط بالجانب العاطفي والعواطف المكتسبة نتيجة معاش الطفل، أي طبيعة ونوعية الظروف السابقة وطبيعة الظروف الحاضرة، فالمعاش العاطفي للطفل يدخل في الوضعية الحاضرة فيسمح بتحريره ودفعه للكلام أو العكس لذا فالتعلم الجيد لا بد أن يفتعل في حركية وفي عواطف إيجابية.

6-مراحل تطور اللغة الشفهية:

بالموازاة مع النمو الذي يشهده الإدراك السمعي لعالم الاصوات بصفة عامة وأصوات اللغة بصفة خاصة تظهر دلائل ومؤشرات على نمو إنتاج اللغة الشفهية تخضع هذه الاخير الى عوامل ضرورية لتطورها، ويمكن وصفها على انها عالمية نخلصها في نقطتين وهما: سلامة قدراته العصبية المعرفية وأعضائها النطقية، وتواصله مع وسط بشري متحدث.

(الزريقات 2009، ص. 56)

يمر تطور إنتاج اللغة الشفهية عند الطفل العادي بمرحلتين أساسيتين:

1-مرحلة البكاء والصراخ: (0-3 أشهر)

تبدأ فيها معالم اللغة الشفهية بصيغة بدائية وهي الصراخ وأوله صرخة الميلاد، ثم يليها أنماط مختلفة حسب السياق البيولوجي، والنفسي الذي يكون عليه صرخة، الجوع، الملل التذمر، المرض.

2-مرحلة الأصوات الوجدانية:

تتطور صيحة الميلاد حتى تصح معبر عن حالات الطفل الانفعالية ورغباته النفسية ونجدها في عدة أشكال، فمنها الصرخة الرتيبة المتقطعة والتي تدل على الضيق، والصرخة الحادة والتي تدل على الألم الصرخة الطويلة تدل على الغيظ والغضب، وهكذا يستمر هذا التطور المعبر حتى قبل نهاية الشهر الثاني لميلاد. (حنفي بن عيسى، 1990، ص. 130).

3-مرحلة المناغاة: (3-6 اشهر)

يسعى خلالها الطفل إلى اصدار سلسلة من الأصوات الصامتة والصائتة تعمل الحلقة السمعية الفونولوجية على تطويرها وصولها حتى تكون محرك الجهاز النطقي للعمل بصفة مضبوطة لاحقاً.

يكون لهذه الحلقة عجلتين مهمتين الأولى تتمثل في الطفل الذي يبدأ بتمرين أعضائه النطقية والتي اكتشف لها دورها حيويًا زيادة على كونها متدخلة في عملية التغذية، والتنفس، الثانية هي الثنائية (رضيع ، الام) والذي يكون للتبادل القائم بينهما أبعادًا نفسية واتصالية يحفزهما عامل قاعدي وهو المتعددة الذي يحينها كلا الطرفين ضمن هذه الوضعية الاتصالية الوجدانية تأخذ هذه الاصوات في التنوع وتصبح أكثر دقة بين ثلاثة وأربعة أشهر ثم تأتي مرحلة التقليد الممتدة بين ستة، وتسعة اشهر والمسماة المناغاة القانونية يعتمد خلالها الطفل على محاكاة السلاسل النغمية التي ينتجها الراشد مع إحداث تنوع متعاقب على مستوى الصوامت والصوائت. (أسامة فاروق، مصطفى السيد، كامل الشربيني، 2013، ص. 73)

4-مرحلة ما قبل اللغوية: (9-12 شهر)

ينتقي خلالها الرضيع قائمة من الصوامت، والمقاطع الخاصة بلغته الأم تكون هذه الوحدات اللسانية ثابتة وذات صلة بالوضعيات الاتصالية التي يكون فيها الطفل يكون هنا في سن الكلمة الأولى وهي إذن في المرحلة الثانية وهي المرحلة اللغوية. (الزريقات، 2009 ص.43)

5-المرحلة اللغوية: (12-18شهر)

ينطلق الطفل في الفترة الممتدة بين 12 و18 شهر في إنتاج أولى الكلمات والمتكونة عموماً من مقطع، أو مقطعين متباينين يربطهما عموماً بوضعيات، وأشياء يختلف نمو هذه المفردات من طفل إلى آخر ويمتاز عموماً بسيرورة بطيئة للغاية الى غاية 16 و17 شهر و يبلغ متوسط إجمالي الكلمات 30 كلمة ويبدأ استعمال الأسماء بحلول 18 شهر تشهده وتيرة الاكتساب زيادة في السرعة بين 18-24 شهر و يبلغ الموصول الإفرادي مع نهاية العامين

300 كلمة، وبين 20 و26 شهر تبدأ معالم الجملة في الظهور التي يجمع فيها الطفل من 2 إلى 3 كلمات للتعبير عن وضعية واحدة خلال السنة الثالثة يتكاثف اكتساب الطفل للمفردات حيث يصل إلى 1000 كلمة ويعتمد خلالها إلى إتقان نطقه للفونيمات إلا أن هذا الإتقان يبقى رهنا للفروقات الفردية فيما يتعلق بالنحو فإن ترتيب الجملة يبدأ بصيغة تيليغرافية أي كلمة وجملة، ويتطور بعدها تدريجيا فاسحا المجال الإدراج الفعل الفاعل المفعول به الصفات والضمائر فيدرج الطفل الضمير أنا في خطابه معلنا عن ذاتيته ومطالباته يستمر بناء اللغة، وتطورها بين 5 و6 سنوات.

(Lundon, N, Busquet, T, 2009, P. 6)

تخطيط مراحل التطور اللغوي عند الطفل

العمر بالأشهر	السلوك التعبيري
من 0 إلى 6	<ul style="list-style-type: none"> - تدر منه الأصوات الأولى - يستجيب لصوت الإنسان - يناغي - يتلاعب بصوته
من 06 إلى 12	<ul style="list-style-type: none"> - يصوت تعبيراً عن نفاذ صبره واستيائه - يقلد الأصوات - يصوت تعبيراً عن تعرفه على من حوله - يصغي إلى الكلمات المؤلفة - ينطق أول كلمة
من 12 إلى 18	<ul style="list-style-type: none"> تصدر عنه أصوات معبرة ومفردات وهي من وضعه - يمتثل لأوامر بسيطة - يقلد المقاطع والكلمات - يفهم معنى - لا-و- لا تفعل- ويمتثل لذلك

<ul style="list-style-type: none"> - ينطق بأكثر من كلمتين لأول مرة - يسمي الشيء أو الصورة باسميهما - يفهم أسئلة بسيطة - يركب الكلمات - يستعمل الضمائر لأول مرة 	من 18 إلى 24
<ul style="list-style-type: none"> - يستعمل الجمل وأشباه الجمل لأول مرة - يميز بين الحروف 	من 24 إلى 30

الجدول رقم (1): " يوضح بعض العناصر التعبيرية لدا الرضيع " حسب ماك كارتي 1946.

(حنفي بن عيسى، 1990، ص. 132).

7-العوامل الأساسية لاكتساب اللغة الشفهية:

إن المراحل التي يمر بها الطفل في التعلم اللغة واحدة بالنسبة لجميع الاطفال في العالم وأن السن الذي يبدأ بها الطفل في نطق الحروف وكذلك السن التي يكتسب فيها الكلمة الأولى لا تتغير كثيرا من ثقافة إلى أخرى على وجه العموم، إلا أن أطفال السن الواحدة لا يتساوون في مقدار النمو اللغوي، ويرجع ذلك الى العوامل التالية:

1-العلاقات الاسرية:

تشير الدراسات إلى أن الطفل الوحيد أو الأول في الأسرة يتمتع بمستوى لغوي أعلى من الطفل الذي يعيش مع عدد من الاخوة والسبب في ذلك أن اهتمام الأم والأب قد يؤدي الى تنبيه الطفل إلى استخدام الألفاظ وربطها مع ما يناسبها من المعاني .

كما أن نمط العلاقات السائد في الأسرة يلعب دورا كبيرا في تحديد المستوى اللغوي للأطفال فإذا كانت العلاقات الاسرية يغلب عليها الانسجام والود فإن الفرد فيها يستطيع ان يعبر عن أفكاره متى يشاء فتنمو مداركه العقلية واللغوية نموا سويا وبالعكس إذا كانت العلاقات مبنية

على التسلط، والتحكم فإن الطفل يحاول أن يتجنب المواقف، ويبتعد عن التعبير عن آرائه خوفا من اللوم والتأنيب.

2- سلامة الاعضاء المتعلقة باللغة:

وهي: الحنجرة، واللسان، واعضاء السمع، والبصر، والمراكز المخية المسؤولة عن اللغة.

3- الصحة العامة للطفل:

إن الصحة الجيدة وخاصة في السنوات الأولى من حياة الطفل مصحوبة بحب الاستطلاع السليم تدفع الطفل إلى تطوير الاهتمام بما يحيط به من ناس وأشياء إلى الرغبة في التعبير عن ردود فعله نحوهم. وأما المرض فيؤدي بالطفل إلى قلة النشاط، والحيوية، والتفاؤل مع الآخرين وهذا يعطل نموه اللغوي ويؤثر التعطيل في مرحلة من المراحل الأولى على المراحل المبنية عليها. (الزريقات، 2009، ص. 57).

4- الذكاء:

تحدد القدرة العقلية للطفل درجة اتقانه للغة فالأكثر ذكاء يستعملون اللغة في وقت مبكر وبمهارة اعلى وهم أعلى في مستواهم اللغوي من الاخرين سواء كان ذلك في عدد المفردات أو في صحة بناء الجمل وطولها ودقة معانيها، أما قليلوا الذكاء فهم أضعف من غيرهم في قدرتهم اللغوية.

5- جنس الطفل:

تتفوق البنات على الأولاد في النمو اللغوي إذا تساوت الظروف الاخرى (الذكاء، الحالة الصحية.....) ويظهر هذا التفوق في وفرة المحصول اللغوي من المفردات وفي تعلم القراءة وصحة النطق وتركيب الجمل، وسوف نوضح ذلك عند كتابة عن الفروق بين الجنسين. (الزريقات، 2009، ص. 57).

6- المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة:

يساعد ارتفاع المستوى الثقافي، والاجتماعي، والاقتصادي للأسرة في تدعيم النمو اللغوي من خلال اتاحته لمجال اوسع من الاتصالات، والتعرض للمثيرات المناسبة من رحلات وكتب وما شابه ذلك (الزريقات، 2009، ص. 57).

7-العوامل المؤثرة في اكتساب اللغة:

إن اللغة البشرية هي إحدى عجائب هذا العالم الطبيعي، ويمثل اكتساب اللغة أحد الموضوعات المهمة في علم النفس اللغوي وتأتي أهمية اكتساب اللغة للأطفال باعتبارها العامل الحيوي والمهم لعملية التفاعل والتواصل مع الآخرين، وباكتسابها يحدث تغير كبير في عالم الطفل، في ضوء ما يحرزه من تقدم عند حديثه مع الكبار، فاللغة وسيلة التعبير عن أفكارنا ومشاعرنا وذواتنا لذلك، إن نموها عند الطفل كنموه الاجتماعي والعقلي والانفعالي يتأثر بعوامل البيئة والوراثة، كما أن النمو اللغوي ارتباطه قوي بأنواع النمو المختلفة المشار إليها.

لما كانت الخبرة هي ثمرة التفاعل بين الفرد والبيئة، فإن الاختلاف الكبير بين الأطفال في سرعة تطور اللغة دفع المشتغلين بالدراسات النفسية إلى تتبع مصادر هذه العوامل التي تؤثر في اكتساب اللغة .

ويمكن حصرها في مجموعتين رئيسيتين هما:

1-مجموعة عوامل تكوينية (وراثية) أو فردية تتبع من ذات الطفل.

2-مجموعة عوامل بيئية تتبع من إثارة الأفراد الآخرين المحيطين بالطفل.

1-العوامل الوراثة:

1-الجنس:

نلمس في سنوات ما قبل المدرسة أثر النمط الجنسي في حديث الأطفال فمن المتوقع أن يتكلم الذكور أقل من الإناث وأن يختلف محتوى الحديث والطريقة التي يتحدثون بها ويلاحظ

أن البنات أكثر تقدماً من البنين في عملية اكتساب اللغة بسبب وفرة الوقت الذي تقضيه البنات بجانب أمها أكثر من الذكور الذين ينصرفون إلى اللعب في خارج .

في حين أن علماء النفس الاجتماعيين ينسبون لها إلى فروق في الظروف الاجتماعية، ولقد وجد بعض العلماء أن الأمهات يتحدثن مع بناتهن في سن الثانية أكثر مما يتحدثن إلى أبنائهن، كما أنهن يشجعن البنات على التحدث أكثر مما يشجعن البنين وتقوم الأمهات بذلك عن طريق الأسئلة التي توجه من ناحيتهن، وعن طريق الإجابة على أسئلة الأطفال وتكرار الألفاظ التي ينطقون، ولقد استنتج من ذلك أن أم البنات توفر لبناتها بيئة لغوية أشد ثراء من تلك التي توفرها الأم للبنين، ولكن لما كانت العلاقة ارتباطية فإن من الصعب أن تستبعد احتمال وجود عامل آخر لتفسير هذه الظاهرة وهي أن الأطفال من البنات يكونون أكثر إيجابية وأسرع استجابة من البنين مما يشجعه الأم على الاستمرار في الحديث معهم مدة أطول، ويؤيد هذه الفرضية ما لاحظته علماء النفس البيولوجيين، من أن المخ عند البنات ينضج في وقت مبكر عنه عند البنين وخاصة فيما يتعلق بمركز وظيفة الكلام في المنطقة المسيطرة على هذه الوظيفة ذلك أن النضج اللحائي في هذه الحالة يساعد على الإسراع في إخراج الأصوات وكذلك معدل اكتساب اللغة .

- الذكاء:

مصطلح يتضمن عادة الكثير من القدرات العقلية المتعلقة بالقدرة على التحليل والتخطيط، وحل المشاكل، وسرعة المحاكمات العقلية، كما يشمل القدرة على التفكير المجرد وجمع وتنسيق الأفكار، والنقاط اللغات، وسرعة التعلم، كما يتضمن أيضاً حسب بعض العلماء القدرة على الإحساس وإبداء المشاعر وفهم مشاعر الآخرين، من المتفق عليه بين العلماء أن مفهوم الذكاء هو القدرة على حل المشكلات، ويلاحظ أن الأطفال الذين جيدون التعامل مع حل المشكلات وتناول المجردات هم الأطفال الذين لديهم قدرات لغوية وعددية عالية. (يحيى علاق، 2011، ص. 38)

ويؤثر الذكاء على النمو اللغوي إذ يلاحظ أن اللغة تعتبر مظهرا من مظاهر نمو القدرة العقلية العامة وأن الطفل الذكي يتكلم مبكرا عن الطفل الغبي ويرتبط التأخر اللغوي الشديد بالضعف العقلي.

2-النضج والعمر الزمني:

تعتمد عملية اكتساب اللغة إلى حد كبير على النضج البيولوجي، حيث تتطلب التطور الملائم لمناطق الدماغ الخاصة بالكلام، والتي تتحكم بآليات ربط الأصوات والأفكار وإنتاج الكلام الذي يتطلب تناسقا معقدا إلى حد كبير بين حركات التنفس، وحركات الشفاه، واللسان والفم والأوتار الصوتية، ومناطق الدماغ المهمة للكلام واللغة لا تكون متطورة بشكل جيد عند الولادة ومناطق الدماغ الخاصة بالكلام في فصوص الدماغ الأمامية والصدغية من جملة أجزاء الدماغ الأبطئ نضجا من غيرها من أجزاء الدماغ الأخرى والطفل الذي يتطور لديه مناطق الدماغ المهمة للكلام واللغة قبل غيره من الأطفال الآخرين فإنه يتفوق عليهم في اكتساب اللغة.

فنستطيع القول بأن النضج هو الذي يحدد معدل التقدم، ويلعب العمر الزمني للطفل دورا أساسيا في اكتسابه اللغة، ويمكن تلخيص أهم ما توصلت إليه الدراسات في هذا المجال على النحو التالي:

- 1-إزدياد حديث الأطفال كلما تقدموا بالعمر.
- 2-إزدياد عدد الكلمات التي يستخدمها الأطفال بازدياد العمر.
- 3-بطء المحصول اللغوي للأطفال في السنتين الأوليتين، ثم الإسراع فيما بعد نظرا لعمر الطفل وتقدم نموه في النواحي الأخرى.
- 4-كلما تقدم الطفل في العمر يزداد طول الجملة لديه، وينتقل من الجملة البسيطة إلى الجملة المعقدة.
- 5- وجود علاقة بين نمو مفاهيم عامة وتقدم الطفل في العمر.

تتأثر مهارة اكتساب اللغة بسلامة الأجهزة الحسية السمعية والبصرية والنطقية للفرد فكلما كان الطفل أكثر حيوية ونشاطا وأكثر سلامة في النمو الجسمي والصحة العامة كلما كان أكثر قدرة على الإكمال بما يدور حوله، فالنشاط يساعد على اكتساب اللغة، هذا بعكس الطفل الذي تكون صحته متدهورة ونشاط محدود.

3- عامل السلالة:

كشفت نتائج الدراسات القليلة التي حاولت التصدي لمقارنة التطور اللغوي للأطفال الذين ينتمون لمختلف الأجناس أو الجنسيات عن نتائج متناقضة إلى حد ما، فبينما بينت نتائج بعض تلك الدراسات تفوق الطفل الأبيض على الطفل الزنجي في مختلف جوانب التطور اللغوي، لم تكشف نتائج دراسات أخرى عن وجود فروق بين أطفال الزوج وأطفال البيض بالولايات المتحدة الأمريكية إلا أن الشيء الهام الذي كشفت عنه تلك الدراسات هو وجود نفس التطورات النمائية لدي الأطفال في مختلف الدول بصرف النظر عن العنصر أو الجنسية التي ينتمي لها الطفل واللغة التي يتعلمها، فقد لوحظ ثبات نظام تتابع المراحل التي يمر بها اكتساب اللغة لدي الأطفال في السويد والنرويج والدانمرك ويوغسلافيا و الاتحاد السوفيتي وبولندا واليابان وغيرها من الدول التي أجريت فيها دراسات للتطور اللغوي ومما يزيد من أهمية هذه النتائج ودلالاتها اختلاف نموذج الحضارة التي ينشأ فيها الطفل، واللغة التي يتعلمها في هذه المجتمعات.

4- الرغبة في التواصل:

يمثل التواصل عاملا هاما من العوامل التي تؤثر في اكتساب اللغة الثانية والأولى أيضا فإذا قلنا أنه ربما كان أهم العوامل جميعا يعني هذا كانت اللغة تؤدي وظائف عديدة فإن أهم هذه الوظائف هو التواصل مع الآخرين والحديث معهم وعن طريق هذا التواصل يتم اكتسابها لدى متعلمي اللغة الأولى والثانية، فعن طريق التواصل يتم تبادل التراكيب والمفردات داخل الأنماط التنغيمية وداخل ثقافة المجتمع .

الطفل الذي تكون رغبته في التواصل مع الآخرين قوية يزداد لديه الدافع لتعلم اللغة والوقت

الذي يقضيه في التحدث مع الآخرين، كما يزداد الجهد الذي يبذله في تعلم اللغة، وذلك بقدر أكبر مما يحدث لدى الطفل الذي لا تتوافر لديه مثل هذه الرغبة في التواصل. فيعد التواصل أكثر الرغبات التي تدفع الطفل مع الآخرين فيزداد عنده الدافع لتعلم اللغة ويحب الوقت الذي يقضيه في التحدث مع الآخرين، فنلاحظ أن طفل العائلة كبيرة الأفراد أصغرهم يتواصل معهم بالحديث والتقليد فيساعده على تعلم اللغة أكثر من طفل لا يتواصل مع الآخرين أو يكون متواجدا بأسرة قليلة العدد ولا تتكلم كثيرا معه، فيفتقد لتعلم اللغة مثل الطفل الآخر.

5- الشخصية:

الطفل الذي لا يتمتع بتكيف نفسي سليم، يعتبر الكلام على الأغلب مؤشرا لصحة الطفل العقلية والطفل الذي يتمتع بشخصية متكيفة يميل إلى التحدث بشكل أفضل نوعاً وكما. إن الحالة النفسية للطفل تؤثر تأثيراً كبيراً في الأداء اللغوي له، فالخوف والقلق وحالة الحرمان والجوع العاطفي والصراعات الأسرية تؤدي إلى جو متوتر، وبالتالي إلى الشعور بعدم الأمان وإلى اضطرابه، فالحالة النفسية التي تنتاب الطفل تؤثر في سائر الوظائف الحيوية بصفة عامة والأداء اللغوي بصفته خاصة.

2- العوامل البيئية:

إن دور العوامل البيئية وأثرها على اكتساب اللغة غاية في الأهمية، حيث تلعب دوراً أساسياً في تحديد الأداء اللغوي لدى الطفل، فكلما كانت البيئة الأسرية والثقافية غنية كلما زاد الأداء اللغوي للطفل.

1- المستوى الاقتصادي والاجتماعي:

هناك أدلة متعددة و كثيرة على وجود علاقة قوية وواضحة ووثيقة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي لأسرة الطفل وأدائه اللغوي، فقد أكدت نتائج هذه الدراسات أن الطفل الذي ينتمي للمستويات الأعلى لا يستخدم فقط جملاً أكثر طولاً لكنه يستخدم كذلك جملاً أكثر نضجاً، وتطوراً وأنه يستخدمها عند أعمار تقل بكثير عن قرينه الذي ينتمي للمستويات الدنيا .

فالأطفال الذين يأتون من مستويات منخفضة أقل في الحديث، وفي النطق، وفي كمية الكلام وفي الدقة اللغوية، إلى جانب ذلك تؤكد الدراسات وجود ارتباط بين غزارة المحصول اللفظي والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، فأطفال البيئات الاجتماعية والاقتصادية العالية يتكلمون أفضل وأسرع وأدق من البيئات الدنيا، لأنهم ينشؤون في بيئة مجهزة بوسائل الترفيه. (السيد عبد الحميد سليمان، 2003، ص. 55)

2- المستوى الثقافي:

فهناك البيئة الغنية بالمتغيرات الثقافية، وهناك البيئة الفقيرة بالمتغيرات الثقافية، فالبيئة الأولى تلك البيئة الغنية التي تتوفر فيها المجالات والجرائد والكتب وأجهزة الإعلام والترفيه والمناقشات العلمية والثقافية بين أفراد الأسرة، أما البيئة الثانية فهي البيئة المحرومة من هذه المتغيرات، ومما لا شك فيه أن معيشة الطفل في بيئة من النوع الأول تسهم بدرجة كبيرة في اكتساب اللغة .

فالأسرة المثقفة والغنية بتراتها تساعد على نمو مفردات الطفل اللغوية بصورة أفضل من البيئة الفقيرة، كما أن البيئة الغنية بثقافتها تجعل طفلها يفهم عددا أكبر من الكلمات ويستطيع أن يعبر لغويا عما يريد أن يقوم به من أفعال، بينما البيئة الفقيرة ثقافيا تزيد لدى الطفل من أفعاله وحركاته وتكون كلماته أقل.

3- حجم الأسرة:

يؤثر حجم الأسرة على اكتساب اللغة لدى الأطفال، حيث يشجع الطفل الوحيد على الكلام أكثر من الطفل الذي ينتمي إلى عائلة كبيرة الحجم، وغالبا ما يتسع وقت الآباء للتحدث مع طفلهم الوحيد أما العائلات الكبيرة فغالبا ما يسيطر على جوها التسلطية وتحد من كلام الطفل فهو لا يستطيع أن يتكلم وفقا لرغبته في الكلام.

4- تعدد اللغات:

يعتمد الطفل في مراحل الطفولة الأولى إلى تقليد لغة الآخرين، فتؤثر اللغات التي يتعلمها الطفل وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة في اكتساب لغته، فحينما يتكلم الطفل لغتين نتيجة

لاختلاف لغة البيت عن لغة الأصدقاء أو أطفال الجيران أو عن لغة المدرسة، أو حينما يضطر إلى تعلم لغة أجنبية في الوقت الذي لا يزال يتعلم لغته الأم، ولعل أهم ما كشفت عنه الدراسات التي تصدت لدراسة أثر تعلم لغتين في نفس الوقت على التطور اللغوي للطفل من نتائج ما يلي:

1- يكون التطور اللغوي للأطفال الذين يتعلمون لغتين في نفس الوقت متأخرا عنه لدى الأطفال الذين يتعلمون لغة واحدة.

2- تزداد نسبة من يعانون من مشكلات لغوية كالتلعثم، وغيرها بين الأطفال الذين يتعلمون أكثر من لغة عنها بين الأطفال العادين.

3- يفضل إدخال اللغة الثانية بعد تخطي المرحلة الحرجة في التطور اللغوي للطفل أي بعد تخطي سن عام ونصف، لأن الآثار السيئة لإدخال اللغة الثانية تزداد عند الأعمار الحرجة التي تكتسب عندها اللغة الأولى.

4- في حالة تعلم الطفل لغتين في نفس الوقت يفضل أن يسمع الطفل كل لغة باستمرار من مصدر واحد مختلف عن مصدر تعلم اللغة الأخرى، يتلقى اللغة الأولى على الدوام من الأب واللغة الثانية على الدوام من الأم. (سعاد عباسي، 2008، ص. 29)

5- الحرمان العاطفي:

إن الأطفال الذين ينشؤون في البيئات المحرومة هم أكثر المجموعات تأخرا في تطورهم اللغوي، كما بينت الدراسات أن التطور اللغوي لهؤلاء الأطفال بكافة جوانبه وأبعاده يتأثر تأثيرا بالغا بهذا النوع من البيئات، وكذلك تشجيع الآخرين وعطفهم لهما أثر كبير في سرعة اكتساب اللغة فإذا انتفى العطف والتشجيع أدى ذلك إلى تأخر الطفل لا بل إلى تعثره .

فيمكن إرجاع سبب التأخر في اكتساب اللغة لدى الأطفال إلى طبيعة البيئة في هذه المؤسسات، فغياب الوالدين، ونقص فرص الرعاية والاهتمام والتعلم، يؤثر تأثيرا كبيرا على لغة الطفل، وربما نستطيع القول بأنه كلما ازداد زمن الحرمان كلما ازداد التأخر في اكتساب اللغة بشكل خاص، و التأخر في جميع الجوانب الأخرى بشكل عام.

6- نمط الحياة الأسرية والتفاعل بين الطفل والوالدين:

كشفت بعض الدراسات أن هناك أنماطا للحياة الأسرية والتفاعل المتبادل بين الطفل والأسرة تساعد على تطوره اللغوي، بينما لا تساعد أنماط أخرى على ذلك، وقد أشارت تلك الدراسات إلى أن اكتساب اللغة يرتبط ارتباطا وثيقا بحجم التفاعل الاجتماعي بين الطفل والوالدين فالأسرة التي تحرص على قضاء فترات طويلة مع أطفالها وتبادل الآراء والمناقشات معهم وإشراك الطفل في تلك المناقشات تساعد على التطور اللغوي للطفل بكافة أبعاده وجوانبه. فالأطفال الذين ينتمون إلى جو يسوده الود والتسامح والمرونة والتفاعل يتحدثون أكثر من الأطفال الذين ينتمون إلى جو يسوده التسلط، فمثلا هؤلاء الآباء يعتقدون أن الطفل ينبغي أن يرى ولا يسمع.

وتؤثر العلاقة بين الطفل وأمه في تطوره اللغوي، إذا كانت العلاقة سوية أدت إلى تطور سوي وإذا كانت العلاقة مضطربة أدت إلى تطور مضطرب.

7- التحوار مع الطفل خلال اللعب:

إن تسمية الأشياء للطفل غير كافية، إذ يجب على الوالدين أن يشاركا ابنهما في اللعب فالكلام الذي يستعمله الوالدان خلال اللعب هو كلام سهل مكون من جمل قصيرة واضحة وقريبة جدا من قدرة الاستيعاب عند الطفل، إضافة إلى هذا فالكلام خلال اللعب يسمح للطفل أن يدرك الربط بين الشيء والظرف المحيط به، مما يساعد لاحقا على استخدام هذه الظروف نفسها

كمرجعية لتفهم معنى الكلمات ولإدخال كلمات جديدة تتلاءم مع الظرف نفسه.

فاللعب القائم على الإتصال والتفاعل بين الأطفال والراشدين يتيح لهم الفرصة للتعرض لمؤثرات لغوية وللتعبير اللفظي واستخدام كلمات جديدة وهامة في تطور اكتساب اللغة ولعل اللعب من أفضل الأنشطة لملاحظة كيف تتطور قدرة الطفل على التحدث، والاستماع في هذه المرحلة (محمود احمد السيد، 1998، ص.43).

المحاضرة السابعة

اضطرابات اللغة الشفوية

1- اضطرابات اللغة الشفهية:

-الاضطرابات النطقية العضوية والوظيفية: (Les Troubles Articulatoires Organiques et Fonctionnelles)

أ- الاضطرابات النطقية العضوية: (Les Troubles Articulatoires Organiques)

1- الشقوق الشفوية الحنكية: (Les Becs de Lièvre et les Divisions Vélo Palatines)

هي تشوهات خلقية، والفتحة يمكنها أن تصيب أحد أو كلا الجهتين من الشفا العليا أين يصعب النطق بالحروف الشفهية، [m][b][w]، ويمكن لهذه الفتحة أن تتسع حتى تشمل اللهاة، ولهذا فإن التجويف الفمي والأنفي لا يوجد اتصال بينهما، وتتجم ظاهرة نفثة للأصوات. (Nacira Zellal, 1984, 23)

2- تشوهات على مستوى الأسنان (Les Malformations Dentaire)

عندما تكون التشوهات على مستوى الأسنان العليا مثلا، أو عندما تكون قصيرة والسفلى تكون كبيرة أو العكس فلا يوجد التقاء بين الأسنان العليا والسفلى، فكل هذا يؤدي إلى الاضطرابات النطقية.

وعندما يكون الفك العلوي أقصر من السفلي أو العكس، فعدم التناسق بين الفكين يؤدي كذلك إلى الاضطرابات النطقية، ففي هذه الحالة تقوم المختصة الأرتوفونية بإرسال المفحوص إلى المختص في علاج وتعديل الفك والأسنان، وفي نفس الوقت إذا كان المشكل طفيفا تقوم بالكفالة الأرتوفونية.

3- تشوهات على مستوى الشفتين:

صغر حجم الشفا العليا، فعندما تكون قصيرة ولا يكون الالتقاء بين الشفتين، فهذا يؤدي إلى الاضطرابات النطقية، لان المفحوص يحاول النطق فنلاحظ أن الشفتين لا تتغلق، والاضطراب يكمن على مستوى الحروف الشفوية.

4- تشوهات على مستوى اللسان:

كبر أو صغر حجم اللسان تؤدي إلى الاضطرابات النطقية، إذا كان كبيرا نسميه (Macro-Glassie)

وإذا كان كبيرا نسميه (Micro-Glassie)

5- الفجوة بين الأسنان (La Béance)

الفجوة بين الأسنان خصوصا الأمامية تؤدي إلى الاضطرابات النطقية.

6- مكابح اللسان (Le Frein Lingual)

نطلب من المفحوص أن يخرج لسانه، ونرى إذا كان يعاني من مكبح على مستوى اللسان، في هذه المرة نرسله إلى الطبيب، ثم يرجع إلينا لعلاجه من اضطرابه النطقي.

7- الحويصلات (Les Kystes)

الحويصلات كلها تؤدي إلى مشاكل على مستوى النطق، وهذه المشاكل تتلخص في حركة اللسان، وبالتالي سنجد مشاكل كذلك على مستوى البلع، بالإضافة إلى المشاكل النطقية.

8- الأورام (Les Tumeurs)

وجود الأورام على مستوى اللسان تؤدي إلى الاضطرابات النطقية.

9- الإصابات السمعية (Déficiences Auditives)

يتعلق النطق بالبقايا السمعية، وطرق التعويض التي يحصل عليها المصاب بالصمم. (Nacira Zellal, 1984, 24)

10- الاضطرابات النطقية الحسية: (Les Troubles Arthriques Aphasiques)

هي شكل تطوري للحبسة (Forme d'Evolution de l'Aphasie) ، والتي تسمى بـ: (Le Syndrome de Désintégration Phonétique, Blanche DUCARNE) والنطق يكون مضطربا جدا. (Nacira Zellal, 1984, 24).

- الاضطرابات النطقية الوظيفية: (Les Troubles Articulateurs Fonctionnelles)

يتركز الاضطراب النطقي الصوتي حول الميزات النطقية الفيزيائية للصوت:

Les Paramètres Physiques des Sons

فهو اضطراب ثابت وليس متغير ونجده عند الكبار كما نجده عند الصغار. الاضطرابات الوظيفية لا تنجم عن إصابة حسية، أو عوامل عضوية، أو اضطرابات ذهنية، أو اضطرابات في الشخصية، أي يجب أن نبعد كل الإصابات الذهنية والمشاكل النفسية. وبدون أي سبب ظاهر فإن المصاب لم يجد الحركة المناسبة لإصدار الصوت، ما إن أنه في السن المبكرة التي تكتسب فيها الميكانيزمات النطقية تم الخطأ في اكتساب الأصوات، ولم يستدرك هذا الخطأ من طرف الطفل وبالتالي فإن النطق بهذا الصوت خاطئا أصبح عادة بالنسبة للطفل، وكلما تقدم المصاب في السن كلما صعب تخلصه من اضطرابه.

