

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة البليدة 2
University of Blida2
كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: العلوم الإجتماعية



الميدان: علوم إجتماعية

الشعبة:

التخصص: علوم إجتماعية

محاضرات في مدخل إلى الأرطوفونيا

الطور: الأول

السنة: أولى علوم إجتماعية

السداسي: الثاني

من إعداد الأستاذة: شريف غنية

الرتبة: أستاذة محاضرة (ب)

السنة الجامعية: 2022/2023

فهرس المحتويات

5	مقدمة
6	المحاضرة الأولى: ماهية الأرطوفونيا وأصولها التاريخية
6	01 تعريف الأرطوفونيا
7	02 تاريخ وأصول الأرطوفونيا
9	المحاضرة الثانية: تخصصات وميادين الأرطوفونيا
9	01 تخصصات الأرطوفونيا
9	02 ميادين ومجالات الأرطوفونيا
11	المحاضرة الثالثة: علاقة الأرطوفونيا بالعلوم الأخرى
11	01 علم النفس
11	02 البيداغوجيا
11	03 الطب
12	04 اللسانيات
12	05 علم الاجتماع
12	المحاضرة الرابعة: الميزانية الأرطوفونية
14	المحاضرة الخامسة: تكوين الأخصائي الأرطوفوني والفحص الأرطوفوني
14	01 تعريف الأخصائي الأرطوفوني
15	02 أدوار الأرطوفوني

16	03	طريقة إعداد المختص الأرتوفوني
16		المحاضرة السادسة: اضطرابات اللغة الشفهية
16	01	اضطراب النطق
24	02	تأخر الكلام
25		المحاضرة السابعة: اضطرابات اللغة الشفهية
25	03	تأخر اللغة
28	04	التأتأة
29		المحاضرة الثامنة: اضطرابات اللغة المكتوبة
29	01	عسر القراءة
31	02	عسر الكتابة
33		المحاضرة التاسعة: اضطرابات اللغة المكتوبة
33	03	عسر الحساب
35		المحاضرة العاشرة: اضطرابات اللغة المكتوبة
35	04	عسر الخط
38	05	عسر الإملاء
39		المحاضرة الحادية عشر: اضطرابات اللغة الناجمة عن الإعاقة السمعية
44		المحاضرة الثانية عشر: اضطرابات اللغة الناجمة عن الحبسة
62		المحاضرة الثالثة عشر: اضطرابات اللغة الناجمة عن الإنتاج الصوتي
63	01	اضطرابات الصوت الوظيفية

69	اضطرابات الصوت العضوية	02
74	المحاضرة الرابعة عشر: اضطرابات اللغة لدى المصابين بالأمراض النفسية والنفس حركية والعقلية	
74	التوحد	01
76	الإعاقة العقلية	02
81	المحاضرة الخامسة عشر: اضطرابات اللغة لدى المصابين بالأمراض النفسية والنفس حركية والعقلية	
81	الإعاقة الحركية العصبية IMC	01
83	عرض داون	02
86	المحاضرة السادسة عشر: وظائف وأماكن عمل المختص الأروطوفوني	
86	صفات المختص الأروطوفوني	01
88	وظائف المختص الأروطوفوني	02
90	أماكن عمل المختص الأروطوفوني	03
91	المحاضرة السابعة عشر: أدوات الفحص والكشف في الأروطوفونيا	
	قائمة المراجع	

مقدمة:

تعتبر اللغة أهم وسيلة للاتصال والتعبير بين البشر، لكن الإنسان على مختلف مراحل عمره معرض للإصابة على هذا المستوى نتيجة أسباب مرضية عضوية أو وظيفية أو نتيجة عوامل نفسية واجتماعية مما يؤثر على تواصله اللغوي وغير اللغوي بصفة جزئية أو كلية ، وهذا ما ينتج لدينا اضطرابات اللغة والتواصل والتي هي محل دراسة الأرطوفونيا.

فالأرطوفونيا هي ميدان حديث النشأة، حيث ظهرت بواده الأولى بفرنسا في بداية القرن التاسع عشر ، فمنذ ذلك الحين بدأ هذا العلم بالتطور والتوسع على مجالات مختلفة، وذلك نتيجة تقدم البحوث في العلوم الطبية وعلم النفس ،إضافة إلى تطور الدراسات اللسانية واللغوية التي لها علاقة مع الأرطوفونيا.

مما سبق فإن هذه المطبوعة موجهة لطلبة السنة أولى علوم إجتماعية، أين تدرس الأرطوفونيا في السداسي الثاني، وذلك من أجل التعريف بأهم اضطرابات اللغة والتواصل بصفة عامة ، من أجل تمكين الطالب من اختيار التخصص في السنة الثانية. فهذه المطبوعة تقدم للطلبة كافة المعلومات الواجب تحصيلها في الأرطوفونيا كمدخل فقط، وذلك بالتطرق إلى تعريف الأرطوفونيا، تاريخ وأصول الأرطوفونيا، ميادين الأرطوفونيا وتخصصاتها، بالإضافة إلى التعرف على الأماكن التي يمارس فيها المختص عمله.

