مطبوعة في مقياس: اضطرابات اللغة والوظائف الرمزية

(مقياس مقرر في السنة الثالثة– ليسانس علم النفس العيادي– السداسي الأول)

محاضرات من إعداد: د. علي حمايدية

أستاذ محاضر قسم "ب"؛

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

جامعة سطيف 2

محتويات المطبوعـــة:

تمهيد ---------- 04

I- عموميات حول اللّغة ---------- 04

I-1- اللغة والتواصل ---------- 05

I-2- اللغة والكـــلام ---------- 07

I-3- الجهاز الكلامي ---------- 07

I-4- كيفية صدور الأصوات ---------- 08

I-5- القاعدة الفيزيولوجية للنطق ---------- 08

I-6- عملية إدراك الكلام ---------- 09

I-7- المناطق المسؤولة عن اللغة ---------- 09

II- الوظيفـة الرمزيـــة ---------- 12

II-1- تعريف الوظيفة الرمزية ---------- 12

II-2- ظهور الوظيفة الرمزية ---------- 12

III- النموّ اللغوي ---------- 16

III- 1- المرحلة الماقبل لغوية (ماقبل الكلام) ---------- 16

III- 2- المرحلة اللغوية ---------- 16

III- 3- النموّ اللغوي حتى سن الـ 5 سنوات ---------- 16

IV- اضطرابات اللغة والكلام ---------- 19

أولاً: التأخر في الكـلام ---------- 21

أ- تعريف تأخر الكلام ---------- 21

ب- أسباب التأخر في الكلام ---------- 21

ثانياً: الحُبسة الكـلامية (الأفازيا) ---------- 22

أ- تعريف الأفازيا ---------- 22

ب- أسباب الأفازيا ---------- 22

ج- أنواع الأفازيا ---------- 23

1- الأفازيا الحسية (الاستقبالية) ---------- 23

2- الأفازيا الحركية (التعبيرية) ---------- 24

3- الأفازيا المركزية (الحُبسة الكلية) ---------- 25

4- الأفازيا النسيانية (الاسمية) ---------- 25

د- دور الأخصائي النفسي في التكفل بالأفازيا ---------- 26

ثالثاً: اضطرابات النطـق ---------- 27

رابعاً: عجز الحركة (الأبراكسيا) ---------- 28
أ- **تعريف الأبراكسيا ---------- 28**
ب- **أنواع الأبراكسيا:**
1- الأبراكسيا الفكرية ---------- **28**
2- الأبراكسيا الحركية ---------- **28**
3- الأبراكسيا المختلطة ---------- **28**
خامساً: التأتأة ---------- 30
أ- **تعريف التأتأة ---------- 30**
ب- **أعراض التأتأة ---------- 30**
ت- **انتشار التأتاة ---------- 30**
د- **الأشكال الكلاسيكية للتأتأة ---------- 31**
هـ- **السببية المرضية ---------- 31**
و- **العلاج ---------- 31**
سادساً: الخرس ---------- 33
أ- **الخرس الناجم عن كف ---------- 33**
ب- **الخرس الانتقائي ---------- 33**
ج- **الخرس الاستجابي ---------- 33**
د- **الخرس كعرض لاضطراب في الشخصية ---------- 33**
هـ- **الخرس الثانوي ---------- 33**
اضطرابات اللغة المتعلقة بالتحصيل المدرسي ---------- 34
سابعاً: اضطرابات التحصيل الحسابي (عسر الحساب) ---------- 35
أ- **تعريف وأعراض عسر الحساب ---------- 35**
ب- **انتشار عسر الحساب ---------- 35**
ج- **سببية المرض ---------- 35**
د- **التشخيص والتشخيص الفارقي ---------- 35**
هـ- **العلاج ---------- 36**
ثامناً: عسر الكتابة ---------- 37
أ- **تعريف عسر الكتابة ---------- 37**
ب- **نسبة الانتشار ---------- 37**
ج- **سببية المرض ---------- 37**
د- **العلاج ---------- 37**
تاسعاً: اضطرابات تحصيل القراءة (عسر القراءة)
أ- **تعريفه ---------- 38**

ب- نسبة الانتشار ---------- 38
ج- الوصف العيادي ---------- 38
د- التقييم ---------- 38
هـ- التشخيص الفارقي ---------- 39
و- التطور والتنبّؤ ---------- 39
ز- العلاج ---------- 40

المراجـــــــع المعتمـــــدة

- المراجـع باللغـة العربيـــة ---------- 42
- المراجـع باللغـة الفرنسيـــة ---------- 42

قبل الخوض في مختلف مواضيع هذه المطبوعة، لا بد من الإشارة إلى أنها موجهة لطلبة علم النفس العيادي المقبلين على التخرج والممارسة العيادية في مجال تخصصهم، وهو التخصص الذي يبقى لا يعوض أو يتداخل مع تخصص الأرطوفونيا الذي هو لوحده تنصب عليه مسؤولية التكفل بمعظم حالات اضطرابات اللغة. غير أنه من الضرورة بمكان تعاون المختص النفسي، ومساهمته في متابعة حالات من الإضطرابات ليست بالضرورة من حالات علم النفس المرضي كإضطرابات اللغة، وذلك ثنائيا مع المختص الأرطوفوني أو ضمن فريق عمل متعدد التخصصات. وليضطلع بذلك لا بد أن تكون لديه المدارك والمعلومات عن مختلف هذه الإضطرابات التي هو مدعو للمشاركة في التكفل بها، وهو الغاية من تدريس هذا المقياس.

I- عموميات حول اللّغة

يتميّز الإنسان عن بقية الكائنات الحية بخاصية تعتبر من أرقى الخصائص وهي اللغة، تلك الميزة التي يستطيع بها أن يتواصل مع غيره من الأفراد، كما يستطيع أن يعبّر بها عمّا يدور في عقله بالعديد من الأفكار، وعما يجيش بصدره من انفعالات. تتميّز اللغة الإنسانية بالعديد من الخصائص فهي لغة رموز تستخدم للتعبير عن تجارب الإنسان وخبراته، كما تستخدم أيضا للتعبير عن الأشياء العيانية والأمور المعنوية المجرّدة. وتمثّل اللغة الوسيلة الرئيسية التي تتواصل بها الأجيال، وعن طريقها تنتقل الخبرات والمعارف والمنجزات الحضارية بمختلف صورها من جيل لآخر.

هنالك العديد من وظائف اللغة يلخصها **هاليداي Halliday** فيما يلي:

أ- وظيفة نفعية: حيث يمكن من خلالها تحقيق وإشباع رغبات الفرد.

ب-وظيفة تنظيمية: إذ بها يستطيع الفرد أن يتحكّم في سلوك الآخرين، على شكل أوامر ونواهي، بل إنّ الكلمة في بعض الأحيان تأخذ قوة الفعل.

ج- وظيفة تفاعلية: إذ يتفاعل الأفراد مع بعضهم البعض من خلال اللغة كوسيلة للتفاعل الاجتماعي.

د- وظيفة شخصية: حيث يستخدمها الفرد في التعبير عن أفكاره ومشاعره واتجاهاته، كما يستخدمها كوسيلة لتسجيل أفكاره وحاجاته.

هـ- وظيفة إعلامية: إذ من خلال اللغة يقوم الفرد بنقل ما يريد من معارف إلى الآخرين سواء المعاصرين له أو الأجيال التالية.

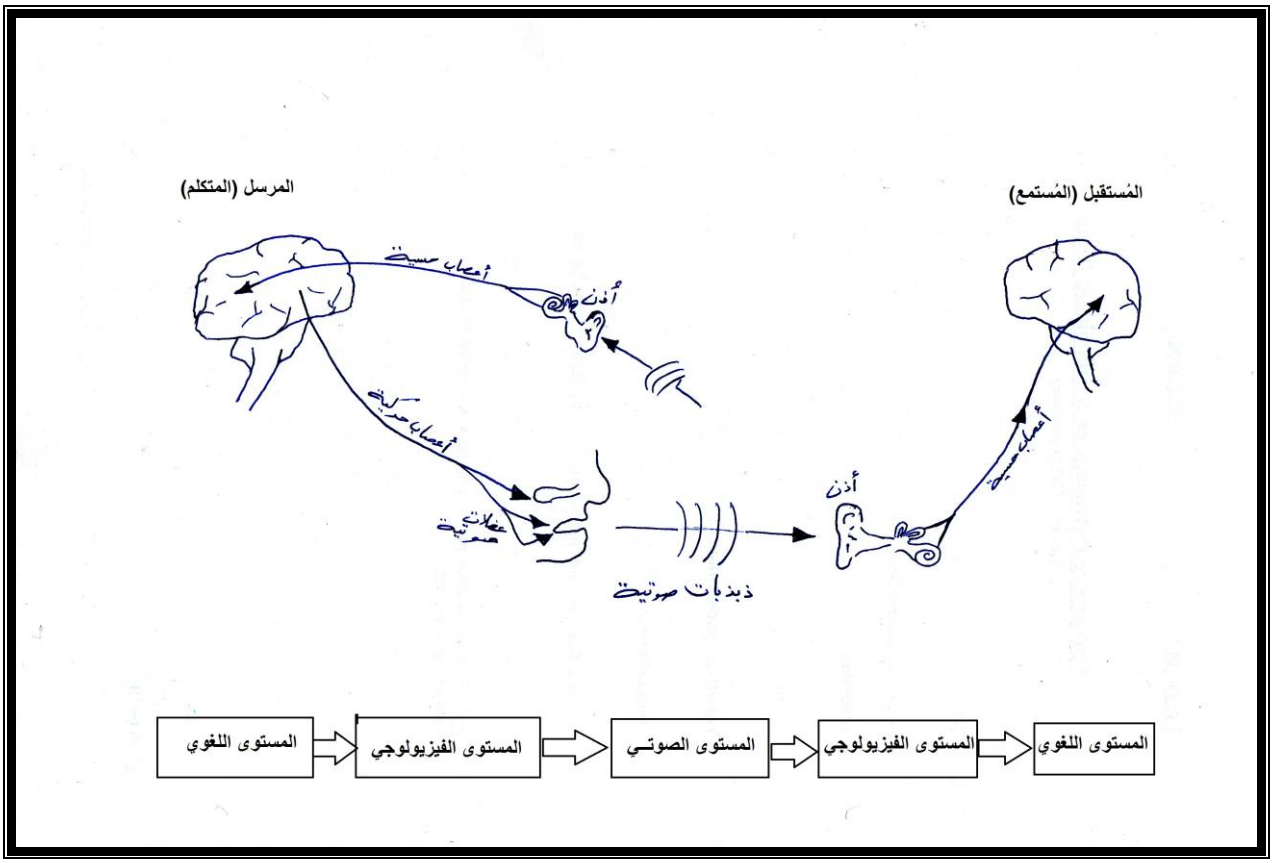
و- وظيفة رمزية: فاللغة تعدّ مجموعة من الرموز التي يمكن بها التعبير عن الموجودات.

ز- وظيفة تخيّلية: حيث يهرب بها الفرد من واقعه منتجا إبداعاته الشعرية التي تعكس انفعالاته وتجاربه، من خلال هذا الخيال والإبداع تحقق اللغة نوعا من التوافق والتكيّف. (سامي عبد القوي، 1995، 204)

نستخلص مما سبق أن اللغة هي وسيلة أساسية للتواصل (أو الاتصال الانساني) وهو ما يؤدي بنا إلى تعريفها ضمن هذا السياق وشرح علاقتها به:

I-1- اللغة والتواصل (الإتصال):

أجمعت مختلف الأبحاث والدراسات والمراجع على أن الإتصال هو حاجة إنسانية ملحة. والإتصال في أبسط صوره يستلزم وجود ثلاثة عناصر أساسية: مرسل ومرسل إليه وقناة اتصالية (أنظر الشكل 1). توجد عناصر أخرى لا تقل أهمية وتتمثل في: الرسالة، شفرة الاتصال le code،.. وغيرها..