1- الاضطرابات المميزة:

تكون الإصابة فيها على مستوى الأصوات الموجودة في النظام الصوتي والتي يمكن تنسيخها:

2- الاضطرابات الغير مميزة:

هي عبارة عن تغيرات تحدث على مستوى أصوات غير موجودة في النظام الصوتي ولا يمكن تنسيخها. (Nacira Zellal, 1984, 23)

مثلا كل أنواع اللثغ ماعدا اللثغ بين الثنايا.

1- اللثغ (Les Sigmatismes)

تتعلق الإصابة بالصفيريات، [S]، [S]، [Z]، [θ].

1-1 - اللثغ بين الثنايا:

(Le Sigmatisme Inter Dental) عوض الحركة الذلوقية، يتركز اللسان بين الثنايا، مثلا:
[S] تصبح [θ].

1-2 - اللثغ الأسنان (Le Sigmatisme Dental)

هو شبه انسداد أمام الصفيريات.

1-3 - اللثغ الغني (Le Sigmatisme Nasal)

بضبط مؤخرة اللسان على الحنك، وبسد التجويف الفمي، ينحني الحنك اللين، وبالتالي فإن الهواء لا يمر عبر القناة الفمية وإنما يمر عبر الأنف عند إصدار الأصوات الصفيرية، وتنتج أصوات من الأنف عوض من الفم.

1-4 - اللثغ المزماري (Le Sigmatisme Glottal)

تعوض الأصوات الصفيرية بحبسة مزمارية، والكلام يكون غير مفهوم. (Nacira Zellal, 1984, 21)

2- الخمخمة (Les Rhinolalies)

2-1 - الخمخمة المفتوحة (La Rhinolalie Ouverte)

كل الأصوات تخرج من الأنف وذلك لأن الحنك اللين لا يتصل بمؤخرة الحنك ونتحصل على كلام: [nəfnèf]

2-2 - الخمخمة المغلقة (La Rhinolalie Fermée)

هنا الهواء لا يصل إلى المجاري الأنفية، وذلك لأن الحنك اللين متصل بالحلقة، وكل الأصوات تكون فمية، وتعوض كل الأصوات الأنفية بالأصوات الفمية.
مثلا: [m] يصبح [b].

[n] يصبح [t]. (Nacira Zellal, 1984, 22)

المحاضرة الثامنة
اضطراب تأخر الكلام
(Le Trouble du Retard de la Parole)

1- تعريفه:

هو اضطراب فونولوجي وليس صوتي يقول مارتيني: (André MARTINET)

«هي دراسة وظيفة الحرف في الكلمة»

فهو اضطراب ينسخ، ومتغير، الإصابة تقع على مستوى الكلمة، إذن إدراك الحرف هو المصاب وليس خصائصه الصوتية الفيزيائية.

عموما يتميز كلام المصاب دون سنه، كما أن الطفل المصاب باضطراب تأخر الكلام لا يعاني من أية إصابة عضوية، فالجانب السمعي عادي، أي وظيفة الحرف في الكلمة هي المصابة، فالخلل يعود إذن إلى عدم قدرة الطفل على فرز الحروف واختيارها، أي أنها عملية تتعلق بالإدراك.

2-مظاهر تأخر الكلام:

لا يجد الطفل المصاب عادة صعوبة في الاتصال مع الغير، بل أنه يتميز بقدرة و رغبة في التواصل تفوق أقرانه الأسوياء أحيانا كما أن الرصيد اللغوي في مستوى سنه مما يجعل مستوى الفهم لديه عادي جدا وكذا القدرة على تركيب الجمل إلى حد ما هذا إذا لم يكن هناك اضطراب لغوي مصاحب الصفة المميزة لكلام الطفل إذن هو تغيير شكل الكلمات الذي يتخذ عدة أشكال، تظهر عادة مجتمعة عند نفس الحالة.

1-حذف الأصوات:

حيث تختفي بعض الأصوات في الكلمات التي يتلفظ بها، فكلما زاد عدد الأصوات في الكلمة كلما كانت هذه الظاهرة أوضح. يحذف الحرف، أو مقطع في آخر الكلمة، أو في

وسطها، أو في بدايتها، تختصر الكلمات الطويلة، تحذف الحروف التي يصعب نطقها في مجموعة حروف.

لكن لا يقتصر الحذف على أصوات بعينها في الكلمات المختلفة، لكن ذلك يرجع إلى السياق الفونولوجي لكل كلمة قد يحذف صوتا في منتصف كلمة ويظهر في بداية كلمة أخرى.

2- قلب الأصوات:

حيث تغيير مواضعها في نفس الكلمة. تغيير حرفين لتسهيل النطق.

3- تعويض الأصوات:

حيث يدخل أصواتا دخيلة عن الكلمة مكان أخرى، هذه الأصوات كذلك هذه الأصوات كذلك غير ثابتة بل متغيرة حسب السياق الفونولوجي للكلمة. إبدال حرف بحرف آخر لتسهيل النطق.

4- التشبيه:

خاصة بين الأصوات المتقاربة المخرج، لتسهيل النطق. كل هذه المظاهر لا يشعر بها الطفل، أثناء الكلام على الأقل، حيث تختلف درجة الشعور بالاضطراب من طفل لآخر حسب وسط العائلي الذي يوعز إليه بعض الأحكام عن حالته اللغوية، فالطفل غالبا لا يدرك ما الذي يحصل في كلامه ولكنه يدرك أنه لا يتكلم بالطريقة الصحيحة". (حورية باي، 2002، ص ص. 83-84)

3- عوامل تأخر الكلام:

مما تقدم يمكن أن نستخلص أن اضطراب الإدراك السمعي يقع على المستوى العصبي لهذه العملية، أي المنطقة الدماغية السمعية والمسالك العصبية المؤدية إليها نتيجة لعدم النضج الوظيفي لهذه المناطق فالخلل يكمن في:

-عدم دقة معالجة الوحدات الصوتية للغة المسموعة حسب انتظامها الزمني.

-بطء هذه العمليات مقارنة بالسرعة الهائلة التي تتم بها في الحالات العادية.

-ويمكن للأسباب التالية أو بعضها أن تخلف تأخرا في الكلام:

-إصابات وأمراض في مستوى جهاز السمع, دائمة كانت أو مؤقتة ومتكررة, كالتهاب ممرات الأذن, الأورام ...إلخ .

-إصابات عصبية في الدماغ أو المسالك العصبية السمعية.

-أسباب نفسية وعلائقية: حيث تظهر لدى بعض الأمهات رغبة جامحة للاحتفاظ بالطفل كما هو " صغيرا " ومعاملته كذلك, الأمر الذي لا يسهم في نمو الطفل".(حورية باي، 2002،

ص. 84)

المحاضرة التاسعة

التأخر اللغوي البسيط

(Le Retard du Langage simple)

1-تعريفه:

نتكلم عن التأخر اللغوي البسيط عندما نكون أمام طفل نموه طبيعي، لكن نجد في تطور لغته مقارنة مع التسلسل الزمني للاكتسابات.

- فيقول (PIALOUX) أن التأخر اللغوي البسيط هو إصابة الوظيفة اللغوية، يكون ظهور متأخر، التطور بطيء، والبنية مضطربة.

النقص اللغوي هو أن يكون للطفل لغة لكن فهمه وتعبيره دون مستوى الأطفال من نفس سنه.

يتمثل التأخر اللغوي عند الطفل بتركيب نحوي - صرفي ضعيف، ومن مظاهره:

افتقار التراكيب التي يستخدمها الطفل لغويا إلى " التماسك والترابط " نتيجة نقص فيما يلي:
أدوات الربط - حروف الجر - ظروف المكان والزمان.

الالتباسات وتداخل بين الضمائر المنفصلة والضمائر المتصلة والمفرد والجمع والمؤنث والمذكر.(اسماعيل لعيس، 2002، ص. 20)

2-أسباب التأخر اللغوي:

ترجع أسباب التأخر اللغوي غالبا إلى ما يأتي:

-تأخر النمو السيكو-حركي .

-أسباب نفسية، من مثل الغيرة التي تترك أثرها السلبي على اللغة المنطوقة، وبالتالي يظهر لدى الطفل ميكانيزم سيكولوجي، النكوص، أي الرجوع إلى سلوك أولي من سلوكيات مراحل نموه.

-أسباب سيكو-اجتماعية داخل أسرة الطفل ، تعرقل تطور لغته وشخصيته.

-التواصل مع الطفل باستعمال ألفاظ مضطربة ومختصرة.

- عدم التواصل مع الطفل إلا في ساعات متأخرة في المساء, لغياب الأم والأب طوال النهار خارج البيت.

-تداخل اللغات في الوسط الواحد كتواصل الوالدين مع الطفل بلغتين مختلفتين من حيث نظامهما, أو بلغتين متقاربتين كتقارب اللهجات العربية, وبالتالي يصعب على الطفل التمييز بينهما لاكتساب النماذج اللفظية وقواعد النحو والصرف. (اسماعيل لعيس، 2002، ص. 21) وقد ظهر أن هذا العامل لم يكن سلبيا عند جميع الأطفال, فقد اقتصر على بعضهم و ذلك حسب الاستعدادات الفطرية, وأسلوب أولياء الأمور في الاستعمال الصحيح أو غير الصحيح للغات. .(اسماعيل لعيس، 2002، ص. 22)

3- خصائصه:

- الكلمة الأولى لا تظهر قبل عامين.
- جمع كلمتين لا يكون قبل ثلاث سنوات.
- لا يحترم نظام الكلمات.
- لا يستعمل الجمل المعقدة وأدوات الربط والضمائر.
- ضعف على مستوى الرصيد المجرد.
- الرصيد الملموس قليل.
- يميل للاتصال بالإشارات.
- خطأ في بناء الكلمات بالجمع.
- فقر على مستوى المفردات: الألوان، الأشكال، ومفاهيم الزمان والمكان، مشاكل على مستوى الجانبية.
- الصورة الجسدية غير كاملة التطور.
- درجة معتبرة من عدم الاستقرار والعدوانية.
- ليست لديه مشاكل عضوية.

4-العلامات المصاحبة:

- غالبا ما يرافق التأخر اللغوي:
- اضطرابات نطقية وظيفية.
- تأخر الكلام.
- تأخر مدرسي.
- عسر القراءة، الكتابة، الرياضيات.
- مشاكل عديدة على مستوى الآليات اللغوية مثلا: المفهوم الزماني والمكاني.
- تأخر حسي حركي.
- عدم القدرة على الربط بين مختلف الحركات.
- تأخر المشي.
- عدم اكتساب الجانبية الصحيحة.
- يسمي الأجزاء الرئيسية ويخلط في التفاصيل.

5-التناول العيادي:

يحتوي التناول العيادي على ما يلي:

1-التشخيص الفارقي ويشمل ما يلي:

- فحص السمع.
- فحص الأعصاب.
- الفحص السيكولوجي لسلوك الطفل وقدراته الذهنية.

2-الفحوصات الأولية:

- فحص أعضاء النطق والتصويت، يقوم به اختصاصي علاج اضطرابات اللغة.
- الاختبارات السيكو-حركية, تقيس التصور المكاني والزماني.(اسماعيل لعيس، 2002، ص.

6- أعراض تأخر النمو اللغوي:

- اضطرابات حركية تخص الجهاز الفمي والصوتي.
- صعوبات متعلقة بإدراك الأصوات بالرغم من سلامة الجهاز السمعي.
- اضطرابات الفهم اللغوي .
- بالنسبة للفهم نجد أن الطفل يجد صعوبة في فهم المفاهيم المجردة المتعلقة بالزمان والمكان كما يتعذر عليه إعادة تلخيص قصة ويصعب عليه التحكم في التسلسل المنطقي للأحداث.
- نجد اضطرابات تحقيق اللغة المتمثلة في المعجم المحدود والتراكيب الفقيرة, تكون أحيانا مختصرة في الكلمة - الجملة.
- نلاحظ كذلك كلام مختصر جدا وأخطاء تركيبية واضحة تؤثر على مفاهيم الزمان والمكان.
- الخلط بين الجمع والمفرد.
- إضافة الى عدم الربط بين الإنتاج والفهم.
- العجز أو النقص في البرمجة الفونولوجية.
- العجز أو النقص الفونولوجي - التركيبي: الذي يمثل الشكل الأكثر تداولاً لدى هؤلاء الأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب, بحيث نجد أن الفهم يكون أحسن من التعبير لتتجسد الصعوبة في النطق , كما نلاحظ غياب وظيفة أو وظائف الكلمات, مع عدم تنظيم التتابع الزمني للكلمة.
- العجز أو النقص في المستوى المعجمي - التركيبي: حيث يكون فهم الجمل الطويلة والمعقدة مضطرباً, كذا بناء الخطاب يكون صعباً, إضافة الى صعوبة واضحة في إستحضار أو إستدعاء الكلمات لأجل الإنتاج اللغوي.

- العجز أو النقص الدلالي - التداولي: أين نجد أن الطفل يتكلم في عمر زمني عادي تقريبا لكن صعوبات جد واضحة في الفهم، ولغته تكون غير مفهومة نوعا ما كما لا يأخذ بعين الإعتبار سياق الكلام.

إن الأطفال المصابين بتأخر النمو اللغوي، يعانون من اضطراب في المجال المعرفي، الإدراكي، النفس - الحركي والسلوكي. الشيء الذي يؤثر كثيرا على تـمدرس الطفل وعلى ممارسة حياته الإجتماعية بصفة عامة.

يجب الإشارة إلى أن تأخر النمو اللغوي أو الـديسـفازيا لا تعطينا مجموعة متجانسة لأن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب تختلف درجة إصابتهم كما يختلف ويتغير الجدول العيادي لكل حالة.

7-التناول العلاجي لتأخر اللغة:

تستعمل البرنامج العلاجي الذي وضعناه لعلاج تأخر الكلام في علاج الأسباب التي تؤدي إلى تأخر الكلام أو اللغة غير أن التركيز في علاج تأخر اللغة ينحصر في إثراء المفردات وتطوير البناء النحوي- الصرفي للجمل ولا يقتصر فقط على البناء الفونولوجي الذي يمس إيقاع السلسلة الكلامية داخل الكلمات وداخل الجمل.

ففي حالة غياب الصوامت عند الطفل أو صعوبة تلفظها، لا بد من وضع النظام الفونتيكي موضع التطبيق، بدءا من الأصوات الأمامية ثم الخلفية.

وفي مرحلة لاحقة تثرى مفردات الطفل، مع مراعاة التلفظ السليم لها، إلى أن نصل إلى الجمل التي نثريها بوساطة المفردات التي اكتسبها الطفل في مرحلة سابقة، ومن الضروري أن تكون الجمل وصفية باستعمال الحاضر والماضي والمستقبل:

وهكذا كلما تطورت الجمل عند الطفل، زادت قدرته على الكلام العفوي، الذي نعززه بالمواقف الاجتماعية وسرد أحداثها.(اسماعيل لعيس، 2002، ص. 26)

المحاضرة العاشرة

التأخر اللغوي الحاد [الديسفازيا]

(La Dysphasie)

1- تعريف الديسفازيا:

- تعريف الديسفازيا يتنوع حسب تنوع المدارس وتياراتها التي تناولت هذا الاضطراب وعليه:
- يعرفها (GERARD 1991) أنها: عجز دائم للإنتاجات الشفهية الدلالية، بالنظر إلى المعايير المقامة للعمر، هذه الحالة غير مرتبطة بعجز سمعي، ولا إلى تشوه لأعضاء النطقية وإلى قصور عقلي، ولا إلى إصابة دماغية مكتسبة خلال الطفولة، ولا إلى اضطراب متسلط، ولا نقص عاطفي أو تربوي.

- على خلاف تأخر اللغة البسيطة الذي هو تأخر في المستوى الزمني لاكتساب اللغة يستدرك لاحقاً، عن الطريق التكفل المبكر به، فإن عسر الكلام هو اختلال في تنظيم بنية اللغة يؤثر على الفهم والإنتاج وهو يعتبر محل اهتمام اللسانيين وعلماء النفس العصبي والعلوم المعرفية.

- يعرفه AJURIAGEURRA " على أنه خلل في اللغة الشفهية تظهر خاصة في السنة السادسة على شكل صعوبات واضحة في تنظيم النمو اللغوي، يمكن ان تؤثر على اللغة المكتوبة وتظهر في شكل عسر القراءة والكتابة وهذا عند أطفال يمتازون بنمو حسي حركي عادي(طبيعي). (محمد حولة، 2007، ص. 39).

إن كلمة " ديسفازيا" مكونة من ديس " dys " يعني سيء أو خطأ صعب ومنه جذر فازيا phasis تعني كلام، لغة، فكلمة ديسفازيا تعني لغة سيئة أو كلام صعب.
ويعرفه "رونالد" على أنه خلل في اللغة الشفهية تظهر خاصة في السنة السادسة على شكل صعوبات واضحة في تنظيم النمو اللغوي، يمكن أن تؤثر على اللغة المكتوبة وتظهر في شكل عسر القراءة والكتابة، وهذا عند أطفال يمتازون بنمو حسي حركي عادي.

2- أعراض اليفازيا:

- اضطرابات حركية تخص الجهاز الفمي والصوتي.
- صعوبات متعلقة بإدراك الأصوات بالرغم من سلامة الجهاز السمعي.
- اضطرابات الفهم اللغوي.
- بالنسبة للفهم نجد أن الطفل يجد صعوبة في فهم المفاهيم المجردة المتعلقة بالزمان والمكان كما يتعذر عليه إعادة تلخيص قصة ويصعب عليه التحكم في التسلسل المنطقي للأحداث.
- نجد اضطرابات تحقيق اللغة المتمثلة في المعجم المحدود والتراكيب الفقيرة تكون أحيانا مختصرة في الكلمة_ الجملة.
- نلاحظ كذلك كلام مختصر جدا وأخطاء تركيبية واضحة تؤثر على مفاهيم الزمان والمكان. الخلط بين الجمع والفرد.
- إضافة إلى عدم الربط بين الإنتاج والفهم.
- العجز أو النقص في البرمجة الفونولوجية.
- العجز أو النقص الفونولوجي التركيبي: الذي يمثل الشكل الأكثر تداولاً لدى هؤلاء الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بحيث نجد أن الفهم يكون احسن من التعبير لتتجسد الصعوبة في النطق، كما نلاحظ غياب وظيفة أو وظائف الكلمات، مع عدم تنظيم التتابع الزمني للكلمة.
- العجز أو النقص في المستوى المعجمي التركيبي: حيث يكون فهم الجمل الطويلة والمعقدة مضطرباً وكذا بناء الخطاب يكون صعباً، إضافة إلى صعوبة واضحة في استحضار أو استدعاء الكلمات لأجل الإنتاج اللغوي.

-العجز أو النقص الدلالي التداولي: أين نجد أن الطفل يتكلم في عمر زمني عادي تقريبا لكن مع صعوبات جد واضحة في الفهم، ولغته تكون غير مفهومة نوعا ما كما لا يأخذ بعين الاعتبار سياق الكلام. (محمد حولة، 2007، ص. 40).

-إن الأطفال المصابين بتأخر النمو اللغوي، يعانون من اضطراب في المجال المعرفي الإدراكي، النفس-الحركي والسلوكي. الشيء الذي يؤثر كثيرا على تـمدرس الطفل وعلى ممارسة حياته الاجتماعية بصفة عامة.

-يجب الإشارة الى أن تأخر النمو اللغوي أو الديسفازيا لا تعطينا مجموعة متجانسة لأن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب تختلف درجة إصابتهم كما يختلف ويتغير الجدول العيادي لكل حالة.

3-أسباب تأخر اللغة(تأخر اللغة البسيط وتأخر النمو اللغوي):

3-1-أسباب وراثية:

-يكثر الحديث في الديسفازيا عن وجود قابلية جنية تكوينية على هيئة -النااتجة عن سوء علاقة أم - طفل, أو ناتجة عن أمراض الطفولة.

ومنها من يرجعها إلى أصل وراثي.

-عجز لساني يظهر في عدم وجود استعداد للغة ومدى قابلية ومواهب الطفل استقبال اللغة.

3-2-أسباب عصبية:

نجد حوالي 27 % من الحالات لديهم سوابق عصبية كأن يكون خريج حوادث أثناء الولادة, إصابات دماغية. هم أطفال عادين ولكن لديهم سوابق مرضية كالاختلال العصبي: أطفال كثيروا الحركة أو الهدوء.

3-3- أسباب سوسيو ثقافية ولسانية :

-تطور ونمو اللغة مرتبط بالوسط الذي يعيش فيه الطفل حيث بينت التجارب أن الطفل الذي ينتمي إلى العائلات المثقفة يكون متقدما لغويا عن غيره حيث الأطفال أقل ثراء ينتمون للعائلات ذوي مستوى اجتماعي ثقافي منخفض.

-كما يلعب تعدد اللغات في الوسط العائلي ثراء هائل في تطور اللغة عند الطفل بينما يراها البعض الآخر من العلماء سببا في تفاقم التأتأة والاضطرابات اللغوية.

-في الحقيقة تعدد اللغات بالنسبة للطفل العادي تعتبر ثراء رصيده اللغوي على شرط أن يكون قبل 3 سنوات حيث في هذا السن تكتسب فيه لغة الأم, فبعدها يستطيع الطفل أن يستقبل ويستوعب عددا من اللغات دون مشاكل أو صعوبات في اكتسابها.

3-4- أسباب عاطفية علائقية:

هذا السبب أكثر ترجيحا في ظهور اضطرابات اللغوية في كل سلوك الأم (كثيرة الحماية أو كثيرة الانسحاب أو المضادة) وسلوك الطفل الذي يشب في هذا الجو يكبح فضوليته الفكرية ورغبته في التعلم.

وفي التطور العادي للرضيع ينتقل من الحالة الرمزية مع (أمه) إلى الإستقلالية, بعض الأطفال ينزعون بصعوبة.

- طبيعة العلاقة أم- طفل ونمط الاتصال اللغوي وغير اللغوي بينهما.

- شخصية كل من الطفل وأمه.

- الحرمان العاطفي المرتبط بغياب الآباء أو أحدهما.

- تأثير الوسط الاجتماعي.

- دور الثنائية اللغوية: تأثير اكتساب لغة ثانية قبل تمام وثبات اكتساب لغة الأم.

4-التشخيص:

يصعب تشخيص الطفل الديسفازيا قبل 03 سنوات وما يجب القيام به لإكتشاف الديسفازيا ما يلي:

1- فحص الأذن والأنف والحنجرة (O.R.L) والقياس السمعي.

-وجود عجز في السمع غالبا لكن لا يمنع من اكتشاف اللغة، فالطفل يسمع ولكن لديه صعوبات في فك الترميز وفهم الرسائل الموجهة (عدم القدرة في استعمال أو فهم اللغة).

2-الفحص النورولوجي:

-إصابة عصبية تكوينية خلقية أو عصبية تطويرية، ثم أن الإصابات العصبية تعتبر المؤشر الأساسي لكن الإضطرابات الرئيسية غالبا موجودة.

-أحيانا منذ الميلاد تظهر (حركات غير عادية للفهم، الحنجرة التي تشكل مشاكل وعراقيل في تطور اللغة).

3-الفحص اللغوي:

-الطفل الديسفازي لا يستطيع الكلام ولا يفهم ما يسمعه بالذكاء وبالسرعة اللازمة.(خدوسي كريمة، 2019، ص.91)

5-التكفل بالديسفازيا:

بالنسبة لعملية التكفل بتأخر اللغة تستدعي تناول تكفل متكامل لكل من المختص النفسي وخاصة تعامل الأولياء والعمل على خلق تغير ايجابي في ديناميكية الأسرة وفيما يتعلق بإعادة التربية الأرففونية يتجسد في تأسيس ثلاثة وظائف أساسية للغة:

أولاً: الوظيفة المتعلقة تهيئة الطفل للاتصال اللغوي أي ديناميكية الاتصال المتمثلة في الرغبة في الاتصال اللغوي الشفهي واستعمال مختلف التقنيات التي تسمح بذلك.

ثانياً: الوظيفة التي تسمح من خلالها بتأسيس إطار منظم ومنسق للمفاهيم الأساسية للاستعمالات اللغوية.

ثالثاً: وظيفة تحقيق الأفعال اللغوية التي تهدف إلى إعطاء الطفل إمكانية التعبير بلغة فعالة. (محمد حولة، 2007، ص. 41).

6- أهم الدلالات التي يمكن ملاحظتها قبل السن المدرسي:

- أهم الدلالات التي يمكن ملاحظتها قبل السن المدرسي وتمكننا من التفكير باحتمال وجود شكل حاد من اضطرابات الديسفازيا هي:
- استمرار اضطرابات معتبرة إلى غاية خمسة سنوات ونصف، كاضطرابات النطق أو اضطرابات فونولوجية.
- ظهور صعوبات معتبرة وواضحة في عدة اختبارات متتالية، خلال المرحلة ما قبل مدرسية.
- اضطرابات على مستوى الفهم ككل.
- عندما يكون اضطراب في الفهم يكون مصاحب مع اضطرابات التعبير.
- عجز الذاكرة قصيرة المدى.
- اضطراب استحضار الكلمة.
- اضطراب دلالي براغماتي.
- مصاحبة عجز ذو وطبيعة معرفية أو اضطرابات الانتباه والسلوك.
- مصاحبة نقص ذو طبيعة عاطفية، اجتماعية، وثقافية، هذا النقص لا يعتبر سبب الاضطراب التطور اللغوي، لكن يمكن من ظهور عامل يؤزم الحالة.

المحاضرة الحادية عشرة

التأتأة

Le Bégaiement

1-تعريف التأتأة حسب Le Dictionnaire D'orthophonie

هي اضطراب وظيفي في التعبير الشفهي تؤثر على إيقاع الكلام أثناء وجود المخاطب فهي تسجل في إطار أمراض الاتصال تتنوع وتختلف أعراض التأتأة أثناء الحديث من شخص لأخر ما بين تكرار المقطع وإطالة الصوت، توقف، تشنج أثناء التنفس، عجز عن أداء حركات إدارية في الوجه وفي العنق. (سميرة ركزة، جنان أمين، 2018، ص. 11).

هي اضطراب يمس إيقاع مجرى الكلام أثناء الاتصال مع الآخر، يتميز بالتكرار، التردد، والتوقف أثناء إرسال وحدات أو مقاطع كلامية، وذلك بدون وجود أي خلل عضوي في أعضاء التصويت أو النطق أو السمع، كما أنه اضطراب لا يمكن مراقبته من طرف الشخص المتأتى، فنجد بعض الحركات اللاإرادية كحركة اليدين، الرجلين، حركات وجهية لا إرادية، الاحمرار.

بالإضافة إلى اضطرابات وظيفية كالنفس، الإيقاع واضطرابات نفسية كالإحباط، الخوف، القلق، مشاعر النقص والكآبة، مما يؤدي بالشخص إلى قطع علاقته بالوسط وعدم التدخل في أي اتصال لغوي.

2-أسباب التأتأة:

تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورا مهما في ظهور التأتأة عند الطفل وخاصة المشاكل العلائقية كالحماية المفرطة أو الحرمان العاطفي أو عامل الغيرة حيث ترجع إصابة الطفل التأتأة الى طبيعة العلاقة المبنية بين الأم وطفلها فالأم القلقة تخلق عند طفلها قلقا يكون سببا لظهور التأتأة عنده إضافة الى تأثير المحيط الدراسي.

2-1-الجنس:

أوضحت الدراسات (Pialaux 1975, P.260) بأن التأتأة تصيب الذكور أكثر من الإناث، وهذا لأن الآباء يكونون عموماً أكثر صرامة على الذكر أكثر منه على الفتاة، ولأن لغة الإناث تتطور بسرعة أكثر مقارنة بلغة الذكور، كما أن هناك دراسات تحاول إرجاع هذا إلى عامل الهرمونات الذكرية بحيث يمكن أن تكون مسؤولة عن التأتأة .

2-2-الجانبية:

بعض المحاولات من الأولياء لمحاولة جعل طفلهم الأيسر يستعمل اليمنى جهلاً منهم بطبيعة المشكل ممكن أن تكون سبباً في ظهور التأتأة .

كما أن بعض الباحثين (Pialaux 1975) يفسرون سبب ظهور التأتأة عموماً عند الأطفال الذين تأخروا في اكتسابهم للغة، كما قد تظهر التأتأة في المراحل الأولى للتمدرس أو أثناء مراحل التمدرس (المراهقة مثلاً) بحيث تلعب العوامل الانفعالية والخوف دوراً هاماً في ذلك دراسة قام بها AJURIAGERRA توضح دور الوراثة في ظهور التأتأة حيث هذه الدراسة التي أجريت على أسر المتأثرين أن 34 % منهم تضم أسرهم متأثرين سابقاً على الأقل.

-تعود التأتأة في الغالب لمراحل الطفولة المبكرة حيث يتأثر الطفل سلباً بأحد الأسباب المتمثلة في القسوة في المعاملة، الخوف الشديد من الشخص أو أي شيء آخر أو التهكم والسخرية من لغته الطفولية زيادة لفقد شخص مقرب من الطفل كالأم خاصة.

-كما أن هناك نظريات أخرى تحاول تفسير هذا الاضطراب بالصدمات الدماغية أو اختلالات الجهاز العصبي أو اضطراب الوظيفة العصبية - العضلية .

فأسباب التأتأة سيكولوجية بحتة، وتعود معظمها إلى المراحل الأولى من حياة الطفل ومنها:

- الفطام المبكر.
- ولادة أخ ثان.
- إنفصال الإبن عن الأم.

- إنفصال الإبن عن الأب.
- سوء معاملة الطفل من قبل أولياء الأمور أو المعلم.
- دمج الطفل في وسط جديد وهو المدرسة وانفصاله المفاجئ عن أمه لأول مرة. (اسماعيل لعيس، 2002 ، ص. 68)

3- الاضطرابات المصاحبة للتأتأة:

تظهر هذه الاضطرابات أثناء الإرسال، أي أثناء الأداء اللفظي بوجود الآخر.

3-1- اضطرابات تنفسية (Troubles Respiratoires)

حيث يكون النفس الشهيق (L'Inspiration) جد قصير أو مفاجئ، أو منعدم تماما كذلك الزفير (L'Expiration) يكون انفجاري مرتج.

3-2- اضطرابات حركية (Les Troubles Moteur)

تكون ظاهرة خاصة في الحالات القرارية حيث تمس الشفتين، الفكين، عضلات الوجه التي لها علاقة بالنطق، كما يمكن لهذه الاضطرابات الحركية أن تمس عضلات لا علاقة لها بالنطق.

3-3- الاضطرابات المحركة للأوعية الإفرازية:

(Les Troubles Vasomoteurs et Sécrétoires)

نجد مثل هذه الاضطرابات في الأشكال الشديدة أو العنيفة، بحيث نلاحظ احمرار الوجه، السيلان الكثيف للعرق، سيلان اللعاب، أو جفاف الفم، سرعة نبضات القلب وخفقانه.

3-4- ردود الأفعال الداخلية (Les Réactions Internes)

وهي سلوكيات سلبية انفعالية: كالخوف، الحرج، والحياء، ويقصد بالخوف أن يتعرض المتأنيء لسلسلة من الوضعيات الصعبة كالخوف من التحدث في القسم، وهذه الحالات لها علاقة بظروف الاتصال ومحتواها، فمن الصعب على المتأنيء أن يشكل أفكار لها محتوى اقتراحي أو أفكار لها طابع أوتوماتيكي.

4- الأشكال العيادية للتأتأة:

هناك أربع أنواع وهي أكثر شيوعا وتتمثل في:

4-1- التأتأة التكرارية:

ويتميز هذا النوع من التأتأة بتكرارات وتوقفات لا إرادية تتجلى عموما في المقاطع الأولى من الكلمة الأولى في الجملة ويختلف عدد التكرارات حسب الحالة.

4-2- التأتأة الإختلاجية:

يتجسد هذا النوع من الصعوبة التي يجدها المصاب في التكلم حيث يتوقف لمدة زمنية معتبرة قبل أن يتمكن من إصدار الكلمة بشكل إنفجاري.

4-3- التأتأة التكرارية الإختلاجية:

وتتمثل في تواجد كلا نوعين السابقين عند شخص واحد فنلاحظ توقف تام متبوع بتكرارات متعددة أو مقاطع صوتية.

4-4- التأتأة بالكف:

يتميز المصاب بهذا النوع من التأتأة بتوقف نهائي عند الحركة قبل التكلم وبعد مدة زمنية يتمكن من النطق ليتوقف مرة أخرى سواء في وسط الجملة أو في بداية الجملة التي يليها. (محمد حولة، 2009، ص. 4).