المحاضرة الأولى: ماهية الأرطوفونيا وأصولها التاريخية.

1. تعريف الأرطوفونيا:

لغة: هي تعريب للكلمة الفرنسية (Orthophonie)، وتعني النطق السليم أو العادي. فهي كلمة من أصل يوناني تتكون من مقطعين (Ortho) و تعني تقويم و (phonie) وتعني صوت أي إعادة التربية للصوت.¹

أما اصطلاحا فالأرطوفونيا هي الدراسة العلمية للإتصال اللغوي وغير اللغوي في مختلف أشكاله العادية والمرضية، تهدف إلى التكفل بمشاكل الإتصال بصفة عامة وإلى التكفل باضطرابات اللغة والكلام بصفة خاصة عند كل من الطفل والراشد على السواء. كما تهتم كذلك بكيفية اكتساب اللغة والعوامل المتدخلة في ذلك، وتلعب دورا في التنبؤ والوقاية من الاضطرابات اللغوية.²

فهي الدراسة الإكلينيكية والعلاجية للاضطرابات النطقية اللفظية عند الطفل، المراهق والراشد، ويتم ذلك وفق عمليتين أساسيتين:

1. شرح الاضطراب: ويتم من خلال تحديد مفهوم الاضطراب الذي نتوصل إليه من خلال التشخيص الذي نحدده، ويكون ذلك بإجراء الاختبارات الأرطوفونية التي تتماشى ونوع الاضطراب. ثم نحدّد التنبؤ والذي من خلاله نحدّد مدة الكفالة. ويساعدنا في ذلك معرفة الأسباب التي أدت إلى حدوثه، ثم تصنيفه، وأخيرا شرحه للمفحوص حتى يكون على علم ودراية بنوع الإضطراب، فلا نبسّط ولا نعظّم له ذلك.

¹ بكيري نجيبة.(2019/2018). مطبوعة في محاضرات في مقياس مدخل إلى الأرطوفونيا. جامعة محمد الصديق بن يحيى "جيجل". الجزائر ، ص1.

² محمد حولة. (2007). الأرطوفونيا "علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت". دار هومة للنشر والتوزيع: الجزائر، ص13.

2. **نظرية العلاج:** فبعدما فهمنا الظاهرة المرضية التي نريد دراستها تأتي مرحلة ممارسة العلاج (إعادة التربية)، والتي تعتبر مرحلة جد مهمة، إذ تعتمد على مبدأ نظري وتقنيات علاجية.¹

تعرف في القاموس الطبي : بأنها النطق السليم للكلمات، والمختص الأرطوفوني هو القادر على إيجاد الأدوات العلاجية والوقائية الخاصة بإعادة تأهيل الاضطراب.²

يستعمل مصطلح الأرطوفونيا (Orthophonie) في كل من فرنسا وبلجيكا وبعض الدول الأوروبية ، وفي كل من الجزائر وتونس والمغرب. أما في سويسرا ودول أوربا الوسطى فنجد مصطلح لوغوبيد (Logopide) وهو الآخر مكون من جزئين (Logos) وتعني الكلام أو (Parole) و (Pidéa) وتعني تربية أو علاج. أما في الدول الأنجلوسكسونية ككندا والو م أ فنجد مصطلح Speesh therapy وفي دول المشرق العربي نجد مصطلح اضطرابات اللغة والتخاطب أو التواصل والأخصائي الذي يقوم بالتأهيل هو أخصائي اللغة والتخاطب.³

2. تاريخ وأصول الأرطوفونيا:

لقد بدأت الأرطوفونيا في الظهور والنمو في العالم في نفس الوقت الذي بدأت فيه أول الأبحاث الهامة الخاصة بميدان الطب وعلم النفس، ولقد عرفت نجاحا كبيرا منذ نهاية الحرب العالمية الثانية ، ويرجع مصطلح الأرطوفونيا إلى سنة 1829 عندما فتح الدكتور Colombat المعهد الأرطوفوني بباريس وكان يهدف إلى معالجة عيوب الكلام . وفي سنة 1926 طلب الدكتور Veau وهو جراح بمستشفى الأطفال المعاقين من الأستاذة سوزان بورال ميزروني S.Borel maisonny التكفل بالأطفال الذين تجرى لهم جراحة بخصوص الانقسام الحنكي أو شق الحلق، حيث كانت نتائج التكفل حسنة.

¹ ركزة سميرة.(2022/2021). دروس في محاضرات في مقياس مدخل إلى الأرطوفونيا. جامعة لونيبي علي "البلدية2".الجزائر .