الشكل 1: مسار الاتصال حسب Denes و Pinson 1963 (بتصرف)

وللإتصال أنظمة متعددة يمكن تصنيفها حسب معيارين: المسافة والمنوال. فحسب المسافة نجد الاتصال الجواري والاتصال عن بُعد. بينما حسب المنوال نجد الاتصال اللفظي والغير لفظي، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

	المنــوال	
	أنظمة لفظية	أنظمة غير لفظية
المسافـــة	جوارية: 1- لغة شفوية	1- لغة الجسد 2- لغة الإيماءات 3- لغة الإشارات
	عن بُعد: 2- لغة مكتوبة	1- لغة البرايل 2- لغة اللاسلكي (مورس) 3- مختلف الشيفرات

جدول رقم 1: أنظمة الاتصال (Rondal, 1985, 23)

وكما نلاحظ فأحد الركائز الرئيسية للإتصال هو الاتصال الشفوي، وذلك بالكلام:

I-2- اللغة والكــلام:

تختلف اللغة عن الكلام وإن كان الاثنان مترابطان، فاللغة في تعريف مبسّط هي نظام من الأصوات المنطوقة، هذا النظام له مجموعة من القواعد التي تحكمـه؛ وهي كما يعرّفها **de Saussure** : « تنظيم من الإشارات والرموز »؛ وتعني كلمة تنظيم هنا: مجموعة القواعد التي تحدّد استعمال الأصول والصيغ والتراكيب وأساليب التعبير النحوية. هذا بالنسبة للغة، أمّا الكلام فهو في أبسط تعريفاته: الفعل الحركي للغة، أي الاستعمال الفردي للغة بقصد توصيل رسالة مّا، أو هو عملية إحداث الأصوات الكلامية لنقل المشاعر والأفكار من المتكلم إلى المستمع، ولذلك فالكلام يتحقق كنتيجة استعمال اللغة؛ والسلوك اللفظي هو استخدام الكلمات في أي صورة: منطوقة (مسموعة) أو مكتوبة (مرئية أو مقروءة)، أي أنه القدرة على التعبير في كلمات. ويتحقق الاتصال اللفظي في شكلين متميزين أحدهما الصورة المنطوقة أو لغة الحديث والآخر اللغة المكتوبة أو لغة الكتابة، وربما كانت اللغة المنطوقة من حيث أدائها لوظيفة الاتصال أهم قدرا وأكثر انتشارا من لغة الكتابة، فالإنسان العامي ينتج من الحديث أكثر من مما ينتج من الكتابة.

I-3- الجهاز الكلامي:

يتكوّن الجهاز الكلامي (المختصّ بإصدار الكلام) من اللّسان والشفاه وسقف الحلق الذي ينقسم إلى ثلاثة أجزاء: الأول ويقع مباشرة خلف الأسنان العليا، والثاني الجزء الصلب الذي يقع عند منتصف اللسان والثالث الجزء الرخو الذي يقابل الجزء الخلفي من اللسان؛ ويتدلّى منه اللهاث. بالإضافة إلى ذلك توجد ثلاثة تجاويف تُكسب الصوت صفة الرنين وهي: التجويف الزوري Cavité pharyngale والتجويف الفمي orale والتجويف الأنفي nasale، ويتصل تجويف الزور بالحنجرة larynx أو حجرة الصوت التي يوجد بها الوتران الصوتيان cordes vocales اللذان يحدثان الصوت نتيجة اهتزازهما بالهواء المار بينهما. (بورو، 2000، 33)

I-4- كيفية صدور الأصوات:

يعتبر الهواء الذي يخرجه الفرد من رئتيه (هواء الزفير) هو المادة الخامّ التي تتحول بمرورها بين الوترين الصوتيين عند تقاربهما إلى صوت يخرج بسرعة على شكل موجات صوتية تتعدّل وتتشكل في التجاويف الثلاثة السابق ذكرها. ويساهم في عملية تعديل الصوت وتشكيله حركات اللسان والشفاه وسقف الحلق. ويمرّ هواء الزفير خلال الحنجرة ثم التجويف الزوري، ثم يتجه إلى الفم فتنتج الأصوات الفمية (التي تنطلق من خلال حركة الشفاه كحرفي "الدال"و"التاء" مثلا). وتتنوع الأصوات بشكل عامّ تبعا للتغير الذي يحدث في الممرات والتجاويف التي يمر فيها، كما تتغير الأصوات وفق الأوضاع التي تأخذها عضلات أعضاء النطق.

وهناك من الحروف ما يسمّى بالحروف الساكنة والحروف المتحرّكة، أمّا النوع الأول فيحدث نتيجة احتباس الموجات الصوتية بوجود عقبة في الجهاز الكلامي، سواء كانت عند الوترين الصوتيين، أو عند سقف الحلق الرخو، وتحدث العقبة عن طريق اللسان والشفاه. أما بالنسبة للحروف المتحركة مثل حرف (أ) فإنه تنتج من اختلاف حركة اللسان الذي يأخذ أشكالا مختلفة عند نطقها، فنطق الحرف مفتوحا غير نطقه مضموما وهكذا دون الخوض في بقية التفاصيل. (Ammann, 1999, 38-40)

I-5- القاعدة الفيزيولوجية للنطق (التكلم):

الكلام (كما سبق ذكره) هو نتيجة لإخراج الهواء من الرئتين، هذا الإخراج خاضع لـ:

1- عضلات البطن.

2- الحجاب الحاجز.

3- العضلات الموجودة بين الأضلاع.

والعضلات التي تسمح بتسوية الإيقاع الصوتي و l'atonalité (نغمية الصوت) هي نتيجة لإهتزاز الحبال الصوتية والحنجرة. وبتر الحنجرة والحبال الصوتية لا يمنع من الكلام؛ لكن هنالك شرط أساسي للتكلم ألا وهو السمع، إذ أنّ le feed-back (الرجع) يسمح بمراقبة اللغة، وأهمّ feed-back هو السمعي أي أن يسمع الفرد نفسه، وهناك تجربة قام بها أخصائيو اللغة:

طلبوا من شخص أن يتكلم أمام ميكروفون واستطاعوا عبر تقنيات كهربائية تأخير الرجع السمعي بـ 10 ثواني ⟵ نتج عن ذلك تأتأة ⟵ **السمع مهمّ للتكلم.** (Ammann, 1999, 41)

المحاضرة الثانية

I-6- عملية إدراك الكلام:

تعتبر اللغة مجموعة من الأصوات التي يخرجها الجهاز الكلامي الخاص بالنطق، ولكن هذه الأصوات لا يتمّ إدراكها أو معرفة معانيها إلاّ في المخ حيث توجد العديد من المراكز الحسية الترابطية (سمعية وبصرية) التي تعمل على تحويل الإشارات السمعية والبصرية الخاصة بالكلام إلى تكوينات لفظية ذات تراكيب خاصة تعطي المعنى المتفق عليه، فتكتسب دلالاتها وتكتسب وظيفتها كأداة للتخاطب والتفاهم بين الأفراد.

وفي الدماغ هنالك مركزان حسيان تتعامل مع اللغة مكتوبة كانت أو منطوقة وهما: المركز الحسي البصري الموجود في الفص الخلفي، والمركز الحسي السمعي الموجود في الفص ، يتلخص دورهما في استقبال المثيرات الكلامية المقروءة والمكتوبة، ثم تتحول الإشارات العصبية إلى المراكز الترابطية الموجودة بجوارها لتتم عملية الإدراك.

بالإضافة إلى هذه المراكز توجد منطقة **فيرنيك Wernicke** في منطقة التماس بين الفصوص الجدارية والصدغية والخلفية، وهي المنطقة المسؤولة عن فهم الكلمات المقروءة والمسموعة. هذا فيما يتعلق باستقبال اللغة، أمّا فيما يتعلق بالتعبير اللغوي فإنّه من خلال منطقتين هامّتين موجودتين في الفص الجبهي (الفص الحركي) وهما: منطقة **بروكا** الخاصة بنطق الكلام، ومنطقة أخرى خاصة بكتابة الكلام وهي منطقة **اكزنر**، هاتان المنطقتان تترابطان مع المناطق الحسية الخاصة باللغة ليتمّ العمل بينها جميعا كشبكة متّصلة الحلقات على درجة عالية من التوافق الوظيفي الذي يساعد على تكوين الكلام بالشكل المألوف الدلالة.

وتأتي معاني الكلمات المنطوقة والمقروءة من خلال ارتباطها مع الأشكال الأخرى من الأحاسيس التي تكون في ذاكرة الفرد في الماضي. فكلمة "كلب" مثلا تكتسب معناها من ترابط كل من صوت الكلب وشكله، وهي الأشياء التي تكونت من قبل عند تعلّمنا هذه الكلمة وبالتالي تصبح الكلمة دالة وذات معنى محدد عند سماعها أو قراءتها.

I-7- المناطق المسؤولة عن اللغة:

تتركز الوظائف الخاصة باللغة في النصف الكروي الأيسر لدى غالبية الأفراد اللذين يستخدمون اليد اليمنى وكذلك لدى بعض ممن يكتبون باليسرى؛ ولذلك فإن النصف الأيسر من المخ تقع على عاتقه المداخل التحليلية والمنطقية واللفظية، وتتركز في هذا النصف ستة أجزاء تلعب دورا هاما في وظائف اللغة بالإضافة إلى الثلاموس. وفيما يلي شرح لهذه المناطق:

أ- منطقة الترابط السمعي:

وهي المنطقة الموجودة في الفص الصدغي والمسؤولة عن فهم اللغة المسموعة، وأي إصابة فيها تؤدي إلى عدم فهم المريض من مفردات، وهي الحالة التي تسمّى "الصمم اللفظي" (حبسة كلامية سمعية).

ب-منطقة الترابط البصري:

وتوجد في الفص الخلفي وهي المسؤولة عن فهم اللغة المقروءة أو المكتوبة، وأي اصابة فيها تؤدي إلى عدم فهم المريض لما أمام عينيه من كلمات، وهي الحالة التي تسمى بـ "العمى اللفظي" (حبسة كلامية بصرية).