5- التناول العلاجي للتأتأة:

يتضمن برنامج علاج التأتأة أربعة محاور:

5-1- المحور الأول:

شرح مفصل لمفهوم اضطراب التأتأة للشخص يعاني من التأتأة والشخص الذي يصاحبه لان المريض يفهم أن التأتأة مرض عضوي يصيب أعضاء النطق والتصويت، ويجعل الظاهرة الوظيفية للتنفس المتمثلة في التنفس العكسي. (اسماعيل لعيس، 2002، ص. 72)

فمن خلال المقابلة العيادية أثناء الجلسة الأولى، يتم توعية المريض بسبب حالته المرضية، وهذه الخطوة تدعو الى تجاوز مرحلة كبيرة من مراحل العلاج. (اسماعيل لعيس، 2002 ، ص. 72)

5-2-المحور الثاني:

يوجه المريض الى كيفية التغلب عن مشكلته الفيزيولوجية، وكيفية السيطرة على المراقبة الذاتية أثناء التواصل مع الغير.

علما ان الكلام عبارة عن إيقاع ينظمه الهواء في ميكانيزم التنفس. إذا يجب على المتأني ان يأخذ الهواء من الأنف، وأن يخرج به بتوازن من الفم مع التلفظ، وليس العكس أي أخذ الهواء من الفم وبلعه، بالتالي يوقف أو يقطع الكلام.

5-3-المحور الثالث:

يجب على الشخص الذي يعاني من التأتأة أن ينسى اضطرابه، لأنه كلما فكر فيه تأتأ أكثر بل يجدر به أن يركز فيما يقوله للغير على مراقبة نفسه، وتقوية هذه المراقبة الذاتية بالثقة بالذات عند وجود طرف الثاني وهو المستمع، فالمراقبة الذاتية تساعده في موازنة ذاتية بين ما يقوله وبين ما يسمع إليه.

5-4-المحور الرابع:

تصحيح الإيقاع الكلامي الذي يبتدأ من أول جلسة مع اختصاصي علاج اضطرابات اللغة أو الاختصاصي النفسي.

-تمينات إيقاعية أثناء القراءة:

ربط الإيقاعات الصوتية للكلمات المقروءة بضربات إيقاعية بالقلم على الطاولة، حيث يأخذ الطفل فلما بيده، وينتج ضربات إيقاعية موازنة لإيقاعات القراءة بالتقطيع الصوتي.

ونعني بالمقطع الصوتي (حرف +حركة) أو (حرف +حركة +حرف).(اسماعيل لعيس،

2002 ، ص. 73)

-تصحيح إيقاع اللغة المنطوقة:

تظهر التأناة عادة في الكلام العفوي الذي يتطلب جهدا فكريا، في حالة وجود طرف ثان "مستمع" مع المتحدث الذي يعاني من هذه التأناة.

ولتعزيز التلقائية في الكلام بإيقاع سليم، تبدأ التمرينات بإيقاعات الجمل البسيطة، حيث نسمع الشخص كلمة ما، وتطلب منه التعبير بجملة عفوية تخطر على باله لأول وهلة.

وليكن أسلوب الجملة مباشرا وليس وصفا، مثل كلمة " قلم " توحى إلي " لا أعرف أين وضعت قلمي " ، كلمة " مدرسة " توحى إلي " لقد تأخرت عن المدرسة، وهكذا يعبر عن

هاتين الكلمتين بجملتين عفويتين مثل " كتاب / قلم " ، " أعطيني الكتاب وخذ القلم " تدريجيا وعندما يستوعب الطفل هذا الإيقاع الجديد تستبدله " بإيقاع السبابة " بديلا لإيقاع مسك

القلم ويتم تطبيقه عندما نحدث إيقاعات صامتة بحركة الأصبع حتى لا يصبح اشرضا ملزما وهكذا إلى أن تزيل البديل الثاني وهو إيقاعات حركة الأصبع. (اسماعيل لعيس، 2002 ، ص.

(74

-مراقبة الكلام العفوي:

يخلق مواقف اجتماعية معاشة، هدفها سرد الأحداث بشكل تسلسل.

-تعميم التمرينات الإيقاعية في الحياة اليومية: على مستوى البيت والمدرسة والمحيط الخارجي، وذلك بالتعاون مع أولياء الأمور والمدرسين.

-توصيات للمعلم الذي يشرف على الطفل الذي يعاني من التأناة أو المراهق المتأتى.

-عدم توجيه الأسئلة الى الطفل بشكل مفاجئ، وإتاحة الفرصة له يستجيب أو يمتنع عن الإجابة.

-نعزز استجابة الطفل لفظيا وماديا، من خلال كلمات التشجيع والألعاب والابتسام.

-تتاح للطفل المتأتى أو المراهق فرصة الانطلاق، ويفضل عدم مقاطعته أو إيقافه إلا إذا

أراد هو ذلك. (اسماعيل لعيس، 2002 ، ص. 75).

المحاضرة الثانية عشرة

اضطرابات اللغة المكتوبة

تعتبر اضطرابات التعلم الأكاديمية على أنها خلل في التوظيف الذي يؤثر على الاكتساب، التنظيم، الاحتفاظ، الفهم ومعالجة المعلومة اللفظية أو غير اللفظية، هذا الخلل الوظيفي يؤثر على التعلم عند الأشخاص الذين لديهم المهارات الفكرية اللازمة للتفكير والاستيعاب، كما أنه لا بد أن نعلم أن اضطرابات التعلم تختلف عن التخلف العقلي. قد تنشأ اضطرابات التعلم عن إصابة في واحدة أكثر لعمليات مثل الإدراك، التفكير، الذاكرة، والتعلم. هذه العمليات تتخلل فيها كذلك عمليات أخرى مثل الوعي الفونولوجي، التنظيم البصري-الفضائي، اللغة، سرعة معالجة المعلومة، الذاكرة، الانتباه، والوظائف التنفيذية مثل التخطيط، أخذ القرار. كما أنه يوجد عدة أنواع لاضطرابات التعلم فنجد عسر القراءة، عسر الكتابة، عسر الإملاء، عسر الخط، وعسر الحساب.

عسر القراءة

La dyslexie

1- تعريف القراءة:

هناك العديد من الباحثين حاولوا تعريف القراءة سواء كانوا نفسانيين أو لسانيين، عموماً فإن أغلبهم يتفقون على أنها تحمل وظيفتين:

- التعرف على الرموز اللغوية: حيث تتمثل في التعرف على الحروف والكلمات لتكوين جمل وفقرات.

- الفهم: إعطاء معنى للكلمات التي تم التعرف عليها. (السعيد، 2009، ص ص. 16-17)

من خلال هذا التعريف يمكننا القول بأن عملية القراءة تحتاج إلى ميكانيزمات عديدة، وهذا من أجل التعرف على الأصوات المكونة للكلمات وفهمها.

- تعريف Ajuriaguerra (1987):

القراءة عملية لا تتمثل فقط في إدراك الحروف وفهم معنى الكلمة، بل هي كل من عمليتي التحليل والتركيب التي تعطي معنى التشكيل الجديد من التعبير اللساني، وهذا لا يتحقق إلا إذا كانت عمليتا التحليل والتركيب اللتان من شأنهما أن تعطينا معنى لذلك الشكل الجديد من التعبير اللغوي متكاملتان. (عايد إكرام، 2012)

من خلال هذا التعريف يتبين لنا أن عملية القراءة تحتاج إلى تحليل الوحدات المكونة للكلمة ومن ثم إعادة تركيبها، ليتمكن الفرد من نطق الكلمة التي يقرأها.

- تعريف Dictionnaire Fondamental de la psychologie (1998):

القراءة هي جملة من النشاطات الإدراكية اللغوية والمعرفية، التي تسمح للفرد بفك التشفير، فهم وترجمة مقاطع الرموز الخطية التي لها علاقة بلغة معينة.

في هذا التعريف اعتبرت القراءة نشاط إدراكي تفاعلي يستوجب البعد اللغوي والمعرفي، وهذه الأخيرة تمكن الفرد من فك التشفير الرمزي للمقاطع الخطية وكذا فهمها وترجمتها.

2- شروط تعلم القراءة:

يجب أن تتوفر في الطفل بعض الشروط لكي يتمكن من تعلم القراءة فزيادة على سلامة الأعضاء والحواس، هناك بعض الإكتسابات المعرفية التي يجب على الطفل أن يحسنها قبل الدخول إلى المدرسة ومن بينها:

1- الذكاء:

هناك علاقة وطيدة بين عامل الذكاء وتعلم القراءة، وقد اتضح من بحوث عديدة أن التأخر القرائي أكثر انتشاراً بين التلاميذ ذوي الذكاء المنخفض مقارنة بذوي الذكاء المرتفع. ولعل دراسة Gates (1958) دليل واضح على ذلك حيث أكدت أهمية الذكاء كمؤشر بالغ الأهمية للنجاح القرائي، فبينت بأن العمر العقلي للطفل الذي يتناسب مع دخوله للمدرسة، يكون من 5-6.5 سنة، إلا أن عامل الذكاء لا يكون لوحده كافياً إلا بتوفر الأساليب التعليمية الكافية (عايد إكرام، 2012)

2- الطلاقة اللغوية:

لا نستطيع أن نتوقع من الطفل أن يقرأ كلمات غير مألوفة أو بعيدة عن خبرته، لكن عندما تتحقق للطفل الطلاقة في القراءة، فإنه يستطيع استخدام هذه القدرة لتفسير السياق وفهمه، بحيث يستطيع من خلال ذلك زيادة ثروته اللغوية وزيادة فهم المقروء.

3- القدرة البصرية:

إن الآلية الأولى لتعلم القراءة، أو التلطف بالكلمة المكتوبة تكون باستجابة العين للمثير البصري الخطي، ولعل نموذج Seymour يبين أن السيرورة المعالجتية الأولى تكون سيرورة معالجة بصرية وهذا ما أكده Deleplanque محددًا للنشاط القرائي بأنه " سيكوفيزيولوجي

معقد، يهدف إلى إعطاء معنى لجملة من الإشارات الخطية المستقبلية من الرؤية لفهم الفكرة، أو تتابع أفكار الإشارات". (أحمد، 2000، ص. 70)

4- القدرة السمعية:

نستطيع تحديد بكل بساطة العلاقة الوثيقة والصلة بين السمع والقدرة السمعية وتعلم القراءة، فلا عجب أن التلميذ يعاني من مشكلة سمعية، يجد عائقا يحول بينه وبين القراءة والفهم القرائي، فهو عاجز عن الربط السليم بين النغمات (الأصوات) التي يسمعها والكلمات الخطية التي يراها (يقرأها)، كما أنه يجد صعوبة فائقة في تعلم الهجاء الصحيح للكلمات، فيعاني من فقر في قاموسه اللغوي، فينجز عن كل هذا انعكاسات انفعالية قد تعيق الحياة اليومية للطفل أو التلميذ. (أوجيني، 2001، ص: 29)

5- الذاكرة العاملة:

تعرف نظرية معالجة المعلومات، بصفة عامة، على أنها نظام يتكون من مجموعة من الميكانيزمات التي تسمح بترميز المعلومات، تخزينها واسترجاعها واستدعائها.

وحسب أصحاب هذا الإتجاه فإن نظام الذاكرة يحتوي على أنظمة فرعية يتم بها معالجة المعلومات في مظاهرها المختلفة، ومن ثم جاءت فكرة تقسيم الذاكرة إلى عدة أنواع حسب نوع المعلومة، ومضمون أو محتوى المعلومة، وعامل الوقت. بحيث أجمع العلماء على إرتباط الفعل القرائي بكل من الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة، ومن هذا المنطلق بين Baddeley أهمية هذه الأخيرة بالنسبة لعملية القراءة من خلال النموذج الذي قدمه مع Hitch سنة 1974 الذي يوضح فيه مكونات الذاكرة العاملة وهم المحرك المركزي، الحلقة الفونولوجية والمفكرة البصرية الفضائية، حيث أننا سنفصل في هذه النقاط في الفصول القادمة.

6- الوعي الفونولوجي:

يُعرَّف الوعي الفونولوجي على أنه تلك المهارة التي تسمح بكشف المكونات الفونولوجية للوحدات اللغوية وتجهيزها بطريقة واعية. (جمل، 2005، ص. 73)

3-أنواع القراءة:

باعتبار القراءة عملية عقلية مركبة فهي تنقسم إلى عدة أنواع يمكن استخلاصها في نوعين أساسيين هما:

أ-القراءة الصامتة:

هي قراءة سرية متحررة من النطق وتحريك اللسان والشفنتين، تكفي بالقراءة الذهنية بواسطة النظر.

يعرفها مراد عيسى سعد: على أنها استقبال الرموز المطبوعة وإعطائها المعنى المناسب المتكامل في حدود خبرات القارئ السابقة مع تفاعلها بالمعاني الجديدة المقروءة، وتكوين خبرات جديدة وفهمها دون استخدام أعضاء النطق. (عايد إكرام، 2017)

هذا النوع من القراءة لا يشترط استخدام أعضاء النطق، بل يعمل على استقبال الرموز المطبوعة وفهمها في ضوء خبرات القارئ السابقة.

ب-القراءة الجهرية:

هي عملية يقوم القارئ فيها بترجمة الرموز الكتابية إلى ألفاظ منطوقة وأصوات مسموعة متباينة الدلالة حسب ما تحمله من معنى وتعتمد على ثلاثة عناصر: رؤية العين للرمز، نشاط الذهن في إدراك الرمز، التلفظ بالصوت المعبر عما يدل عليه ذلك الرمز.

تعتبر القراءة الجهرية وسيلة تشخيصية علاجية لصعوبات القراءة، فبواسطتها نتعرف على مدى إتقان الطفل لهذه العملية، والتعرف على الأخطاء المرتكبة من أجل تصحيحها.

4- تعريف عسر القراءة:

يعرف Estienne انطلاقاً من آراء Piaget والتي تتعلق بتطور التفكير عند الطفل، بأن الطريق إلى مرحلة المعنى والرمز، تتطلب المرور من الذكاء التوفيقى Synchrétique إلى الذكاء التحليلي Analytique والأطفال الذين يعانون من عسر القراءة لا يتمكنون من اجتياز ذلك الممر، مما يجعلهم يقعون في صعوبات الإدماج السمعي - اللفظي (Auditivo phonétique) واللفظي الشكلي (Phonético-graphique)، إضافة إلى اضطرابات دلالية مع رؤية غير واضحة للمفردات، وعدم فهم المعطيات اللفظية المعقدة وتحكم صعب في اللغة.

تعريف World Fédération of Neurologie (1968):

هو اضطراب يتمثل في صعوبة تعلم القراءة على الرغم من توفر التعليم المناسب والذكاء الكافي، والبيئة الاجتماعية والثقافية الملائمة، فهو يحدث نتيجة اضطرابات العمليات المعرفية العليا والتي غالباً ما تكون من أصل وظيفي. (عايد إكرام، 2017)

5- أعراض ومؤشرات عسر القراءة:

توجد عدة مظاهر يتصف بها الطفل الذي يعاني من عسر القراءة ويمكن أن نحصر أهمها فيما يلي:

- البطء في القراءة.
- أخطاء القراءة الجهرية، وتتضمن حذف وإضافات بعض الكلمات أو تشويهات نتيجة العيوب الصوتية.
- صعوبة الفهم القرائي وتتمثل في عجز الطفل عن استخلاص بعض المعاني والاستنتاجات في المادة المقروءة.
- إخفاق الطفل في استرجاع المادة والمعلومات المقروءة.
- اللاتطابق بين مستوى الذكاء العام ومستوى القراءة.

- اللاتطابق بين نتائج القراءة مقارنة بنتائج الحساب.
 - الاتصاف بخاصة التأتأة والتقطيع.
 - الإلتباع بالأصبع للنص المقروء.
 - ترك الكلمات والسطور أثناء القراءة.
 - عدم تطابق القواعد والمهارات المطلوبة في القراءة.
 - التهجي في القراءة.
 - الإضافات أو الحذف في النص المقروء.(تعوينات، 1998، ص. 27)
- ويذكر منتر (1984) بعض الصفات العامة للطفل الذي يعاني من صعوبات القراءة نذكر منها:

- تكون نسبة ذكاء هذا الطفل عند المتوسط أو أعلى من المتوسط.
- لا يمكن للطفل استرجاع صورة الحروف المفردة وتنظيمات الحروف بصورة سهلة.
- بعض هؤلاء الأطفال مترددون ولديهم صعوبة في التعبير عن أنفسهم.
- لدى هؤلاء الأطفال ضعف في توجيه اليمين واليسار.
- هذا الاضطراب يمكن أن يظهر في أجيال متعاقبة في بعض العائلات، ولكن يمكن أن يحدث كذلك في حالات فردية.
- لدى هؤلاء الأطفال صعوبة في مهارات اللغة على الرغم من الفرص التعليمية الملائمة.

6-أنواع عسر القراءة:

قبل التطرق إلى أنواع عسر القراءة، يجب أن نفرق بين عسر القراءة المكتسب الذي ينتج عن خلل دماغي (نتيجة صدمة عصبية)، وعسر القراءة التطوري، الذي يعتبر اضطرابا لغويا يظهر نتيجة صعوبات في تطور نظام تحليل اللغة المكتوبة. وهذا الأخير هو محور دراستنا الحالية.

1- عسر القراءة الفونولوجي:

يعتبر هذا النوع الأكثر انتشاراً، فالأطفال يعانون من عيب في التكامل بين أصوات الحروف، حيث يلجأ القارئ لاستعمال الطريقة الكلية وبالتالي يجد صعوبة في قراءة الكلمات الجديدة.

في هذا النوع يجد الطفل صعوبة في عملية التجميع هذا ما يؤدي به إلى خطأ في عملية التحليل الفونولوجي. (عايد إكرام، 2012)

2- عسر القراءة السطحي:

هذا النوع يضم الأطفال الذين يعانون من عيوب أولية في القدرة على إدراك الكلمات ككليات، يتميزون بصعوبة قراءة الكلمات المألوفة وغير المألوفة، كما لو كانوا يواجهونها لأول مرة.

فالتعرف البصري الأوتوماتيكي لا يحدث لأنه ليس هناك خزان للتمثيل الكامل للكلمات المرئية (Adugade, 2000) غالباً ما تصاحب اضطرابات معرفية مثل:

- اضطراب على مستوى الكلمات المكتوبة ومعناها.
- اضطراب على مستوى الفهم، خاصة على مستوى التمثيل الشفهي.
- اضطراب على مستوى الكلمات حيث يقوم بكتابة الكلمات كما ينطقها.
- تشتت على مستوى الإملاء خاصة في الكلمات المنظمة والصعبة.

3- عسر القراءة المختلط:

هذا النوع يجمع بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات صوتية (النوع 1) وصعوبات في الإدراك الكلي للكلمات (النوع 2)، أي أنه اضطراب يمس الطريقة الفونولوجية والمعجمية. لذلك فهم يجدون صعوبة في إدراك الكلمات ككليات ، هذا ما يولد لديهم صعوبات كبيرة في القراءة لأن الممرين المستعملين فيها التجميع والإرسال مصابان. (عايد إكرام، 2017)

المحاضرة الثالثة عشرة

عسر الكتابة La Dysgraphie

1- مفهوم الكتابة:

يتخطى مفهوم الكتابة حدود رسم الحروف واجادة الخط فهو عملية تبدأ برسم الحروف وكتابة الكلمات بالطريقة التي تيسر على القارئ ترجمتها الى مدلولاتها وتكوين الجمل والعبارات بالطريقة التي تمكن الكاتب من التعبير عن نفسه. فالكتابة عملية ترتيب للرموز الخطية، وفق نظام معين ، ووضعا في جمل وفقرات ، مع الالمام بما اصطلح عليه من تقاليد الكتابة، كما انها تتطلب جهدا عقليا لتنظيم هذه الجمل وربطها بطرق معينة، وترتيب الافكار، والمعلومات، والترقيم. (احمد علي الكردي وآخرون، 2004، ص108)

2- شروط اكتساب الكتابة:

هناك شروط عامة للكتابة، وبخاصة منها الكتابة العلمية، يجب على كل كاتب اعتمادها في كتابته سواء كانت مقالا أو ورقة علمية أو غيرها، أولها التعبير الواضح الذي لا غموض فيه، فهذا يتطلب استخدام اللغة الفصحى البعيدة عن الركافة والعامية، مهما كانت اللغة التي يكتب بها عربية كانت أو اجنبية، وأن تكون خالية قدر الإمكان من الأخطاء اللغوية النحوية مع ضرورة تنظيم الأفكار بصورة موضوعية منطقية مناسبة، داخل الفقرات. كما يجب البعد عن الغرور، واحكام الحازمة، والتخلي بتواضع العلمي، فالعالم الحق، يزداد تواضعا، كلما ازداد علما، ومن الضروري ايضا، العبد عن التكلف، في اختيار الالفاظ والجمل، واستخدام علامات التنقيط بصورة حسنة، علما بأن الاسلوب الجميل، لا يعني بأي حال من الاحوال، الالفاظ البراقة، الكلمات الغريبة ، بل هو الذي يعتمد العبارات الحلوة، والالفاظ السهلة الممتعة، التي تدخل قلوب القراء دون استئذان، وأشدها إلى النص.

(عبد اللطيف الصوفي، 2007، ص97)

الكتابة عملية معقدة ويحتاج الانسان حتى يستطيع الكتابة الى استخدام عدة وضائف من

وضائف المخ و لذلك يجب الا يكون هناك خلا عصبيا او وظيفيا في شبكة لاتصال داخل المخ المسؤولة عن المناطق التي تتعامل مع المعلومات المستخدمة في الكتابة مثل اللغة و النحو وحركة اليد والذاكرة لذلك فان اضطراب الكتابة يمكن ان يحدث بسبب مشاكل في اي من تلك الاماكن وعلى سبيل المثال فان الطفل الذي يعاني من عدم التفرقة بين الاصوات في الكلمة كان يعاني من مشاكل في الاملاء او ما يسمى اضطراب الهجاء.

(اديب عبد الله محمد النوايسيه، ايمان طه طايح القطاوته،2013، ص. 67)

لاكتساب نشاط الكتابة شروط يجب الاستناد عليها الا وهي

_النمو الحركي والجسمي.

_التنظيم الفضائي والزمني.

_الادراك البصري والسمعي.

_الذكاء.

_التدريب.

ولكي يستطيع الفرد ان يستخدم الكتابة استخداما فعالا في قضاء حاجاته يجب ان تتكون لديه ثلاثة انواع من القدرات...قدرة في الخط ، قدرة في الهجاء وقدرة في تكوين الجمل و العبارات، فلا بد ان يكون الفرد قادرا على رسم الحروف رسما صحيحا والا اضطربت الرموز، واستحالت قراءتها، ولا بد ان يكون قادرا على كتابة الكلمات بالطريقة التي اتفق عليها الناس والا تعذرت ترجمتها الى مدلولاتها، ولا بد ان يكون قادرا على اختيار الكلمات ،ووضعها في مقام خاص والا استحال فهم المعاني والافكار التي تشتمل عليها.

(عبد اللطيف الصوفي،2007، ص. 109)

3-المتطلبات السابقة للكتابة:

إن عملية الكتابة لا بد من الاستعداد لها والتهيؤ لها، ومن ثم تدريب الحواس التي تتعلق بعملية الكتابة تدريبا مكثفا، وباستمرار تحتاج عملية الكتابة إلى سلامة الحواس التالية:

1- العين:

فهي ترى الكلمات وتلاحظ رسم الحروف وترتيبها، فترسم صورها الصحيحة في الذهن مما يساعد على تذكرها حيث يراد كتابتها.

2- الأذن:

فهي تسمع الكلمات وتميز بين أصوات الحروف ولذا يجب تدريس الأطفال على سماع الأصوات، وتمييز بعضها من بعض وإدراك الفروق الدقيقة بين الحروف المتقاربة في المخارج.

3- اليد:

فهي التي تؤدي العمل الكتابي على الدفاتر وجهدا في ذلك جهد عضلي لذا يجب أن يدرّب الأطفال الصغار من التلاميذ الانضباط اليدوي العضلي في رسم الحروف وكتابة الكلمات حتى تصبح ذلك من عاداتهم فيفيدهم في السرعة الكافية مع تجويدها.

(عبد الفتاح البجة، 1999، ص. 276)

4- تعريف عسر الكتابة:

عبارة عن تشوه في شكل حروف أو تباعد حجمها وتباعد المسافات بين الكلمات مع تمايل السطور، وتباعد درجات ضغط القلم أثناء الكتابة.

-وهي صعوبة الطفل في الكتابة أي جملة وهي صعبة في الأداء وتكون بدون سبب في الأعضاء أو في الاعصاب، إعادة التربية تكون طويلة المدى ولا بد من ان تكون مبكرة و

ترتكز أساسا على إعطاء الطفل جلسات خاصة. (سميرة ركزة، 2018، ص. 48)

5- مفهوم عسر الكتابة:

تعددت الدراسات التي بحثت في مجال وصف صعوبات الكتابة. فمنها ما تناولها باعتبارها اضطرابات في الضبط الحركي. ومنها ما تناولها باعتبارها اضطرابات في الإدراك البصري، ومنها ما وصف صعوبات الكتابة باعتبارها اضطرابات في الذاكرة البصرية، حيث يشير

"مايكلبست"، إلى أن عجز الكتابة الناتج عن "الخلل الوظيفي البسيط بالمخ" يرجع إلى أن

الطفل يكون غير قادر على تذكر التسلسل الحركي لكتابة الحروف والكلمات، فالطفل يعرف الكلمة التي يرغب في كتابتها ويستطيع نطقها وكذا لك يستطيع تحديدها عند مشاهدته لها، ولكنه مع ذلك غير قادر على تنظيم وإنتاج الأنشطة الحركية اللازمة لنسخ أو كتابة الكلمة من الذاكرة .

ويذكر "لوريا" أن العجز في الضبط الحركي قد ينتج عنه صعوبة في المخرجات الحركية عند محاولة إرسال الإشارات المناسبة للجسم والذراع، واليد والأصابع للقيام للقيام بالحركة الضرورية للكتابة (الحركات الدقيقة).

أما "جونسون" فيرى أن تعلم الكتابة يتطلب من الطفل أن يفرق ويميز بصريا بين الأشكال والحروف والكلمات والإعدادات....الخ. فالأطفال الذين يعانون من صعوبة في تمييز الحروف والكلمات بصريا لديهم أيضا صعوبة في إعادة إنتاجها أو نسخها بدقة.

يؤكد "هاريسون" من خلال دراسته للأطفال ذوي تلف المخ أن مشكلات الكتابة التي تظهر لدى هؤلاء الأطفال يمكن تصنيفها في الفئات التالية:

- 1_ اضطرابات في الإدراك البصري (معرفة الأشياء والصور) والتمييز البصري.
- 2_ اضطرابات في العلاقات المكانية - البصرية وتتضمن إدراك الوضع في الفراغ وتجميع الأجزاء إلى الكل.
- 3_ اضطرابات في القدرة الحركية -البصرية. وهي القدرة على معالجة العلاقات المكانية.
- 4_ اضطرابات في التناسق الحركي- البصري. مثل الرسم أو إعادة إنتاج ما تم معرفته وإدراكه.

ويشير "كيفارت" إلى أن الاضطرابات في ادراك العلاقات المكانية_ البصرية ترتبط بالعجز في الكتابة.(محمد علي كامل، 2006 ، ص ص. 99-98)

6-ميزة الأطفال ذوي عسر الكتابة:

ويمتاز الأطفال ذوو صعوبات تعلم الكتابة بالعديد من الخصائص السلوكية التي تميزه عن

غيره من الأطفال العاديين نذكر منها ما يلي:

- 1-النسخ بصورة غير دقيقة.
- 2-الحاجة إلى وقت طويل بصورة مفرطة لإكمال العمل الكتابي.
- 3-كتابة الحروف المتصلة في الكلمة بصورة منفصلة.
- 4-يجعل العيون قريبة من الصفحة عند الكتابة.
- 5-يمسك القلم بصورة خاطئة.
- 6-عدم تجانس الحروف عند الكتابة والخط ما بين الحروف الكبيرة والصغيرة بصورة غير متجانسة.
- 7-يرتكب أخطاء عكس الحروف بصورة متكررة.
- 8-تشويه صورة الحروف عند الكتابة.
- 9-يرتكب أخطاء في ترتيب الكلمات في الجملة.
- 10-يواجه مشكلات في تفسير وتركيب الجمل.
- 11-يواجه صعوبة في إكمال الفراغات في الجمل.
- 12-بطء في معالجة اللغة الشفهية أو الكتابية أو كليهما.
- 13-صعوبة في استخلاص الأفكار من النص.
- 14-يتأخر كثيرا عند محاولة تذكر الكلمات.
- 15-يواجه مشكلات في فهم قواعد استخدام اللغة.
- 16-رداءة في تركيب الجمل وال فقرات.
- 17-رداءة في تنظيم المقالات الكتابية.
- 18- يرتكب أخطاء في آليات الكتابة (علامات الترقيم).
- 19- لا يدقق ما يكتب.

20- العجز في تصويب الأخطاء التي يرتكبها.

21- قد تكون كتابته غير مفهومة. (أسامة محمد البطاينة وآخرون، 2005، ص. 167)

7- تصنيف العسر الكتابي:

يمكن تصنيف العسر الكتابي الى نوعين أساسيين هما:

7-1- العسر الكتابي المكتسب: ويتضمن نمطين:

-العسر الكتابي الفنولوجي:

ويقصد به عدم قدرة الفرد على تهجي الكلمات التي لا معنى لها، بمعنى أن الطفل ليس لديه القدرة على أن يجمع الحروف معا أو يستخدم العناصر المعتمدة على الصوت في تكوين الكلمات لكي يصل إلى التهجي الصحيح لها، وبالتالي فهو يستطيع فقط أن يتهجى الكلمات لكي يصل إلى التهجي الصحيح لها، وبالتالي فهو يستطيع فقط أن يتهجى الكلمات داخل المنظومات المعتمدة على المعنى .

-العسر الكتابي السطحي:

وفي هذا النوع تكون لدى الفرد مشكلات في كتابة الكلمات غير المنتظمة حيث يميل إلى إتباع تهجي الكلمات اعتمادا على القواعد النطق، وليس على التهجي الصحيح الخاص بالكلمة.

7-2- العسر الكتابي النمائي: وينقسم الى نمطين:

-العسر الكتابي النمائي الصوتي:

وفيه تؤثر الصعوبات على القواعد المعتمدة على الصوت بينما تظل المعرفة الخاصة بالكلمات في حالة جيدة.

-العسر الكتابي النمائي السطحي:

وفي هذا النوع يكون المسار الصوتي للتهجي قد تأسس بصورة جيدة بينما تظهر الاضطرابات في المسار المعجمي الدلالي أي المعرفة الخاصة بالكلمات.

(مراد عيسى علي وزميله، 2007، ص ص. 141-142) .

8-تشخيص وتقييم عسر الكتابة:

تعددت مداخل تقييم وتشخيص "عسر الكتابة"، ومن هذه المداخل تقييم اليد المفضلة في الكتابة، تقييم الأخطاء في الكتابة، كما أن من هذه المداخل المدخل الكلي الشامل لتشخيص "العسر الكتابي". (محمد علي كامل، 2006، ص. 108)

حيث يشير "بنتون" أولى، إلى أن التقييم الأولي الذي يجب إجراؤه يتمثل في تحديد اليد المفضلة لدى الطفل وتمييز اليمين من اليسار. أما "لويس، ك. وآخرون، فيذكران أنه يمكن تقييم الأخطاء في الكتابة من خلال المهارات الفرعية العشرة الآتية:

- 1-وضع الجسم بالنسبة لوضع ورقة الكتابة.
- 2- طريقة الإمساك بالقلم.
- 3-تقييم الخطوط في الكتابة:
 - عمودية- فوق ، تحت.
 - أفقية- يمين أو شمال.
 - منحنية إلى اليسار أو اليمين .
 - هيل الحروف- يمين أو شمال.
- 4- تشكيل الحروف (الشكل والحجم).
- 5- استقامة الخط.
- 6- الفراغات بين الأحرف.
- 7- نوعية الخط
 - الضغط على القلم أثناء الكتابة (داكن . خفيف).
 - استقامة الخط وعدم تموجه.
- 8- وصل الخطوط .
- 9- إكمال الحروف.