² ركزة سميرة، جنان أمين .(2018).مدخل إلى الأرطوفونيا.دار جسور للنشر والتوزيع: الجزائر، ص6.

³ بكيري نجيبة.(2019/2018). مطبوعة في محاضرات في مقياس مدخل إلى الأرطوفونيا.جامعة محمد الصديق بن يحيى "جيجل".الجزائر، ص1.

وتعد بورال ميزوني (1900-1995) أول من أسس الأرطوفونيا الحديثة بفرنسا كانت تلميذة أبي روسلو Abbé Rosslot مؤسس الصوتيات التجريبية، حاصلة على ليسانس تعليم تخصصت في الصوتيات وعملت كرئيسة قسم الأرطوفونيا في مستشفى (سان فانسون دي بول)، كما عملت بالمستشفى الخاص بالأطفال المرضى في باريس من 1926-1961، كما كانت المكلفة الأولى بقسم الأرطوفونيا بمستشفى (هنري روسل) بباريس من 1946-1974.

لقد كان هناك تكوينان للأرطوفونيا في فرنسا أحدهما يشرف عليه Cland Chassagny والآخر S.Borel maisonny الأمر الذي دفع إلى تنظيم العمل الأرطوفوني وإعطائه طابع الشرعية. وذلك بمنح أول شهادة للكفاءة في الأرطوفونيا سنة 1955 والتي تسمح بمزاولة النشاط الأرطوفوني بعدها تأسس تنظيم العمال الأرطوفونيين والذي سمي فيما بعد الفدرالية الوطنية للأخصائيين الأرطوفونيين رئيستها Borel maisonny سنة 1959 لتتوج هذه الانجازات بصدور قانون 11 جويلية 1964 بموجبه يمكن تحضير دبلوم دولة للكفاءة في الأرطوفونيا لتصبح بذلك الأرطوفونيا مهنة شبه طبية.

الأرطوفونيا في الجزائر: بالنسبة لظهور هذا التخصص بالجزائر فالفضل يعود إلى أحد الأخصائيين الفرنسيين Jacqueline zwobada rosel واللساني الحاج صالح. فقد تأسست الأرطوفونيا في الجزائر منذ سنة 1973. فالأعمال التي قامت بها الدكتورة نصيرة زلال أعطت دفعا جديدا للأرطوفونيا في الجزائر. فمنذ سبعينات القرن الماضي وهي تدرس الأرطوفونيا بالجامعة الجزائرية بعد أن أنهت دراستها في الجامعة الفرنسية ومستشفياتها، حيث فتحت سنة 1987 دراسات مابعد التدرج ماجستير وتأسس الجمعية الوطنية للأرطوفونيا. كما عمدت إلى إبرام اتفاق بين جامعة الجزائر وجامعة تولوز سنة 1991 إنشاء ليسانس من خلال القرار الوزاري رقم 17/490-08 - 1999 حيث أصبحت الأرطوفونيا تدرس بعد 3 سنوات تخصص وسنة جذع مشترك في علم النفس وفق النظام القديم، أما وفق النظام الجديد فهي تدرس كمقياس سداسي لكافة طلبة سنة أولى علوم إجتماعية ويكون التخصص في السنة الثانية . وتدرس الأرطوفونيا في سطيف منذ سنة

2002 وفي البليدة منذ سنة 2006 وفي جامعتي تيزي وزو والأغواط منذ 2007 وفي عنابة منذ 2009.¹

المحاضرة الثانية: تخصصات وميادين الأرطوفونيا.

1. تخصصات الأرطوفونيا: توجد 4 تخصصات في الأرطوفونيا:

1.1. علم النفس العصبي: Neuropsychologie يتم فيه معرفة الجهاز العصبي ومختلف الإصابات التي تستهدفه وتأثيرها على لغة الشخص ،إصابة الفص الجبهي مثلا يؤثر على منطقة بروكا المسؤولة عن اللغة وإصابة الجهاز اللّمبي يؤثر على الذاكرة الضرورية لإدراك وفهم وإنتاج اللغة.

2.1. اضطرابات الكلام واللغة: Trouble de la parole et du langage ويعنى هنا بدراسة اضطرابات الكلام واللغة بنوعيه المنطوقة والمكتوبة.ومن أهم الاضطرابات التي تدرس في هذا التخصص عسر القراءة والكتابة ، تأخر الكلام وتأخر اللغة واضطرابات النطق.