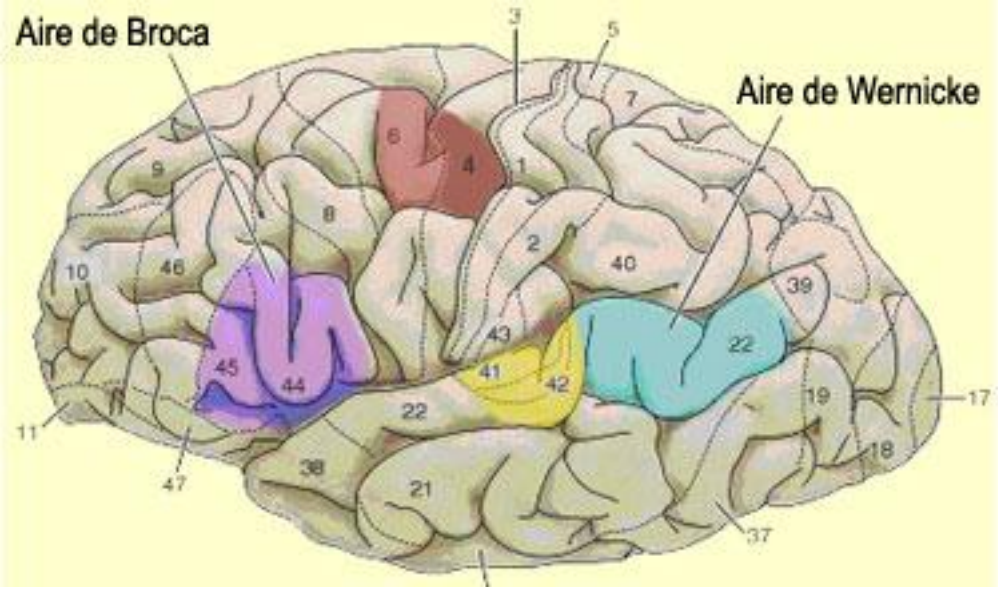
ج-منطقة فيرنيك:

توجد منطقة فيرنيك بين فصوص المخ الثلاثة: الجداري والخلفي والصدغي (أنظر الشكل 2) وتعمل كمنطقة ترابط بين هذه الفصوص وهي منطقة حسية مسؤولة عن استقبال الإشارات من مناطق الترابط الموجودة في الفصوص الثلاثة السابقة من أجل تنظيم وفهم اللغة بشكل عام، وفي ضوء ما يتم تحليله في هذه المنطقة تتحدد الأوامر الحركية المطلوبة للتعبير هل هي التلفظ والتحدث أي الكلام الشفوي، لأم التعبير بالكتابة، وتبعا لهذا التحديد ترسل اشاراتها إمّا لمنطقة بروكا لإصدار الكلام الشفوي، أو إلى منطقة إكزنر للتعبير الكتابي. أي إصابة في هذه المنطقة تؤدي إلى حبسة كلامية استقبالية عامة، حيث لا يستطيع المصاب فهم أي من الكلمات المقروءة أو المنطوقة، بل إن المريض لا يستطيع أيضا أن يعبّر عما يريده نظرا لأن عملية إصدار الأوامر للمناطق التعبيرية تختلّ أيضا.

د- **منطقة بروكا:** وتحتل هذه المنطقة الجزء الأسفل من المنطقة الحركية في الفص الجبهي (أنظر الشكل 2)، ويرجع الفضل في اكتشافها إلى الجراح الفرنسي **Paul Broca** الذي حدّد موضعها من خلال عملياته الجراحية المخية لبعض المرضى. وتعدّ هذه المنطقة مسؤولة عن تنسيق الحركات العضلية التي تحتاج إليها عملية الكلام. فإذن هي المنطقة المسؤولة عن التعبير اللفظي وأي إصابة فيها تُفقد المريض القدرة على الكلام.

هـ- **منطقة إكزنر:** وهي المنطقة المسؤولة على التعبير الكتابي، وتوجد في الفص الجبهي، وأي إصابة فيها تؤدّي إلى عدم قدرة المريض على استخدام يديه في الكتابة.

و- **جزء من القشرة المخية:** وهو جزء حركي في الفص الجبهي مسؤول عن حركة عضلات الكلام كالشفاه واللسان والحنجرة، وهي العضلات التي تدخل في صميم عمل إصدار الصوت والألفاظ، وأي إصابة فيها تؤدي إلى اضطراب هذه الأجزاء مما يصعّب معه الكلام.



الشكل 2: "المناطق المسؤولة عن اللغة في المخ" (**http://lecerveau.mcgill.ca/**)

وخلاصة القول أن وظيفة الكلام تتمّ من خلال عمليتين أساسيتين الأولى عملية الاستقبال والثانية التعبير، أمّا الاستقبال فيتم من خلال المناطق الحسية الترابطية التي ترسل إشاراتها إلى منطقة الفهم العام (منطقة فيرنيك) والتي تتولّى بعد ذلك إصدار الأوامر إلى المناطق التعبيرية الحركية (منطقتي بروكا واكزنر). (Kremer, 2005) بتصرف

II- الوظيفـة الرمزيـــة

يعتبر موضوع الوظيفة الرمزية ومفهومها مبحثا هاما من مباحث علم النفس اللغوي، علم النفس المعرفي وعلم نفس النمو؛ لما لها من أهمية في فهم عملية التفكير وآلياته وكذا آليات استعمال اللغة بشكل فردي. يعود الفضل في دراسة الوظيفة الرمزية إلى العالم **Piaget**، كما درسها هنري فالون وفيغوتسكي، فيما ما تزال الدراسات منصبة على هذا الموضوع لحد الآن.

II-1- تعريف الوظيفة الرمزية:

الوظيفة الرمزية هي في أبسط تعريفاتها تجسيد الأشياء في الذهن في غيابها، كصور لأشياء ملموسة أو معاني أو مواقف. واللغة هي وظيفة رمزية.

II-2- ظهور الوظيفة الرمزية:

يرجع الفضل الكبير في دراسة الوظيفة الرمزية إلى العلاّمة **Piaget**، فهو الذي درس بالتدقيق نشأة وتطور الوظيفة الرمزية عند الطفل، وتظهر الوظيفة الرمزية حسبه إبتداءا من السنة الثانية من العمر (Diane E. Papalia & al., 2010, 95)؛ وتسمح بتصوّر الشيء أو الحادث في غيابه. تعتبر الصورة الذهنية **تقليدا مستدخلا** واللغة التي تسمح بالذكر الشفوي لأحداث ماضية (l'évocation = الاستحضار الشفوي) وحسب رأي **Piaget** كل هذه السلوكات ترتكز في الواقع على التقليد، حتى اللغة نفسها لا تكتسب إلا عن طريق التقليد.

كان **Piaget** يركّز بشدة على أهمية استعمال الرموز عند الأطفال في سلوكاتهم، ومن ضمن السلوكات الرمزية التي درسها والممهّدة لظهور اللغة:

1- **التقليد المؤجّل (الغير مباشر)** *l'imitation différée*

وهذا دليل على ظهور **الصورة الذهنية** عند الطفل (قبل 02 سنة).

2- **اللعب الرمزي** *le jeu symbolique*

وظيفة رمزية أخرى.

3- <u>الرسم</u>: وظيفة رمزية ثالثة. (Paulus, 1972, 09-10)

وهذه الوظائف الرمزية تمهّد مسبقا لظهور اللغة؛ ونفضل استعمال مصطلح آخر للدلالة على الوظيفة الرمزية وهو: *la Fonction sémiotique* حسب رأي **Piaget** لأنه لا يمكن إدماج اللغة داخل الوظيفة الرمزية لأن اللغة تستعمل رموزا **اعتباطية** *Arbitraire* لا علاقة لها بالمواضيع التي تدلّ عليها. ويقول **Piaget** أنّ هذه الوظيفة يستطيع هي التي تولّد التصوّر عند الطفل، كما يشير إلى أنّ هنالك أهمية أخرى فهي التي تسمح بالانتقال من المرحلة الحسّ-حركية إلى مرحلة العمليات، إذ أنّه بفضل هذه الوظيفة يستطيع الطفل استدخال نشاطاته، وكذلك يصبح الطفل قادرا على تصوّر الأشياء في غيابها. ويقول **Piaget** أنّه في الوقت الذي تصبح فيه نشاطات الطفل مستدخلة يصبح الطفل قادرا على أهمّ عملية في مرحلة العمليات وهي **المرجعية réversibilité** (وهي مرحلة العمليات الملموسة) ثم الدخول في **مرحلة التجريد l'abstraction**. (Rondal et al., 1985, 54-57)

بدأ Piaget في بداية دراسته للغة ملاحظة مجموعات من الأطفال في إطار <u>مدرسة تحضيرية</u> ولاحظ أنّ معظم الإنتاجات اللغوية التي يصدرها هؤلاء الأطفال تصدر بغياب أي شخص يستمع إليهم، وهذا ما يسمّى *le monologue* ، ويقول عن هذا الحوار الذاتي: تعليقات لغوية تصحب اللعب، ويسمّي هذه المنتجات اللغوية **اللغة المتمركزة حول الذات** وهي ثلاثة أنواع:

أ- إعادة الأصوات (الترديد) *répétition éco-lallique* ويقول عنه أنّها بقايا مرحلة المناغاة *la lallation* ويعيد الطفل في هذه المرحلة الكلمات ليس بغرض الحديث ولكن بغرض إعادة الكلام لنفسه. وتلي هذه المرحلة:

ب- مرحلة الحوار الذاتي *le monologue* وغالبا ما يصحبه لعب الطفل أو العكس (وكأن الطفل يلعب مع نفسه).

ج- الحوار الذاتي الجماعي *le monologue collocatif* وينتج داخل جماعة من الأطفال وكأنّهم يتحدّثون مع بعضهم البعض ولكن في الواقع – حسب رأي **بياجي** – لا يهمّهم أن كان الآخرون يستمعون إليهم أم لا. (Paulus, 1972, 13) وهذه الثلاثة أنواع للغة المتمركزة حول الذات تواجهها <u>اللغة الاجتماعية</u> التي تميّز النشاط اللغوي لدى الراشد؛ ويقول **بياجي** أنّ اللغة المتمركزة حول الذات وظيفتها الأساسية <u>وظيفة انفعالية</u> بينما اللغة الاجتماعية لها <u>قيمة اتّصالية</u> كما يذهب بالقول إلى أن أكثر من نصف المنتجات اللغوية عند الأطفال، خاصة الأطفال أقل من 3 سنوات هي ذات طابع ممركز حول الذات، ويبدأ الأطفال انطلاقا من السنة الثالثة من العمر بالخروج

من هذا التمركز إلى أن يزول تماما تدريجيا مع التقدّم في السنّ. إذن فبالنسبة لـ**بياجي** تدلّ اللغة على التمركز حول الذات لأنّ الطفل في هذه المرحلة لا يكاد يميّز بين ما يُنتجه هو وما يُنتجه المُستقبل. ويستطيع تدريجيا عن طريق اكتسابه العمليات المعرفية أن يُنظّم العالم المحيط به وأن يخرج من التمركز حول الذات الشيء الذي يسمح له بالدخول في إطار علاقات اتصالية بأتمّ معنى الكلمة؛ عكس ما يؤمن به معظم الفلاسفة واختصاصيي اللسانيات. (Diane E. Papalia & al., 2010, 176)

إنّ الميزة الأكثر نوعية التي يتميّز بها الإنسان ليست اللغة ولكن شيء أكثر عمومية وشمولية، هو قدرة معرفية عُليا واللغة هي تعبير عنها لأنها تسمح بالذكاء والتفكير بصفة عامة.