10- التقاطع. (محمد علي كامل، 2006، ص. 109)

أما " ويدرهولت " فيذكرون تسع نقاط يتم من خلالها ملاحظة الأطفال لوصف وتشخيص -
-اضطرابات الكتابة لديهم:

- 1- وضع اليد والذراع والجسم تجاه الورقة المستخدمة للكتابة عليها.
- 2- حجم (مساحة الأحرف (صغيرة جدا. كبيرة جدا (...)).
- 3- التناسق بين شكل الأحرف وأيضا بين شكل الكلمات.
- 4- جودة التخطيط بالقلم: ثقيلة جدا، خفيفة، متغيرة.
- 5- ميل الأحرف: شديد جدا أو الأحرف غير منتظمة.
- 6- تشكيل الأحرف: الأحرف غير متصلة، إغلاق وتوصيل ضعيف للأحرف ببعضها
- 7- استقامة الأحرف (غير متناسقة).
- 8- الفراغات بين الأحرف والكلمات (متناثرة جدا - ضعيفة جدا) .
- 9- سرعة الطفل في الكتابة: سريع جدا - بطيء جدا.
- 9- علاج عسر الكتابة:

يتضمن العلاج الطبي الجسمي إذا كان الفرد يحتاج إلى أجهزة تعويضية مثل النظارات والسماعات والأطراف الصناعية بالإضافة إلى العلاج بالعقاقير حسب الحالة المرضية. (سليمان عبد الواحد، بدون سنة، ص. 324)

كما يشتمل على العلاج والإرشاد النفسي إذا كان ميل المتعلم للعمل المدرسي سلبيا أو يعاني المتعلم من نشاط زائد. فضلا عن توجيه الأسرة وإرشادها نحو الاهتمام بمتابعة أداء ابنها في المؤسسة التربوية وهي المدرسة. (سليمان عبد الواحد، بدون سنة، ص. 324)

المحاضرة الرابعة عشرة

عسر الحساب

La Dyscalculie

1- ما هو الحساب:

يعتبر الحساب من أهم النشاطات التي تتطلب التركيز والدقة، فالطفل يأتي إلى العالم بدون مفهوم رقمي مدرك، ومن خلال تفاعله مع المحيط يتعلم الطفل بحواسه وبشكل فعال، هذا التعلم يسمح للطفل بأن يبني صورة ذهنية عن الأعداد التي تمكنه من حل العمليات الحسابية كالجمع، الطرح، الضرب، والقسمة. هذه العمليات البسيطة هي الأساس التي تقوم عليها العمليات المعقدة. ويقدم الحساب المهارات الحسابية كالعقد وجمع الأشياء ومقارنة الكميات.

يعرف Aikson الحساب (1972) على أنه هدف دراسة لسانية وليس البحث لوحده عن تأثير اللغة حول القدرات الرياضية. (Fayol, 1990, P. 23).

وجاء في معجم الأرتوفونيا أن " الحساب يرتبط بالكثير من العمليات، والحساب هو مرحلة اتخاذ القرار ويثبت هذا عن طريق كتابة عدد بين عددين، إذا الحساب هو وضع نتيجة بعدد ثالث وذلك عن طريق تطبيق قواعد بمساعدة القواعد الخاصة بكل حساب "

(Brin, Courrien, Lederlyé, Masy, 2004, P. 41)

والحساب هو التطبيق الفعلي للرياضيات، أي القدرة على فهم الرياضيات واستخدام قواعدها بفاعلية في كل مواقف الحياة اليومية. (بدوي، 2007، ص. 123)

2- أهداف تعلم الحساب:

يهدف الجميع إلى تعلم الحساب سواء كان بطريقة مباشرة أي في المدرسة أو بطريقة غير مباشرة أي قبل الدخول إلى المدرسة أين يحاول الطفل إيجاد عدد الأشياء الموجودة بين يديه وتكون هذه طريقة عشوائية في تعلم الحساب حتى يدخل الطفل إلى المدرسة ويتعلم قواعد

وقوانين الحساب، ومن أهداف تعلم الحساب هي:

- هو السرعة والدقة في الوصول إلى النتائج واكتساب المهارات، أي السرعة والدقة في إجراء عمليات الجمع، الطرح، الضرب والقسمة على الأعداد الصحيحة، الاعتيادية والعشوائية.

- وأن يكتسب مهارة حل المسائل، فالمهارات الحسابية تعزز التفكير على الإبداع وتساعد الفرد على حل المشكلات اليومية سواء في البيت أو العمل أو اللعب.

(ابراهيم، 1997، ص. 112)

3-تعريف عسر الحساب:

هناك عدة تسميات لاضطراب عسر الحساب فنجد في الكتب والمراجع عدة تسميات لهذا الاضطراب فهناك من يطلق عليه اسم صعوبة تعلم الرياضيات، أو صعوبات الحساب أو اضطراب الحساب النمائي أو العجز الرياضي والعجز الرياضي النمائي، كما يطلق عليه البعض إسم، أو الديسكالوليا أو الاحسابية، أكالوليا. كل هذه التسميات تشير إلى الصعوبة الكبيرة التي يواجهها بعض الأشخاص في فهم واستخدام الرموز الرياضية أو لحل العمليات الحسابية أو المسائل الرياضية، أو استرجاع الحقائق الحسابية من الذاكرة طويلة المدى. وسنتطرق فيما يلي إلى تعريف عسر الحساب:

يعرف KOSC (1974) عسر الحساب أنه" اضطراب في تركيبة المهارات الرياضية، حيث أصلها جيني أو مرتبط بشكل خلقي يمس المناطق التي أساسها تشريحي- فيزيولوجي مباشر لنضوج المهارات الرياضية بدون وجود اضطراب واحد للوظائف العقلية بصفة عامة".

(Inserm, 2007, P. 292)

ويعرفه Temple (1992) على أنه "اضطراب في القدرات العددية والمهارات الرياضية التي تظهر عند أطفال ذو ذكاء عادي والذين لا يظهرون قصور عصبي مكتسب".

(حدون كنزة، 2017)

وحسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس DSM5 عسر الحساب مصطلح يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من الصعوبات التي تتميز بمشاكل في معالجة المعلومة الرقمية، وتعلم الحقائق الرياضية، وتنفيذ عمليات حسابية دقيقة أو سلسلة. (DSM 5 ترجمة د. أنور الحمادي)

4-أسباب عسر الحساب:

1- العامل العصبي:

في البداية إتجه العلماء إلى دراسة الأساس العصبي لعسر الحساب، ومؤخرا في دراسات Neuroimagerie بينت خصوصيات تشريحية ووظيفية لشق الفص الجداري الداخلي (Le silloninterpariétal) عند بعض الأطفال المصابين بعسر الحساب. كذلك Lsaacs وآخرين (2001) قارنوا كافة المادة الرمادية عند مجموعتين من المراهقين ولدوا في نفس فترة الولادة (أطفال خدج)، حيث أن المجموعة الأولى مصابين بعسر الحساب، أما المجموعة الثانية فهم عاديين غير مصابين بعسر الحساب. على مستوى الدماغ للمراهقين ذوي عسر الحساب كان لديهم نسبة أقل للمادة الرمادية في المناطق الفص الجداري الداخلي في المناطق أين النشاط ينتج في مهمة حل الرياضيات.

وتظهر الصعوبة عند الفرد المصاب بعسر الحساب في عد في مجموعة صغيرة le

subitizing بحيث يكون العجز على مستوى المنطقة الخاصة بعمليات العد في الدماغ، و

الدراسات التي اقيمت من طرف (Cappelletti & Price, 2014. Castelli,Glaser,&

Butterworth,2006 ; Kucianet ai (2006 باستعمال التصوير بالرنين المغناطيسي

الوظيفي IRMF أثبتت أن الجزء المسؤول على العد في مجموعات صغيرة غير منشط عند

الأطفال المصابين بعسر الحساب النمائي، ولوحظ نشاط طفيف في منطقة دماغية عند

هؤلاء الاطفال عند قيامهم بالعمليات الحسابية. (David A. Sousa, 2015, P.175)

2- إصابات المخ:

تعد إصابات المخ من بين الأسباب التي تؤدي إلى عسر الحساب، حيث تؤثر الاضطرابات التي تصيب المخ في اكتساب المهارات الرياضية، فمن خلال الدراسة التي قام بها Chocan (1999) باستخدام المسح والرنين المغناطيسي، تبين أن الطرح، الضرب ومقارنة الأرقام تستثير مناطق مختلفة في الفصين الخلفيين الأيمن والأيسر للمخ، وبما أن المنطقة الخلفية اليسرى هي التي تعطي الارتباط بين المعلومات الكمية والشفرة اللغوية المخزنة في منطقتي بروكا وفرنيكي، فالفص الخلفي الأيمن هو الأكثر نشاطاً أثناء مقارنة الأرقام لأن المقارنة تنطوي على التوصل إلى نظام الأرقام العربي ولا يتطلب أي ترجمة لغوية، بينما الفص الأيسر هو الأكثر نشاطاً أثناء عملية الضرب لأن المخ يراقب نتائج العملية أثناء الحسابات اللفظية، وبالنسبة لعملية الطرح تتطلب النظام الرقمي الداخلي والتسمية اللفظية الناتجة، فأى خلل في هذه الأجزاء سوف يؤدي إلى ضعف في المهارات الرياضية. من بينها إصابات في العظم القذالي أو العظم الجداري أو الأجزاء الصدغية لقشرة المخ، وأن الأداء الرياضي يتطلب سلامة العديد من هذه المناطق القشرية.

(عيسى، خليفة، 2007، ص. 140)

3- العامل الجيني:

ذكر كل من Gillis & Gefries 1991, Plomin & Kova 2005 أن هناك أدلة على بعض التأثير الوراثي على الاختلافات بين الأفراد في مهارات الرياضيات، حيث أشارت الدراسة التي قام بها مركز كولورادو لدراسة اضطرابات التعلم على ما يزيد عن 250 زوجاً من التوائم فوجدوا أن العوامل الوراثية الشائعة تشمل كلا من الرياضيات والقراءة عند الأطفال المصابين بعسر القراءة وعسر الحساب. (أمتثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبد الله الحمدان، 2016، ص. 839)

4- اللاتماثل بين نصفي المخ:

يذكر Lerner (2000) أن مخ الإنسان مكوّن من نصفين متطابقين في البنية ولكن يختلفان من حيث الوظيفة، حيث الفص الأيمن يتعامل مع المثيرات غير اللفظية، الإدراك المكاني، الرياضيات، الموسيقى، الاتجاهات، تسلسل الوقت، الوعي بالجسم، أما الفص الأيسر فهو مرتبط بالنشاطات الخاصة باللغة. (زيادة، 2006، ص. 96)

وحسب Rourke (1985) فإن إصابة الفص الأيمن ينجر عنه "عرض التعلم غير اللفظي" ومن أعراضه نذكر أهمها وهي: اضطراب في الوظائف البصرية الفضائية والانتباه الموجه، الانخفاض في استعمال الملموس (اكتساب العلاقات المنطقية يرتبط باستعمال أشياء ملموسة وهذا الأخير يخضع للفضاء)، وسيطرة اضطرابات تعلم الحساب.

حسب Spiers (1987) تؤدي إصابة نصف الكرة المخية اليمنى إلى عدم القدرة على تطوير المخططات وعلاقات فضائية اللازمة وعدم فهم النظام الرقمي والحساب.

أما بالنسبة لإصابة نصف الكرة المخية اليسرى فهو يؤدي إلى صعوبة تخزين العمليات الحسابية وصعوبة لوضع الأرقام أثناء إجراءات الحساب الكتابي وكذلك يؤدي إلى صعوبة على مستوى استعمال قوانين ترجمة الأعداد. (Seron, Pesenti, 2000, P. 63)

5- الصعوبات اللغوية:

في حالة اضطراب اللغة الاستقبالية يجد الشخص صعوبة في ترجمة المصطلحات أو المفاهيم الحسابية، أما في حالة اضطراب اللغة التعبيرية، فيجد الشخص صعوبة في استخدام المفردات الرياضية أو في صياغة المسائل أو المشكلات شفهيًا. (ملحم، 2002، ص. 337)

6- قصور الانتباه:

اثبت Badian في (1933) أن العديد من الأطفال يعانون من الأخطاء الحسابية، مثل الأخطاء الاسترجاعية أو الأخطاء الإجرائية (صعوبة استرجاع الحقائق الرياضية أو صعوبة إجراء العمليات الرياضية) ليس لصعوبة خاصة ولكن بسبب صعوبة انتباهية أكثر

عمومية، ووجد Rouk (1989) أن الأطفال ذوي صعوبات تعلم الرياضيات ذو المهارات السليمة نسبيا في كل من القراءة و التهجي يعانون من قصور في الانتباه - البصري و اللمسي، ولكن أداء مرتفع نسبيا في الذكاء اللفظي السمعي.
(Weil – Barais, 2004, P. 172)

7- صعوبات الذاكرة:

الذاكرة تلعب دور رئيسي في النشاطات الرقمية الأولى (سلسلة الأرقام التقليدية، نتيجة العمليات)، تعلم العمليات يسجل بانتقال بين تنفيذ المخطط الحسابي والاسترجاع من الذاكرة طويلة المدى للحقائق الرياضية. إلا أن المهارات المتدخلة في العمليات الذهنية مقيدة بالذاكرة العاملة.

الدراسات تبين أنه كلما زاد السن كلما زاد سعة التخزين السمعي والبصري للأرقام، بمعنى عدد الأرقام التي يكون في مقدار الشخص إعادتها أو إعادة إنتاجها بعد سماعها أو رؤيتها. بعض الباحثين يعتبرون أن تزايد الذاكرة العاملة (أو الذاكرة قصيرة المدى) هي العامل الأساسي في زيادة الكفاءات التي هي في طور النمو. إذا كان مخزن الرقم ضعيف، الشخص مجبر على الرجوع إلى مصدر المعلومة. نرى أيضا لأن بعض الأطفال مجبرين للنظر عدة مرات إلى الصبورة أين كتب المعلم من أجل نقل المعلومة إلا أن آخرين يستطيعون نقل المعلومة من نظرة واحدة. سرعة تنفيذ العمليات ودقة الحساب مرتبطان بمخزن الأرقام. (Noël, 2001, Bernoussi, 2002)

8- القصور الإدراكي:

إن الأطفال المصابين بعسر الحساب لديهم صعوبات في القدرات الإدراكية البصرية، ويبدو هذا من خلال عدم قدرة بعض هؤلاء الأطفال على عد الأشياء في سلسلة مصورة عن طريق الإشارة إليها بقولهم (1، 2، 3، 4، 5).

ويتعلم هؤلاء الأطفال هذه الأعداد بالتدريب على أشياء حقيقية محسوسة أي بمسك الأشياء، وهي مهارة مبتكرة تقوم على النمو الإدراكي. (الزيات، 1998 ، ص. 550)

أما فيما يخص القصور الإدراكي السمعي، فهم لا يفهمون التعليمات اللفظية والشرح الذي يلقي عليهم أثناء دروس الحساب. كما يعتبر الزمان، المكان، الكمية، المقدار، الترتيب، الحجم، المسافة، والطول من المفاهيم غير المحسوسة، وأيضا من الأساسيات المهمة المرتبطة بتعلم الحساب، ويعاني التلاميذ ذو عسر الحساب من ضعف الشعور وقلة الإدراك للمفاهيم المتصلة بالعلاقات مثل أعلى وأسفل، فوق وتحت.

(الزيات، 1998 ، ص. 550)

9- قصور في استراتيجيات تعلم الحساب:

تشير الدراسات والبحوث التي أجريت على تلاميذ ذوي عسر الحساب بالبطء والتردد في اشتقاق واختيار الاستراتيجيات الملائمة، وخاصة تلك المتعلقة باسترجاع المعلومات والحقائق الرياضية. (الزيات، 1998 ، ص. 554)

10- قلق الرياضيات:

قلق الرياضيات ينشأ من خوف الفشل المدرسي، وشعور التلميذ بالفشل، وعدم القدرة على تعلم العمليات الرياضية يقلل من تقديره لذاته أو تقدير الآخرين له، مما يشعره بالإحباط والفشل ويسبب له القلق، وكلما ازداد قلقه قلَّت ثقته بنفسه، وهذا يؤثر سلبا على قدراته وأدائه وتقدمه، ويظهر " قلق الرياضيات " عند أداء بعض التلاميذ لحل المشكلات الرياضية أو المسائل الحسابية مما يؤدي هذا القلق إلى اضطراب وصعوبة في حلها التي ينتج عنها اضطرابات في الحساب.

كما قد يؤدي هذا إلى تنمية اتجاهات سالبة نحو تعلم الحساب وتطبيق ما تعلمه من حقائق رياضية في حل المسائل. (حدون كنزة، 2017)

11- نسبة الذكاء:

بعض الدراسات تشير إلى أن هناك علاقة بين نسبة الذكاء وصعوبات التعلم بصفة عامة، فكلما انخفضت نسبة الذكاء كلما كان هناك صعوبات في التعلم. (Vanin, 2009, P. 192)

12- العوامل المدرسية:

تلعب العوامل المدرسية دورا مهما في إحداث عسر الحساب عند الأطفال، فحسب Sharma (1989) من بين العوامل التي تساهم في إحداث عسر الحساب هو القائمين على تدريب المدرسين الذين ليس لديهم المعارف الكاملة عن نظرية التعلم وتكوين المفهوم الرياضي وليس لديهم المعارف الكاملة لاستخدام التكنولوجيا كأداة للتعلم. وحسب Cawley (1978) عدد قليل جدا من المدرسين يدركون نمو المعارف الرياضية خلال سنوات ما قبل المدرسة، ونموها في السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية وعلاقة هذا النمو بالتمدرس. (زيادة، 2006، ص. 118)

13- العوامل المنزلية:

الأطفال الذين يعانون من عسر الحساب غالبا ما ينتمون إلى أسر مستوياتهم الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية متدنية، فهم لا يتابعون مستوى أبنائهم وتحصيلهم في كل المواد والواجبات عامة وفي الرياضيات خاصة، وبهذا ينخفض المستوى التحصيلي لأبنائهم. (حدون كنزة، 2017)

5-مظاهر عسر الحساب:

هناك العديد من مظاهر عسر الحساب نذكر أهمها وأكثرها شيوعا، وهي:

- الإخفاق في فهم المسائل الرياضية شفويا.
- الإخفاق في قراءة الرموز الرياضية بشكل صحيح (الأعداد والعلاقات الحسابية والجبرية)، وفهم مدلولاتها.
- صعوبة كتابة الأرقام الحسابية أو الرموز الرياضية بشكل صحيح، والخلط بينها.
- صعوبة فهم الأفكار والعلاقات الرياضية (أكثر من، أقل من، يساوي...إلخ) وكذلك (أكبر من، وأصغر من، ويساوي)، والمفاهيم الرياضية الأساسية في الحساب (العدد، المسافة، الجذر، التربيع...إلخ)
- الخلط وصعوبة التمييز بين الأرقام المتشابهة (مثال ٨ و ٧، 9 و 6، 13 و 31)

- صعوبة فهم وإجراء العمليات الحسابية الأساسية والخط بينها، كأن يجمع الطفل بدلا من الطرح، والقيام بإجراء أكثر من عملية كالجمع و الطرح في مسألة واحدة بدلا من أن يجمع فقط.

- الصعوبة في التميز البصري - الفضائي للأرقام.

- صعوبة تذكر حقائق العمليات الحسابية كالضرب والجمع.

- لا يدرك الطفل إدراكا سريعا وتلقائيا أن $5 + 7$ تساوي $7 + 5$ وأن 3×7 تساوي 7×3 .

- صعوبة إكمال نمط سلسلة الأعداد (1، 5، 9...).

- يصعب عليه الانتقال من عملية حسابية إلى أخرى.

- يجد صعوبة في التميز بين رموز العمليات الحسابية (+ ، - ، × ، ÷).

- يجد صعوبة في فهم الكلمات أو الرموز التي لها معنى رياضي مثل (بعد نصف ساعة،

أكبر من، ينتمي إلى...إلخ).

المحاضرة الخامسة عشرة

عسر الإملاء

La Dysorthographie

-تعريف شحاتة 1993:

هو صعوبة تأسيسية طويلة الأمد في القدرة على الكتابة بنسبة إلى معيار السن خارج نطاق أية إعاقة عقلية أو حسية، قد يرد هذا الاضطراب لوحده لكنه في أغلب الأحيان يرافق عسر القراءة ولا نستطيع التكلم عن هذا العجز قبل سن الثامنة. (شحاتة، 1993، ص. 42).

-أهداف تدريس الإملاء:

يحتل الإملاء المركز الأعلى في هرم تعلم المهارات والقدرات اللغوية، بحيث تسبقها في الاكتساب مهارات الاستيعاب والقراءة والكتابة، وإذا ما واجه الطفل صعوبة في اكتساب المهارات الأولى فإنه سيواجه صعوبة في تعلم الإملاء.

- تعويد الطالب الكتابة الصحيحة وفقا للقواعد الإملائية .

- تدريب الطالب على رسم الحرف والكلمات بشكل واضح وخط مقروء.

- التمييز بين الحروف المتشابهة.

- تنمية القدرة على كتابة الكلمات المسموعة كتابة صحيحة وبسرعة وإتقان.

- تحسين أساليب الكتابة وإنماء الثروة التعبيرية بما يكتسبه من مفردات وأنماط لغوية من

خلال نصوص الإملاء.

1- أعراض عسر الإملاء:

تشابه كثير من الحروف الصوتية في الرسم الخطي، تشابه التمييز بينها مثل (ب, ت, ث

) و (ح, خ, ج)

- تعدد أشكال بعض الحروف العربية، ومثال على ذلك حرف الكاف، الهاء والياء.

- التتوين وهو صوت ينطق ولا يرسم في كلمة بل يرسم حركتين.

- هناك مشكلة الحروف, التي تكتب ولا تلفظ مثل الألف بعد واو الجماعة. (سافروا)
- مشكلة الحروف التي تلفظ ولا تكتب مثل (والله, التي, أولئك, الذين).
- حرف الألف يشكل مشكلة, عندما يأتي في آخر الكلمة فقد يرسم ألف قائمة أو ألف مقصورة حسب القاعدة الإملائية.

بعض الحروف تنطق بطرق مختلفة (للحرف الواحد) مثل تاء التانيث في آخر الكلمة. (أبو سعد، 2015، ص. 49)

- الإبدال: يبدل التلميذ مواقع الحروف (سطح, طسح).
- القلب: يقلب الحروف والأرقام من حيث الاتجاه.
- أخطاء في القواعد مثل كتابة تاء الفعل وتاء الاسم (أكلت, أكلة).
- سوء النقطيع - التفكيك مثل: (الحدي قة).

2- أسباب عسر الإملاء:

- عدم الرعاية الصحية والنفسية, ضعف في حاستي السمع والبصر.
- نسيان القاعدة الإملائية الضابطة.
- عدم القدرة على التمييز بين الأصوات المتقاربة.
- الضعف في القراءة و عدم التدريب الكافي عليها.
- إستخدام اللهجات العامية في الإملاء.
- صعوبة في تنظيم المكان والزمان للجملة بحيث أن الطفل لا يميز بين الوظائف المختلفة للكلمات في الجملة.(شحاتة، 1993، ص. 42).

3-أنواع الإملاء:

- الإملاء المنقول: (النسخ) وهو أن ينسخ الطلاب النص من كتابهم أو من السبورة, وينتهي بنهاية الصف الثالث, إلا في حالات خاصة فيستمر في التدريس.
- الإملاء المنظور: أن تعرف القطعة, فتنتقل أو تفهم ثم تهجي كلماتها الصعبة وتبرز على السبورة ثم تحجب وتملي وينتهي هذا النوع من الإملاء بنهاية الصف الرابع.

- الإملاء الغير منظور: وهو أن يستمع الطلاب للقطعة, وأن لا يراها ويناقشوا معناها و كلماتها الصعبة, ثم تملي عليهم ويعطى قليلا من الثالث والرابع وكثيرا من الخامس والسادس.
- الإملاء الاختياري: فرصة تقويم الطلاب في الإملاء, وهو نوع غير متطور ولا تناقش فيه الكلمات الصعبة. (عواد، 2012، ص ص. 224-225).

المحاضرة السادسة عشرة

اضطرابات اللغة الراجعة إلى إصابة عصبية

يتعرض الإنسان عادة إلى إصابات دماغية ويختلف نوع الإصابة، إلا أن بعض الإصابات أظهرت بعض الآثار الجانبية كمشاكل في اللغة والفهم والعمليات المعرفية، ومن بين هذه الإصابات نجد "الحبسة". (خير الزراد. 1999. ص. 200)

1-تعريف الحبسة: « Aphasie »

كلمة أفازيا عبارة عن مصطلح يوناني الأصل مكون من مقطعين (a) ويعني عدم أو خلو، (phasia) وتعني الكلام، وبهذا الشكل كلمة أفازيا تترجم إلى اللغة العربية باحتباس الكلام، وليست الأفازيا مجرد انعدام القدرة على النطق وإخراج الصوت ولكنها أيضا تعطل في الوظيفة الكلامية من حيث قدرة الفرد على الإدراك الصوتي والتعبير بالرموز سمعا وبصرا أو كتابة أو نطقا أو غير ذلك وحتى لو كانت الحواس وعضلات الفم سليمة، وتسمى أيضا بالحبسة اللفظية مثلما أشار إليها (Head)، بينما (Goldstein) أطلق عليها اسم الحبسة الحركية، كما سماها أيضا (Cohen) بأفازيا التحقيق الصوتي.

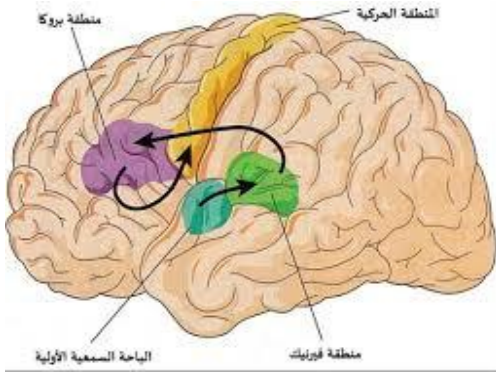
(Trousseau. 1877)

وهي مجموعة التشوهات التي تؤثر على تنظيم الوظيفة اللغوية سواء على مستوى التعبير أو الفهم وذلك نتيجة إصابة المناطق المسؤولة عن اللغة على مستوى نصف الكرة المخية اليسرى للدماغ بالنسبة للفرد الأيمن، تحدث هذه الإصابة عند الراشد بعد اكتساب اللغة كما قد تصيب الأطفال قبل اكتساب اللغة وتسمى الحبسة الخلقية « Aphasie Congénitale » أو في مرحلة اكتساب اللغة أو بعدها وتسمى حينها بالحبسة المكتسبة عند الطفل « Aphasie Acquisée de L'enfant ». (خديري نورهان، حموتي أحلام نورة، 2021)

وفي تعريف آخر هي قصور مكتسب في استعمال اللغة الشفهية والكتابية معا، ويعرف عبد العزيز السرطاوي وآخرون (2002) الحبسة الكلامية في معجم التربية الخاصة بأنها قصور في القدرة على فهم واستخدام اللغة التعبيرية الشفهية والكتابية، وترتبط عادة بنوع من الإصابة

في مراكز النطق والكلام في المخ، وينتج هذا الاضطراب عن خلل يصيب مراكز اللغة في الدماغ، وتنتج من عدة أسباب منها: جرح في الرأس، أورام في الدماغ، الجلطة الدماغية، وحتى تعتبر الحالة حبسة كلامية يجب أن تكون الإصابة قد حدثت بعد اكتمال اللغة.

(بن عربية، شوال.2016. ص.39)



2-أسباب الحبسة والعوامل المسببة لها:

توجد أسباب عديدة للإصابة بالحبسة، وعلى الرغم من أن الإصابات الدماغية هي أهم أسباب الإصابة بالحبسة فقد أورد الباحثون بعض العوامل الجينية والكيميائية الحيوية، بالإضافة للعوامل البيئية (فاروق. 2013، ص. 128). وشخصية المصاب.

1-الإصابات الدماغية:

إن التلف الدماغى هو أكثر العوامل المؤدية للإصابة بالحبسة.

-في الحبسة الحركية:

ثبت من تشريح جنث الأفراد المصابين بها وجود إصابة في التلفيف الثالث من المخ بالمنطقة الجبهية.

-في الحبسة الحسية:

تقترب الإصابة القشرية (الوعائية) من المناطق السمعية في الفص الجدارى من الدماغ.

-حبسة العمى اللفظي:

تتميز بوجود اضطراب المراكز العصبية البصرية للكلام دون المراكز العصبية السمعية ففي هذه الحالات تتصاحب بإصابة قفوية في الدماغ حيث ينقطع الاتصال بين المناطق البصرية ونصف كرة المخ.

-الحبسة النسيانية:

توجد إصابة دماغية في الفص الصدغي، وغالبا ما تكون هذه الإصابة عميقة (تحت قشرية)، حيث تحدث في مكان يقطع الاتصالات بين منطقة الكلام الحسية والمناطق المختصة بالتعلم والذاكرة (منطقة حسان البحر وما حوله بالدماغ).

-الحبسة الكلية:

تحدث إصابة دماغية تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في نصف الكرة المخية المسيطر بسبب جلطات دموية التهابات أو أورام في مناطق أخرى بالدماغ.

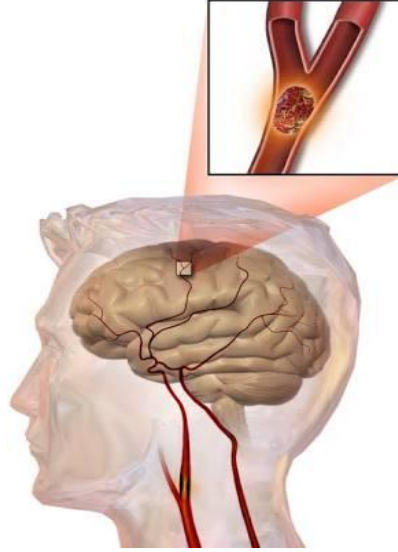
(خديري نورهان، حموتي أحلام نورة، 2021)

وهذا وتحدث الإصابات الدماغية في أي منطقة من المناطق المذكورة آنفا نتيجة لأي سبب من الأسباب التالية:

2-الإصابة الوعائية الدماغية: « Accident Vasculaire Cérébral (AVC) »

3-الإصابة بجلطة دموية: « Thrombose Cérébral »

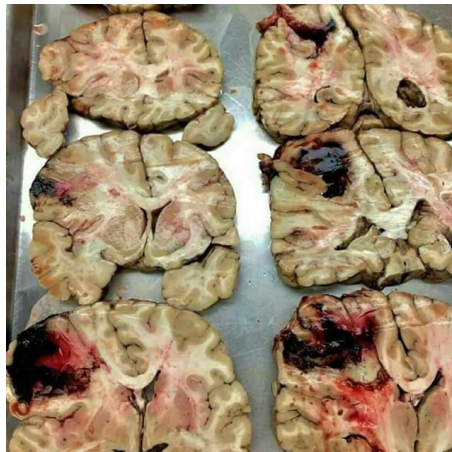
يتسبب عنها انسداد الشرايين والأوعية الدموية المغذية للمخ وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهي والمتجه نحو الذراع والساق والأطراف وأعضاء النطق، وللمناطق السمعية بالفص الجداري أو المناطق البصرية بالفص القفوي، ما يؤدي إلى تعطيل أداء وظائفها بكفاءة. (فاروق، 2013، ص. 130)



الشكل رقم 02 يوضح رسم تخطيطي لإصابة بجلطة دموية دماغية.

4-الإصابة بنزيف مخي: « Hémorragie Cérébral »

في الشريان اللحائي بسبب فرط توتر الشريان، فينتج عن النزيف سيلان الدماغ في المخ فيحدث تورم أو ضغط على بعض الألياف، والأنسجة أو الخلايا المسؤولة عن الإحساس أو الحركة، ما يعطل وظائفها. وغالبا ما ينتج النزيف المخي بسبب الحوادث والإصابات في الدماغ، وقد تحدث بسبب الولادة المتعسرة أو باستخدام الآلات، وقد تحدث الإصابة للأم أثناء الحمل، ما يؤثر على الجنين قبل ولادته. (خديري نورهان، حموتي أحلام نورة، 2021)



الشكل رقم 03 يوضح صورة لدماغ إنسان مصاب بنزيف دماغي مشرح طوليا إلى عدة

شرائح، يوضح النزيف الدماغي ونسبة ومدى الإصابة.

5- الأورام المخية: «Tumeur Cérébrale»

كأن تكون الإصابة كتلة كالخراج والورم في الفص الجبهي أو الجراحة الأذنية المنشأ، أو الأورام الدموية تحت الطبقة الجافية، أو التهاب الدماغ، والتهاب السحايا، بسبب الحصبة الألمانية وغيرها وسواء تعلق الأمر بالأورام الحميدة « Bénigne » أم الخبيثة « Maligne »، فإنه يحدث تشكل طبقة داخل الجمجمة تهاجم الأغشية الدماغية وكلها تؤثر على الخلايا العصبية المؤثرة على الإحساس والحركة والنطق والكلام.

6- الصداع النصفي « Migraine »

هي آلام متميزة ونابضة، وتقع في نصف واحد من الجمجمة. (ابراهيم، 2006، ص. 29)

7- الصدمات الجمجمية: « Traumatisme Crânien »

تعتبر من أكثر الأسباب المؤدية للإصابة بالحبسة، وترفق دائما هذه الصدمات -سواء أدت أم لم تؤدي إلى كسر في الجمجمة- بكدمة دماغية أي إصابة بارزة على شكل بؤرة ممتدة أو تلف نزيفي.