3.1. الصمم: Surdité يهتم بدراسة حالات فقدان السمع الثقيل والخفيف، كما يعمل على تشخيص حالات اضطرابات السمع والتكفل بها مبكرا عن طريق الزرع القوقعي أو تعليم القراءة الشفوية (Lecture labiale) أو تعليم لغة الاشارات (Langue des singes)

4.1. فحص الأصوات: Phoniatrie يلم هذا التخصص بدراسة الصوت واضطراباته والتكفل بإعادة تربية المرضى الذين تعرضوا لإصابات وعلل في أصواتهم. ومن أهم الأمراض التي يلم بها أصحاب هذا التخصص مرض عسر الصوت (Dysphonie) وحالات فقدان الصوت (Aphonie)

2. ميادين ومجالات الأرطوفونيا: إنّ الحديث عن ميادين الأرطوفونيا هو الحديث عن الاضطرابات اللغوية التي تهتم بها، ويمكن أن نجملها فيمايلي:

¹ عباس سمير. (2016/2015). مطبوعة لمحاضرات مقياس مدخل إلى الأرطوفونيا. جامعة محمد البشير

الابراهيمى "برج بوعرييج. الجزائر ، ص3-5.

1. اضطرابات اللغة الشفهية : وتضم

- الاضطرابات النطقية بنوعها الوظيفية والعضوية.
- تأخر الكلام.
- تأخر اللغة بما يضمنه من تأخر بسيط وتأخر حاد (الديسفازيا)
- اضطرابات الكلام والمتمثلة في التأتأة.

2. اضطرابات اللغة المكتوبة: وتشمل على

- عسر القراءة.
- عسر الكتابة.
- عسر الحساب.

3. اضطرابات اللغة الناجمة عن الإعاقة السمعية الخلقية والمكتسبة بمختلف أنواعها:

- الإعاقة السمعية الإرسالية.
- الإعاقة السمعية الإدراكية.
- الإعاقة السمعية المختلطة.

4. اضطرابات اللغة الناجمة عن إصابات عصبية دماغية والتي تضم الحبسة سواء عند الطفل أو الراشد.

5. اضطرابات الإنتاج الصوتي لدى الطفل والراشد: كتجهر الصوت لدى الأطفال والبحة النفسية أو استئصال الحنجرة لدى الراشد.

6. اضطرابات اللغة لدى المصابين بالأمراض النفسية والنفس حركية والعقلية وتشمل:

- الإعاقة الحركية الدماغية.
- عرض داون.

المحاضرة الثالثة: علاقة الأرطوفونيا بالعلوم الأخرى.

1. علاقة الأرطوفونيا بالعلوم الأخرى:

1.1. علم النفس: في الجزائر الأرطوفونيا هي فرع من فروع علم النفس وتعتمد على الكثير من الأحيان على علم النفس ومعطياته سواء كان ذلك على مستوى التنظير (النظريات والأفكار) أو على مستوى التطبيق (أدوات البحث وطرق الكفالة والعلاج). يدرس علم النفس السلوك الإنساني في المواقف الحياتية المختلفة والدوافع الكامنة وراء هذا السلوك، وتعتبر اللغة أهم سلوك للكائن البشري فهي تميزه عن غيره من الكائنات الحية فتستعين الأرطوفونيا بعلم النفس من خلال مدارسه المختلفة (السلوكية، المعرفية..) من أجل شرح وفهم وتفسير الظاهرة اللغوية عامة ومن ثم علاجها في حالة إصابتها. كما يستفيد المختص الأرطوفوني من علم النفس في الكيفية التي يتعامل بها مع حالاته، فنحن نتعامل مع أفراد يعانون من اضطرابات لغوية وكل حالة تتفرد بذاتها عن الأخرى من حيث سمات الشخصية ومميزاتها وخصائصها التي تجعل كل حالة مختلفة عن الأخرى.

2.1. البيداغوجيا: للأرطوفونيا دور كبير في المجال البيداغوجي خاصة عند الأطفال الذين يعانون من ضعف اكتساب وتعلم اللغة المنطوقة والمكتوبة، حيث يقوم الأرطوفوني بتشخيص حالات عسر الكتابة والقراءة وتقديم إستراتيجية للتكفل بهؤلاء التلاميذ ومساعدتهم على الاكتساب والتعلم.

3.1. الطب: يكاد يتدخل في كل الاضطرابات حيث نجد الأرطوفونيا في بعض الدول فرع شبه طبي، لذا فعلى الأرطوفوني أن يتعرف على جميع الأعضاء التي تسبب الاضطراب اللغوي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. فمثلا الحبسة علينا أن نلم بمناطق الدماغ وكذلك في الصمم لابد على الأرطوفوني أن يتعرف على أجزاء الأذن ودور كل منها وكذلك الاضطرابات الصوتية لابد أن

¹ محمد حولة. (2007). الأرطوفونيا "علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت". دار هومة للنشر والتوزيع: الجزائر

نتعرف على الحنجرة، أما فيما يخص اضطرابات النطق فمعرفة وضعيات اللسان الصحيحة عند نطق الحروف شيء لابد منه.