واللغة ما هي بالنسبة لـ**بياجي** إلاّ تظاهرة من مختلف التظاهرات الأخرى للوظيفة الرمزية التي يبنيها الإنسان في إطار إحتكاكاته مع العالم الخارجي سواء العالم المادي أو الاجتماعي؛ وحسب رأيه تظهر اللغة عند الإنسان السوي في نفس الوقت الذي تظهر فيه الوظائف الرمزية الأخرى وتظهر اللغة مباشرة بعد مرحلة المناغاة التلقائية، التي يشترك فيها كل الأطفال في العالم بمختلف المجتمعات والثقافات، وذلك ما بين الشهر السادس و العاشر من الحياة، وانطلاقا من الشهر الحادي أو الثاني عشر يدخل الطفل في مرحلة أكثر تمييزا **(مرحلة التمايز)** في منتجاته الصوتية، إذ أنّه انطلاقا من هذا السنّ ينطلق الطفل في توجيه وبناء كلمات ذات معنى إلى أن ينتهي في المرحلة الحسّ–حركية إلى مرحلة الكلمة [كلمة–جملة] وهذه الكلمة يمكن أن تعبّر عن رغبات أو انفعالات. وانطلاقا من نهاية السنة الثانية يمكننا ملاحظة أوّل جمل مكوّنة من كلمتين، وتدريجيا تبدّ لغة الطفل في التطوّر إلى أن يصل إلى بناء جمل كاملة، ويقول **بياجي** أنّه انطلاق من بناء بداية المرحلة الحس–حركية يصبح الطفل قادرا على إصدار الكلمات وإعطائها معنى ودلالة، واكتساب اللغة بأتمّ معنى الكلمة لا يبدأ إلا في نهاية السنة الثانية. إذن يمكننا أن نقول أنّه بالنسبة لـ**بياجي** يناسب اكتساب اللغة واكتساب جهاز الإشارات الجماعي تكوين ظهور الرمز عند الطفل؛ ولا توجد لديه في البداية أيّة معرفة بقدراته، فـ**بياجي** لا يؤمن بوجود فطرة للمعرفة، بل ببناء الإنسان لها بنشاطه الإنعكاسي. في البداية يوجد شخص عارف بقدراته كما أنه لا يوجد بالنسبة لهذا الشخص مواضيع مكوّنة في العالم الخارجي تُفرض عليه كما أنه لا يملك وسائل تبادل مع العالم الخارجي، والمشكل الأساسي المطروح للمعرفة هو بناء نماذج لوسائل جديدة للتبادل مع العالم الخارجي، والشيء الذي يسمح بهذا البناء هو نشاط الإنسان، فهو الذي يبني وسائل الاتصال هذه بنشاطه، وخلال المرحلة الحس–حركية الملاحظ هنا هو التنسيق التدريجي لنشاطات الإنسان، وتثرى بالفضل عمليات: الاستيعاب والملائمة. ومع ظهور الوظيفة الرمزية يصبح للإنسان وسائل جديدة للتبادل وهي الوسائل التصورية، ومن هنا يتحوّل من الإنسان النشيط حركيا إلى ذلك الذي يفكّر في نشاطاته وسلوكاته. والوسائل التصورية بما فيها اللعب الرمزي والتقليد الغير المباشر واللغة؛ تسمح بإستدخال السكيمات *les*

Schèmes النشاطية ، هذا الإنتقال التدريجي من الإنسان الناشط إلى الإنسان العارف بحركاته ونشاطاته، يأتي شيئا فشيئا إلى أن يصل إلى أرقى درجة من المعرفة وهي مرحلة التجريد والتفكير المنطقي الرياضي الذي يبدأ في الظهور من العام الثاني عشر، لكن قبل ذلك يمرّ الإنسان بمراحل انتقالية تحضيرية لهذا التفكير الراقي. (Paulus, 1972, 26)

وأوّل مرحلة هي: 4 أو 5 سنوات ←——— 11 أو 12 سنة **مرحلة العمليات الملموسة**

وسميّت كذلك لأنّه خلال هذه المرحلة يبقى الإنسان مرتبطا في تفكيره بمواضيع العالم الخارجي إذ أنّ تفكيره بحاجة إلى الاستناد إلى المواضيع الملموسة في توظيفه. (Laval, 2007, 27-33)

يمكننا أن نقول بصفة عامة أنّ العمليات التفكيرية (المعرفية) بالنسبة لـ**بياجي** ناتجة عن استعمال ميكانيزمات معرفية عامة بما فيها اللغة والوظائف الرمزية بصفة عامة، ولهذه الميكانيزمات جذور أساسية تمتدّ إلى النشاط الخص للفرد الذي يسمح ببناء المعرفة بشكل عامّ واللغة بشكل خاص، ومن هنا يمكننا القول أنّ اللغة حسب **بياجي** ما هي إلا وسيلة ضمن الوسائل الأخرى التي تسمح بتطوّر المعرفة دون أن تتسبب فيها.

III- النموّ اللغوي

بقدر الاختلافات الموجودة في تقسيمات مختلف مراحل النمو على مختلف الأصعدة، إلا أن العلماء باختلاف انتماءاتهم النظرية يُجمعون على مسألة مهمة وهي تقسيم مراحل النمو اللغوي إلى مرحلتين كبيرتين هما: مرحلة ما قبل اللغة ومرحلة اللغة.

III- 1- المرحلة الماقبل لغوية (ماقبل الكلام):

تشمل هذه المرحلة الأشهر التسعة (09) إلى العشرة (10) الأولى من الحياة. يترك الصراخ الفطري (الذي ليست له وظيفة اتصالية كبيرة) المكان في حوالي الشهر الثالث (03) والرابع (04) سلوكات المناغات. تتميّز هذه المرحلة بإصدار أصوات غير متمايزة، بغرض اللعب، هذه الأخيرة تتخذ شيئا فشيئا طابع التبادل العاطفي والاتصالي. الملاحظ عموما على الطفل في هذه المرحلة ميله إلى إعادة الأصوات التي يسمعها حوله. (بورو، 2000، 21-24)

III- 2- المرحلة اللغوية:

ما يميّز هذه المرحلة هو بداية اكتساب الوظيفة الرمزية (بين 11 و13 شهرا)، وظهور الكلمات الأولى حوالي الشهر الثاني عشر 12 إلى الخامس عشر (Diane E. Papalia & al., 2010, 95)، كما يبدأ نظام فونولوجي (صوتي) معيّن بالتشكّل لديه، ويتمكن الطفل من نطق عدد متزايد من الكلمات بشكل واضح. يمكننا أن نعتبر ابتداءا من السنة الثانية أنّ الطفل يفهم الكلام الذي يسمعه وأنّه يركّب جملا من كلمتين وثلاث كلمات صحيحة نحويا وصرفيا؛ فيما يكتسب رصيدا (قاموسا) لغويا ومفرداتيا ببطء في البداية، فسريعا في الفترة بين السنتين (02) والثماني سنوات (08).

III- 3- النموّ اللغوي حتى سن الـ 5 سنوات

- من الولادة إلى 3 أشهر:
  - صراخ، مناغاة

- ضحك، استعمال الصوت عندما نلعب معه
- يلاحظ بانتباه الوجوه عندما نتحدث معه

- من 3 إلى 6 أشهر:
  - الهذر Babillage (وهو إصدار سلسلة من الأصوات)
  - إصدار 4 أصوات مختلفة على الأقل عندا يستعمل صوته
  - هذر موجه لأشخاص حوله يتحدثون
- من 6 إل 9 أشهر:
  - هذر باستعمال أصوات مكيّفة (صوت حاد مثلا)
  - استعمال الصوت (دون الصراخ) لجذب الانتباه
  - استعمال أصوات مختلفة ويبدو وكأنه يسمّي الأشياء
- من 9 إلى 12 شهرا:
  - يستعمل مجموعة كلمات خاصة به Jargon
  - يستعمل الأحرف الساكنة (ب، د، م، g, n) عندما يتكلم
  - ردّ ونقاش Jacasse استجابة للصوت البشري واستعمال خصائصه: ايقاع، تغيّر حدة الصوت ونبرته.
- من 12 إلى 18 شهرا:
  - الرد على الأسئلة بكلمة
  - تقليد العديد من الكلمات الجديدة
  - استعمال كلمات تحوي أكثر من مقطع syllabe
  - يعرف من 10 إلى 20 كلمة
- من 18 إلى 24 شهرا:
  - ظهور الـ "**لا**" (العامل الثالث حسب **سبيتز SPITZ**)
  - استعمال اسمه الخاص
  - التعليق على أشياء بالقول "إنها لي" (تاعي)
  - يقصّ تجاربه مع ادراج كلمات ومعانيها الدقيقة في قاموسه الخاص
  - استعمال جمل مكوّنة من كلمتين: صباط-رجلي، ماما-راح
- من 24 إلى 30 شهرا:
  - الرد على أسئلة بسيطة (ماذا تفعل؟)
  - استعمال الجمع
  - في رصيده من 100 إلى 200 كلمة

- من 30 إلى 36 شهرا:
  - يستعمل التراكيب التي تفيد السؤال (من؟ كيف؟ أين؟)
  - يستعمل التراكيب النقضية (ليس هنا، لا يستطيع)
  - يحكي تجاربه باستعمال من 4 إلى 5 كلمات/جمل
- من 3 إلى 4 سنوات:
  - يستعمل ضمير المتحدث "**أنا**"
  - يستعمل تراكيب مختلفة وكلمات تصف نشاطات (أنا ألعب، أحب أن ألعب)
  - يعدّ حتى العشرة
  - يتكلم عن رسومات في الكتب أو أشياء تثير اهتمامه
- من 4 إلى 5 سنوات:
  - يحوي قاموسه 1500 كلمة على الأقل
  - يتكلم مع إمكانية تغيير النبرة
  - يتكلم بحرية مع العائلة والأقرباء باستعمال جمل عديدة يفهمها معظم الناس.

(Diane E. Papalia & al., 2010), (Canoui, 1993), (Laval, 2007) بتصرف.

IV- اضطرابات اللغة والكلام

توجد العديد من الاضطرابات الخاصة بالنطق والكلام واللغة بصفة عامة، وتعود هذه الاضطرابات في الغالب إلى أسباب ذات طابع عضوي أو وظيفي. أمّا الطابع الأول فغالبا ما يكون على شكل عيوب تصيب الجهاز السمعي أو الكلامي، أو نقصا في القدرات الفيزيولوجية والتنسيق العصبي أو الدماغي. أمّا الطابع الثاني فلا نجد فيه إصابات أو عيوب في أيٍ من الجهازين السمعي أو الكلامي، وإنما قد تكون راجعة لأسباب نفسية أو اجتماعية أو ظروف في التنشئة أدت إلى حدوثها، مما يُفقد الفرد القدرة على التعبير السليم، ومن أمثلة الاضطرابات ذات المنشأ العضوي: الأفازيا (الحبسة الكلامية)، ومن أمثلة الاضطرابات وظيفية المنشأ: التأتأة أو فقدان الصوت الهستيري.

يمكننا تقسيم أهم الاضطرابات الخاصة باللغة والكلام بشكل عام إلى ما يلي:

1. التأخر الكلامي عند الأطفال
2. إحتباس الكلام أو الحُبسة الكلامية، أو ما يسمى بالأفازيا (وهي أنواع)
3. عيوب النطق أو عيوب التلفظ
4. عيوب طلاقة اللسان وانسيابية التعبير
5. اضطرابات متعلقة بالتحصيل المدرسي

وقبل أن نتطرق إلى هذه الاضطرابات بالتفصيل نشير هنا إلى ضرورة التفريق بين نوعين منها، الأول هو ما يطلق عليه الحبسة الكلامية أو الأفازيا، وعسر الكلام Dysphasie، والثاني هو عجز النطق أو امتناعه Dysarthrie، أو تعسّر النطق (Gérard & Brun, 2004, 06) . في النوع الأول يكون الاضطراب في الوظيفة الرمزية للكلام، أي في الوظيفة المتعلقة بفهم الكلام والتعبير به؛ مع سلامة الأعضاء الخاصة باللغة، أما النوع الثاني فيكون الاضطراب فيه في عضلات التمفصل أي في الوظيفة الحركية التي تتكون بها الكلمات.