8- الأمراض التطورية: « Maladie Dégénérative »

تدل هذه المجموعة من الإصابات على فقدان التدريجي للخلايا العصبية في مناطق محددة في الدماغ والنخاع الشوكي، وعندما تسود هذه الأمراض القشرة الدماغية يحدث الخرف العضوي أي التدهور التدريجي للوظائف الذهنية.

9- الأمراض الأيضية والتسمم: « Maladies Métabolique ou Nutritionnelle »

من النادر أن تظهر الحبسة كنتيجة لهذا النوع من الإصابات.

10- الأمراض الجرثومية: « Maladie Infectieuse »

تنتج عن تعفن الفص الصدغي الناتج عن الإصابة البكتيرية أو الطفيلية الذي يؤدي إلى الحبسة.

11- العوامل الجينية:

قد تلعب الوراثة دورا في الإصابة بالحبسة، فقد أشارت نتائج كثير من الدراسات إلى وجود جذور بالأسرة مصابة بالحبسة لأكثر من فرد في العائلة، ما يدل على أثر الوراثة في حدوثها. ولا يمكن الحديث عن الحبسة لدى الطفل إلا بعد عمر الخامسة، فمعظم حالات الحبسة الوراثية تكون من نوع الحبسة الإستقبالية والصمم الكلامي الوراثي، وهذه الحالات يصعب تمييزها من حالات الأطفال الصم المعاقين سمعيا، وترجع معظم حالات الوراثة لها علاقة بالتفاعل الكروموسومي المباشر، أو عوامل قبل ولادية.

12-العوامل الكيميائية الحيوية:

فقد تنتج الحبسة عن خلل وعدم توازن غير معروف في النواحي الكيميائية الحيوية للمخ.

13-العوامل البيئية:

فالحرمان البيئي والتغذية من العوامل الهامة المؤثرة في حدوث الحبسة:

- فالبيئة الغير ملائمة وكذلك سوء التغذية الشديد في المراحل المبكرة من العمر قد تكون ضمن أسباب إصابة الدماغ (الجهاز العصبي). (خديري نورهان، حموتي أحلام نورة، 2021)
- كذلك الحرمان من الأمن، ومن البيئة المواتية والحرمان المبكر من الأم، أو الاضطراب الشديد بالأسرة الذي قد يساعد على إعاقة النمو، ما قد يؤثر على الجهاز العصبي.
- كما أن الاكتساب المبكر للغة التعبيرية بالكلام أو الإشارات أو الإيماءات، والتواصل بالعينين... وغيرها، قد ترتبط ببعض السلوكيات الخاصة بالطفل المصاب بالحبسة.

14- شخصية المصاب:

فاضطراب الحبسة مشكلة عضوية بحتة وإنما يكون انعكاسا لشخصية المريض، ونتيجة لظروف وصدمة نفسية قاسية مر بها قبل الإصابة، كما أن شخصية المصاب تتأثر بالإصابة بالحبسة، فغالبا ما تضطرب معنوياته، وينطوي على عالمه الخاص، وغالبا ما يكون سريع الغضب والإثارة والإحساس بالنقص وعدم الأمن والطمأنينة، وهو يعاني من عدم

القدرة على الاتصال والتوافق. وهذا يختلف حسب تجارب المريض وقدراته العقلية ومحصوله اللغوي قبل الإصابة. (فاروق، 2013، ص ص. 130-131)

4-تصنيف الحبسة:

-تصنيف الحبسة حسب مكتشفها وتشريح الدماغ:

كان من النتائج التشريحية الدماغية التي قام بها كل من بروكا، فرنيكي، بيير ماري، هنري جاكسون، جولدشتاين، وغيرهم أن هناك أنواعا مختلفة من الأفازيا (الحبسة). (فهيم، 1998، ص. 59)

1-حبسة بروكا: « Aphasie de Broca »

وتسمى كذلك بالحبسة الحركية « L'aphasie motrice » وسميت حبسة بروكا نسبة إلى العالم بول بروكا (Paul Broca) التي بينت أبحاثه (1861-1865) أن فقدان الكلام « L'Aphémie » بدون شلل أعضاء النطق مع سلامة القدرات العقلية راجع إلى إصابات في التلفيف الجبهي الثالث « convolution frontal troisième F3 » الناجمة أغلب الأحيان عن الحوادث الوعائية الدماغية. (حولة، 2007، ص. 61)

وتنتج حبسة بروكا عموما عن إصابة تحدث في الفص الجبهي الأيسر وبالأخص في مستوى التلفيف الجبهي الثالث والمناطق المجاورة للجزء السفلي من القشرة الدماغية الحركية.

2-حبسة فيرنكي: « Aphasie de Wernicke »

يطلق عليها أيضا بالحبسة الحسية « Aphasie sensorielle » وسميت بحبسة فرنيكي نسبة إلى العالم كارل فرنيكي (Carl Wernicke) الذي وضع سنة 1874 الارتباط السببي بين إصابة التلفيف الأول الصدغي « Circonvolution Temporelle première T1 » الأيسر للفرد الأيمن وعلاقتها بإحدى الأنواع العيادية للحبسة المتمثل في الحبسة الحسية، فهذه الإصابة حسب فرنيكي تؤدي إلى فقدان ذاكرة الصورة السمعية للكلمات ويظهر أساسا اضطراب في الفهم اللغوي، ويحد المصاب صعوبة في اختيار الكلمات بينها، كما تتميز

كذلك بإنتاج كلامي وفير سواء على المستوى الشفهي أو الكتابي ولكن الكلام يكون في جملة غير متناسق. (محمد حولة، 2007، ص ص. 61-62)

3- الحبسة التوصيلية: « Aphasie de Conduction »

تنجم عن إصابة التلافيف التي تربط بين كل من التلافيف الجبهي الثالث F3 والتلافيف الصدغي الأول T1 أي بين منطقة (Broca) ومنطقة (Wernicke) يتميز خطاب المصاب بهذا النوع من الحبسة بالتصحيح الذاتي « autocorrection » فيقوم بترديد كلامه عدة مرات إلى أن يصل إلى الكلمة المراد قولها، وهذا ما يدل على أن المصاب يكون واعياً باضطرابه.

4- الحبسة المختلطة: « Aphasie Mixte »

تتمركز الإصابة في منطقة اللغة وخاصة منطقتي (Broca) و (Wernicke) وسميت بالحبسة المختلطة لأن المصاب هنا يحمل كل الأعراض التي نجدها في حبسة (Broca) و (Wernicke). (محمد حولة، 2007، ص. 25)

5- الحبسة الكلية: « Aphasie Globale »

يحدث هذا النوع من الحبسة نتيجة إصابة منطقتي التلافيف الجبهي الثالث F3 والتلافيف الصدغي الأول F1 في آن واحد وذلك نتيجة الأورام أو نزيف أو صدمات على مستوى الدماغ، يتميز كلام المصاب بهذا النوع من الحبسة بمشاكل على مستوى التعبير الكمي والكيفي سواء في الجانب الشفوي أو الكتابي.

6- الحبسة النسيانية: « L'aphasie Amnésique »

حيث أن المصاب يجد صعوبة في تسمية الأشياء وإذا عرضنا عليه مجموعة من الأشياء المألوفة وطلبنا منه تسميتها فإنه قد يشير إلى استعمالاتها عوضاً عن أسمائها، ولكن المشكلة تتركز في تذكر اسم الشيء لو طلب منه ذلك، وتبقى قدرة المصاب على تذكر الحروف وأجزاء الكلام السليمة. (بن عربية، شوال، مرجع سبق ذكره، ص. 46)

وتسمى أيضا بحبسة الانتقاء، وذلك راجع لعدم القدرة على انتقاء الكلمات المراد استحضارها حسب الرغبة والموقف ويعاني من عدم القدرة على الربط بين الدال والمدلول.

(Casays. 1997. P. 120)

5- أعراض الحبسة:

نوع الحبسة	موقع الإصابة	الأعراض المصاحبة لها
حبسة بروكا.	التلفيف الجبهي الثالث اليساري.	ضعف التعبير الشفهي، الخرس، القولية، اضطرابات نطقية، تعبير بطيء ومتقطع، اضطراب النغمات الخطابية، نقص الكلمة، تطور نوع فقدان التركيب، الفهم غير مصاب.
حبسة فرنيكي.	المنطقة الخلفية العليا الصدغي.	مجرى التعبير عادي تقريباً، وجود بارافازيا، رطانة، اختراع الكلمات، اضطرابات النحو وصعوبة في فهم الكلام، نقص الكلمة.
الحبسة التوصيلية.	المنطقة الخلفية لشق سيلفوس.	مجرى التعبير عادي تقريباً، فهم اللغة شبه عادي الشفوية والكتابية، تكرار الكلام الموجه غير ممكن أو مشوه، القراءة بصوت مرتفع مصابة، شبه سيطرة للبارافازيا الحرفية.
الحبسة النسيانية.	إصابة المنطقة الخلفية لشق رولاندو.	مجرى التعبير والتلفظ عادي، وجود بارافازيا، الفهم الشفهي والكتابي غير مصاب، نقص الكلمة حاد جداً.
الحبسة الكلية.	نتيجة غالباً عن اضطراب وعائي حاد يصيب منطقة	ظهر الاضطرابات الحادة لحبسة بروكا، النقص الكمي والكيفي وذلك بإصابة اللغة الشفوية والكتابية، الاضطرابات الحادة لحبسة فرنيكي.

اللغة وبالضبط المنطقة الأمامية لشق رولاندو.	
---	--

الجدول رقم 1 يوضح أنواع الحبسة وأعراض كل نوع

(تيقموين، 2006، ص. 45)

6- علاج الحبسة:

1- العلاج الطبي:

نظرا لأن معظم حالات الحبسة تنشأ من اضطرابات عضوية بالدماغ، فإنه يلزم في البداية تشخيصها وعلاجها سواء كانت ناتجة عن جلطات أو نزيف بالمخ أو أورام مخفية في أي منطقة من مناطق المخ، ومن ثم فإن التدخل الطبي والجراحي له أهمية بالغة لتخفيف حدة الضغط على المناطق الحركية والحسية المرتبطة باللغة فنقل حدة الحبسة الكلامية.

(فاروق، 2013، ص. 132)

2-العلاج الأرتوفوني:

توجيهات يجب الالتزام بها أثناء التكفل بالحسي:

عند الحديث مع مريض يعاني من حبسة كلامية، لابد من توفير أجواء خاصة خالية من عوامل التشتت، ومن المفيد التحدث مع المريض ببطء ووضوح، إذا كان المريض يعاني من مشكلة في الاستيعاب، حاول أن تستخدم جملا قصيرة ووقفات قصيرة بين الجمل، حاول أن تستخدم الإشارات ولغة الجسم مقرون بالكلام لزيادة قدرته على فهم الرسالة، أعطه فرصة كافية للإجابة وإذا أرادت الاستفسار عن أمر معين، حاول أن تستخدم أسئلة إجابتها "نعم" أو "لا" أو كلمة مفردة.

تذكر أن المريض الذي يعاني من حبسة كلامية لم يفقد قدراته الذكائية والعقلية وإنما يعاني من مصاعب في التخاطب.

تختلف الطرق والأساليب المستخدمة باختلاف نوع الحبسة الكلامية وحاجات المريض، وترتكز بعض الطرق المستخدمة على الأنشطة العلاجية داخل العيادات وعلى مهارات الفهم السمعي أو الذاكرة .

3-العلاج بالتنغيم اللحني: « Melodic Intonation Therapy »

ويستخدم مع الأفراد المصابين بالحبسة الكلامية الشاملة، وتستند هذه الطريقة إلى اعدد من الأنشطة المتسلسلة التي تساعد المريض على إعادة تمثيل السلوك. كما تعمل هذه الطريقة على قدرة الفهم السمعي لدى المريض. (فاروق، 2013، ص. 132)

4-العلاج بالنشاط البصري: « Visual Action Therapy »

يعتبر من أكثر الطرق استخداما حيث يعمل على استخدام القدرة الغنائية والتنغيمية غير المعاقة، ويدرب المريض هنا على تنغيم الكلمات ثم أشباه الجمل بشكل تدريجي ثم يتلاشى التنغيم تدريجيا من خلال إنتاج الكلام وأشباه الجمل غير منغمة ومن ثم نقل هذه الكلمات إلى السياق الكلامي للشخص المصاب بالحبسة الكلامية. (فاروق، 2013، ص. 133)

المحاضرة السابعة عشرة

الإعاقة الحركية العصبية

L'Infirmité Motrice Cérébrale

1- مفهوم المعاق حركيا:

هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو القدرة الحركية أو الجسمية أو كليهما معا في الأطراف السفلى أو العليا أحيانا أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

2- مفهوم الإعاقة الحركية العصبية:

حسب (G. TARDIEU) فإن الإعاقة الدماغية الحركية هي إعاقة راجعة لإصابة عصبية في بداية العمر، غير وراثية وغير مؤثرة على المستوى العقلي.

بينما (Paul AIMARD) فيرى أن الإعاقة الدماغية الحركية ناتجة عن إصابة في الجهاز العصبي في بداية الحياة، أي أن العاهة تصيب الدماغ في فترة لم يكتمل فيها النضج التام ولم تكتمل بعض الأماكن الدماغية من الناحية الوظيفية، مصاحبة بعاهات حركية ملحوظة بأشكال مختلفة وسلامة المستوى العقلي، كما أنه لا بد من عزل الاضطرابين التاليين لتحديد الإعاقة الدماغية الحركية.

الأورام المتطورة، العاهات الحركية والمصاحبة للأورام الدماغية التي يتبعها ضعف عقلي متفاوت الدرجات.

هي عجز أو قصور في جسم الإنسان يؤدي هذا العجز أو القصور إلى التأثير على قدرة الفرد على الحركة والتنقل أو على قدرة الإنسان على التناسق في حركات الجسم، أو على

قدرته على التواصل مع الآخرين بواسطة اللغة المكتوبة أو المنطوقة، وكذلك تؤثر هذه الإعاقة على قدرة الفرد المعاق على التوافق الشخصي وكذلك على التعلم.

(تيسير مفلح كوافحة ، عمر عبد العزيز، 2005، ص ص. 188-189)

-عرفها رمضان القذافي:

على أنها الإعاقة الحركية والجسمية والعصبية التي تنطبق على أربعة أنواع من الأشخاص.

1- المعاقون بسبب الحروب وإصابات العمل والكوارث الطبيعية أو عدوى الأمراض.

2- المعاقون بسبب اضطرابات في النمو.

3- المعاقون بسبب الشلل الدماغي.

4- المعاقون بسبب مرض شلل الأطفال.

3-أسباب الإعاقة الحركية العصبية:

هناك عدة أسباب للإعاقة الحركية العصبية وذلك حسب المرحلة التي يمر منها الفرد نجد:

مرحلة ما قبل الولادة أو خلالها تسمى الإعاقة العصبية الولادية، مرحلة ما بعد الولادة تسمى بالإعاقة العصبية المكتسبة.

1-عوامل ما قبل الحمل:

-العوامل الوراثية:

إن العوامل الوراثية تحدد قدرا كبيرا من طبيعة العمليات النمائية للجنين، ومن المعروف أن المكونات الجينية مركبة من الحيوان المنوي والبويضة، في تركيب يطلق عليه الكروموسومات ويحمل كل كروموسوم عدد من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالجينات.

- يتكون الزوجات (الخلية الأولى للجنين) من 46 كروموسوم تنظم في 23 زوجا، 12 منها متشابهة تماما يطلق عليه الصفات العادية وإما الزوج الباقي يحدد جنس الجنين ويسمى

ب: كروموسوم الجنس احتمال الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات ينتج عنها

إعاقات متنوعة منها : الإعاقة الحركية. (الصدفي، 1989، ص. 20)

2-عوامل ما قبل الولادة:

- الأمراض الأيضية: (Les Maladie Métaboliques)

تعرض الأم للسكري، أو الربو الشديد، أمراض القلب، ضغط الدم، أمراض الكلى.

- تضخم الغدة الدرقية:

تعيق النمو الطبيعي للجنين.

-عدم توافق العامل الريزوسي:

يعد أحد أسباب الإعاقة الحركية العصبية وكذا اضطرابات أخرى لدى الجنين.

فإذا كان العامل الريزوسي موجبا لدى الجنين وسالبا لدى الأم فإن دم الأم ينتج أجساما مضادة وهذه الأجسام تعمل على تحطيم كريات الدم الحمراء لدى الجنين وهذا ما يؤثر في تكوين المخ لدى الجنين في حالة عدم وفاته وبالتالي حدوث إعاقات متنوعة ومتعددة ومن بينها نجد الإعاقة الحركية العصبية. (بشاري، عبد الرحيم، دون سنة، ص ص. 100-101)

-الخداج: (Prématurité)

عدم اكتمال نمو الجنين أي أن ولادته تكون قبل الأوان (حوالي 7 أشهر).

-سوء التغذية:

تعرض الأم للأشعة وتناول الكحول والتدخين والمخدرات.

-العدوى:

فتعرض الأم للأمراض مثل الحصبة الألمانية، الزهري يؤدي لوفاة الجنين أم في حالة عدم ذلك يولد معاقا.

-تسمم الجنين:

كالكحول، الزئبق، غاز الفحم كلها تسمم الجنين. (البوالر، 2000، ص 46)

4-تصنيف الإعاقة الحركية العصبية:

يمكن تصنيف الإعاقات الحركية إلى ما يلي:

1- الشلل المخي: (Cérébral Palsy)

الشلل المخي هو عجز عصبي حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ، وتشير كلمة شلل في هذا المصطلح إلى أي ضعف أو نقص في القدرة على الضبط والتحكم في العضلات الإرادية يكون ناتجا عن اضطراب أو خلل في الجهاز العصبي، كما يعتبر من أكثر الاضطرابات الحركية شيوعا يصيب خاصة أطفال في سن التمدرس، تختلف الأعراض الإكلينيكية للشلل المخي باختلاف الأجزاء التي أصابها التلف.

2- الشلل المنفرد: (Monoplégie)

في هذه الحالة يصاب بالشلل طرف واحد فقط عند الإنسان أما باقي الأطراف فإنها تعمل بشكل سليم، أي أن الشلل هنا هو شلل جزئي فقط وهذه الحالة هي من أبسط حالات الشلل التي يتعرض لها الإنسان حيث لا تؤثر في كثير من الأحيان على حياته الطبيعية بشكل كبير كما هو الحال في شلل الأطراف.

3- شلل جانب واحد: (Hémiplégie)

في هذه الحالة تكون الإعاقة في جانب واحد فقط من الجسم، كأن تكون اليد اليمنى والرجل اليمنى فقط هي التي تعرضت للإصابة أما باقي أعضاء الجسم فهي سليمة يستطيع الشخص استعمالها بشكل جيد وتكون في العادة قوية لأن الشخص يستعملها أكثر مما أو كان الجانب الآخر سليم.

4- الشلل الثلاثي: (Triplégie)

هذا النوع من الشلل أشد من النوع الأول والثاني حيث يكون الشلل فيه لطرف كامل ثم جزء من الطرف الثاني كأن يكون الشخص لديه شلل في الجانب الأيسر وجزء من الأيمن كاليد أو الرجل، أو الجانب الأيمن وجزء من الأيسر.

5- الشلل النصفي السفلي: (Paraplégie)

في هذه الحالة تكون الرجلان فقط مصابتين بالشلل حيث لا يتمكن الشخص المصاب من التنقل إلا بواسطة العربة التي تتحرك بواسطة اليدين وعند الشخص المصاب بهذا الشلل

تكون اليدين قويتان بسبب كثرة استعمال الشخص لهما، فهو يعتمد على اليدين في الحركة بدل الرجلين.

6-شلل الجانبيين: (Diplégie)

في هذه الحالة تكون الساقان والذراعان مصابتين بالشلل وغالبا ما تكون الإصابة في هذين الذراعين أكثر شدة من الذراعين.

7-الشلل المزدوج (الرباعي): (Double Hémiplégie)

تتأثر الأطراف الأربعة بالشلل إلا أنه في كثير من الأحيان نجد الشلل في جانب أكثر من الجانب الآخر قد يكون الشلل واضحا في الجهة اليمنى أكثر من الجهة اليسرى أو العكس. (كوافحة، 2005، ص ص. 194-195)

5-فئات الإعاقة الحركية العصبية:

تشمل الإعاقة الحركية فئات كثيرة منها:

1-فئات لديها إعاقة حركية عصبية بسبب اضطرابات تكوينية تتميز بما يلي:

-توقف نمو الأطراف.

-القصور في الوظائف الحسية الحركية.

-انعدام الاستقلالية الذاتية.

-وأكثر حوادث هذا النوع شهرة : عقار الثاليدومايد : انتشر استعماله بأوروبا خلال الستينات من قبل الأمهات الحوامل بسبب مفعوله المنشط إلا انه اتضح وجود آثار جانبية له خاصة خلال تناوله في الفترة الحرجة التي تنمو فيها الأطراف مما يؤدي إلى إيقاف نموها تماما.

2-فئات لديها إعاقة حركية عصبية بسبب الإصابات الرأسية:

تتميز بما يلي:

-الشعور بالصداع.

-الصعوبة في تحريك الرقبة

-الشعور بالألم في الظهر والأطراف.

-في الحالات الشديدة نجد: شلل في عضلات التنفس مما يستلزم رئة صناعية حديدية.

3-المعوقون حركيا بسبب الحوادث المختلفة:

-عدد المعوقين في هذه الفئة يقل نسبيا عن فئة ضحايا الأمراض ما يلاحظ عليهم نجد:
القصور الحركي.

-الافتقار إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة أعضاء تلقائيا.

-المشاعر العدوانية.

-نقص الثبات الانفعالي والسلوكي.

-شدة الحساسية خاصة سن المراهقة.

-تشويه مفاهيم الزمن والسرعة والحركة.

-عدم القدرة على إدراك العلاقات المكانية. (القذافي، دون سنة، ص ص. 178-179)

6-الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية العصبية:

1-الاضطرابات السمعية:

تشير البحوث أن نسبة الأطفال المعاقين حركيا عصبيا ذو اضطرابات سمعية مصاحبة تبلغ 15-25%، بسبب ارتباط هذين الاضطرابين بالحصبة الألمانية وعدم توافق الدم.

2-صعوبات التعلم:

يشير مصطلح صعوبات التعلم إلى اضطرابات في كل من القراءة، الكلام الكتابة، التهجي، التفكير، الحساب ويقدر حوالي 15-20% من الأطفال المعوقين حركيا عصبيا يعانون من صعوبات في التعلم. (البوالر، نفس المرجع السابق، ص. 51)

3-الصرع:

يصاب تقريبا 50 من الأطفال المعاقين حركيا عصبيا بنوبات صرعية غير خطيرة في غالب الأحيان وتستمر من بضع ثوان لبضع دقائق.

تعود أسبابه إلى أن المخ قد يصاب بالتهلف مبكرا، ويأتي مرض الصرع على شكل النوبات

العامّة أو النوبات الجزئية. (عبيد، 1999، ص. 124)

4-اضطرابات العمود الفقري:

يعني بها الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من أسفل الرأس وحتى نهاية العمود الفقري، الاضطرابات في العمود الفقري تتصل بشكل مباشر بالإعاقة الحركية لأن أي خلل في العمود الفقري له تأثير واضح على حركة الفرد.

5-إصابات الحبل الشوكي:

اضطراب ينتج عن الحوادث والإصابات مما يؤدي إلى فقدان الوظائف الحسية والحركية التي تقع أسفل منطقة الإصابة وذلك إما جزئياً أو بشكل كامل.

6-الاستسقاء الدماغي:

هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في الدماغ وقد يحدث بسبب التشوهات خاصة العمود الفقري المفتوح.

7-الوهن العضلي:

عبارة عن ضعف شديد جدا يصيب العضلات الإرادية وفي الغالب تصاب عضلات الوجه المحيطة بالعينين، هذا المرض لا يقتصر على سن معينة، فقد يصاب الأطفال وغيرهم من الفئات العمرية الأخرى ومن الأعراض المميزة لهذا المرض هو الرؤيا المزدوجة وصعوبة المضغ والبلع.

8-التهاب المفاصل الروماتيزمي:

يصيب الإناث أكثر من الذكور ومن أهم أعراضه: التهاب عام وأورام في المفاصل وإذا لم يعالج في وقت مبكر فقد تمتد الإصابة إلى مفاصل الجسم وتعد من فترة الشخص على تأدية الوظائف المختلفة وتفقد عضلات اليدين قوتها وقدرتها على الحركة.

9-التهاب الورك:

ينتج عن نقص كمية الدم اللازمة التي تصل إلى مركز عظام الفخذ المتصلة بالجذع، وبما أن الدم يعتبر ضروريا للنمو الطبيعي لعظام الجسم فان نقصه يؤدي إلى ضعف مركز عظم الفخذ وموته تدريجيا مما يسمح بنمو عظام جديدة.

10- عدم اكتمال نمو العظام:

يتصف هذا المرض بعدم اكتمال نمو العظام بشكل طبيعي مما يؤدي إلى قصرها، وعدم اكتمال حجمها الطبيعي إضافة إلى أنها تصبح هشّة ولينة مما يجعلها قابلة للكسر جراء أي إصابة حتى وإن كانت بسيطة. (كوافحة، عبد العزيز، نفس المرجع السابق، ص ص. 196-

(200

المحاضرة الثامنة عشرة

اضطرابات اللغة المتعلقة بالإعاقة السمعية

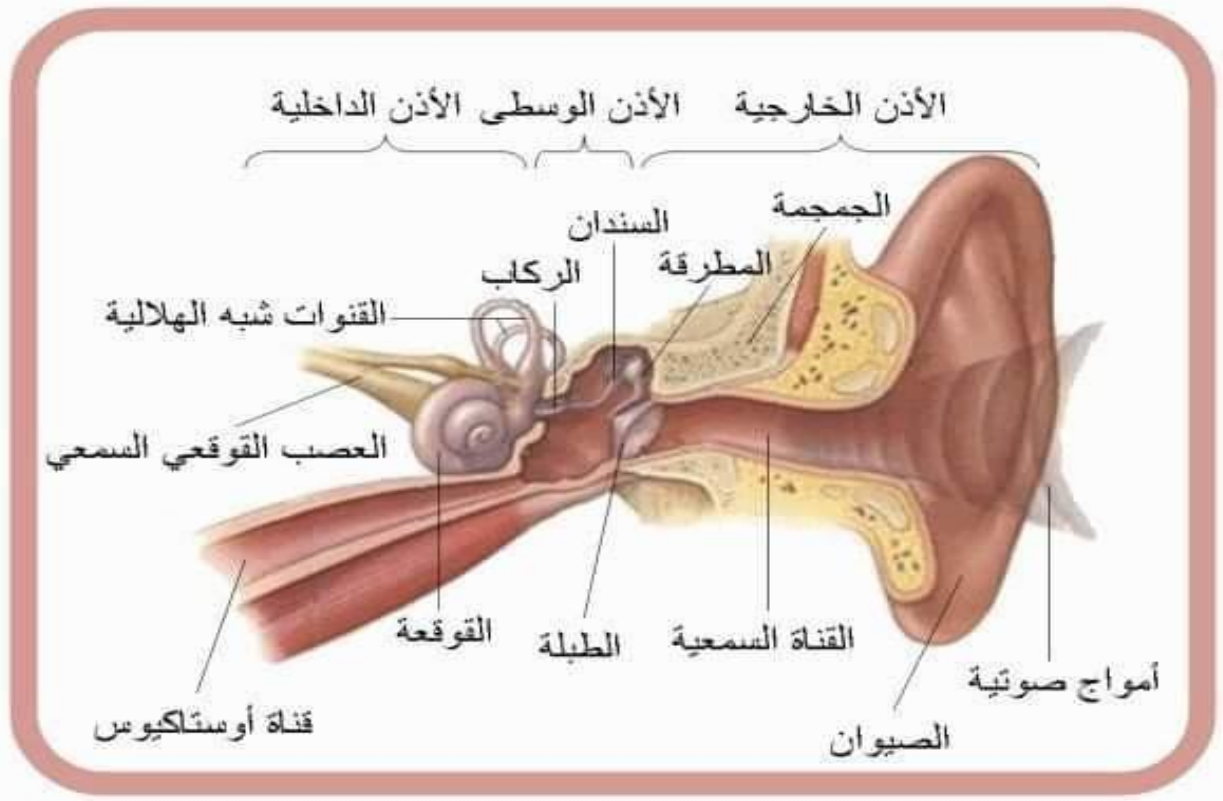
تعد حاسة السمع واحدة من أهم الحواس التي يعتمد عليها الفرد في تفاعلاته مع الآخرين أثناء مواقف الحياة المختلفة فهي بمثابة الاستقبال المفتوح لكل المثيرات والخبرات الخارجية فمن خلالها يستطيع الفرد التعايش والتواصل مع الآخرين، إلا أن فقدان هذه الحاسة يسبب إعاقة سمعية والتي تعتبر من بين أشد وأصعب الإعاقات الحسية التي تصيب الإنسان إذ يترتب عليها فقدان القدرة على الكلام فيصعب على المصاب بالصمم اكتساب اللغة وبالتالي الاندماج في المجتمع والمشاركة في النشاطات الاجتماعية، قبل التطرق إلى هذه الإعاقة لابد من إعطاء فكرة عن فيزيولوجية العضو المسؤول عن السمع وكيفية عمله.

1-مكونات الجهاز السمعي:

-الأذن:

وهو عضو السمع، وتتألف من مجموعة من الأعضاء ذات تركيب معقد جدا. قسم منها مخصص لاستلام المحفزات التي تنتجها الاهتزازات الصوتية، والأخرى تسعى إلى تعيين الاتجاه في الفضاء، ومنها ينبع الإحساس بالتوازن.

(أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني، 2013، ص. 22)



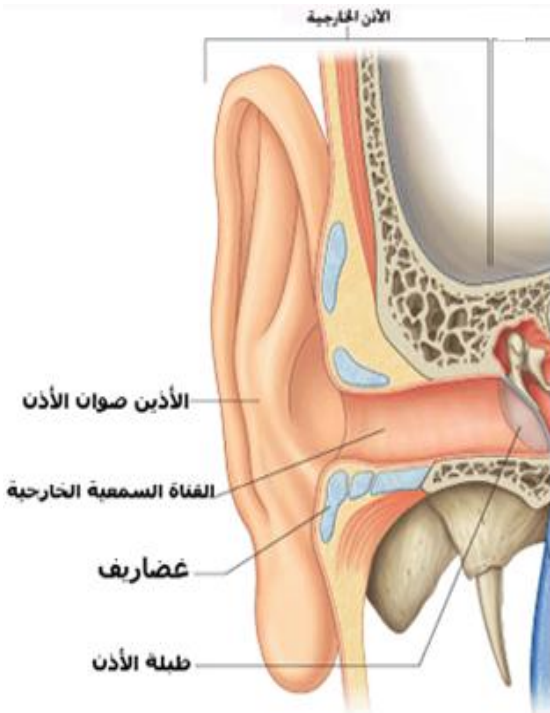
تشريحياً، تتكون أذن الإنسان من ثلاث أقسام كبيرة:

1- الأذن الخارجية:

يتكون هذا الجزء من

1-1- صيوان الأذن:

وهو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن وهو عبارة عن غضروف وهو الأكثر الأجزاء بروزاً وهو مغطى بالجلد ويخدم في عملية تجميع وتركيز الأمواج الصوتية إلى القناة السمعية الخارجية وحماية قناة الأذن، وينقسم الصيوان إلى حلزونية الصيوان الخارجية والداخلية وحن الأذن، وتوتو



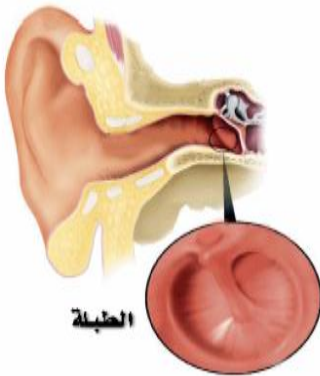
الصيوان الصغير الذي يقع فوق مدخل القناة السمعية الخارجية، ويسمى بالوتدة ويساعد

الصيوان على النقاط أصوات من الهواء من عدة اتجاهات وبأوقات مختلفة، وتجمعها وتركزها إلى أن تصل إلى القناة السمعية الخارجية، ويعمل الصيوان أيضا على حماية مدخل القناة السمعية الخارجية لدى الإنسان، وتكون هامة لتحديد موقع الصوت في المستوى العمودي وحماية قناة الأذن وأجهزة مضخمة للأصوات بحدود 4500 هرتز. (إبراهيم الزريقات، 2011، ص. 20)

1-2- القناة السمعية الخارجية:

وهي قناة صغيرة تقوم بحماية طبلة الأذن وتكبر الموجات الصوتية وهي عبارة عن أنبوب ينقل من خلاله الصوت - الذي يجمعه الصيوان - إلى غشاء الطبلة ، طولها حوالي 2.5 سم وقطرها ما بين (6-8) مم، مبطنة بشعيرات تعرقل وصول الأجسام الغريبة إلى غشاء الطبلة ، كما تفرز جذور هذه الشعيرات مادة دهنية تمتزج مع إفرازات الغدد الجانبية لتكون الشمع الذي يمنع دخول ذرات التراب والأجسام الغريبة إلى داخل الأذن، وتتألف القناة الخارجية من جزئين: الجزء الخارجي (ثلث القناة) وهو مكون من مادة غضروفية ، والجزء الداخلي (ثلثي القناة 16 ملليمتر) مكون من مادة عظمية ولا يوجد بها غدد أو شعيرات، كما أن قناة الأذن الخارجية منحنية ومتفاوتة الاتساع، فهي ضيقة من الداخل ومنتسعة من الخارج لأن هذا الشكل يعرقل وصول الأجسام الغريبة إلى غشاء الطبلة .