4.1. اللسانيات: على اعتبار أن الأرطوفونيا تهتم بالاضطرابات الخاصة بالاتصال واللغة الذي هو موضوع اللسانيات، بالإضافة إلى اهتمامها بعلم الأصوات الوظيفي والأصوات العامة (دراسة الأصوات البشرية من حيث تقطيع الحروف وتركيبها) فهي علم ضروري يعتمد عليه الأرطوفوني في إعادة تربية الاضطرابات حيث عندما يلاحظ اضطرابا لغويا عند مريض ما يسعى إلى تحليله ثم يبدأ في استنساخه حيث يسجله حسب ما سمعه وما نطق به المريض. ومن خلال الثغرات الموجودة في تلك المدونات يستطيع الأرطوفوني أن يسطر نوع إعادة التربية. ومن أهم تخصصات اللسانيات التي لها علاقة وثيقة بالأرطوفونيا نجد الصوتيات والفنولوجيا حيث لهما نفس موضوع الدراسة وهو الأصوات ولكن يختلفان في أسلوب تناول ومقاربة هذه الأصوات، فالصوتيات عامة تهتم بالأصوات من الناحية الفيزيائية دون الاهتمام بوظيفتها، أما الفنولوجيا فهي تهتم بوظيفة أو ميكانيزمات الأصوات في لغة واحدة أو عدة لغات.¹

5.1. علم الاجتماع: يتأثر النمو اللغوي بالتفاعلات الاجتماعية لبيئة معينة مثلها مثل كل المكتسبات الأخرى للإنسان ، فالبيئة الاجتماعية من ثقافة وتقاليد تنبها إلى التصنيف الجيد لحالة الاضطراب و السواء للغة فمثلا ما يعتبر اضطراب النطق للفونيم " ق " في بعض البيئات في بيئات أخرى يصعب تشخيصه نظرا لإلغاء نطقه في الوتيرة الدارجة للمنطقة.²

المحاضرة الرابعة : الميزانية الأرطوفونية:

اللقاء الأول مع المختص الأرطوفوني يكون دائما بما يعرف بالميزانية الأرطوفونية ، وهذا بعدما يتقدم الشخص للاستشارة . والعناصر المختلفة التي تهدف إليها الميزانية هي:

¹ عباس سمير. (2016/2015). مطبوعة لمحاضرات مقياس مدخل إلى الأرطوفونيا. جامعة محمد البشير

الابراهيمي "برج بوعرييج. الجزائر، ص7-8.

² أنوري عينان. (2020/2019). مطبوعة مدخل إلى الأرطوفونيا. جامعة ألكلي محند الحاج -البويرة-، الجزائر.

- **الوقاية:** وهي نصائح تربوية تقدم إلى المؤسسة التي يدرس فيها الطفل، والتدخل المبكر من أجل التكفل بالاضطراب بالاعتماد على الإرشاد الوالدي.
- **طلب اختبارات ثانوية من أجل الكفالة:** وتتمثل في الفحص عند طبيب الأنف والأذن والحنجرة من أجل تقييم حاسة السمع أو فحص عصبي أو الفحص عند المختص العيادي.
- **حوار مع المفحوص وعائلته من أجل حصر المشكل المطروح:** الذي يسمح من خلال المعطيات الطبية، والتي يقدمها الطبيب المعالج، والتي تحتوي على كل المعطيات الطبية والتطورية للمفحوص، والتي تسمح لنا بفهم الاضطراب اللغوي الذي أدى إلى الإصابة. وهذا الحوار يسمح لنا :
 - بفهم المحيط الأسري وكذا تطور ونمو اللغة، واضطرابات الشخصية.
 - ملاحظة سلوك المفحوص.
- **فحص عيادي أرتوفوني مفصل** يشمل فحص الصوت والكلام، وتحليل اللغة إلى مكوناتها النطقية والفهم، فحص سمعي بصري، تحليل اللغة الكتابية (القراءة، الحساب)
- **مكونات الزمان والمكان.**
- **تقييم قدرات المفحوص في كل الميادين صوت ، نطق، كلام و لغة شفوية وكتابية.**
- الميزانية الأرتوفونية تسمح بإعطاء :**
 - اقتراحات لاختبارات إضافية وخصوصا الطبية.
 - اقتراحات للتدخل الأرتوفوني من أجل الكفالة بعد التشخيص.
 - حالة الوقاية ، وذلك من أجل ظهور اضطرابات أخرى.
 - حالة التنبؤ التي تسمح بوضع هذه الكفالة.

الميزانية وسيلة للإعلام والوقاية:

الميزانية تتعدى الإطار الخاص بالاضطراب والتشخيص، ففي الحقيقة الميزانية لا تبحث عن تأخر أو اضطراب في التواصل، فهي وسيلة مهمة تسمح بالوقاية من اضطرابات أخرى معقدة. كما تسمح باندماج اجتماعي وسلوك ثقافي وعائلي.