هنالك ملاحظة أخرى مهمة من الواجب الإشارة إليها، وتتمثل في **ماهية دور الأخصائي النفسي العيادي** مع حالات اضطرابات اللغة، حيث يقع على عاتقه وظيفتان كبيرتان: **المساهمة في التشخيص**

الفارقي وذلك مع الحالات التي تتداخل مع اضطرابات اللغة (دون الدخول في التفاصيل لأنه سنأتي على ذكرها لاحقا) بناءا على طلب وإحالة من الأرطوفوني أو أي مختص آخر بغرض تأكيد أو نفي التشخيص الأولي الذي قام به أو افترضه؛ و**المساهمة في العلاج أو التكفل** بحالة من حالات اضطرابات اللغة التي تتطلب التكفل الجماعي، كحالات الأفازيا مثلا التي تنجر عن إصابتها مجموعة من التظاهرات العيادية الإحباط أو الاكتئاب، وهي تندرج ضمن تخصصات الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيساهم بالتالي في التكفل بها نفسيا مما يساعد على تقدم الحالة أرطوفونيا.

أولاً: التـأخر في الكـلام

أ- **تعريف تأخر الكلام:** يأخذ تأخر الكلام عند الأطفال صورا وأشكالا عديدة، فقد يكون في صورة إصدار أصوات معدومة المعنى والدلالة، وبالتالي يفقد الكلام وظيفته كوسيلة للتفاهم، وقد يكون في صورة صعوبة استخدام اللغة بشكل سهل، وفي هذه الحالة يستعين الطفل بحركات من يديه أو بإيماءات أو بإشارات تساعده على توصيل ما يريد من الآخرين، وأخيرا قد يأخذ شكل اللغة غير المألوفة حتى أنه قد يستخدم ألفاظا لا يعرف دلالتها إلا هو، وعادة ما يقال أنّ الطفل تأخر في اكتساب اللغة عندما يبلغ عامه الثاني دون أن يكون قد تلفظ بأي مفردة، وبالطبع هنالك فروق بين الأطفال في عدد هذه المفردات. (Rondal et al., 1985, 377-381)

ب- أسباب التأخر في الكلام:

تتعدد الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى تأخر الطفل في اكتساب اللغة، ويمكن تلخيص هذه الأسباب فيما يلي:

1- صعوبات تتعلق بالقدرة السمعية لدى الطفل، حيث لا تساعده درجة السمع الضعيفة من اكتساب اللغة على نحو سليم.

2- الضعف العقلي: إذ أنّ ذكاء الطفل يعني مجموعة من القدرات التي ما إن تنقص تؤثر على قدرته في اكتساب اللغة، بل وفي مدى قدرته على استخدام اللغة في التعبير، وذلك نظرا لصعوبة فهم المحسوسات وإدراكها بصورة صحيحة.

3- تلف المناطق المخية الخاصة بالكلام، وذلك نتيجة إصابات أو أمراض يتعرض لها في الشهور الأولى من حياة الطفل، فقد تؤثر إصابات الولادة على نمو اللغة عند الطفل في سنواته اللاحقة، كما قد يصاب الطفل بالتهابات حادة –وخاصة التهابات المخ– التي تترك آثارها على نمو المخ وما به من مناطق هامة ليست خاصة باللغة فقط وإنما بوظائف المخ عامة.

بتصرف (Rondal et al., 1985, 377-389)

ثانياً: الحُبسة الكـلامية (الأفازيا) *Aphasies*

أ- تعريف الأفازيا:

يسمى اختلال أو اضطراب الوظيفة الكلامية بـ: **عسر الكلام** Dysphasie فإذا امتنعت الوظيفة تماما سميت بـ **الأفازيا** Aphasie. (Estienne, 2002, 150) ويشير اللفظ الأخير إلى كلمة يونانية الأصل تشير إلى مجموعة من العيوب التي تتصل بفقد القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة، أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المسموعة أو المقروءة، أو عن إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات، أو مراعاة القواعد النحوية التي تُستعمل في الحديث أو في الكتابة، وعلى هذا فإن الأفازيا لا تعني مجرّد انعدام القدرة على النطق، ولكنها تعطّل الوظيفة أو العملية الكلامية من حيث هي قدرة على الإدراك والتعبير بالرموز سمعا أو بصرا أو نطقا، أو غير ذلك حتى لو كانت الحواس وعضلات اليد والفم وغيرها سليمة كذلك. بمعنى آخر فإنّ الكلمة تشير إلى اضطراب في الوظائف الحسية والحركية للغة نتيجة إصابة مخية، وليست بسبب نقص عقلي، أو أي اضطراب في أعضاء الحسّ، أو شلل في العضلات الخاصة بالكلام.

ب-أسباب الأفازيا:

أسباب الأفازيا متعددة، يمكن تلخيصها فيما يلي:

1- إصابة المخ عند الأطفال حديثي الولادة.
2- الإصابة بجلطة دموية.
3- الإصابة بنزيف في المخ.
4- إلتهابات المخ المختلفة (الحمى الشوكية أو السحائية).
5- وجود أورام في المخ.

نلاحظ مما سبق عدم وجود سببية نفسية للأفازيا وهو ما تؤكده كل الدراسات، وفي حالات الشلل والإصابات المخية التي تلي التعرض لصدمة نفسية عنيفة، فالمسألة هنا واضحة: السبب المباشر عضوي

بحت: ارتفاع فُجئي وحاد في ضغط الدم أو جلطة دموية أو التعرض لأزمة قلبية، والسبب النفسي هما ليس مباشرا.

ج- أنواع الأفازيا:

لقد تناول العديد من العلماء مفهوم الأفازيا واختلفوا فيما بينهم في التقسيمات الخاصة بهذا الاضطراب، ومن أشهر هؤلاء **بروكا** و **فيرنيك** و **بيير ماري** و **جاكسون** و **هنري هيد** و **جولدشتاين**، وأكثر التصنيفات قبولا للحبسة الكلامية ما يلي:

1- أفازيا حسية أو استقبالية Aphasie réceptive (sensitive)
2- أفازيا حركية أو تعبيرية Motrice (expressive)
3- أفازيا كلية أو مركزية Globale (syntaxique)
4- أفازيا نسيانية أو إسمية Amnésique (nominale)

1- الأفازيا الحسية (الاستقبالية)

وضع هذا المصطلح **فيرنيك** واستخدمه بعده **بيير ماري** وغيره، ويفيد عدم فهم المريض للكلام، وهو نوع من الأجنوزيا Agnosie (عدم التعرف) ويشمل هذا النوع العمى اللفظي، الصمم اللفظي، أفازيا المعنى وأفازيا الصدى.

أ- العمى اللفظي:

ويعني هذا الاضطراب عجز المريض عن فهم الكلام المكتوب رغم سلامة بصره، ويسمّى أحيانا بعجز القراءة Alexie. ومثل هذا المريض ينظر للكلمات المكتوبة وكأنّها لغة غريبة عنه، وتتميز هذه الحالة باستحالة قراءة الكلمات أو عدم إمكانية التعرف على الحروف فلا يستطيع الفرد القراءة، ولا يصاحب هذه الحالة اضطراب في فهم اللغة المنطوقة (المسموعة)، بمعنى أننا إذا كتبنا للمريض أمرا على ورقة ليقوم بتنفيذه فإنه ينظر إلى هذه الكتابة ولا يستجيب بشيء بينما إذا أسمعناه هذا الأمر شفويا فإنه يفهمه ويقوم بتنفيذه، وبالطبع تكون هذه الحالة لدى الأفراد الذين اكتسبوا القدرة على القراءة قبل الإصابة بهذا المرض.

ب- الصمم اللفظي:

وهي حالة تفقد فيها الألفاظ معناها بالنسبة للفرد المستمع إليها، فالمريض بها لا يفقد القدرة على تمييز الأصوات المسموعة، وإعطائها دلالتها اللغوية على الرغم من سلامة حاسة السمع

لديه، بمعنى آخر يسمع المريض الحروف كأصوات إلا أنه يتعذر عليه ترجمة مدلولات الصوت، وبالتالي فالاضطراب لا يتصل بالقدرة السمعية ولكن بالقدرة الإدراكية السمعية، وفي هذه الحالات إذا طلبنا من المريض بشكل شفوي أن يقوم بغلق الباب مثلا، فإنه ينظر دون أي استجابة، بينما إذا أعدنا عليه الأمر في صورة أمر مكتوب –ويكون قادرا على القراءة– فإنه سرعان ما ينفّذ الأمر.

ج– <u>أفازيا المعنى</u>: Sémantique

وفي هذا النوع يفقد المريض القدرة على الوصول إلى معنى ما يقرأ أو يسمع، فهو يقرأ كل كلمة على حدة ويفهمها ولكنه عاجز عن فهم السياق العام للجملة أو المقطع الذي يقرؤه؛ إنّه عاجز عن الوصول إلى نتيجة منطقية لكل ما تقدم من أفكار أو كلمات، وعاجز عن إدراك ما تدل عليه الجملة من معنى، وقد يجد صعوبة في الكتابة على نحو سليم، فهو يكتب كلمات ومفردات واضحة ولكنها لا تعطي في النهاية معنى مكتمل.

د– <u>أفازيا الصدى</u>: Echolalie

يقوم المريض في هذه الحالة بترديد ما يسمعه من ألفاظ كالببغاء كما لو كان صدى للصوت، فإذا سألناه سؤالا فبدلا من الإجابة عليه نجده يكرر النطق بالسؤال بنفس النغمة التي سمعها، وتكون الإجابة مجرد صدى للسؤال. ويكثر هذا النوع في بعض حالات الفصام، دون أن ينتج من إصابة مخية في مراكز الكلام، وفي هذه الحالة يكون ترديد المريض لما يسمعه دون فهم.

بتصرف (Chomel-Gillaume et al., 2010, 85-89)

2– <u>الأفازيا الحركية</u> (التعبيرية)

يرجع الفضل في اكتشاف هذا النوع إلى الجراح الفرنسي **بروكا** الذي وجد أن لدى أحد مرضاه الذين يعانون من عدم القدرة على الكلام خللا في جزء من الفص الجبهي قريبا من مراكز الحركة لأعضاء الكلام (منطقة بروكا) وفي هذا النوع يكون إدراك المريض للكلام المسموع والمقروء سليما، ولكنه يعجز عن الكلام والتعبير عما يريد ومن ثمّ سميت بـ**الأفازيا التعبيرية**، فالمريض لا يشكو اضطرابا أو عجزا في قدرته على فهم ما يقرأ أو ما يدور حوله من حوار، ولكنه يعجز عن كتابة أي شيء أو التلفظ بأي لفظ، وهي نوع من **الأبراكسيا**.

وإذا كان العجز في القدرة على التعبير اللفظي (بالكلام) سمّيت بـ **أفازيا شفهية** أو لفظية Aphasie verbale وقد تصل الحالة إلى حدّ أن محصول الفرد اللغوي لا يتعدى كلمتي **(نعم)** و **(لا)**. أما إذا كانت في عدم القدرة على التعبير بالكتابة أو الرسم سميت **أغرافيا** Agraphie،

وتسمى عدم القدرة على استخدام الأعداد والرموز الرياضية بـ**العجز الحسابي** Acalculie. كما تسمى عدم القدرة على التعبير الموسيقي بـ**العجز الموسيقي** Amusie.