1-3- طبلة الأذن:



وهي غشاء موقعه في نهاية القناة السمعية الخارجية وهي التي تفصل بين الأذن الخارجية والأذن الوسطى وغشاء الطبلة عبارة عن غشاء جلدي رقيق ذو سطح مخروطي بطول (8 - 9) مم مكون من ثلاث طبقات ذات الأنسجة المختلفة ، ويوجد في غور غشاء الطبلة المطرقة التي تقوم بنقل الموجات الصوتية إلى بقية العظيمات ، وتصل

الأصوات على شكل موجات في الهواء فيهتز الغشاء ومن ثم تنتقل تلك الموجات للأذن الوسطى:

-**الطبقة الخارجية:** وهي استمرار لطبقة الجلد المحيط بالقناة السمعية الخارجية.

-**الطبقة المخاطية:** وهي استمرارية للغشاء المخاطي الذي يبطن الأذن الوسطى .

(عمرو رفعت، 2005، ص. 18)

-**طبقة الألياف:** تتفرع في المنتصف وتقل كلما

ابتعدنا عن الوسط.

2-الأذن الوسطى:

عبارة عن حجرة عظيمة غير منتظمة تقع ما

بين الطبلة الأذن والأذن الداخلية ويتراوح

حجمها ما بين (1-2 سم3) وارتفاعها (15 ملم) وعرضها (2-4 ملم) وتغطي الأذن

الوسطى بغشاء مخاطي ويوجد في الأذن الوسطى ثلاث عظيمات تعمل كحلقة وصل ما

بين الطبلة والجدار العظمي للأذن الداخلية وهي **المطرقة والسندان والركاب**.

2-1-المطرقة:

وهي أكبر العظيمات الثلاث, يقع رأس المطرقة في الحجرات العلوية

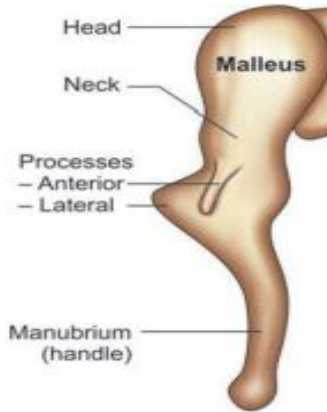
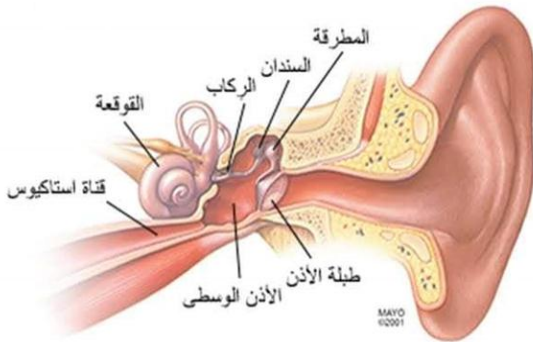
للأذن الوسطى وتتصل مع الطبلة من جهة السندان من جهة أخرى,

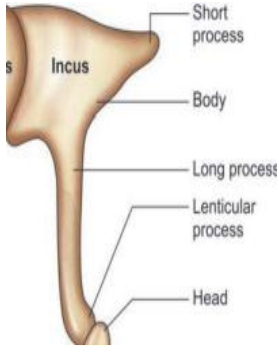
والذي يتصل بأسفل العظمة الثالثة وهي الركاب وتتصل العظيمات

بعضها البعض بواسطة أحزمة ليفية داخل الأذن الوسطى , وعندما

تهتز تبعا لذلك العظيمات الثلاث الموجودة في الأذن الوسطى

ووظيفة المطرقة نقل الذبذبات والمحافظة على الطبلة من التمزق.

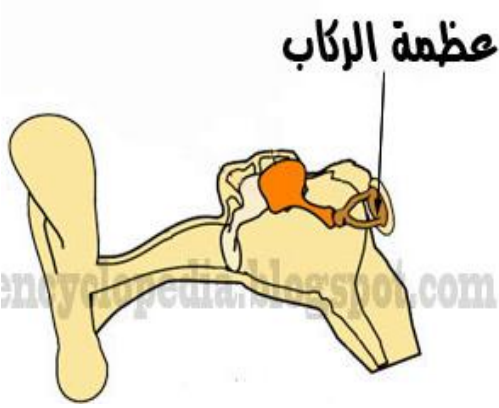




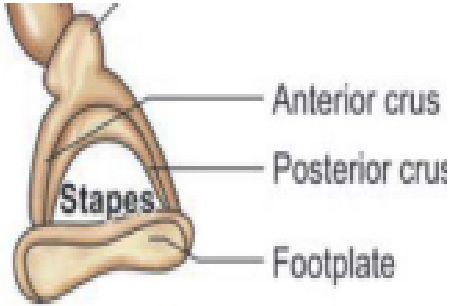
2-2- السندان:

أحد عظيمات السمع الموجودة في الأذن الوسطى، ويتكون من الأجزاء التالية (الجسم واليد الصغيرة واليد الطويلة) وهو يربط بين المطرقة والركاب .

2-3- الركاب:



يتكون من رأس وساقين أو محملين متصلان مع قاعدة عظمية للركاب وقاعدة عظمية للركاب مثبتة في النافذة البيضاضوية لحائط القوقعة ومعلق في مكانه بربط حلقي. (عبد الغني اليوزبي، 2002، ص. 79)



2-4- قناة إستاكيوس:

وهي امتداد للجمجمة وهي التي تصل الأذن الوسطى بالبلعوم الأنفي وتفتح في الجدار الأمامي وتشكل البطانة المخاطية للأذن الداخلية، تحتضن قناة إستاكيوس أجزاء الأذن الوسطى جميعها، ولا تهتز طبلة الأذن جيدا إذا كان ضغط الأذن الوسطى يختلف عن ذلك الذي في قناة الأذن الخارجية، حيث يندفع الضغط نسبيا في الأذن الوسطى نحو الغشاء الطبلي، مما يؤدي إلى انجذاب الطبلة نحو الداخل، وتكون النتيجة عدم اهتزاز الطبلة بشكل طبيعي مما يؤدي إلى ضعف في تمييز الأصوات الخارجية .

وتعمل قناة إستاكيوس على التخلص من الإفرازات التي تفرزها الأذن الوسطى التي إن تراكمت في القناة تعوق حركة العظيمات الثلاثة. (إبراهيم القريوتي، 2006، ص. 39)

ووظيفة الأذن الوسطى توصيل الصوت من القناة السمعية الخارجية إلى الأذن الداخلية وتكبير الصوت بمقدار 72 مرة. (أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني، 2013، ص ص. 26 - 27).

3-الأذن الداخلية:



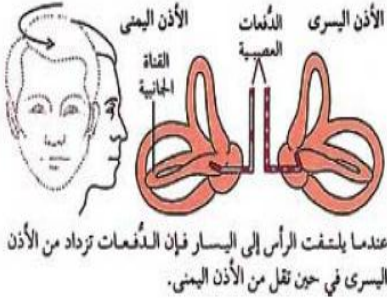
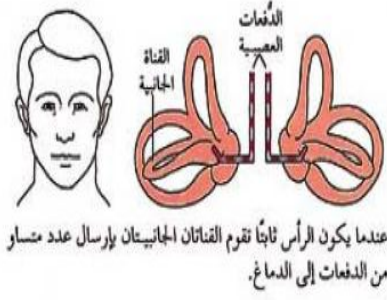
توجد بداخل الجزء من عظمة الصدغ المسمى بالعظمة الصخرية وسميت بذلك لأنها من أشد عظام الجسم صلابة وتعتبر الأذن الداخلية من أعقد أجزاء الجهاز السمعي فعلى الرغم من أن حجمها يوازي تقريبا النحلة إلا أنها تشتمل على آلاف الأجهزة المعقدة والأجهزة المتحركة ونظرا لأنها تبدو في شكلها المتعرج كما لو كانت شبكة من الممرات والمجارات المعقدة المميزة , لذا فإنها تسمى أحيانا بالتيه أو المتاهة.(عبيد، 2001، ص. 23)

تتكون الأذن الداخلية من:

3-1-الدهليز

هو غرفة صغيرة دائرية الشكل طولها 5 ملم وهو يمثل الجزء الأوسط من الأذن الداخلية, وترتبط جدرانها العظمية بين القنوات شبه الدائرية والقوقعة, ويوجد بداخله كيسان يشبه كل واحد منهما الحقيبة ويدعيان **القريبة والكيبس**, ويوجد على الجدار الداخلي لكلا الكيسين انتفاخ مبطن لخلايا شعرية وهذه الأخيرة خلايا حسية خاصة ذات بروزات دقيقة تشبه الشعر وهي متصلة بالألياف العصبية وتغطي بغشاء دقيق فيه حبوب معدنية صغيرة تسمى غبار التوازن. (أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني، 2013، ص. 28)

3-2- القنوات الهلالية:



ثلاثة قنوات تشكل فيما بينها زوايا قائمة وهي الجانبية العليا والخلفية حيث تتموضع الجانبية في مستوى أفقي بينما العليا والخلفية في مستوى عمودي وتكون العليا أمام الخلفية وكل قناة عبارة عن ثلثي الدائرة تحتوي على أنبوب ملئ بسائل وينتهي كل أنبوب بكيس يحتوي على خلايا شعرية تتصل بالألياف العصبية، وتتصل كل أنابيب الخلايا الشعرية بالقربية التي تتصل بدورها بالكيس.

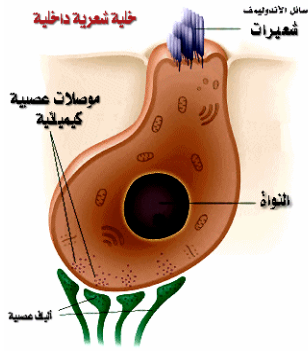
(محمد النوبي محمد علي، 2009، ص. 48)

3-3- القوقعة:

وتعتبر بمثابة القسم السمعي للأذن الداخلية وهي الجزء الأمامي المختص بحاسة السمع وتزويد الفرد بكفاءة والمقدرة السمعية أما الجزء الخلفي فإنه يساعد الفرد على حفظ توازن جسمه وحركة رأسه وتقع القوقعة في تجويف عظمي على جانبي الجمجمة وسميت بالقوقعة بسبب شكلها المشابه للقوقعة (الصدفيات) ويأتي التفافها على شكل حلزوني مدبب من الأعلى وعريض من الأسفل، و تلتف بشكل دائري حول نفسها مرتين ونصف المرة .

-أجسام كورتى والخلايا الشعرية:

توجد مجموعة من الخلايا المهمة والمتراصة في داخل الدور الأوسط للقوقعة على سطح الغشاء القاعدي وتسمى **بجسم كورتى** (Organe de Corti) وهو عضو قشري وفي كل قوقعة حوالي 4000 جسم من أجسام كورتى، ويحتوي بذاته على خلايا عديدة ولكن من أهم الخلايا الموجودة فيه خلايا تسمى **بخلايا شعرية** وتنقسم إلى قسمين رئيسيين هما:



-خلايا شعيرية داخلية:

وهي خلايا مستطيلة الشكل لها صف من الأهداب في أعلاها قرابة الغشاء المخاطي وهي مزودة بألياف الجهاز العصبي.

-خلايا شعيرية خارجية:

ذات شكل مستطيل أيضا، ولها شعيرات قليلة متصلة مع جزءها العلوي موجودة في الغشاء المخاطي والذي يغطي عضو كورتي.

وفي كل جسم من أجسام كورتي ثلاث خلايا شعيرية خارجية (تأتي في شكل طبقات) وخلية شعيرية داخلية واحدة. (سميرة ركزة، 2014، ص ص. 16-18)

الجدول الآتي يوضح أجزاء الأذن ووظائفها

الوظيفة	التكوين	الجزء
-تجميع الموجات الصوتية. -توجيه الموجات الصوتية إلى طبلة الأذن. -الاهتزازات عندما ترتطم بها الموجات الصوتية.	الصيوان القناة السمعية طبلة الأذن	الأذن الخارجية
-نقل الذبذبات والمحافظة على الطبلة من التمزق. -نقل الصوت إلى القوقعة في الأذن الداخلية -تحتضن جميع أجزاء الأذن وتعطيها مجالا للحركة. -موازنة الضغط الخارجي وضغط الهواء. -التخلص من افرازات الأذن الوسطى.	المطرقة السندان الركاب قناة استاكيوس	الأذن الوسطى

2- تعاريف الصمم:

تعددت التعاريف الخاصة بالصمم، فهناك من يعرفه حسب الدرجة، النوع والسبب، وهناك من يرى: «بمأنه كل انخفاض أحادي أو ثنائي لحاسة السمع مهما كانت درجته ومكان تمرّكه». (SCHWEIZER Hans, 1980, PP. 181-187)

وتعرفه المنظمة العالمية للصحة على أنه: « ذلك الطفل الذي له قدرة سمعية غير كافية بحيث لا تسمح له بتعلم لغة محيطه ولا المشاركة في النشاطات العادية التي توافق سنه، ولا مواصلة التعليم والاستفادة منه» (AJURIAGUERA, J.1982, P. 219)

أما أني دومون (DUMONT) فتعرفه كما يلي في كتابها (الأرطوفونية والطفل الأصم) بأنه: « حرمان، ضعف، إلغاء كلي لحاسة السمع أو تشويه أو فقدان لوظيفة السمع» وتضيف هذه الباحثة في نفس السياق قائلة بأن: «هذا التعريف لا يوضح لنا المشكلة لأن الصمم ليس فقط فعلا وإنما هو كذلك صورة ذهنية». (DUMONT Annie, 1998, P. 68)

3- أسباب الصمم:

كما هو معروف أن تكوين جهاز السمع يبدأ في حوالي الأسبوع الثاني أو الثالث ويكتمل في الشهر السادس من الحمل حينئذ يصبح ذو حساسية للمؤثرات خلال الأشهر الستة الأولى من الحمل.

3-1- الأسباب التي تظهر قبل الولادة: أي أثناء الحمل:

من الأمراض التي تؤدي للصمم والتي تصيب الأم الحامل أثناء الشهور الثلاثة الأولى من حملها وهي:

- الحصبة الألمانية (La Rubéole)

وتتفاوت خطورتها حسب المدة التي تظهر فيها وينتج عنها صمم إدراكي مع توقف في النمو القوقعي وهذه الإعاقة تكون في غالب الأحيان حادة وتتجم عنها إصابات أخرى منها: إصابات قلبية، عمى وصمم مع تأخر عقلي.

- المقوسات (La Toxoplasmosse)

تصيب الأم أثناء الحمل وينجم عنها صمم مرفق بتشوهات أخرى، كالتضاد الدموي الذي يؤدي إلى إصابة قوقعية مصحوبة ببقان ولادي، إلا أننا نلاحظ نقص كبير في هذا النوع من الإصابة وهذا راجع للاكتشافات العلاجية الخاصة بها. وكل إصابة خطيرة في بداية الحمل لابد أن تأخذ بعين الاعتبار، لأن إهمالها قد يؤدي بالفعل إلى تأثيرات جنينية خطيرة.

- إصابة زهريّة (Syphilis)

قد يؤدي إلى خلل في الجهاز السمعي وفي بعض الأحيان يؤدي لالتهاب سحائي عصبي، كما أن بعض الأدوية التي قد تتناولها الأم تؤدي إلى تسمم خطير وإلى الصمم منها: (Streptomycine ، Thalidomide ، Quinine) فيولد الطفل مصاب ببعض التشوهات التكوينية، على سبيل المثال التي كانت تتعاطى عقار (Thalidomide) قد يولد طفلها بتشوهات على مستوى جهاز الأوعية الدموية للقلب.

3-2- الأسباب التي تظهر أثناء الولادة: وينتج عنه:

- نقص الأكسجين (Anoxie) الذي قد يسبب اختناق عند الولادة وبالتالي ينتج عنه الصمم.
- جروح وإصابات عند الولادة: كأن يولد الطفل بصورة عكسية مما يؤدي إلى استعمال بعض الطرق الخاصة لتعديل طريقة ولادته، فيترتب عنها بعض الإصابات أو جروح خطيرة.
- وكذلك الحال بالنسبة للولادة التي تستعصي وتطول مدتها، لأنها تؤدي إلى عدم وصول الأكسجين إلى مخ المولود، فتلتهب أغشية المخ ويؤدي ذلك إلى الصمم.
- إن الولادة المبكرة والتي هي كثيرة الانتشار تحدث نزيفا دمويا داخل الأذن.
- أسباب تعفنية تكون مرتبطة بالتهاب السحايا والتي تؤدي بالضرورة إلى استعمال بعض المضادات الحيوية التي تدخل في علاج التهاب السحايا والتي تؤدي في غالب الأحيان إلى الصمم.

- اليرقان المرضي.

3-3 - الأسباب التي تظهر بعد الولادة:

تظهر أسبابه في:

- الصدمات:

خاصة تلك التي تقع في مستوى الجمجمة، فهي نادرة لكنها تؤدي إلى الصمم.

- العلاج التسممي للأذن:

ناتج عن استعمال بعض الأدوية بكثرة ولمدة طويلة، فينتج عنها الصمم ويبدأ في الظهور بعد غياب الطنين.

- الالتهاب السحائي:

التهابات الأذن مهما كان نوعها سواء الالتهابات الحادة أو المزمنة التي تؤثر على التجاويف الأنفية والحلقية وتكون في الغالب مسؤولة على الصمم المتوسط وتصبح خطيرة في غياب العلاج والرعاية الكافية.

4- أنواع الصمم:

4-1 - الصمم الإرسالي: (La Surdité de Transmission)

يصيب الأذن الخارجية والوسطى فيمكن أن تكون تشوهات في العظيماآ أو في النواقد أو وجود سائل في طبلة الأذن.

4-2 - الصمم الإدراكي: (La Surdité de Perception)

الإصابة هنا تؤثر على الإدراك وتكون في الأذن الداخلية، القوقعة والعصب السمعي، والنواة القوقعية للجذع العصبي أو النواقل القوقعية المركزية، وقد تكون تشوهات في التكوين، وتعود إلى أسباب وراثية أو إلى أمراض.

4-3 - الصمم المختلط (La Surdité Mixte)

هو اجتماع الصمم الإرسالي والصمم الإدراكي قد يعود إلى الالتهابات المزمنة للأذن الوسطى الذي يمكن أن يؤثر على الأذن الداخلية، كما قد يحدث العكس.

5-درجات العجز السمعي:

إن مستوى لغة الطفل الأصم يختلف باختلاف درجات العجز السمعي فهناك:

5-1- الصمم الخفيف: (La Surdité Totale)

وعتبه السمعية تقع بين 20 و 40 ديسيبال، وهنا يعاني الطفل من صعوبة في سماع الكلام ووجود خلل لفظي بسيط، وهذا النوع من العجز السمعي قد يبقى لمدة طويلة غير ظاهرة وغالبا ما يكشف عنه عن طريق اختبار سمعي مؤخر، ففي الوسط المدرسي مثلا قد تلتفت الأخطاء الإملائية المتكررة الانتباه إلى وجود صمم لدى الطفل حيث يكون لديه خلط ما بين الصوامت، وبهذا يحكم على الطفل بأنه غير منتبها، غير ذكي ولا يحب العمل، وفي الصمم الخفيف يمكن للمصابين الاستمرار في الأقسام العادية بدون أن تطبق عليهم طرق بيداغوجية خاصة. (Virole Benoit, 2000, PP. 91-92)

5-2- الصمم المتوسط: (La Surdité Moyenne)

وعتبه السمعية تقع ما بين 40 و 70 ديسيبال، فالطفل يسمع الأصوات ولكنه يميز بصعوبة في التمييز فيما بينها، فهولا يستطيع أن يتعرف إلا على الأكثر بروزا من عناصر الكلام والمقاطع ذات المصوتات المفتوحة، تجعله أكثر قابلية لسماع المقاطع البارزة، المقاطع المؤخرة وتكون كلمات الربط غير مدركة ولا تظهر إلا مشتتة، فرغم منافع الجهاز السمعي، إلا أن الطفل لا يعفى من متابعة تعليم خاص حيث أن الأصوات المضطربة يجب أن تصحح أو تصح له، ولا يمكن أن نأمل نتائج جيدة، إلا إذا كان التعليم يجرى في وسط متخصص، بمعنى في أقسام أين يكون قد حضي بتربية سمعية وبصرية، وفي نفس الوقت أين يعفى من المعلومات المدرسية وهذا بصفة مؤكدة، ولا تسمح الأجهزة السمعية إلا بجعل الطفل في وضعية الاستماع العادي للكلام، لا يفهم إلا إذا كانت معرفته للغة كافية وبالتالي

لا يجب أن نعلمه أن ينصت وأن يطور لغته، وفي حالة وجود صمم خفيف يمكن أن نأمل بتجهيز مبكر وإدماج الطفل في الروضة لتحقيق الشروط الكافية للالتحاق بمدرسة عادية..
(Virole Benoit, 2000, PP. 91-92.)

5-3- الصمم الحاد:

وعتبه السمعية تقع ما بين 80 و 90 ديسيبال، والأصوات ذات الشدة القوية تكون مدركة ونادرا ما يتمكن المصاب بهذا النوع من الصمم من اكتساب بعض العناصر اللغوية بفضل القراءة الشفوية وأغلبية المصابين لديهم صعوبة في ذلك وبالتالي يحتاجون كلهم إلى تربية أطفونوية.

5-4- الصمم العميق: (La Surdité Profonde)

وعتبه السمعية تفوق 90 ديسيبال، وهي الدرجة التي لا تسمح للفرد من سماع الأصوات، أما التجهيز إذا أمكن فهو لا يعطي تمثلا كافي للضحج الخاص بالكلام ليتمكن هذا الأخير أن يتموضع بصفة تلقائية حتى وإن كان يكتب بطريقة مشوهة فالطفل ليس لديه لغة لفظية أو لا تكون لديه إلا إذا تكونت على المستوى العقلي والفيزيائي ولكن من الخطأ أن نفكر بأن النتائج سوف تكون قليلة إذا ما قورنت بالمجهودات التي تبذل في هذه المستويات. (Virole Benoit, 2000, PP. 91-92)

5-5- الصمم الكلي: (La Surdité Totale)

وهي حالات استثنائية نادرة الحدوث، يعتمد تشخيص هذا النوع من الصمم على تحديد مسألتين:

تحديد الإعاقة السمعية ومستوى اللغة، وفي هذا المجال يجب الاهتمام بالمجال التواتري لتقرير مراحل إعادة التربية المتبعة في هذه الحالة، وكذا التجهيز السمعي والمناهج البيداغوجية التي يناسب تطبيقها للمعاق إعاقة سمعية تامة. (Virole Benoit, 2000, PP.)
91-92

المحاضرة التاسعة عشرة

اضطرابات الصوت

Les Troubles de la Voix

1-تعريف الصوت:

1-1- التعريف الفيزيولوجي:

يعتبر الصوت إنتاجا فيزيولوجيا لأصوات تنتج عن إصدار الصوت الحنجري الذي يتغير داخل النبرات الرنانة.

وهذه النبرات متكونة من الأعضاء التالية: أدنى الحلق، الحق، الفم، الشفتان، المجرى الأنفي الحلقي، النبرات الأنفية.

1-2- التعريف النفسي:

من الناحية النفسية يمثل الصوت الأداة الأكثر ليونة في التعبير عن الأحاسيس والمشاعر، التي تحول بخواطرنا ويعكس الأوجه الكثيرة لشخصية الإنسان في مختلف ميادين الحياة وكذا مختلف المواقف اليومية، ومهما حاول الإنسان إبعاد الصوت عن طبيعته ومهما بذل من مهارة في سبيل ذلك فإن الصوت يظل مميذا عن غيره شأنه في ذلك شأن بصمات الأصابع.

2-تعريف البحة الصوتية:

وأبرز هذه الأمراض ما يطلق عليه اسم (البحة الصوتية) وهي عبارة عن تغير في الصوت الأصلي للإنسان بحيث تخرج الأصوات اللغوية غير واضحة وطبيعة الصوت متغيرة وهي تنقسم إلى:

أ-بحة عضوية:

هذه تكون نتيجة لأسباب عضوية تصيب الحنجرة أ والثنايا الصوتية.

ب -بحة وظيفية:

وهي تتمثل في متاعب في الصوت ليست ناتجة عن علة عضوية وإنما هي ناتجة عن سوء استخدام الشخص لعض والصوت لديه.

تعرف بأنها أي خلل يؤدي إلى تغيير في جودة الصوت أ وحدته أ ونبرته، وتصل %9 تقريبا للمعمر أقل من 18 سنة.

وأبرز هذه الأمراض ما يطلق عليه اسم (البحّة الصوتية) هي عبارة عن تغيير في الصوت الأصلي للإنسان بحيث تخرج الأصوات اللغوية غير واضحة وطبيعة الصوت متغيرة ولعل أكثر -نسبة الإصابة بها إلى 6% شيوعا تلك المتعلقة بإساءة استخدام الصوت. التي تؤدي غالبا إلى تكون حبيبات كما يعرفها (LEHUCHE François) أنها إصابة صفة أو مجموعة الصفات الفيزيائية للصوت، وأنه اضطراب مؤقت أ ودائم للوظيفة الصوتية والذي يشعر به المصاب أ والمحيط الذي يعيش فيه.

(LEHUCHE François et ALLALI André, 1984, P. 171)

3-أنواع البحة الصوتية:

3-1-البحة النفسية:

غالبا ما تحدث فجأة نتيجة للإرهاق النفسي كالقلق أ وصدمات نفسية بأنواعها، كذلك قد تظهر بعد الزكام البسيط، فيكون إجهاد صوتي وتصبح بعد ما كانت عابرة ومتكررة مستقرة نوعا ما، وقد تتطور إلى غياب الصوت ويظهر هذا النوع من الاضطراب خاصة عند المرأة (F., LEHUCHE, A., ALLAL, 1984, P. 177)

3-2-البحة التشنجية:

هي عبارة عن بحة نادرة وخطيرة، ناتجة عن تشنجات على مستوى الأوتار الصوتية وتظهر عادة ما بين 30 و 40 سنة خاصة عند النساء في البداية تظهر تدريجية، وأحيانا قد تظهر بعد صدمة نفسية أ وخارجية نلاحظ أن المصابين بها يتحدثون بصفة عادية عند الغضب، وتؤثر هذه البحة على الجانب العلائقي للمصاب مع غيره.

(F., LEHUCHE, A., ALLAL, 1984, P. 118)

3-3- البحة الحادة:

قد تكون من أصل تعفني (**Infection**)، التهاب الحنجرة الحاد النزلي من أصل فيروسي غالبا ما تظهر في حالة (**Laryngotrachées Bronchite**) وتستمر البحة لعدة أيام لم تحققي والعلاج يكون طبي عن طريق الأدوية، كما أن بعض الالتهابات الحنجرية من أصل جرثومي.

3-4- البحة الوظيفية:

في هذه الحالة لا تظهر أية إصابة عضوية على مستوى الأوتار الصوتية، ولكن تكون ناتجة عن خلل وظيفي للحنجرة، نجدها خصوصا عند مختصي الصوت مثل المعلمين والأساتذة والمحامين والأئمة وأغلبهم من النساء نلاحظ فيها تعباً كبيراً وإرهاقا صوتيا شديداً، الشيء الذي يفسر وجود العقيدات وانتفاخ الأغشية.

4-العوامل المسببة لاضطرابات الصوت:

الأسباب العضوية وغير العضوية التي تؤدي إلى الاضطرابات الصوتية كثيرة متنوعة، من بين الظروف العضوية التي تتعلق بالحنجرة والتي يمكن أن تسبب اضطرابات الصوت (القرح، والعدوى، والشذوذ الولادي في تكوين الحنجرة)، فالأشخاص المصابون بشق في سقف الحلق يواجهون عدة صعوبات في الفصل بين الممرات الفمية والممرات الأنفية أثناء الكلام، مما يجعل أصواتهم تغلب عليها الخمخة الشديدة.

-كذلك فإن فقدان الواضح للسمع الذي يؤثر على قدرة الطفل على تغيير طبقة الصوت وارتفاعه ونوعيته، يمكن أن يسبب أيضا اضطرابات في الصوت.

من ناحية أخرى، يمكن أن تنتج اضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية.

-**لاحظ " برون " (1971)** أن معظم اضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشاذ للصوت. يمكن أن يتخل سوء استخدام الصوت أشكالاً متعددة منها السرعة المفرطة في الكلام، أو الكلام بمستوى غير طبيعي من طبقة الصوت، أو الكلام بصوت مرتفع، أو الكلام المصحوب بالتوتر الشديد.

- هذه الأنماط الصوتية يمكن أن تؤدي إلى الاستخدام الزائد. للميكانيك الصوتي.
- وعندما يعتاد الفرد على مثل هذا السلوك، فإن ذلك يسبب ضررا للحنجرة وقد يؤدي إلى بعض الانحرافات المرضية العضوية.
- كذلك، قد ترتبط اضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة في التنفس.
- تعتبر الاضطرابات السيكولوجية وعدم التوافق الانفعالي حالات يمكن أن تنعكس أيضا في شكل اضطرابات في الصوت. على أن اضطرابات الصوت التي ترجع إلى أصل سيكولوجي يبدو أنها أكثر شيوعا عند الكبار منها عند الصغار.
خلاصة القول إن أي شيء يغير ويعوق الأداء الوظيفي العادي والفعال لأجهزة التنفس، وأجهزة الصوت يعتبر سببا من أسباب الاضطرابات الصوتية. (سلامة العبد الله، 2014. ص 62.)

4-1- المشكلات المرتبطة بالعوامل العضوية:

إن العديد من اضطرابات الصوت تحدث نتيجة مشكلات عضوية، وعلاج هذه المشكلات عادة يكون مسؤولية الأطباء المتخصصين، ولذلك عندما يأتي شخص مصاب أحد اضطرابات الصوت للأخصائي لطلب العلاج، يجب عليه أن يعرف أسباب ذلك الاضطراب، وهل يحول المريض إلى أحد الأطباء المتخصصين أم لا؟ أم وذلك قبل أن يقدم له أي علاج. ومن بين الأمراض التي تسبب اضطرابات الصوت.

4-2- شلل الأوتار الصوتية:

في هذه الحالة تتعرض الأعصاب المحركة للأوتار الصوتية للشلل، وعدم القدرة على ممارسة وظيفتها.

ونادرا ما يكون سبب شلل الأوتار الصوتية إصابة - مركز الصوت الدماغية، وأحيانا يكون السبب نتيجة إصابة الأوتار الصوتية بالتهابات الفيروسية، وفي هذه الحالة يمكن الشفاء التام خلال ستة أشهر، ولكن في معظم الأحيان يكون

سبب الشلل هو إصابة العصب المحيط بالحنجرة، وقد يكون هذا بسبب تضخم في الأذين الأيسر نتيجة ضيق في الصمام الإكليلي، أو نتيجة سرطان في القصبة الهوائية، وقد يكون أحيانا بسبب ندبة في قمة الرئة ناتجة عن تدرن رئوي، أو يمكن أن يكون أيضا نتيجة تضخم في الغدة الدرقية نتيجة الإصابة بسرطان الغدة.

4-3- الإصابات والحوادث:

قد تتمزق غضاريف الحنجرة أو تصاب الأوتار الصوتية أثناء إجراء العمليات الجراحية بالحنجرة، وأثناء استخدام المنظار لفحص الجهاز التنفسي، والأوتار الصوتية، وأثناء استئصال الحمية من الأوتار الصوتية. وقد تحدث إصابة الحنجرة من الخارج نتيجة الحوادث أو وانضرب أثناء العراك أو في مباريات الملاكمة.. الخ.

وكذلك دخول جسم غريب إلى الحنجرة مثل الطعام أو الألعاب الصغيرة التي قد يبتلعها الطفل، أو انزلاق الأسنان الصناعية إلى الحنجرة. إن آلية سقوط الجسم الغريب مرتبطة بالشهيق المفاجئ الذي يصادف أحيانا في حالة الرعب أو الضحك أو البكاء وينجرف الجسم الغريبة مع التيار الهوائي للحنجرة؛ وإما أن يتوقف في الحنجرة، أو ويتابع طريقه إلى الرغامى أو القصبات. ويعاني المريض بعدها من الشعور بالاختناق والسعال التشنجي إلى أن يعتاد المريض عليه، وتحدث نوبة السعال والتشنج عندما يحدث تغير في وضعية الجسم الغريب.