وفيما يخص الإعلام فهي تضع المفحوص في صورة صحيحة من خلال اضطرابه، وكذا المعاملة الأسرية والمدرسية وغيرها مع هذا النوع من الاضطراب.

تعتبر الميزانية وسيلة عيادية مخصصة للأرطوفونيين وهي تحتوي على 05 أبعاد:

1. وسيلة للتشخيص.

2. وسيلة للتنبؤ.

3. وسيلة للوقاية والكشف.

4. وسيلة للتكفل الأرطوفونية.

5. وسيلة للإعلام.¹

المحاضرة الخامسة: تكوين الأخصائي الأرطوفوني والفحص الأرطوفوني.

1. تعريف الأخصائي الأرطوفوني: هو الشخص الذي يتحصل على شهادة ليسانس فما فوق في تخصص الأرطوفونيا، يهتم بدراسة السلوك اللغوي لدى الطفل مرتكزا على الملاحظة والتحليل العميق، للحالات الفردية، عادية أو مرضية.

_ المختص الأرطوفوني يعمل على تقويم السلوك اللغوي وعلاج الاضطرابات التي تصاحب الضعف في ملكة اللغة من خلال تطبيق معارف ذات أبعاد عديدة من التشريح للجهاز العصبي والجهاز الصوتي والوظيفة اللسانية.

¹ ركزة سميرة، جنان أمين. (2018). مدخل إلى الأرطوفونيا. دار جسر للنشر والتوزيع: الجزائر، ص 32-35.

– يستخدم لتحقيق ذلك التقنيات والطرق والإجراءات المناسبة من تطبيق الاختبارات والمقاييس والميزانية الأرتوفونية لجمع المعلومات من الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب ، الأخصائي الاجتماعي ، الأخصائي النفسي كل في حدود إعداداته وإمكانياته وتدريبه.

2. أدوار الأرتوفوني : حيث يقوم بجمع المعلومات من خلال الملاحظة المباشرة.

– **الكشف :** وبذلك يقيد ظاهرة السلوك اللغوي ومختلف السلوكيات التي تتبع من الطفل ويمكن أن تكون لها دور في اكتساباته ، والهدف هو حصر المشكلة . ونظرا للكم الهائل من المعلومات التي يمكن أن يجمعها ويجب أن يتعامل معها لدقة ليستفيد منها فعلى الأرتوفوني أن يتحل بالصفات التالية :

– **منتبه:** وهي اليقظة الدائمة أمام المعلومات ومصادرها، حيث ينتبه إلى مجموعة من المثيرات الأساسية التي تساعد في جمع المعلومات.

– **ذكي :** في طريقة تحديد المعلومات ذات الصلة بالظاهرة التي هو في صدد التعامل معها .ويجب أن لا يختصر ملاحظته لجوانب القصور لدى العميل، وإنما يجب أن يلاحظ الجوانب الايجابية لديه من مهارات والتي تساعد في التواصل من أجل تنميته.

– **دور المرشد:** أي الوقاية والإرشاد والتوجيه لطريقة تفرد الذي لديه ضرر لغوي يمنعه عن التواصل في المجتمع، وذلك بهدف تعزيز الصحة العامة.

– **دور الفاحص:** يتضمن التشخيص الأرتوفوني الذي يعتمد على الميزانية الأرتوفونية لتقييم القدرات التواصلية للمفحوص ، من الفهم والإنتاج وفحص المستويات الصوتية والنطقية ، استخدام النحو والدلالة .

– كما يمتد التقييم إلى مستوى النمو المعرفي لمختلف القدرات لدى العميل، و النمو الحسي الحركي، وتطو علاقاته الاجتماعية مع المحيط العائلي خاصة.

– الإحاطة العامة بالتشخيص والتمييز بين المفحوص والحالة الطبيعية وتحديد الاختلال ، وبالتالي في النهاية وضع برنامج علاجي تأهيلي لتقويم الخلل .

- يقوم المختص الأروطوني بتوجيه العميل إلى فحوصات مكملية (سمعية، عصبية، نفسية).

- **دور المؤهل:** التأهيل هو مساعدة المفحوص على تعلم كيفية الحفاظ على مهاراته وتنميتها من أجل تقويم الخلل في التواصل وخلق مساحة التعايش مهما كانت نسبة التحسن ، وهو ما يسمى التعلم العلاجي، ولا بد أن يكون العميل طرفا فعالا في العملية التأهيلية ، من خلال تعزيز مراقبة اضطرابه .

3. طريقة إعداد المختص الأروطوني :

أ. **نيل الشهادة المؤهلة في التخصص:** والتي تكون شهادة الليسانس فما فوق.