بتصرف (Chomel-Gillaume et al., 2010, 80-82)

3- الأفازيا المركزية (الحُبسة الكلية)

يشمل هذا النوع اضطراب قدرة المريض على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة (أفازيا حسية) بالإضافة إلى اضطراب قدرته على التعبير (أفازيا حركية). إذن يختلط في هذا النوع الإدراك الكلامي أو الرمزي باضطراب الفكر والتعبير، إذ أن الأفازيا الكلية تنتج عن إصابة الألياف الترابطية التي تربط بين **منطقة فيرنيك** و **منطقة بروكا** مما يؤدي إلى اضطراب عمليتي الفهم والتعبير، وبالطبع فإن قدرة المريض على الإستقبال وعلى التعبير تختل دون أن يكون هناك إصابة في أعضاء الحسّ أو في العضلات اللازمة للتعبير، ويظهر في هذا النوع العجز عن استخدام النحو بطريقة صحيحة agrammatisation، فتظهر الأخطاء الخاصة بقوعد اللغة حيث لا توضع الألفاظ في مكامها أو سياقه الصحيح في الجملة مما يجعل كلامه شبيه بـ**سَلَطة كلامية** salade de mots، ولذا تسمى بـ**أفازيا الرطين** Aphasie de jargon.

بتصرف (Chomel-Gillaume et al., 2010, 82-84)

4- الأفازيا النسيانية (الاسمية)

وفي هذا النوع يعجز المصاب بها عن تسمية الأشياء بأسمائها، ويلاحظ أنّ المريض يكون مدركا لوظيفة الشيء، فإذا قدّمنا له ساعة مثلا وطلبنا منه ذكر اسمها فإنه يشير إلى ما يفيد أنها شيء خاص بالوقت، وحركة العقارب بها، ولكنه لا يستطيع التلفظ بالاسم، وإذا سألناه هل هذا الشيء "مفتاح" أو "قلم" أو "ساعة" أجاب بالنفي لكلٍ من كلمتي "مفتاح" "قلم"، وأجاب بالإيجاب لكلمة "ساعة". وفي الحالات الخفيفة يستطيع المصاب إيجاد أسماء الأشياء المألوفة لديه، بينما يعجز عن ذكر الأسماء الغير مألوفة أو الأقل شيوعا.

ويحدث في الأفازيا الاسمية اضطراب في عملية الترابط بين شيء معيّن وكلمة معينة، فالمريض حين يرى القلم مثلا (شيء معين) لا يستطيع أن ينطق كلمة "قلم" (كلمة معينة) على الرغم من أنه يقول أن هذا الشيء هو ما نكتب به، ولكن عملية الارتباط بين الشيء واسمه تكون مضطربة، وتكون الإصابة في الفص الصدغي للمخ.

(شقير، 2001) و (الزراد، 1990) و (Chomel-Gillaume et al., 2010, 91-93) **بتصرف**

بعد كل هذا فإننا نلاحظ مدى ارتباط المناطق المختصة بوظيفة الكلام والتعبير فيما بينها ارتباطا يؤثر في وظيفة كل منها على حدة، وهذه المناطق تربطها مجموعة من الألياف العصبية كما تربطها هذه الألياف أيضا بالمهاد (التلاموس) والتكوين الشبكي الذي يعمل على تكامل المراكز والوظائف الكلامية المختلفة.

وتؤثر في هذه المراكز الإصابات المخية المختلفة كالأورام والنزيف والتجلطات الشريانية، والتهابات المخّ وغيرها... وبعض هذه الإصابات قد يؤدي إلى أفازيا قد لا تشفى شفاءا تاما (منطقة فيرنيك) وبعضها يرجى شفاؤه بعد مدة طويلة وبعضها قد يتحسّن بسرعة.

(Rondal et al., 1985, 325-336) بتصرف

د- دور الأخصائي النفسي في التكفل بالأفازيا

تشترك أنواع الأفازيا في التظاهرات النفس-عيادية الناجمة عنها، وهي التي تجعل من الضرورة بمكان مساهمة الأخصائي النفسي العيادي في التكفل بالحالة. تتمثل هذه التظاهرات في:

- الإحباط، وينجم عن الفقدان الفجائي للقدرة على الكلام أو التعبير أو الفهم اللغوي
- اضطراب على مستوى صورة الذات
- الانطواء (كسلوك وموقف يتبناه المصاب نتيجة للإحباط أو الصعوبة المطلقة للتواصل اللغوي)
- العدوانية في بعض الحالات
- الإكتئاب، كتعقيد للحالة وكمآل سلبي لها نتيجة لوجود التظاهرات السابقة بحدة لدى المريض

ويتمثل التدخل النفسي هنا في استعمال مختلف التقنيات العلاجية التي يكون الأخصائي النفسي قد درسها وتدرب عليها، غير أنه يجب عليه أن يكيّفها مع مشكلة الاتصال مع العميل حيث يصعّب فقدانه لقدراته التواصلية اللغوية من العمل، مما يحدو بالأخصائي النفسي إلى تبني بدائل اتصالية أخرى كالكتابة أو الرسم أو لغة الإشارات.

ثالثاً: اضطرابات النطق Dysarticulation

ذكرنا من قبل أن هنالك اختلافا بين الأفازيا وعسر النطق أو انعدامه، فتعسّر النطق يرجع إلى إصابة بعض أجزاء الجهاز العصبي العضلي المختص بالتلفظ. فالنطق أو التلفظ يبدأ حيث تنتهي الاتصالات العصبية بين المراكز المختصة بالكلام، أي من خلال أعضاء الكلام ولبس مراكزه، وهذه الأعضاء (كما مر بنا) تشمل اللسان والشفاه والحنجرة ..الخ. وفي حالات الإصابة الشديدة لجهاز الكلام يمتنع النطق تماما وتسمّى هذه الحالة: **العجز عن النطق** Anarthérie.

(Ammann, 1999, 110-111)

من أهم اضطرابات النطق: **فقدان الصوت الكلي** Aphonie. وقد يكون سببه عضويا بإصابة أحد أعضاء النطق إصابة شديدة، أو يكون سببه نفسيا كما يحدث في حالات **فقدان الصوت الهستيري** Aphonie hystérique.

رابعاً: عجز الحركة (الأبراكسيا) Apraxie

أ- تعريف الأبراكسيا

على الرغم من أن هذا الاضطراب قد يكون مرتبطا في شكله الظاهري بوظيفة الحركة، إلا أنه يعتمد على جانب هام من جوانب اللغة وهو الفكر، فالمريض هنا لا يعاني من أي اضطراب في الوظيفة الحركية.

يمكننا تعريف **الأبراكسيا** على أنها عدم القدرة على القيام بالحركات الإرادية المعقدة والتي تتطلب مهارة ما إذا طُلب من المريض ذلك، ولا ترجع الحالة إلى أي اضطراب في الأعصاب أو وجود شلل في العضلات أو نقص في درجة الوعي، وإنما ترجع إلى وجود إصابة في الفص الجداري والمسؤول عن تكوين فكرة الحركة.

ب-أنواع الأبراكسيا: تشمل الأبراكسيا الأنواع التالية:

أ- الأبراكسيا الفكرية: ويعتقد أن هذا النوع يرجع إلى فقدان القدرة على صياغة المفاهيم الفكرية الضرورية للقيام بأي فعل، فالمريض لا يستطيع أن يتلفظ الفكرة الخاصة بالفعل المطلوب منه القيام به، وفي هذه الحالة تتأثر الحركات المهارية المعقدة أكثر من الحركات البسيطة، وغالبا ما يحدث هذا النوع كعلامة لاضطراب عام في وظائف المخ، كما في حالات تصلّب شرايين المخ التي تظهر لدى كبار السن.

ب-الأبراكسيا الحركية:

ويعتقد أن الاضطراب هنا يرجع إلى فقدان الأنماط الذاكرية الحركية المطلوبة للقيام بفعل ما، وكأن المريض قد فقد ذاكرته الخاصة بالأفعال الحركية. وعادة ما يعرف المريض الغرض من الحركة ولكن التنفيذ (تنفيذ الفعل) يظل مضطربا، وتكون الاصابة في المنطقة الحركية الواقعة قبل الشق المركزي (أي في الفص الجبهي).

ج-الأبراكسيا المختلطة: وتشمل الأبراكسيا الفكرية والحركية معا، وفي هذه الحالة لا يستطيع المريض القيام بأداء فعل ما بشكل صحيح على الرغم من أنه يستطيع القيام بالأفعال المعتادة القديمة التي كان يقوم بها، وعادة ما تكون الإصابة في النصف الكروي السائد.

وبشكل عام فإن أنواع االأبراكسيا يمكن الكشف عنها بسؤال المريض القيام بتنفيذ بعض الأوامر الحركية، كأن نسأله أن يرينا كيفية استخدام فرشاة الأسنان مثلا، أو نطلب منه إشعال سيجارة، أو وضع خطاب في مظروف، وكما هو واضح من هذه الأسئلة فإنها تتطلب تآزرا معينا بين الفكرة والفعل الذي يتطلب أيضا درجة من الحركات المعقدة التي تستخدم فيها عادة أصابع اليد وهي حركات مهارية. (سامي عبد القوي، 1995، 218)

خامساً: التأتأة Le Bégaiement

أ- تعريف:

التأتأة هي اضطراب يتميز بتكرارات وترددات أو مدّ غير مقصود وغير معدّل للصوت والحروف أو الكلمات.

ب- أعراض التأتأة:

تقسم التأتأة حسب الأعراض إلى:

(1) **التأتأة التشنجية**: le bégaiement clonique

ونلاحظ فيها تكرار تشنجي للفظة الأولى من الكلمة و/أو أول كلمة من الجملة.

(2) **التأتأة النبرية**: bégaiement tonique

ويستحيل في هذا النوع نطق بعض الكلمات خلال وقت معين، وخلال الحديث يتعرض المصاب بها لصدٍ مفاجئ ذو مدّة متغيرة يعقبها نطق انفجاري للكلمة.

(3) **التأتأة التشنجية-النبرية**:bégaiement tonico-clonique

وتشترك فيه خصائص النوعين السابقين مع تغلب نسبي لأحدها، فبعد توقف مبدئي نلاحظ تكرر لبعض الألفاظ المتحركة أو الساكنة.

بالإضافة للأعراض المذكور آنفا، نذكر وجود أعراض عامة متمثلة في: اضطراب للشفاه والفكين مصاحبا لها، ترميش للجفون، تشنج شديد ومهتز للرأس والذراعين والرقبة. والتأتأة متغيرة التظاهر، فمن الممكن أن كلمة مستحيلة النطق في لحظة ما تنطق بشكل سليم في وقت لاحق. وتتنوع التأتأة كذلك وفق عوامل متعددة: فمثلا قد تختفي التأتأة أثناء الغناء الذي يحتاج إلى حركات ممدودة ودقيقة، ونطق مرن وإيقاع معين. وقد تخفّ أو تختفي عند الصراخ أو الكلام الهامس الذي ليكون مفهوما وواضحا يستلزم حركات نطقية أكثر حدة؛ فيما يزيد القلق من حدة الاضطراب وتعقيده ودرجة تكراره.

ج- انتشار التأتأة:

تسجّل التأتأة لدى نسبة 01% من المجتمع (بالتحديد بين 0,8 و 1,5%) ونجدها عند 4 ذكور مقابل أنثى واحدة، والتأتأة موجودة لدى كل الأعراق والمجتمعات والثقافات واللغات، وعرفت عبر كل العصور مع الحفاض على نفس الخصائص الإحصائية تقريبا. (Canoui, 1993, 100)

د- الأشكال الكلاسيكية للتأتأة:

يمكننا أن نميز بين ثلاثة أشكال للتأتأة هي:

1- **التأتأة العامة** le bégaiement commun

أو النمائية وتبدأ على العموم خلال الطفولة أو في مرحلة ما قبل المراهقة، وهي أكثر الأشكال شيوعا.