4-4- أمراض وهن وضعف الحجرة:

قد تؤدي إصابة الفرد بالأنيميا إلى ضعف انقباض العضلات مما يؤدي إلى غلق لسان المزمار بشكل غير كامل، وينتج هذا الاضطراب عن ضعف تزويد العضلات وباقي أجزاء الجسم بالكمية الكافية من الدم.

إن الأشخاص، شديدي الوهن والضعف تتعكس حالتهم على أصواتهم فيبدو ضعيفة، الأمر الذي يحدث إما نتيجة عدم غلق لسان المزمار أو الاقتراب البسيط بين الأوتار الصوتية أثناء

الاهتزاز. (سلامة العبد الله، 2015 ، ص ص. 63-66)

4-5- الأورام Tumours

إن أول ما يرد في ذهن عند التفكير في آفات الأوتار الصوتية هو إصابتها ولكن ما هو الورم؟ إن كلمة ورم تحمل الكثير من المعاني فيتم تعريفها بأنها نسيج غريبه ينم وبشكل أسرع من الطبيعي ويستمر في النم وبعد توقف المثبر الذي يثيره: أما درجة الورم فلها علاقة بالمكان التشريحي للإصابة ووجود العقد الانتقالية في العنق والانتقالات البعيدة. ومن المعلوم أن هناك نوعين من الأورام، هما: الأورام الحميدة، والأورام خبيثة. فأما الورم الحميد هو الذي لا يعز ولا يدمر النسيج الطبيعي المجاور له.

بين الورم الخبيث فهو القادر على غز والأنسجة المحيطة ويؤدي إلى انبثاقه وانتشاره؛ مما قد يتسبب في وفاة الشخص المريض ما لم يتم علاجه بشكل مناسب وتنتشر الأورام الخبيثة في الحنجرة عند الرجال أكثر منها عند النساء.

4-5- التهابات الحنجرة:

قد يصاب الصغار والكبار بالتهابات تؤثر على الأوتار الصوتية فتغير شكلها، وتصبح حمراء، ومستديرة وتتورم الأنسجة المحملة بها، وكلها تؤثر على عملية إنتاج أصوات الكلام ونطتها. وقد تكون هذه الالتهابات حادة نتيجة إصابة الصغار بأمراض فيروسية أو ميكروبية مثل الدفتريا، بينما قد ترجع لسوء استخدام الصوت لدى الكبار: التي قد تحول هذه الالتهابات من حادة إلى مزمنة وقد تؤدي هذه الحالة إلى ارتخاء الأوتار الصوتية، وشعور المريض بحرقان واستشارة في الحنجرة، وقد يجد صعوبة في الكلام وربنا يفضل الامتناع عنه. (سلامة العبد الله، 2015، ص ص. 67-68)

4-6- المشكلات المرتبطة بالعوامل النفسية:

إن احتباس الصوت قد يحدث عندما لا يرغب الشخص في التحدث، يرتبط احتباس الصوت وغلظته العضوية بشدة وبشكل لا إرادي بالضغط والقلق اللذان يتعرض لها الفرد.

إن المشكلات الانفعالية التي ترتبط بالمواقف المنزلية أ والعملية أ والمدرسية قد تؤثر على وظيفة الحنجرة ومن ثم إعاقة الصوت.

وهناك العديد من الأمثلة التي تسبب فيها أمراض الحنجرة احتباس في الصوت والتي تبدأ بعد إعاقة الوظيفة البيولوجية بشكل كامل، ومن المحتمل أيضا أن يلعب احتباس الصوت دور الحماية والوقاية في حياة بعض الأفراد؛ وبالتالي تطول احتباس الصوت لديهم.

(سلامة العبد الله، 2015، ص ص. 69-70)

5-أنواع اضطرابات الصوت:

1-اضطرابات الصوت العضوية.

2-اضطرابات الصوت غير العضوية.

- اضطرابات الصوت نتيجة اضطرابات باثولوجية بسيطة. (سلامة العبد الله، 2015، ص.72)

1-اضطرابات الصوت العضوية:

1-1- إصابات الحنجرة:

سواء كان جرح قطعيا، أو ضربة قوية موجهة إلى الرقبة، أو إصابات فيزيائية مثل الحرق الحريري أو الكيائي أو الإشعاعي.

1-2- التهاب الحنجرة، سواء كان حاد ومزمن

- حساسية الحنجرة.

- أورام الحنجرة، الحميدة والخبيثة.

- الاضطرابات العصبية: الحركية والحسية.

1-3- اضطرابات الغدد الصماء:

مثل اضطرابات الغدة الدرقية، أو الجار الدرقية أبي الغدة النخامية، أو حتى أخذ الأدوية التي تحتوي على هرمونات الذكورية

لذا يجب على المرأة ألا تستعمل أية أدوية تحتوي على هرمونات الذكورة لزيادة وزنها لأن صوتها سيصبح مثل صوت الرجال، وهذا التغيير في الصوت سيكون دائما.

2-اضطرابات الصوت غير العضوية:

وهي تلك الاضطرابات الصوتية التي لا يصاحبها تغيرات عضوية واضحة في تركيبية الثنايا الصوتية، وإن كان من الممكن أن تؤدي إلى تغيرات باثولوجية بسيطة على المدى الطويل.

وتقسم هذه الاضطرابات غير العضوية إلى:

أ- اضطرابات اعتيادية.

ب - اضطرابات نفسية.

2- اضطرابات الصوت غير العضوية الاعتيادية وهي:

2-1- بحة الصوت المزمنة عند الأطفال:

وهي تحدث عند الأطفال الذين يميلون الصراخ ورفع الصوت طوال اليوم، ويؤدي هذا الاستخدام الخاطئ للصوت إلى تكوين حبيبات بالثنايا الصوتية تؤدي إلى بحة الصوت.

2-2- اضطرابات الصوت عند البلوغ:

نطلق هذا المسمى عند فشل الصوت في الانحدار تدريجي من الحدة (التردد المرتفع) الخاص بمرحلة الطفولة إلى التردد المنخفض المميز للبالغين الذكور، حيث تبقى الحنجرة على بعض خصائص حنجرة الطفل، فتصدر صوتين لكل منها تردد مختلف، بدلا من صوت واحد، وهما صوت حنجرة الطفل بتردده المرتفع بالإضافة إلى صوت الجديد الناتج عن التغيرات الهرمونية المصاحبة للبلوغ، ويكون ذا تردد منخفض، ويؤدي ذلك إلى ضغط نفسي كبير على الشاب لأن أصدقائه سيعيرونه بأن له صوت امرأة. (سلامة العبد الله،

2015. ص ص. 73-76)

2-3- بحة الصوت فوق الوظيفية:

وتشمل جميع أنواع الشد العضلي الزائد للحنجرة والعنق، ويكون نتيجة الاستخدام الخاطئ للصوت، مما يؤدي إلى انقباض عضلات اصدار الصوت بالإضافة إلى عضلات التنفس، ويشكو المريض من تغير صوته بالإضافة إلى وجود أعراض وهن صوتي مصاحبة ويكون الصوت مضغوطا.

2-4- بحة الصوت تحت الوظيفية:

وجد أن استخدام الصوت بالطريقة فوق الوظيفية السابقة الذكر لمدة طويلة يؤدي إلى خلل في التحكم العضلي للحنجرة ينتج عنه بهوية الصوت تحت الوظيفية فيكون الصوت ضعيفة وتنفسيا

2-5- الوهن الصوتي:

وله أعراض عديدة منها: جفاف الحلق، آلام الحلق، رغبة متكررة في تنظيف الحلق (نححة متكررة)، إحساس بوجود جسم غريب بالخلق، بذل مجهود زائد لمواصلة القدرة على إصدار الصوت، عدم القدرة على مواصلة الكلام بعد فترة من بدءه نتيجة ارهاق الصوت، وينتج الوهن الصوتي عن الاستخدام الخاطئ أو المكثف للصوت خاصة عند محترفي استخدام الصوت، أو نتيجة التعرض لبيئة مترية أو جافة جدا أو للدخان، وعادة ما تكون الأعراض غير موجودة أول النهار ولكنها تزيد بعد فترة من استخدام الصوت

2-6- بحة الصوت:

نتيج استعمال الثنايا الصوتية الكاذبة حيث يستعمل المريض الثنايا الصوتية الكافية في إصدار الموت فيكون صوته خشنا ومنخفض الحدة. (سلامة العبد الله، 2015. ص ص. 77-

2-اضطرابات الصوت غير العضوية النفسية:

2-1-فقدان تام للصوت:

حيث يفقد المريض وغالبا ما تكون امرأة) الصوامت تمام لفترة معينة، ويكون لهذا سبب نفسي واضح أو ضغط نفسي شديد، فتفقد المريضة الصوت كمحاولة للهروب من مواجهة موقف معين تخشاه، وعادة لا تتأثر الوظائف المصاحبة للحنجرة مثل السعال أو الضحك.

2-2-اضطرابات صوتية مصاحبة لأمراض نفسية:

حيث تكون بحة الصوت أعراضا ثانوية لمرض نفسي مثل الفصام، أو القلق النفسي أو الاكتئاب.

2-3-اضطرابات الصوت نتيجة إصابات بيولوجية بسيطة:

كما سبق وأن ذكرنا بأن بحة الصوت غير العضوية عادة لا يصاحبها تغيرات عضوية واضحة في تركيبة الثنائي الصوتية، ومع ذلك فإنه مع استخدام الصوت لمدة طويلة وبطريقة خاطئة تؤدي الاضطرابات غير العضوية إلى حدوث إعطاب عضوي بالثنايا الصوتية، وهذا ما نسميه بالاضطرابات الصوتية نتيجة إصابات باثولوجية بسيطة مصاحبة، وهي تشمل:

1-الحبيبات الصوتية. هو نوع يصيب الأطفال (حبيبات الصراخ)، وهذه توجد في الأولاد

أكثر من البنات. (سلامة العبد الله، 2015. ص.79)

المحاضرة العشرون

اضطرابات اللغة الناتجة عن الإعاقة الذهنية

Le Handicap Mental

1-تعريف الإعاقة الذهنية:

إن تعريفات الإعاقة الذهنية في تضاعف في الوقت الحالي حيث تنتج إعادة الطرح للبحث من إدراك النقص في المعرفة المتعلقة بالحاصل الذكائي وعدم فعاليتها حيث يزداد هذا الأمر لدى الباحثين الذين يهتمون بالمعاقين ذهنياً ويريدون ضمان تفتح شخصيتهم وكذا اندماجهم في المجتمع. (زينات فطيمة، 2011، ص. 13)

ويرتبط العجز الذهني بسيرورة ذهنية عامة بنسبة منخفضة عن المعدل بصفة معتبرة، وهو يشمل العجز أو التغيرات في التصرف التكيفي، ومعناه قدرة الشخص على الإيفاء بالمعايير التي توافق سنه وبيئته الثقافية في ميادين كالاتصال والاستقلال الشخصي والحياة الاجتماعية والتبادلات ما بين الأشخاص والتعلم المدرسي والمهني.

ففي تصنيف CIM-10، تعرف المنظمة العالمية للصحة التخلف الذهني (F70-F79) كتوقف أو نمو غير كامل للسيرورة الذهنية يتسم أساساً بتغير في القدرات التي تحدد المستوى الشامل للذكاء، وهذا خلال مدة النمو، ما يعني الوظائف المعرفية واللغوية والخاصة بالحركة والقدرات الاجتماعية (المركز التقني الوطني للدراسات والبحث في الإعاقات وعدم التكيف، 1993). " فهذه السيرورة الذهنية المنخفضة" والدرجات المختلفة لخطورة الإصابة يمكن تعريفها وفق منظورين: الأول متعلق بعلم المقاييس النفسية والثاني عملي حسب مفهوم PIAGET. (زينات فطيمة، 2011، ص. 14)

-التعريف الاجتماعي:

يعرف التخلف الذهني بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن التكيف مع الآخرين مما يجعله دائماً بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم الآخرين.

(وادي. 2009. ص ص. 34-36)

2- أسباب الإعاقة الذهنية:

إن معظم أسباب الإعاقة الذهنية غير معروفة حتى الآن إذ تشير المراجع في هذا المجال إلى اكتشاف 20% فقط من أسباب الإعاقة الذهنية وأن 80% من هذه الأسباب غير معروفة، فلإعاقة الذهنية أسباب كثيرة يمكن تصنيفها إلى أسباب وراثية وأسباب بيئية كذا عوامل ثقافية واجتماعية.

2-1 الأسباب الوراثية:

-قد تنتقل الإعاقة الذهنية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بها الخصائص الجسمية والنفسية كالطول والقصر، النحافة والسمنة ولون الجلد.

-قد تنتقل الإعاقة الذهنية للطفل بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة من الآباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم تؤدي بدورها إلى تلف في أنسجة الجهاز العصبي والمخ وقد يكون هذا الشذوذ في الكروموزومات أو في سلامة عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية تسبب تلف في المخ أو الجهاز العصبي، ومن بين هذه الأخطاء التي قد تحدث:

- زيادة كروموزوم في الخلية.
- غياب كروموزوم أو غياب جزء منه.
- انتقال كروموزوم أو جزء منه إلى كروموزوم آخر ليس نظيرا له، وتحدث هذه الحالة عادة في الكروموزوم رقم 15 الذي ينتقل هو أو جزء منه إلى الكروموزوم رقم 21. (الفايض، 1998، ص. 87)

2-2 الأسباب البيئية:

يتعرض الطفل إلى الكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي، كما تؤثر على أنسجة مخه والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة الذهنية، تنقسم الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام:

- أسباب قبل الولادة

- أسباب أثناء الولادة

- أسباب بعد الولادة

2-2-1 أسباب قبل الولادة:

• الأسباب الفيروسية والبكتيرية مثل الجدري والتهاب الكبد الوبائي والحصبة الألمانية والزهري.

• تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات.

• استخدام الأدوية والعقاقير الطبية دون استشارة الطبيب أثناء فترة الحمل

• إدمان الأم للكحوليات والتدخين والمخدرات.

• سوء تغذية الأم الحامل.

• صغر أو كبر سن الأم.

2-2-2 أسباب أثناء الولادة:

• إطالة فترة الولادة أو ضعف صحة الأم أو كبر حجم الجنين.

• تضخم رأس الجنين بسبب تموضع الجنين بطريقة غير طبيعية.

• الوضع الغير طبيعي للمشيمة.

• الاختناق أثناء الولادة.

• استخدام جفن الولادة (Forceps)

• الولادة المبكرة.

• انفجار الجيب الأمامي مبكرا يؤدي إلى ما يسمى بالولادة الجافة.

2-2-3 أسباب بعد الولادة:

• التهاب أغشية المخ السحائية.

• إصابة المخ بالحوادث مثل السقوط من المرتفعات.

• انخفاض في أداء الغدة الذرقية أو النخامية.

- نقص أو سوء التغذية، التسمم بالمواد الكيميائية.
- أسباب مرضية مثل الحصبة الألمانية والسعال الديكي والدفتيريا.
- ادمان الأمم للكحوليات و التدخين والمخدرات. (شاش. 2000)

2-3 العوامل الثقافية والاجتماعية:

بينت دراسات كثيرة أن معظم حالات الإعاقة الذهنية الحقيقية غير معروف بسبب توقف نموهم العقلي، فهم مثل العاديين أصحاء جسميا ولا يعانون من تلف في الدماغ ولم يتعرضوا لأمراض خطيرة أو حوادث في طفولتهم، لكن عاشوا في بيئات متخلفة ثقافيا واجتماعيا:

3- تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني:

في سنة 2002 صنفت الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني أفراد فئة المعاقين ذهنيا إلى أربعة أقسام وهي:

3-1- الإعاقة الذهنية الخفيفة:

تشير إلى الفئة القابلة للتعلم وهذه المجموعة تشكل حوالي 85 % من المعوقين ذهنيا، عند هذه الفئة تنمو المهارات الاجتماعية والاتصالية خلال مرحلة ما قبل المدرسة لهم البعد الأدنى من الضعف لما يتعلق بالنشاط الحسي ولا يتم تمييزهم عن الأطفال ذوي التأخر العقلي حتى سن متقدم، وفي مرحلة المراهقة يكتسبون المهارات الأكاديمية حتى سن السادسة وخلال سنوات عمرهم المتقدمة يكتسبون المهارات الاجتماعية والمهنية والمواهب الملائمة، قد يحتاجون إلى الإشراف والعون والمتابعة.

3-2- الإعاقة الذهنية المتوسطة:

وهي تشير إلى الفئة القابلة للتدريب وهذه المجموعة تشكل حوالي 10% من المعوقين ذهنيا، معظم هؤلاء الأفراد يكتسبون مهارات الاتصال خلال مراحل أعمارهم الأولى و يمكن أن يستفيدوا من التدريب في المهارات الاجتماعية والمهنية، لكن لن يتقدموا في المهارات الأكاديمية.

3-3- الإعاقة الذهنية الشديدة:

تشكل هذه الفئة حوالي 3 إلى 4% من المعوقين ذهنيا وأفراد هذه الفئة يكتسبون المحادثة القليلة أو أقل من القليلة، يمكن تدريبهم على مهارات بسيطة كالعناية بالذات، كما يمكن تعليمهم بعض المواد كالأبجدية والحساب البسيط، قد تتكيف هذه الفئة مع المجتمع، لكن تحتاج إلى رعاية خاصة.

3-4- الإعاقة الذهنية العميقة:

تشكل هذه المجموعة بين 1 إلى 2% من المعوقين ذهنيا، معظم هؤلاء الأطفال لهم أمراض عصبية، هي التي أدت إلى إصابتهم بالإعاقة الذهنية، ففي مرحلة الطفولة يظهر لديهم ضعف النشاط الحسي الحركي، لكن يمكنهم أداء أعمال بسيطة إذا توفر التدريب المناسب، كما أن هذه الفئة تحتاج إلى رعاية وإشراف مستمر وخاصة إلى الحب والحنان.

(بطرس، 2000، ص ص. 141 - 142)

كما نجد البعض الآخر من التصنيفات يأخذ في اعتباره القابلين للتعلم والقابلين للتدريب والبعض صنف على أساس نسبة الذكاء، ومن هذه التصنيفات: (طه، 2000، ص. 50)

1- التخلف العقلي الشديد:

ويشير إلى توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله مصحوبا بسوء التوجه في الزمان والمكان وعدم القدرة على حماية النفس من الأخطار الخارجية والاحتياج الدائم أو المستمر إلى رعاية الآخرين.

2- التخلف العقلي الخفيف:

ويشير إلى توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله بدرجة لا تصل إلى مستوى التخلف الشديد كما يستلزم رعاية وتدريباً وتعلماً خاصاً.

4- خصائص التخلف العقلي:

تترك الإعاقة العقلية آثاراً واضحة في جميع نواحي النمو لدى الطفل، وتبدو هذه الآثار في صورة المظاهر السلوكية الدالة على هذه النواحي النمائية، العقلية، الجسمية، الحركية،

الاجتماعية والانفعالية وتختلف هذه المظاهر تبعا لدرجة الإعاقة، لذا نجد اختلافات واضحة بين الأفراد المعوقين عقليا بعضهم البعض، هذا فضلا عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الأفراد وبين العاديين.

وقد تتمثل هذه الخصائص في الآتي:

4-1 الخصائص الجسمية الحركية:

ذكرت (الكاشف) " أن الطفل المتخلف عقليا يتميز ببطء النمو الجسمي بصفة عامة وصغر في الحجم والوزن و إضافة إلى نقص في حجم ووزن المخ عن المتوسط. تشوه شكل الجمجمة والأذنين والعينين و الفم والأسنان واللسان وتشوه الأطراف وضعف واضطراب في النشاط الجنسي". (فؤاد، 2001، ص. 19)

وقد ذكر (القيوني و آخرون) " أن المعاقين عقليا يتسمون بالضعف العام مما يجعلهم يشعرون بسرعة بالإجهاد و التعب و غالبا ما يتأخرون في إتقان مهارة المشي و يواجهون صعوبات في الاتزان الحركي و التحكم في الجهاز العضلي وخاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة ويصعب عليه أن يسير في خط مستقيم حيث أن التأزر البصري الحركي لديه ضعيف حتى في الحركات الكبيرة". (القيوتي، 1995، ص. 90)

وقد أضاف (اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعوقين) في دراسة قامت بها (الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي بوزارة الشؤون الاجتماعية) تناولت خصائص المعاقين عقليا أوردت من الخصائص المعرفية البارزة في المعاقين عقليا " تأثير حاستي الشم والذوق وانعدامها لديهم وميلها لديهم وميلهم إلى الأكل بشراهة وكذلك التبكير في البلوغ الجنسي"

(اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، 1994، ص. 156)

4-2 الخصائص المعرفية العقلية:

إن أهم ما يميز المتخلف عقليا من الشخص العادي هي الخصائص العقلية المعرفية حيث تقل نسبة الذكاء عن (70) ولا يزيد العمر العقلي عن (10-11) سنة، ويتميز المتخلفون

عقليا بضعف الانتباه في نشاط معين لفترة طويلة بدرجة الطفل العادي فسرعان ما يشتت انتباهه وينتقل من النشاط الذي يقوم به إلى نشاط آخر جديد يحاول القيام به إضافة إلى قصور عمليات الإدراك لديهم مثل التمييز والتعوق، إضافة إلى قصورهم في قدرات تكوين المفهوم مثل التجريد والتعميم، فهم يلجؤون إلى استخدام المحسوسات في تفكيرهم وربط الأشياء بوظيفتها لذا يصعب عليهم تكوين المفاهيم المجردة (فؤاد، 2001، ص ص. 90-92)

4-3 الخصائص النفسية والانفعالية:

أوضحت (الكاشف) " أن المتخلف عقليا يشعر بعجزه عن تحقيق الهدف في توقع الفشل والإحباط وترتفع عنده حالة القلق ويرجع سبب ارتفاع نسبة القلق إلى خبرات الفشل الكبيرة التي تعرضوا لها من قبل".

ويؤكد (ماكميلان Macmillan) "على أن تراكمات الفشل المتتابع تصبح مصدر تهديد دائم للمتخلفين عقليا إذ يتوقعون الفشل الدائم قبل ان يقوموا بتنفيذ العمل المطلوب منهم، مما يزيد شعورهم بالإحباط ولجوئهم إلى الحيل الدفاعية لمواجهة التهديد". (MACMILLAN. P 36) ويرى (عبد الرحيم) " أن هذه المشاعر المختلطة بين الإحباط والقلق تزيد من عدوانية المتخلف عقليا في سعي دائم لجذب انتباه الآخرين إليه". (عبد الرحيم، فتحي السيد، يشاي حليم، 1981، ص. 108)

4-4 الخصائص الاجتماعية للمعاقين عقليا:

تقسم هذه الفئة " بالأناية والسلبية وعدم تحمل المسؤولية والولاء للجماعة وعدم الوفاء بالوعد وعدم احترام العادات والتقاليد والقيم الاجتماعية". (بركات، بدون سنة، ص. 19)

5- الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي:

الكثير منا لا يفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي فهناك من ينظر إلى التخلف العقلي على أنه مرض عقلي، ولكن الواقع غير ذلك وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيه التخلف العقلي مع المرض العقلي في شخص واحد، حيث أن التخلف العقلي حالة وليس

مرض فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي، أما التخلف العقلي فهو عبارة عن نقص في نسبة الذكاء، وذلك نتيجة توقف النمو في الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء وبين الشخص العادي فرقا في الدرجة وليس فرقا في النوع وهذا يحدث في الطفولة ولا يحدث في مرحلة النضج.

ومن هذا المنطلق فإن مشكلة التخلف العقلي مشكلة نمو، حيث يلاحظ بأن الذكاء عند الطفل ينمو بالتدرج بعد الميلاد، كما ينمو الجسم أي أن الطفل ينمو من الناحية الجسمية، كما ينمو من الناحية العقلية، ومن ناحية أخرى فإن المرض العقلي هو عبارة عن مشكلات في الشخصية، واضطرابات في السلوك كذلك يحدث المرض العقلي في أي وقت، من مراحل العمر عند الفرد، أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، بينما حالة التخلف العقلي تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو الولادة أو بعد الولادة.

تعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض له الفرد من التوتر والضغط النفسية، بينما لا يكون ذلك بالنسبة للتخلف العقلي.

وفيما يخص العلاج قد يستجيب في المرض العقلي، وذلك على شكل تخفيض الأعراض المؤدية له مما يؤدي إلى الشفاء، بينما التخلف العقلي لا يمكن الشفاء منه إذا حدث.

المحاضرة الواحد والعشرون

متلازمة داون

La Trisomie 21

1- مفهوم متلازمة داون:

يعرفه (Brin) من خلال القاموس الأرتوفوني على أنه "مرض يعود إلى وجود كروموزوم إضافي في الزوج 21 من الخلايا"، هذا الكروموزوم الزائد يفسر مجموعة الاضطرابات المصاحبة المتمثلة في التأخر النفسي الحركي، والتأخر العقلي". (Brin, 1997, P. 201). ويعرفه (Sillamy) في قاموس علم النفس بأنه مرض خلقي يمس القدرات العقلية حيث يتميز صاحبه بمظهر خارجي خاص، وملامح وجهية خاصة أيضا كبروز الوجنتين، وجبهة مسطحة، ولسان مشقوق، وأرس مستدير، تذكرنا بالسلالة المنقولية.

كما تعرف على أنها عبارة عن شذوذ خلقي مركب شائع في الكروموزوم 21 نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحبا لتخلف عقلي، وقد تم التعرف عليه لأول مرة عن طريق الطبيب " جون داون" فالشخص المصاب بمتلازمة داون لديه 47 كروموزوما بدلا عن 46 ويكون هذا الكروموزوم الزائد متجاوزا مع زوج الكروموزومات 21 بحيث يصبح ثلاثيا بدلا من كونه ثنائيا، ويسمى ثلاثية الكروموزومات، أو الإنقسام الثلاثي.

ويرى الباحثان (Lambert.J.L) و (Rondal.J.A) أنه ليس بمرض وإنما حالة وهو مجموعة من التدهورات في النمو الجسدي، والمعرفي للشخص المصاب بسبب كروموزوم إضافي، هذه الحالة التي تسمى أيضا " تلازم" تحد من إمكانيات المصاب بها. (Lambert.J.L, Rondal, J, A, 1982 P. 21).

ومن خلال ما تقدم، رغم تعدد التسميات وكذا التعاريف الخاصة بمتلازمة داون، هناك من اعتبرها مرضا خلقيا أو كروموزوميا وهنا كمن اعتبرها شذوذ خلقي في الكروموزومات، وفي

المقابل فإن كل من " لومبارت" و " روندال" ينفيان إعتبارها مرضا، ووصفاها بأنها حالة تحد من إمكانيات المصاب بها.

ومهما يكن فإن متلازمة داون ناتجة عن زيادة عدد الصبغيات حيث يولد الطفل وهو يحمل ثلاثة نسخ من الكروموزوم 21 بدلا من نسختين من كروموزوم 21، وهكذا يكون في كل خلية 47 كروموزوم، في حين العدد الطبيعي عند الشخص السليم يكون 46 كروموزوم في كل خلية.

2-أنواع متلازمة داون :

هناك ثلاثة أنواع لمتلازمة داون وهذه الأنواع تختلف تبعا لإختلاف الخلل الحاصل في الموقع الكروموزومي.

1-نمط ثلاثي الكروموزومات(Trisomie 21)

وهنا يتكرر الصبغي 21 ثلاث مرات بدلا من مرتين في كل خلية جاعلا عدد الكروموزومات 47 بدلا من 46 كروموزوم وهذا النوع هو الغالب إذ يكون حوالي 95% من حالات عرض داون والتي تظهر في حال خلل جيني في عملية الانقسام المنصف أو ما يعرف بفشل الانفصال السليم للزوج الكروموزومي الأصلي في خلية المبيض الخصية. مما يعني بقاء الكروموزوم (21) بدون انفصال عند حدوث الإخصاب أو الحمل وتكون خلية الجنين (البويضة المخصبة) التي تنمو لتصبح جنينا محتويا على ثلاث كروموزومات في الزوج رقم(21) بدلا من اثنين في جميع خلايا الجسم.

2-الإنتقال الكروموزومي:

وهنا يفصل الكروموزوم رقم (21) ويلتصق بكروموزوم آخر ويكون هذا النوع 4% من حالات عرض داون .

وتم اكتشاف هذا النوع عام (1960) بواسطة العالمين (Fracaro) و (Bolani) وتحدث هذه العملية في قمة الكروموزوم (21) بحيث ينتقل هذا الكروموزوم إلى موضع كروموزومي جديد، إلى أحد الكروموزومات(22، 15، 14، 13).

3-النوع الفسيفسائي:

وهذا النوع الذي يشكل 1% من حالات عرض داون يوجد نوعان من الخلايا في جسم الشخص المصاب فبعضها تحوي العدد الطبيعي من الكروموزومات أي 46 وبعضها الآخر يحوي 47 كروموزوم .

وهنا جاء اختيار اسم هذا النوع حيث أن خلايا الجسم تظهر على شكل فسيفساء بحيث تظهر سليمة في مواقع معينة ومصابة في مواقع أخرى .

3-أسباب الإصابة بمتلازمة داون:

إن الأسباب الحقيقية وراء حدوث متلازمة داون غير معروفة، حيث تحدث في جميع الشعوب وفي كل الطبقات الاجتماعية وفي كل بلاد العالم.

وإن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى زيادة الكروموزوم رقم 21 عند انقسام الخلية غير معروف، ليس هناك علاقة بين هذا المرض والغذاء ولا أي مرض قد تصاب به الأم أو الأب قبل أو بعد الحمل.

هناك علاقة واحدة فقط تثبت علميا وهي ارتباط هذا المرض بعمر الأم، فكلما تقدم بالمرأة العمر زاد احتمال إصابة الجنين بهذا المرض، ويزداد الاحتمال بشكل شديد إذا تعدت المرأة 35 سنة، ولكن هذا لا يعني أن النساء الأصغر من 35 سنة لا يلدن أطفالا مصابون بمتلازمة داون، بل في الحقيقة إن أغلب الأطفال المصابون بهذا المرض تكون أمهاتهم أعمارهن أقل من 35 سنة ويرجع ذلك إلى أن الأمهات اللاتي أعمارهن أقل من 35 يلدن أكثر من النساء الكبيرات، وإذا عرفنا أن المرأة معرضة في أي وقت أن تلد طفلا مصابا فإن عدد الأطفال المصابين للنساء الصغيرات أكثر.

وهذا الكروموزوم الإضافي غالبا ما ينتج عن واحد من ثلاث احتمالات تتمثل في ما يلي:

1-شذوذ في انقسام الخلايا قبل الحمل.

2-شذوذ في انقسام الخلايا التي يتضمنها الحيوان المنوي قبل أن يتم الحمل.

3- شذوذ في انقسام تلك الخلايا التي تتضمنها البويضة الملقحة بعد أن يتم الحمل.

وعلى الرغم من ذلك فإن السبب الذي يجعل هناك شذوذاً في انقسام الخلايا يزال غير معروف حتى الآن بالرغم من معرفة مثل هذا الكروموزوم الإضافي على وجه التحديد حيث يتمثل في الكروموزوم رقم 21 الذي يصير ثلاثياً أي يتضمن ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين فقط ليصبح بذلك إجمالي عدد الكروموزومات في الخلية الواحدة 47 كروموزوماً وليس 46 كما يحدث في الحالات العادية إذ يوجد لدى الفرد العادي 23 زوجاً من الكروموزومات في كل خلية جسمه يأتي نصفهم من الأب والنصف الآخر من الأم حيث من المعروف أن كل فرد ذكر كان أم أنثى لديه 23 زوجاً من الكروموزومات في الخلية يختص أحد تلك الأزواج بتحديد جنس الجنين. (عادل عبد الله محمد، ص. 239).

ونادراً ما يحدث أن نجد أفراداً يحملون أعداداً من الكروموزومات مغايرة للعدد الكروموزومي الخاص بنفس النوع. أي يشد بعض الأفراد عن القاعدة وفي هذه الحالة تنتج بعض الحالات المرضية، أي أن حصول تغيرات في الصبغيات تسبب حدوث تشوهات معينة في صفات الفرد الخارجية وقد تتسبب في حدوث الكثير من الأمراض والعياهات وحالات إسقاط الجنين المبكر والموت المبكر.

وقد أشارت الدراسات إلى أن الخلل في الصبغيات بسبب حوالي 50 إلى 60% من حالات الإجهاض التلقائي والذي يحدث في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل وبعض التغيرات الصبغية قد يسبب التشوهات الخلقية التي تحدث في حوالي 6% من جميع المواليد أي حوالي ستة أطفال من كل 1000 ولادة حية. (شيخة سالم العريض، 2003، ص. 48).