ب. **التدريب:** من خلال التكوين في طريقة تطبيق الاختبارات، والقيام بالتشخيص والتأهيل على أيدي الأكثر خبرة وأعلى رتبة.

ج. **التزود بالمعلومات:** وذلك من خلال التتبع المستمر لجديد الاختبارات والتقييم في التشخيص والتقويم والاستمرار في البحث والمطالعة على المعلومات المتجددة.

د. **الإشراف :** على الطلبة الذين في طريق الإعداد وذلك يسمح بالاطلاع على التقنيات الجديدة في التأهيل .¹

المحاضرة السادسة: اضطرابات اللغة الشفهية.

1. اضطرابات النطق:

1.1. تعريف اضطراب النطق: هو عدم قدرة الطفل على ممارسة الكلام بصورة عادية تتناسب مع عمره الزمني، وقد يتمثل ذلك في صعوبة نطق الأصوات أو عدم استخدام الكلام بصورة فاعلة في عملية التواصل مع الآخرين. وفي ضوء ذلك يمكن تعريف اضطراب النطق بأنه يختلف عن النطق العادي بمختلف خصائصه (من حيث المخرج والصفة). بحيث تجعل الطفل غير قادر على توصيل الرسائل الشفهية للآخرين، بحيث يحدث لها تشويه يجعلها غير مفهومة، ويصل ذلك إلى

¹ أنوري عيوان. (2020/2019). مطبوعة مدخل إلى الأروطونيا. جامعة ألكلي محند الحاج -البويرة-، الجزائر.

درجة تعيق عملية التواصل فيترتب عن ذلك آثار نفسية واجتماعية. والصعوبة التي يجدها المصاب تكون على مستوى الأصوات المعزولة (اضطراب ثابت).

حسب سوزان بورال ميزوني (S.BorelMaisonny) اضطرابات النطق تحتوي على أخطاء ميكانيكية ثابتة ومنتظمة في الفونيمات ومعرفة وهذه الغلطات ليست بسبب عدم القدرة العصبية ولا سوء في التكوين (تشوه عضوي) ولا عجز أو قصور حسي، ولكن الخطأ في النطق هو أخطاء في الحركة الملائمة للأعضاء الفمية الصوتية ، وتمس الصوامت والصوائت.

ونقول أنه يوجد اضطراب ميكانيكي إذا كان هناك سوء في ترتيب اللغة في الفم مثل: اللشلشة.¹

2.1. مظاهر الاضطرابات النطقية: عندما تظهر الأخطاء فإن إنتاج الفونيم يكون غير دقيق، وهذا قد يأخذ المظاهر التالية :

1. الإبدال: (substitution)

وهو إبدال صوت لغوي بآخر وخاصة في المراحل الأولى، حيث ينطقون الحرف الذي يستطيعون نطقه بدلا من الحروف المطلوبة، وأكثر الحروف التي يجري الإبدال فيها هي: (س، ص، ز، ل، ر، ذ، ظ، ف، د). مثال: نطق: دبنة بدلا من جبنة/ لحظة بدلا من رحلة.

يعني أن الصوت يحل محل الآخر. مثال: // chotolat بدلا أن ينطق /chokolat/²

2. الحذف: (omission)

تبدو مشكلة حذف الأصوات اللغوية لدى الأطفال في مراحل العمر المبكرة، حيث يحذف الطفل صوتا من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، وينطق جزء من الكلمة فقط، وأحيانا يكون الحذف لأصوات متعددة مما يؤدي إلى أن يصبح الكلام غير مفهوما حتى بالنسبة للأشخاص المحيطين بالطفل والذين يألون الإستماع إليه.³

¹ Anne Romagny, Domminique.(2008). Rèpèrer et acconpagner les troubles du langage , chronique sociale , Lyon , 2^{ème} édition,P45.

² Marc Kremer Jean. (sans année). conseils de l'orthophoniste , trouble du langage, Editions josette lyon , Paris ,P10.

³ سهير محمود أمين عبد الله.(2005). اضطرابات النطق و الكلام، التشخيص والعلاج، عالم الكتب للنشر و التوزيع، القاهرة، الطبعة الأولى،ص78.

مثال: ينطق باك بدلا من شباك. / فاحة بدلا من تفاحة.

ويتصف الأطفال الذين يعانون من الحذف بما يلي:

أ- أن كلامهم يتصف بعدم النضج أو الكلام الطفلي، وتشير الدراسات إلى أن الحذف من اضطرابات النطق الحادة سواء بالنسبة لفهم الكلام أو التشخيص، وكلما زاد الحذف في كلام الطفل صعب فهمه.

ب- غالبا ما يقل الحذف في كلام الطفل مع تقدمه في العمر، ومع ذلك فقد يظهر لدى الكبار ممن يعانون من التوتر الشديد، أو أولئك الذين يتحدثون بسرعة كبيرة.