2- **التاتأة المكتسبة** le bégaiement neurogénique

وتظهر عموما بالارتباط باضطرابات مهمة للوظيفة الدماغية كالصدمات أو الحوادث الوعائية الدماغية، الأورام المخية أو إصابات الدماغ. هذا الشكل قليل الحدوث لدى الأطفال ويلاحظ بكثرة لدى الراشدين ومن الممكن أن يكون من التظاهرات الثانوية لبعض الأدوية النفسية.

قد يحسّن "أثر التكيّف" l'effet d'adaptation الذي يهدف إلى إعادة قراءة الجملة نفسها عدة مرات، ويحسّن النطق الشفهي للمصاب بالتأتأة العامة فيما لا يلاحظ تحسّن لدى المصاب بالتأتأة المكتسبة.

3- **التأتأة المؤقتة** le B. temporaire

أو الفيزيولوجية وتظهر لدى الأطفال في حوالي سن الثلاث 03 سنوات وهي ظرفية ولكن لا بدّ من الإشارة إليها في أية حوصلة نفسية Bilan psychologique.

هـ- السببية المرضية: Etiologie

لم يثبت بعد دور العوامل المرتبطة بالمحيط أو بالاستعدادات الوراثية والنمائية في ظهور اضطراب التأتأة، مع ذلك بيّنت الدراسات المجراة على التوائم والآباء والأولاد انتقالا وراثيا للعوامل الممهّدة، فبالنسبة لـ **لاوني** Lawny 1964 30 إلى 40% من حالات التأتأة العامة عائلية.

حسب نظرية التحليل النفسي، تمثل التأتأة تظاهر للصراعات اللاشعورية وخاصة النزوات السادية الشرجية.

أما الدراسات الفيزيولوجية العصبية فتبيّن حسبها وجود اختلالات دقيقة في وظائف الجهاز العصبي الحس–حركي. يقوّي من موقف هذه الفرضية الاختلافات في التناسق الدماغي التي تمّت ملاحظتها لدى أشخاص سليمين وآخرين يعانون من التأتأة بتقنيات إلكتروفيزيولوجية.

و– العـلاج:

بالنسبة للتأتأة العامة (أو النمائية) من الممكن التعامل معها بالطرق العلاجية التالية:

- تربية على التردد الشفوي Débit verbal مع إعادة بناء كلّي للانتاج الكلامي والخطابي، خفض للسرعة، إصدار خفيف أو ناعم للصوت، توقف ناعم وخفيف بين الأصوات، المقاطع أو الكلمات.
- الاسترخاء.
- إزالة الإشراط Déconditionnement للعادات السلبية (pratiques négatives).
- إزالة الأثر Désensibilisation النسقي والعلاج النفسي إذا كان القلق موجودا ويشكل السبب الرئيسي.
- العقاقير المستعملة (خاصة لدى الراشدين) كثيرة ومتنوعة:

- Benzodiazépines.
- Verapamil.
- Bloqueurs bêta-adrénergiques (Propanolol- Betaxolol- Oxprenolol).
- Fluoxetine.
- Clomipramine.
- Haloperidol.

بالنسبة للطفل يستعمل خاصة العقار الأخير (Haloperidol) بعد سن الـ12 عاما (وفق الجرعات التالية: من 0,5 إلى 2,5 ملغ/يوم) مع الحصول على نتائج متفاوتة.
(Canouï et al., 1993, 101)

أمّا علاج التأتأة **عصبية ووراثية** المنشأ فيكون حسب السبب الكامن وراء الاضطراب الدماغي العصبي، متبوعا بعلاج تربوي تدريبي على الكلام والنطق السليم.

سادساً: **الخرس (البكم)** Le mutisme

الخرس هو عدم القدرة كلية على النطق، ويمكننا تمييز عدة أنواع منه:

أ- **الخرس الناجم عن كف** Mutisme d'inhibition الذي يظهر لدى الفرد نتيجة القلق وتظاهراته المصاحبة، أو كعرض لتأخر لغوي.

ب- **الخرس الانتقائي** sélectif ويكون مصاحبا لوضعٍ ما أو حضور شخص معيّن، ويمثل عادة شكلا من أشكال المقاومة لرغبات وضغوط المحيط. من الممكن أن نجده لدى الطفل كما يمكن جدا ظهوره فيما بعد (المراهقة).

ج- **الخرس الاستجابي** ويكون إستجابة لصدمة عاطفية قوية.

د- **الخرس كعرض لاضطراب في الشخصية** كاضطراب الهستيريا التحويلية (فقدان الصوت الهستيري) مثلا.

هـ- **الخرس الثانوي** لجدول عيادي ذهاني (الفصام التخشبي مثلا)

بتصرف (Canouï et al., 1993, 101)

يعتمد التدخل العلاجي على نوع الخرس في حد ذاته، ونلاحظ ضرورة العلاج النفسي للفرد وعائلته، وكذا مشاركة الفرد في جماعة في إطار التكفل الذي يهدف إلى إزالة الكفّ.

اضطرابات اللغة المتعلقة بالتحصيل المدرسي

وهي اضطرابات مرتبطة بالمهارات التي تكتسب عبر التمدرس التربوي الأكاديمي، كالقراءة والكتابة والحساب، يعاني الأطفال المصابين بها أيضا من اضطرابات اللغة والكلام، ومن الممكن أيضا أن تصاحبها أعراض أخرى لاضطراب الوظائف اللحائية (القشرة المخية) *Dysfonctionnement cortical*.

يتم تشخيص هذه الاضطرابات على الأغلب خلال مرحلة التمدرس الابتدائي.

يستعمل في علاج هذه الاضطرابات تقنيات سلوكية متعلقة بطرق علاجية خاصة، تهدف عمليا إلى: تحقيق النجاح، تحفيز حبّ الذات، تسهيل التحكم في إحدى المهارات، تنمية التعلّم العام بخفض الجمود العاطفي وكذا بإيقاظ الرغبة في خوض تجارب جديدة.

سابعاً: اضطرابات التحصيل الحسابي (عسر الحساب Dyscalculie)

تعتبر القدرة على القيام بعمليات رياضية بسيطة مسألة مهمة وأساسية في ممارسة الفرد لحياته اليومية، فالحساب والجبر (الأجزاء- العشريات- النسب..) والمقاسات (المساحات والزمن والأوزان) وكذا التفكير المنطقي، تشكّل كلها القاعدة العامة في التحصيل.

أ- تعريف وأعراض عسر الحساب:

يعاني المصابون **بعسر الحساب** من صعوبات في تعلّم العدّ، القيام بحسابات رياضية بسيطة، التحكم في النظم الأصلية والترتيبية cardinaux et ordinaux ، تصوّر سلسلة أجسام والاستدلال الموقعي (يمين- يسار، فوق- تحت، شرق- غرب..) وكذا وضع العمليات. يعانون كذلك من صعوبات في إعادة رسم الأشكال الهندسية. من الممكن أن نجد لديهم كذلك صعوبات لغوية ونحوية.

يلاحظ عليهم صعوبة وبطء في الأداء، مع ارتكاب الكثير من الأخطاء.

ب- انتشار عسر الحساب:

من الممكن إيجاد **عسر الحساب** لدى 06% من أفراد المجتمع، وليس هنالك اغلبية حسب الجنس، وهو منتشر لدى الطبقات المتدنية اجتماعيا واقتصاديا على غرار اضطرابات التعلم الأخرى. (Canoui, 1993, 90)

ج- سببية المرض:

لم يتم تحديد العوامل السببية لهذا الاضطراب، كما ليس هنالك إثبات لعلاقة نصف المخ المسيطر، ولكن العجز العصبي-النفسي Déficits neuropsychologiques مُلاحظ بوضوح في توظيف واستخدام الأعداد، في التوجّه الفضائي والتفكير الرياضي. ما هو ثابت هو الارتباط الوثيق بين القدرات الحسابية ومعامل الذكاء Q.I وكذا المستوى الدراسي.

د- <u>التشخيص والتشخيص الفارقي</u>:

خلال سنوات التمدرس الأولى نلاحظ زيادة مطّردة في الصعوبات الحسابية، خلال ذلك قد نجد بعض الأطفال يتحصلون على نتائج رياضية حسنة بفضل ذاكرتهم ، ثم فشل في حساب المثلثات والهندسة لما يتطلبانه من قدرة عالية على التجريد والتوجّه الفضائي.

تجلب التعقيدات حالات **عسر الحساب** معها فقدان المصاب لتقديره لذاته، التغيّب عن الدراسة، التسرّب المدرسي واضطرابات سلوكية.

يكون تشخيص هذا الاضطراب (**عسر الحساب**) عقب إجراء:

1. فحص طبي (Psychiatrique) لاستبعاد اضطرابات السلوك او وجود تأخر عقلي أو اضطرابات أخرى متعلقة بالنمو.
2. فحص عصبي neurologique.
3. فحص معرفي/نفسي [حساب معامل الذكاء، اختبارات نفسية، اختبارات عصبية نفسية ومدرسية لتحديد المستوى، بالاضافة إلى القيام بتحقيق اجتماعي enquête sociale]

هـ- <u>العلاج</u>:

يكون علاج **عسر الحساب** بإعادة التربية الخاصة مع تقييم مبدئي ومتابعة بعدية، وهو بالأخص علاج أرطوفوني معرفي.

ثامناً: عسر الكتابة Dysgraphie

أ- تعريف عسر الكتابة:

نسمي **عسر الكتابة** Dysgraphie الاضطراب المستمرّ للكتابة: كتابة غير ناضجة، كتابة مشوّشة غير متقنة (maladroite)، مهتزّة، كتابة كبيرة أو صغيرة، مشطّبة وغير منتظمة. يمكننا ملاحظة سوء تموضع لليد مع الساعد أو تصلبات أو رعشة مصاحبة.

من الممكن أ يترافق **عسر الكتابة** مع سوء مسك للقلم. نجد غالبا المصابين به يتميزون باللامبالاة، الإهمال وحتى العدوانية.

ب- نسبة الانتشار:

لا توجد إحصائيات محددة ولكن حسب الجنس (le sex-ratio) نجد **عسر الكتابة** لدى 3 إلى 4 ذكور مقابل أنثى واحدة. (Canouï et al., 1993, 91)

ج- سببية المرض:

من الممكن أن يعود هذا العجز إلى مشكلات كامنة للوظيفة الكتابية la f. graphomotrice (مراقبة اليد وحركة القلم)، أو ضعف المقويات العضلية والعضلية-حسية (بصرية خاصة)، مشكلات في الإنتباه، مشكلات متعلقة بالذاكرة أو متعلقة بتشكيل وتنظيم التصورات، أو كذا متعلقة بالوظيفة التعبيرية للغة.

من الممكن كذلك أن يرتبط **عسر الكتابة** بخصائص عصبية-لحائية فردية neurocorticales individuelles كعدم النضج أو بعض العيوب العضوية..الخ.

ذ- **العلاج:**

من الضروري أن يستفيد المصاب من إعادة تربية نفسو-حركية مع نشاطات تحرير أو الألعاب التي تعتمد تقنية البناء. كما أن معالجة النصوص بالإعلام الآلي والتي أصبحت متوفرة حاليا وفي متناول الجميع قد تساهم في تحسين حال بعض المصابين.

والتدخّل النفسي لتقييم ومتابعة الحالات مسألة لازمة.