وتتمثل اضطرابات الجينات والكروموزومات في عدم القدرة على النمو الناتج عن كثرة عدد الكروموزومات أو الجينات المتماثلة والكروموزومات تركيبات ميكروسكوبية تحتوي على الآلاف من الجينات والجينات مادة تنتقل بالوراثة والتي تحدد النمو والطول والوزن والشعر وكيفية عمل العقول والأجسام.

مشاكل الكروموزومات: تحتوي أجسامنا على الملايين الخلايا وتحتوي الخلايا المثالية على 46 كروموزوم ماعدا الحيوان المنوي والبويضة فتحتوي على 23 لكل كروموزوم والجنين يتكون به 46 كروموزوم.

والكائن البشري يستقبل 23 كروموزوم من الأب و 23 كروموزوم من الأم ويكون الإجمالي 23 كروموزوم ثنائي أو 22 زوج يسمى **Autosomes**، ويحتوي الزوج الثالث والعشرين على كروموزومات جنسية تعرف **x y** .

والشخص صاحب إثنان كروموزوم **x** يكون مؤنثا، وعلى العكس يملك الذكر كروموزوم واحد **x** وواحد **y** .

4-نسبة انتشار عرض داون:

يعد عرض داون من أكثر الاضطرابات النمائية إنتشارا في الوقت الراهن، حيث تبلغ نسبة إنتشارها على مستوى العالم كما تقرر الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال.

(**American Academy Of Pediatrics 2008**) واحد لكل ثمان مائة حالة(1-800)

تقريبا، وهي نسبة ليست قليلة تحت أي ظروف، فهي وبكل المقاييس نسبة كبيرة، ومن المعروف أن الحالات يزداد حدوثها مع زيادة عمر الأم الحامل أي نسبة احتمال حدوث الشذوذ الكروموزومي يزداد وفقا لذلك.

وتشير بعض الدراسات العلمية إلى أن حالة داون، من أكثر حالات الاختلالات حدوثا وشيوعا وأهمية، ولا توجد نسب ثابتة لاحتمالية إنجاب طفل لدية عرض داون، فقد اختلفت الدراسات لكن معظمها يؤكد أن هناك طفل حامل لعرض داون من بين كل (900-600) حديثي الولادة.

5-تشخيص حالة عرض داون:

لقد أظهرت المناهج الطبية المتقدمة أنه أصبح من الإمكان تشخيص ومعرفة عما إذا كان الجنيني بطن أمه مصاب بعرض داون من عدمه.(عبد الرحمن محمد العيسوي، 1994، ص.

إذا يتم ذلك عن طريق فحص السائل الأمينوسي المحيط بالجنين.

عندما يبلغ عمره الأسبوع السابع عشر من الحمل، وذلك باستخدام إبرة خاصة وأخذ عينة من السائل الأمينوسي، الذي يحوي بعض الخلايا المتساقطة من الجنين أثناء عمليات الإنقسام ومن ثم عدد الكروموزومات مجهرياً والتعرف عليها وتحديد حالة الجنين، ولا يشكل الفحص في المعتاد خطورة على الأم الحامل، وفي السنوات الأخيرة تم تطبيق أسلوب آخر للتعرف على حالات عرض داون قبل الولادة ويعرف باسم (CVS) حيث يتم أخذ عينة من المشيمة ويتم فحصها للكشف عن أية اضطرابات كروموزومية ويمتاز هذا الفحص عن السائل الأمينوسي وبسهولته وإمكانية إجرائه في وقت مبكر إذ يمكن إجرائه ما بين الأسبوع السادس والحادي عشر من الحمل. (عبد اللطيف حسين فرج، 2007، ص ص. 116-117).

وتقوم هذه العملية عند شك أنه يحتمل أن يصاب الطفل بهذا العرض أما من علامات وأعراض هذا العرض يمكن ملاحظتها بعد ولادة الطفل، وفي خلال السنة الأولى من عمره أو كلما تقدم الطفل في العمر كلما أخذت هذه الأعراض في الظهور والوضوح. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1994، ص. 153).

6- الوقاية من حدوث متلازمة داون:

إن الأسباب الحقيقية وراء حدوث متلازمة داون غير معروفة وتحدث في جميع الشعوب وفي كل الطبقات الاجتماعية وفي كل بلاد العالم، وهناك علاقة واحدة تثبت علمياً وهي ارتباط هذا المرض بعمر الأم فكلما تقدمت المرأة بالعمر وتجاوزت 35 سنة زاد احتمال إنجابها لطفل مصاب بمتلازمة داون، ويزداد الاحتمال بشكل جديد إذا تعدت 45 سنة وهذا لا يعني أن النساء الأصغر من 35 لا يلدن أطفال بمتلازمة داون، بل في الحقيقة أن أغلب أطفال متلازمة داون تكون أعمار أمهاتهن أقل من 35 سنة ويعني ذلك إلى أن الأمهات اللاتي أعمارهن أقل من 35 سنة يلدن أكثر من النساء المسنات ولذا ينصح بإجراء وقائي بعدم حمل الأم بعد سن 35 عام.

بالإضافة إلى ذلك يجب تحليل الكروموزومات للمتزوجين قبل حدوث الحمل للتعرف على خطر إنجاب أطفال لديهم أمراض وراثية، مع إجراء الفحوصات الطبية وطلب الاستشارة في حالة حدوث حمل لدى الأم سبق وأن أنجبت طفلاً مصاباً بمتلازمة داون، إذا أن الإجراءات التشخيصية المبكرة مفيدة حيث يتم تشخيص هذه الحالات أثناء الحمل عن طريق التحاليل التشخيصية التي تم ذكرها سابقاً. (محمد محروس الشناوي، 1992، ص. 91)

المحاضرة الثانية والعشرون

التوحد

L'Autisme

1-تعريف التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM5:

قد سبق وعرف العديد من العلماء اضطرابا طيف التوحد أو التوحد، حيث حل اهتمام الكثير من الباحثين والأخصائيين في مجال علم النفس والأرطوفونيا. كما عرّف في الدليل للتشخيص والإحصائي على انه عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة.

• عجز عن التعامل العاطفي، بالمثل، بتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل في الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

• العجز عن سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح، من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الايماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

• العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي، أو في تكوين صداقات. (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات

النفسية DSM5 F.84)

-تعريف التوحد حسب الدكتورة جيهان مصطفى:

تعرف الدكتورة جيهان مصطفى كلمة (Autism) أو التوحد تنقسم إلى شقين (Autos) بمعنى النفس (ism) بمعنى الحالة الغير السوية وهذا يعني أن المرض التوحد لديهم نفس غير سوية، والصورة التي تصف هذا الطفل هي الصورة لطفل جميل لا يبدو على مظهره الخارجي أي شيء غير طبيعي مسجون في قفص زجاجي يمنعه من التواصل مع العالم الخارجي، وقد أن الأوان لتحطيم هذا القفص وإخراج الطفل منه ليتواصل مع الجميع، حيث أن الطفل المصاب التوحد يكون عاجز على التواصل وإقامة علاقات مع الآخرين، وأن اهتمامه يكون أكبر بالأشياء الجامدة أكثر من اهتمامه للإنسان، ويعاني أيضا من صعوبة توظيف الكلام في الحوارات ذات معنى مفهوم، وكذا الاستخدام العكسي للضمان.

إن التوحد هو أحد الأمراض الخمسة التي تتدرج تحت مظلة تعرف بالاضطرابات الارتقائية المنتشرة وهي مجموعة من الاضطرابات تتضمن خلل في العديد من الوظائف العقلية المهمة مثل اللغة والمهارات الاجتماعية والإدراك والانتباه والحركة ومرض التوحد هو أكثر الأمراض الخمسة شيوعا. (فهيم مصطفى، 2008، ص. 12)

2- أعراض التوحد:

يعاني الأطفال التوحديين من وجود خلل في الوظائف العقلية المهمة وهي تشمل:

1- قصور شديد في العلاقات الاجتماعية:

أي غياب الرغبة في التواصل مع الآخرين ويميل الطفل إلى العزلة واللامبالاة للآخرين ويقتصر التواصل على التعبير عن الحاجات فقط. كما أنه يصدر تعليقات لا تكون جزءا من التبادل الاجتماعي، وغالبا ما تكون مقطوعة الصلة بالسياق الاجتماعي، وبالنسبة للتكلم قد يتكلم الطفل كثيرا بغض النظر عن استجابة المستمعين، ولا ينخرط في أية حوارات أو محادثات متبادلة، وكما أنهم يعانون من عدم القدرة على تكوين صداقات وعدم المبادرة

بمشاركة الآخرين اهتماماتهم وعدم المقدرة على القيام للأوضاع والإيماءات الجسدية التي تنظم التفاعلات الاجتماعية، وكذا عدم الوعي بأن هناك شيئاً ما يدور في عقول الآخرين وعدم الإحساس بمشاعرهما. ويعانون أيضاً من عدم المقدرة على اللعب مع الأطفال الآخرين، وأيضاً مشاكل في تناول الطعام أي أنهم لا يعرفون آداب المائدة، كما أن لديهم عادة بالاهتمام بالأشياء الغير الصالحة للأكل مثل الأزرار أو الأوراق... الخ

2- تأخر في الكلام واللغة:

ويكون غالباً ما يتأخر الطفل التوحدي في الكلام ووجود خلل في القواعد اللغوية "خلل في استخدام الضمائر"، وكذا التردد اللاإرادي للكلام، ودائماً ما يكون نطق الطفل التوحدي سيئاً، فالأطفال التوحديين كثيراً ما ينطقون أواخر الكلمات أو يستخدمون مجرد أجزاء من الكلمة، كما أن بعضهم عادة ما يجد صعوبة في التحكم في درجة ارتفاع صوتهم، حيث يعلو صوتهم أحياناً وينخفض تارة أخرى، أي عدم القدرة على التواصل اللغوي وغير اللغوي أو قصور.

3- السلوكات النمطية:

فإنه يقوم بحركات جسدية تكرارية لكل الجسم أو الدوران حول نفسه، أو تدوير الأشياء، والمشي على أطراف الأصابع وترفيف اليدين عندما يشعر بالسعادة خاصة، وكثيراً ما يرتبطون بأشياء معينة ولا يستطيعون التفريق عنها.

4- نوبات الغضب:

كما أنهم يهتمون بأشياء غريبة وعند محاولة نزعها لهم يصابون بنوبات بكاء، وتشكل هذه النوبات انزعاجاً مستمراً يؤدي إلى الصراخ وعمل ضجة مستمرة وعدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة. وهناك من يلجأ إلى إيذاء نفسه دون أن يحس.

5- عدم التواصل البصري:

أي عدم النظر إلى أعين محدثيهم ولا يستطيعون النداء، يحدث عندهم حالة من الظهر أو الفرحة عند سماعهم لبعض الأصوات منها صوت الخلاط أو المصعد الكهربائي، وتغمرهم الفرحة عند سماع صوت القرآن وسبحان الله.

6- العمليات الحسية:

يعتمد أطفال التوحد على اكتشاف حواسهم المختلفة وخاصة اللمس والتذوق والإنس، وأن كانوا مع ذلك يميلون إلى كل الأطعمة الكريهة وجانب وإلى الروائح الكريهة من جهة أخرى، ومن الغريب أنهم يستمتعون بالألعاب التي تنطوي على التلامس الجسدي.

إن الأطفال التوحديين معروفين بعدم قدرتهم على التقليد وكذا فقدان القدرة على التعميم، واتضح أيضا إلى عدم طلب المعاونة لقضاء حاجاتهم إلا عند الضرورة القصوى وعدم القدرة على التعبير عن رغباتهم، ولا ننسى الاضطرابات السلوكية التي يعانون منها مثل البكاء والصراخ وإيذاء النفس وإيذاء الآخرين، وأيضا اضطرابات في النوم. كما يعرف أن أطفال التوحد تكون لديهم اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل الإنتفاخ، الغازات و حدوث تشنجات عند بعض هؤلاء الأطفال نتيجة لإصابتهم بالصرع. (فهيمى مصطفى، 2008، ص ص. 10-22)

3- أسباب اضطراب التوحد:

لقد تعددت الدراسات والأبحاث حول اضطراب التوحد لمحاولة معرفة الأسباب التي تؤدي إلى حدوثه، ولكن إلى الآن لم توفر أي من الأبحاث التي أجريت، وجود سببا أساسيا له، ومن بين تلك الأسباب التي توصل إليها الباحثين نجد:

1-عوامل جينية:

أثبتت الدراسات أن هناك ارتباطا بين التوحد وشدوذ الكروموزومات وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم يسمى (Fragile x) ويعتبر شلل وراثي مسبب للتوحد والتخلف الذهني وأيضا له دور أساسي في حدوث مشاكل سلوكية مثل النشاط الزائد والانفجارات العنيفة والسلوك الأثاني، ويظهر عند الأفراد الحاملين لذلك الكروموزوم تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة. كما أن الكروموزوم (Fragile x) شائع أكثر لدى الذكور، ويؤثر على حوالي 10% من حالات التوحد.

2-عوامل بيولوجية:

وتتصدر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ، قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشاكل مثل نقص الأكسجين، استخدام الآلات.. الخ أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم للنزيف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر السن، فكل هذه العوامل قد تكون سبب متداخل في حالات التوحد.

3-عوامل نيروولوجية:

أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض حالات التوحد والتغير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال.

4-عوامل عصبية:

أثبتت دراسات أخرى أن هناك جزءا في المخ يتأثر في التكوين وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اختلاف في جزء من مخ الأطفال التوحديين عن غيرهم من الأطفال العاديين، وهذا ما أشارت إليه دراسات (Woterhose) أن هناك شدوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم

المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 80% من هذه الشذوذ تشير إلى فشل الاستجابة السمعية.

5-عوامل ترجع إلى متغير الجنس:

وأوضحت دراسة (Tristram Smith 1996) الفروق الجنسية بين الذكور والإناث في معدل الإصابة وقد توصلت الدراسة إلى أن الذكور أكثر إصابة بهذا الاضطراب عن الإناث ونسبة ذكاهم تزيد بعض درجات عن نسبة ذكاء الإناث المصابات باضطراب التوحد، كما أن البنات أقل ميولا لوجود اضطرابات وراثية عندهم. (سهى أحمد، 2002، ص ص. 21-23)

4-تشخيص التوحد:

1-معايير التشخيص القديمة:

لقد عرفت عملية تشخيص التوحد في الماضي العديد من الصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال التوحديين، وذلك لأسباب عدة منها التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات التوحد ووجود بعض سمات التوحد عند أطفال عاديين قد تكون مؤقتة، اختلاف الآراء حول العوامل المسببة لهذا الاضطراب وتشابه أعراض التوحد مع اضطرابات أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام ونقص أدوات التشخيص. (مصطفى القمش، 2011، ص. 103)

وبالرغم الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات التوحد، فإن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير التي تشخص بها حالات التوحد على أساسها.

ومن أقدم وأول هذه المعايير تلك التي وضعها كانر وكررها في كتاباته المتعددة من 1943 إلى 1970 ثم لخصها في كتابه الشهير زهان الطفولة 1973، وهي كالتالي:

-سلوك انسحابي انطوائي شديد، وعزوف عن التواصل بالآخرين.

-التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل، والملبس، وترتيب الأثاث، وروتين الحياة اليومية.

-تفضيل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من 14 إلى 18 شهر أكثر من الارتباط بالناس.

-عدم القدرة على الكلام أو التكلم بلغة مجازية أو مبهمه لا جدوى منها في تحقيق الاتصال.
-عدم ظهور الهلوسات والهذات في سلوكه، لأنها أعراض الفصام، كما انه يتمتع بصحة جيدة.

-رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي، فانه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادية. (مصطفى القمش، 2011، ص. 104)

وبعد عرض كانر (Kanner) لهذه المعايير ظهرت محاولات علمية أخرى للتوصل إلى تشخيص أكثر دقة على يد كل من (Selsin, Yannet) وتم نشرها في دورية بحوث الطفولة عام 1960 وهي كالتالي:

-اضطراب واضح في الشخصية يتسم بالانغلاق على الذات وعدم الانتماء الاجتماعي.
-غياب العجز أو القصور الحركي الذي يميز معظم حالات الأمراض الذهنية الشديدة.
-بدء ظهور أعراض التوحد خلال العامين الأول والثاني من العمر.

لكن مع تقدم الأبحاث والدراسات لكشف أسرار التوحد، قدم الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض في طبعته الثالثة (DSM-III 1980) خمسة محكات أساسية، وهي كالتالي:

-قصور في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية.

-قصور لغوي تام أو اضطراب في الكلام مثل التردد الآلي وعكس الضمائر.

-قلة الاهتمامات والأنشطة مع التعلق بالأشياء.

-عدم وجود هذات كما في الفصام.

-ظهور الأعراض قبل 30 شهر.

وإن كان هذا الدليل لم يتضمن أي إشارة لها في طبعته الأولى 1952 والثانية 1968. إلا أن الطبعة الخامسة DSM V سنة 2013 كانت أكثر دقة وقد تم تعديل التسمية وضبط معايير التشخيص.

2-معايير التشخيص الجديدة للتوحد وفق الطبعة الخامسة(2013)DSM-V:

لعل للتطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (TED) (Troubles Envahissants du Développement) والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل والتي كان لها بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهري في هذه الفئة. ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة (Syndrome de Rett) لم تعد اضطرابا معرفا سلوكيا (كغيرها من باقي الفئات) وإنما قد أصبحت اضطرابا معرفا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها (MeCP2)، لذا فإن الطبعة الخامسة قد استنتجت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب التوحد.

ولعل اهتمام العلماء الزائد في آليات تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات تشخيصا دقيقا يهدف إلى إزالة الغموض والتقاطع بين هذه الاضطرابات، دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها.

وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو "اضطراب طيف التوحد" (TSA)(Trouble de Spectre Autistique)والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر، اضطراب التفكك الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأعراض. كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية والتي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة

اضطرابات طيف التوحد: الاضطرابات العقلية، واضطرابات التواصل وضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم المحددة، والاضطرابات الحركية.

ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، ودرجة الذكاء لدى أفرادها. لذا فإن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة والتي يتم بناء عليها تحدد مستوى ونوع الدعم والتأهيلي الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

وتعتمد عملية تشخيص تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات وذلك وفقا للمستويات الثلاثة التالية:

-**محكات التشخيص:** والتي توضح طبيعة الأعراض ونوع المشكلات وشروط التضمنين والاستثناء.

-**محكات التحديد:** وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة.

-**محكات تحديد مستوى الشدة:** وهي المحكات التي تحدد بناء عليها شدة الاضطراب وفقا لجملة الأعراض السلوكية في بعدي (محكي) التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية.

قائمة المراجع:

- إبراهيم الزريفات، (2009)، "الإعاقة السمعية"، (مبادئ التأهيل السمعي والكلامي والتربوي)، دار الفكر، عمان.
- إبراهيم القريوتي، (2006)، الإعاقة السمعية، عمان، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- إبراهيم عبد الله فرج الزريفات، (2005)، "اضطرابات الكلام واللغة (التشخيص والعلاج)" الطبعة 1. دار الفكر للنشر، عمان، الأردن.
- اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي، بوزارة الشؤون الاجتماعية، 1994.
- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، "الحقيبة العلاجية للطلبة ذوي صعوبات التعلم"، الطبعة الأولى، دار النشر، مركز دبيونو لتعليم التفكير، 2015.
- أحمد علي الكردي، سمير عبد الوهاب، محمود جلال الدين السليمانى، (2004). «تعليم القراءة و الكتابة في المرحلة الابتدائية»، الطبعة الثانية، الدقهيلة للطباعة والنشر.
- أحمد علي الكردي، سمير عبد الوهاب، محمود جلال الدين السليمانى، (2004). «تعليم القراءة والكتابة في المرحلة الابتدائية»، الطبعة الثانية، الدقهيلة للطباعة والنشر
- أحمد لطفي بركات، بدون سنة، "الرعاية التربوية للمعوقين عقليا"، دار المريخ للنشر، الرياض، بدون طبعة.
- أحمد مختار عمر، (1976)، "دراسة الصوت اللغوي"، الطبعة الأولى.
- أحمد وادي، (2009)، " الإعاقة العقلية" (أسباب، تشخيص، علاج)، دار أسامة، عمان، الطبعة الأولى.
- أديب عبد الله محمد النواسيه، إيمان طه طابع القطاوتة، (2013). « النمو اللغوي و المعرفي للطفل»، الطبعة الثانية، دار الاعصار العلمي للنشر و التوزيع، عمان.

- أزداو شفيقة، (2019)، "مطبوعة لمحاضرات مقياس مدخل إلى الأرفوفونيا"، جامعة الجزائر "2"، كلية العلوم الاجتماعية.
- أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني، (2013)، "الإعاقة السمعية"، عمان، دار المسيرة لنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- اسماعيل لعيس، (2002)، "مدخل إلى الأرفوفونيا"، مكتبة الصديق، الطبعة الأولى، دار القلم للنشر والتوزيع، دولة الإمارات العربية المتحدة.
- السعيد أحمد. (2009)، مدخل إلى الديسلوكسيا، الأردن: دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- السيد أحمد سليمان، المهارات اللغوية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، زهاء الشرق، القاهرة، 2006.
- السيد الشخص عبد العزيز، اضطرابات النطق والكلام، خلفياتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، 1998.
- القريوتي يوسف وآخرون، (1995)، "المدخل إلى التربية الخاصة"، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة، بدون طبعة، 1995.
- المعتوق أحمد محمد، 1996، الحصيلة اللغوية، أهميتها، مصادرها، وسائل تنميتها، سلسلة عالم المعرفة، العدد 212.
- امنتال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبد الله الحمدان، (2016)، "علم النفس المرضي"، الطبعة 2، المكتبة الأنجلو مصرية. مصر.
- أوجيني مداغات. (2001)، الطفل ومشكلاته القرائية في الصفوف الابتدائية الأولى (أسباب وطرق علاجها)، الطبعة الثالثة، الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- بخش أميرة طه، (2000)، "مقدمة في التربية الخاصة"، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، بدون طبعة.

-بطرس حافظ بطرس، (2000)، "ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم"، دار المسيرة الأردن الطبعة الأولى.

-بن سعد احمد ,اثر كل مستوى المعالجة ولغة الكلمات على التذكر عند طلبه السنة الثانية علم النفس، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر، 2006.

-تعوينات علي. (1983), التأخر في القراءة في مرحلة التعليم لمتوسط (دراسة ميدانية), الجزائر: ديوان المطبوعات الجزائرية.

تيسير مفلح كوافحة، عمر عبد العزيز، (2005)، مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة 2، دار المسيرة للنشر، الأردن.

تيسير مفلح كوافحه، عمر عبد العزيز، (2005)، مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة 2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.

-جرجس ميشال جرجس معجم مصطلحات التربية والتعليم، دار النهضة العربية، بيروت، ط الأولى..

-جمال محمد جهاد. (2005), العمليات الذهنية, ومهارات التفكير, الطبعة الثانية, الإمارات العربية: دار الكتب الجامعي.

-حدون كنزة، (2017)، " دراسة المفكرة البصرية الفضائية والانتباه البصري عند الطفل المصاب بعسر الحساب من 9-12 سنة"، مذكرة لنيل شهادة الماستر في الارطوفونيا جامعة البليدة.

-حسن شحاتة , تعليم اللغة العربية بين النظرية والتعبيق, الطبعة الثانية, دار المصرية اللبنانية, 1993 .

-حليم سعيد بشاي، فتحي السعيد عبد الرحيم، (دون سنة)، سيكولوجية الأطفال الغير العادين، دون طبعة، دار القلم، الكويت.

-حنفي ابن عيسى، محاضرات علم النفس اللغوي، ديوان المطبوعات الجامعيه الثالث، 1990.

-حورية باي (2002) "علاج اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال المدارس العادية،" الإمارات العربية المتحدة ، دبي.

-خالد زيادة. (2006)، "صعوبات تعلم الرياضيات"، الدسكالكوليا. الطبعة 1، مصر، ايتراك للنشر والتوزيع.

-خدوسي كريمة، (2019)، "اضطراب نمو اللغة (الديسفازيا)" ، دار أسامة للنشر والتوزيع الأردن عمان الطبعة الأولى.

-خديري نورهان، حموتي أحلام نورة، (2021)، "دراسة نفس عصبية للانتباه الانتقائي وعلاقته بالفهم الشفهي لدى المصاب بحبسة بروكا"، مذكرة ذلنيل شهادة الماستر في الارطوفونيا، جامعة الجزائر 2.

-راضية بن عربية- نصيرة شوال، (2016)، "مدخل إلى الأرطوفونيا علم اضطرابات اللغة والتواصل". ط1. ألفا للوثائق للنشر واستيراد وتوزيع الكتب. قسنطينة. الجزائر.

-رمضان محمد القذافي، (دون سنة)، سيكولوجية الإعاقة، دار الكتب الوطنية، دون طبعة.
-رمضان مسعود بدوي. (2007)، "تدريس رياضيات الفعال". (ط1)، عمان، دار الفكر العربي.

-زينات فطيمة، (2010-2011)، "تصنيف نماذج الاستجابات المعرفية-اللغوية لأفراد بالغين معاقين ذهنيا دراسة طولية وتتبعية لتسعة (09) حالات متكفل بهم من خلال بروتوكول علاجي"، أطروحة دكتوراه في الأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر 2.

-سامي محمد ملحم، (2002). صعوبات التعلم. (ط 1)، عمان، دار المسيرة.

-سلامة العبدالله، "اضطرابات الصوتية: المفهوم - الأسباب-العلاج" ط1 عمان، دار أمجد للنشر والتوزيع 2014.

-سميرة ركزة، جنان أمين(2018)، "الأرطوفونيا"، "دروس في الصمم"، الجزائر، جسور للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

-سهير محمد سلامة شاش، (2000)، "التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل والدمج"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى.

-عايد اكرام(2017)، إقتراح برنامج معلوماتي لتنمية مهارات الحلقة الفونولوجية لعلاج عسر القراءة الفونولوجي (لأطفال 12سنة)، مذكرة ماستر، جامعة البليدة 2 لونيبي علي.

-عبد الرحيم. فتحي السيد ويشاي حليم، (1981)، "سيكولوجية الأطفال الغير العاديين" الجزء الأول . دار العلم للطباعة والنشر، الكويت، بدون طبعة.

-عبد السلام خالد، دور اللغة الأم في التعلم اللغة العربية الفصحى في المرحلة الإبتدائية بالمدرسة الجزائرية، رسالة دكتوراه، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2012.

-عبد الغني البيوزيكي، (2002)، "المعوقون سمعيا والتكنولوجيا العالمية"، الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

-عبد الفتاح البجة، (1999). « اصول تدريس اللغة العربية بين النظرية والتطبيق»، بدون طبعة، دار الحوار للنشر والتوزيع، مصر

-عبد اللطيف الصوفي، (2007). «فن الكتابة، انواعها، مهاراتها، اصول تعليمها»، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا .

-عبد الله فرج الزريقات إبراهيم، اضطرابات الكلام واللغة، دار الفكر، الأردن، ط 1، 2005.

-عبيدة ماجدة السيد، (2001)، "مناهج وأساليب تدريب ذوي الحاجات الخاصة" دار الصفاء للنشر، عمان .

-عزمي إسلام، مفهوم المعنى، دراسة تحليلية، حوليات كلية الآداب، جامعة الكويت، 1985.

-عصام حمدي الصفدي، (1989)، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية

-عصام نور الدين، (1992)، "علم الأصوات اللغوية الفونيتيكا" السلسلة الألسنية دار الفكر اللبناني بيروت.

-عمر ورفع، (2005)، "الإعاقة السمعية" سلسلة التربية الخاصة، مكتبة النهضة المصرية"، القاهرة، مصر.

-عمرو رفعت، (2005)، "دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام"، القاهرة ،.

-عواد، مجلة ودراسات تربوية للأخطاء الإملائية، أسبابها وعلاجها، 2012.

-فاروق أسامة وسالم مصطفى ومنصور السيد كامل الشربيني، علاج التوحد، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط 1، 2013 .

-فتحي مصطفى الزيات، (1998)، "صعوبات التعلم: الاستراتيجيات المعرفية والمداخل العلاجية". الطبعة 1، مصر، دار النشر للجامعات.

-فيصل محمد خير الزراد، (1999)، "اللغة واضطرابات النطق والكلام". دار المريخ للنشر والتوزيع.

-كاشف أيمن فؤاد، (2001)، "الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، بدون طبعة.

-ماجد السيد عبيد، (1999)، الإعاقة الحسية الحركية، الطبعة 1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.

-ماجدة السيد، (2001)، "مناهج وأساليب تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة"، عمان، دار الصفا للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى.

-مجدي عبد العزيز إبراهيم، (1997)، "مهارات التدريس الفعال"، الطبعة الأولى، القاهرة، المكتبة الانجلو مصرية.

- محمد النوبي محمد على، (2009)، الإعاقة السمعية: دليل الآباء والأمهات والمعلمين وطلاب التربية الخاصة، عمان، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى.
- محمد حطبية، (2006). «صعوبات التعلم»، الطبعة الثانية، دار الفكر، الأردن.
- محمد حولة، (2007)، الأرتوفونيا: علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت. دار هومة للنشر والطباعة والتوزيع، الجزائر.
- محمد عبد السلام البوالر، (2000)، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، الطبعة 1، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.
- محمد علي كامل محمد، (2006). « صعوبات التعلم الأكاديمية بين الاضطراب والتدخل السيكلولوجي»، الطبعة الأولى، دار الاطلاع للنشر والتوزيع، القاهرة.
- محمد فهمي، (1998)، "السلوك الاجتماعي للمعوقين"، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية.
- محمد منصف القماطي، (1986) "الأصوات ووظائفها"، منشورات جامع الفاتح.
- مراد عيسى، وليد خليفة، (2007)، الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة "الموهوبون ذو صعوبات التعلم"، الطبعة الأولى. مصر، دار الوفاء.
- مصطفى حركات، "الصوتيات والفونولوجيا"، دار الأفاق
- مصطفى فهمي، (2008)، "أمراض الكلام". دار مصر للطباعة. مصر.
- منصوري غنيمة، تنمية المهارات اللغوية من خلال برنامج التواصل اللغوي "ماكتون" لدى الطفل المعاق سمعيا في مرحلة ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2، الجزائر، 2012.
- منى الفياض، (1998)، "الطفل المتخلف عقليا في الوسط الأسري والثقافي"، معهد الأنماط الوظيفي، بيروت، بدون طبعة.

-نجية تيقموني، (2006)، "اللغة الشفهية بين اكتسابها لدى الطفل المصاب بديسفازيا واسترجاعها لدى الحبسي الراشد"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الارطوفونيا. جامعة الجزائر2.

-نواني حسين، (2018)، "الارطوفونيا واللغة العربية، مدخل إلى أمراض الكلام"، الجزائر، دار الخلدونية.

-يحي شريف نسمة، بلخيري أمينة، (2018)، "تأثير الإصابة بحبسة بروكا على الانتباه الانتقائي عند الراشد"، مذكرة لنيل شهادة الليسانس في الأرطوفونيا، جامعة الجزائر 2.

- AJURIAGUERA J., « **Pathologie de l'enfant** », Masson, Paris, 1982, 290P.

- Annik WEIL-BARIS. (2004). **Les apprentissage scolaire**. France: Bréal.

- Frédérique BRIN; Catherine COURRIER; Emmanuelle LEDERLET et al. (2004). **Dictionnaire d'orthophonie**. France: Ortho édition.

- Zellal Nacira, 1984, « **Introduction à la phonétique orthophonique arabe** », Préfac de H. Abdelouahab, O.P.U. 1984 .

Casays. P. (1997). **L'aphasie de point de vue psychologique**. Bruxelles. Belgique.

Dumont Annie, (1998), «**Implant cochléaire surdité et perceptuelle et proposition de modélisation** », université paul valéry-Montpellier 3ent.

-DUMONT Annie, " **L'orthophoniste et l'enfant sourd** », Masson, Paris, 1998, 163p. p. 68.

-INSERM. (2007). **Dyslexie, dysorthographe, Dyscalculie, bilan des données scientifique**. Paris: Edition INSERM.

-MACMILLAN, D .L: **Mental Retardation Inuu school and society little brown**, comp, Boston, vol 62, N° 1

-Mauro PESENTI; Xavier SERON. (2000). **Neuropsychologie des troubles du calcul et du traitement des nombres**. Marseille: Solal.

- Michel FAYOL. (1990). **l'enfant et le nombre: Du comptage à la résolution de problèmes**. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Pierre VIANIN. (2009). **L'aide stratégique aux élèves en difficulté scolaire**. (1^{er} édition). Belgique: Debook
- Trousseau, A .(1877). **l'aphasie dans la clinique médicale**. Paris.
- VIROLE Benoît, « **Psychologie de la surdité** », 2^{ème} édition Paris, Bruxelles, 2000, 482P. PP. 91-92.