بتصرف (Thoulon-Page, 2009)

تاسعاً: اضطرابات تحصيل القراءة (عسر القراءة) Dyslexie

أ- تعريفه:

عسر القراءة هو اضطراب في سيرورة فك وفهم الكلمات المكتوبة (أو المطبوعة) لدى أفراد/أطفال عاديون في الغالب، ذوي قدرات عادية في الفهم والذكاء. هذا الاضطراب دائم ويعيق تعلم الفرد ويصعّب من ممارسته لحياته اليومية. يعرّف **عسر القراءة** بأنه صعوبة دائمة لتعلم القراءة (وتعلّم آلياتها) لدى أفراد لا يشكون من إعاقة فكرية أو عقلية أو حسية ولا من تغيّب مدرسي.

ب- نسبة الانتشار:

يقدّر انتشار اضطراب عسر القراءة بـ 03 إلى 10% من أفراد المجتمع العامّ، والتوزيع حسب الجنس هو 03-04 ذكور مقابل أنثى واحدة، والعدد يزداد مع تدنّي المستوى الاقتصادي-الاجتماعي للأفراد.(Canouï et al., 1993, 94)

ج- الوصف العيادي:

إنّ المظاهر الأساسية العيادية **لعسر القراءة** هي:

1. بطء في القراءة
2. قراءة مترددة، متعبة وشاقة (يعزف الفرد بالتالي عن القراءة)
3. الأخطاء المتعددة: تبديل الحروف، عدم التمييز بين الأصوات المتقاربة، تبديل كلمات كاملة، قلب حروف ومصوتات، تغيير مكان أو حذف حروف ومصوتات وحتى كلمات كاملة، إستحالة قراءة الأصوات المعقدة.
4. صعوبة إعادة تقسيم النص، قراءة متقطّعة وغير مفهومة.

ذ- <u>التقييـــم</u>: يتم تقييم الحالة من خلال اختبارات تقديرية لقياس:

- القراء الصامتة والقراءة المسموعة.
- السرعة (سرعة القراءة)
- الأخطـاء.
- الفهـم.
- نوع **الديسلكسيا** حسب سير (استراتيجية) القراءة.
- حدة **الديسلكسيا** بالنسبة للسن (خفيفة، متوسطة، حادة أو عجز كلي **Alexie**)
- الأخطاء اللغوية (النحوية) l'orthographe

كشفت الاختبارات اللغوية عن وجود اضطرابات شفوية لدى 50% من حالات **عسر القراءة**، فيما نجد أيضا لدى الكثير من الشاكين منه اضطرابات في الانتباه والتركيز.

تساهم الاختبارات القدرات العقلية في:

- التأكد من كون **معامل الذكاء العام** عادي.
- اكتشاف ما إذا كان هنالك إختلاف دالّ بين **معامل الذكاء الشفوي** و**معامل الذكاء الأدائي** Q.I de performance لاختبار **وكسلر**، نشير هنا إلى أن بعض الشاكين من **عسر القراءة** معامل الذكاء الشفوي لديهم أعلى من الأدائي.

من الممكن استخدام اختبارات أخرى لـ: الأداء الحركي، الأداء النفسوحركي، للجانبية، اختبارات الانتباه والتركيز.. وتشكّل كلّها ما يسمى بعملية **الفحص العصبي النفسي العام** للفرد المصاب بـ**عسر القراءة.**

في نهاية هذا الفحص نتوصّل إلى تحديد مايلي:

- التشخيص
- حدة الاعاقة بالنسبة للسن
- آليات القراءة المفضلة لدى المفحوص
- العوامل الموازية (المرافقة): كالانتباه، نوع التمدرس، اضطرابات السلوك المرافقة (وهي واردة ومتكررة لدى الأطفال)ن المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، الدعم النفسي-العاطفي من طرف الوسط، تفهم الاضطراب من قبل الوسط المدرسي.

هـ- <u>التشخيص الفارقي</u>:

نميز بين **الديسلكسيا (النمائية)** عن: التأخرات في تعلّم القراءة الناجمة عن التغيّب، الرفض (الهروب) المدرسي المطوّل، التأخر العقلي، اضطراب نفسي أو حسي، وأخيرا عن

الاضطراب اللغوي الثانوي المرتبط بوجود سبب أو مشكل عصبي (عضوي) في الغالب **ديسلكسيا مكتسبة** صدمية او ورمية المنشأ traumatique ou tumorale.

ي- التطور والتنبّـؤ:

1) المـآل الايجابي: Cas favorables

يكون في حالات **الديسلكسيا** الخفيفة والمكتشفة مبكرا أي بين 6 و7 سنوات، دون وجود اضطراب آخر كبير مرتبط بها، وذلك إذا ما تمّ علاجها بشكل جيد وفق إعادة تربية أرطوفونية متخصصة.

تعيق **الديسلكسيا** تمدرس العميل فتؤثر على حبّه للقراءة، كما قد تمرّ عليه فترات اكتئاب وانخفاض في تقدير الذات، لكنّ تكفلا جيدا وتفهما حسنا من قبل الأسرة والمدرسة تحمي من انقطاع تربوي ومدرسي.

2) من الممكن أن تظهر صعوبات ومشكلات كبرى إذا ما:

- كانت **الديسلكسيا** حادة ولم تكتشف مبكرا (خلال الطور الثانوي)
- عندما تصاحبها اضطرابات في السلوك أو وجود قلق أو اكتئاب بالاضافة إلى عدم تفهّم المحيطين بالحالة لطبيعة اضطرابها.
- خلال التعلم الصعب للغات أجنبية أو أثناء الاختيارات المهنية.
- إذا كان الجو الأسري غير متفهم وبالتالي غير مساعد.
- إذا لم تتم متابعة العلاج بشكل جيد.

في هذه الحالات يسوء التكيف المدرسي فيصل إلى درجة رفض المدرسة (من طرف المتمدرس طبعا)، إعادة السنة، الفصل، الانقطاع عن الدراسة، اضطراب في السلوك قد يصل إلى حد الجنوح.. والبطالة (أثناء الرشد) تصبح نتيجة واردة جدا.

ز- العـلاج:

- **طرق القراءة:**

إذا تقبلنا أن طرق القراءة ليست السبب في عسر القراءة، فإنه من الأكيد أن بعض طرق القراءة تزيد في حدة الاضطراب وبالتالي فإنه بمكان إقتراح طرق للقراءة "مكيفة" مع الحالة المتكفل بها، وخاصة إذا كان طفلا في بداية تعلمه للقراءة. (معظم عسيري القراءة يجدون صعوبات مع طرق القراءة الشاملة Globales)

- **<u>إعادة التربية الأرطوفونية</u>:**

ويتم من خلالها إعادة تعليم الطفل القراءة لوحدها، مع تحسين الإستراتيجيات المفضلة لديه. تتم وفق حصتين أو أكثر في الأسبوع، في وقت قصير (30 إلى 45 دقيقة) مع تكثيف العمل، وتدوم عموما عدة سنوات ويُستهدف خلالها كلا من القراءة والنحو. يتم تقييم النتائج بشكل منتظم باستخدام بعض الإختبارات (كل سنة على الأقل)

- **<u>الإرشاد العائلي والمدرسي</u>:**

إنّ تفهّم الوسط للطفل عسير القراءة معناه مساعدته على إكتساب المفاهيم البيداغوجية الأساسية مع التخفيف من وطأة الصعوبات النحوية والمصطلحية قدر الإمكان، يتم ذلك من خلال:

- قراءة نصوص طويلة له
- استعمال التسجيل الصوتي
- استخدام الوسائل السمعية البصرية
- التسامح مع الأخطاء النحوية في باقي المواد المدرّسة
- تشجيع المواهب الأخرى للطفل (الرسم، الموسيقى، الرياضة، الفن، الرياضيات...)
- تخفيف ساعات العمل ومساعدته على التركيز

نقوم بإرشاد العائلة وهيئة التدريس بغرض مراعاة هذه المعطيات.

- **<u>الأقسام الخاصة</u>:**

هذه الأقسام (أو الفصول) الخاصة موجودة فعلا في بعض الدول وتمكن من تكفل بالأفراد عسيري القراءة وذلك بإدخال إعادة التربية على برامجها المطبقة مع التسهيلات البيداغوجية والدعم النفسي وكذا تهييئة الخيارات التوجيهية والمهنية.

(Canouï et al., 1993), (Estienne, 1998), (Estienne, 2002), (Chaulet, 1998), (Thoulon-Page, 2009), (De La Monneraye, 1999) **بتصرف**

المراجـــــــع المعتمـــــدة

المراجــع باللغــة العربيـــــة:

1- الزراد، فيصل م.خ.، **اللغة و إضطرابات النطق و الكلام**، دار المريخ، الرياض، 1990.

2- الشخص، عبد العزيز السيد، **إضطرابات النطق و الكلام**، الصفحات الذهبية، الرياض، ط1، 1997.

3- بورو، ديدييه، **إضطرابات اللغة (ترجمة: أنطوان إ. هاشم)**، عويدات، بيروت، 2000.

4- شقير، زينب محمود، **إضطرابات اللغة و التواصل**، دار النهضة المصرية، القاهرة، ط2، 2001.

5- عبد القوي، سامي، **علم النفس الفيزيولوجي**، دار النهضة المصرية، القاهرة، ط2، 1995.

المراجــع باللغــة الفرنسيـــــة:

6- Ammann, Isabelle (1999), *De la voix en orthophonie*, Marseille, Solal.

7- Berger, Maurice (1996),*Les troubles du développement cognitif*, Paris, Dunod.

8- Canouï, Pierre et al. (1993) *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Maloine.

9- Chaulet, Eline (1998), *Manuel de pédagogie spécialisée*, Paris, Dunod.

10- Chomel-Gillaume, Sophie et al. (2010), *Les aphasies (evaluation et reeducation)*, Issy-les-Moulineaux, Masson.

11- Cloutier, Richard et al. (2005), *Psychologie de l'enfant*, Montréal, gaëten morin.

12- De la Monneraye, Yves (1999), *La parole rééducatrice*, Paris, Dunod.

13- Delbrouck, Michel (2008), *Psychopathologie*, Bruxelles, de boeck.

14- Dubois, Geneviève (1990), *Langage et communication*, Paris, Masson.

15- Estienne, Françoise (1998), *Méthode d'entraînement a la lecture et dyslexies*, Paris, Masson.

16- Estienne Françoise (2002), *La rééducation du langage de l'enfant*, Paris, Masson.

17- Gérard C. & Brun V. (s.d.) (2004), *Les dysphasies*, Paris, Masson.

18- Kremer, Jean Mark (2005), *Troubles du langage*, J. Lyon, Lyon.

19- Laval, Virginie (2007) *La psychologie du développement*, Paris, Armand Colin.

20- Mehl, Dominique (2003), *La Bonne Parole*, La Martiniére.

21- Papalia Diane E. & al. (2010), *Psychologie du développement de l'enfant*, Montréal, Chenelière Mc Graw-Hill, 7e éd.

22- Paulus, Jean (1972), *La fonction symbolique et le langage*, Bruxelles, Dessart & Mardaga, 2e éd.

23- Revault d'Allonnes, Claude et al. (1989), *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod.

24- Rondal, Jean A, (s.d.) et al. (1985), *Troubles du langage (diagnostic et rééducation)*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 2e éd.

25- Rondal, Jean A, (s.d.) et al. (2000), *Troubles du langage (Bases théoriques, diagnostic et rééducation)*, Bruxelles, Pierre Mardaga,.

26- Thoulon-Page, Chantal (2009), *La rééducation de l'écriture de l'enfant*, Masson, Issy-les-Moulineaux, 2e éd.

27- http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_10/a_10_cr/a_10_cr_lan/a_10_cr_lan.html (consulté le 04/04/2016)