ج- غالبا ما يميل الأطفال إلى حذف بعض الأصوات أو الحروف بمعدل اكبر من الحروف الأخرى فضلا عن الحذف يحدث في مواضع معينة من الكلمات فقد يحذف الأطفال أصوات (ج، ش، ف)، إذا جاءت في أول الكلمة أو في آخرها، بينما ينطقها إذا أتت في وسط الكلمة.¹

وفي الأخير يمكن القول أنه بسبب عملية الحذف هذه يكون هناك صعوبة في فهم الكلام، مما يؤدي إلى إرباكه وعدم القدرة على التعبير عما يجول في رأسه من أفكار، وعدم القدرة على إيصال هاته الأفكار إلى الآخرين.²

3. التحريف أو التشويه (Distortion)

يكون التحريف عندما يصدر الطفل الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يكون قريبا من الصوت السليم أو الصحيح، بمعنى أنه عبارة عن تحريف نطق الحروف أو نطقها بطريقة خاطئة، لكن لا يصل التحريف إلى مستوى الخلط، أي أنه لا يزال يسمع على أنه الحرف نفسه، ويحدث هذا السبب ازدواجية اللغة لدى الصغار أو بسبب طغيان لهجة على لهجة أخرى أو وجود شذوذ خلقي في الأسنان والشفاه.

¹ احمد الظاهر قحطان.(2005). مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، ص335.

² سهير محمود أمين عبد الله.(2005). اضطرابات النطق و الكلام، التشخيص والعلاج، عالم الكتب للنشر و التوزيع، القاهرة، الطبعة الأولى، ص78.

ويتميز التحريف في النطق بالثبات والتكرار، كما يكون منتشرًا بين الأطفال الأكبر سنًا وبين الراشدين أكثر مما ينتشر بين الأطفال الصغار، وأكثر الحروف تأثرًا بهذه العيوب هي الحروف الساكنة والمتأخرة الإكتساب وقد يتأخر هؤلاء الأطفال عن إكتساب القراءة والكتابة مما يؤدي بهم إلى العزلة وبعض الإضطرابات السلوكية.¹

4. الإبدال : (Addition)

وهو إضافة صوت إلى الكلمة مثل كلمة خبزات بدلا من خبز، ولا بد من الإشارة إلى أن هذه الإضطرابات قد تكون طبيعية قبل مرحلة المدرسية لأنها تزول بمرور الوقت، ولكن بعد دخول الطفل إلى المدرسة وبقاء هذه الإضطرابات فلا بد عرضه على المختصين لمعرفة السبب أو الأسباب التي أدت إلى ذلك ومحاولة علاجها.²

3.1. أنواع الاضطرابات النطقية: الإضطرابات النطقية نوعين فقد يكون الإضطراب ذو أصل وظيفي أو عضوي.

أولا: الإضطرابات النطقية الوظيفية:

1. تعريف الإضطرابات النطقية الوظيفية: وهي اضطرابات على مستوى تحقيق وتنفيذ الأصوات وليس على مستوى الوعي بهذه الأصوات (الصوامت والصوائت)، إذ تظهر عند الحالات باختلاف المراحل العمرية، بعد سن 5-6 سنوات، وقبل بلوغ هذا السن تظهر اضطرابات نطقية عند الطفل، ولكنها فيزيولوجية وقابلة للتصحيح التلقائي من طرف الأطفال، ولكن إذا استمرت هذه الإضطرابات عند الطفل إلى ما بعد 6 سنوات فإنها تتحول إلى فيزيولوجية إلى مرضية مما يستدعي تدخلا أُرطوفونيا.

2. أنواع الإضطرابات النطقية الوظيفية :حيث نجد:

1. اللثغ : (Le sigmatisme)

يظهر هذا الإضطراب على مستوى الأصوات الصفيرية، حيث تتمركز الإصابة على مستوى مخارج الحروف وينقسم اللثغ إلى الأنواع التالية:

¹ نفس المرجع السابق، ص80.

² أحمد الظاهر قحطان.(2005). مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، ص356.

أ- اللثغ ما بين الثنايا: (Le sigmatisme Interdental)

حيث أنه عوض أن تكون الوضعية سليمة للحنك Position apicale فإن اللسان يتموضع بين الثنايا.

ب- اللثغ الأسنان: (Lesigmatisme Dental)

حيث يكون هناك حبس تام وكلي للصغريات.

ج- اللثغ الغني (Le sigmatisme Nasal)

حيث أن الجزء العلوي من اللسان يتموضع وسط اللسان على الحنك، مما يؤدي إلى غلق المجرى الفمي، حيث يكون شراع الحنك في وضعية لا تسمح للهواء بالمرور إلا عبر الأنف.

د- اللثغ اللهوي (Le sigmatisme Glottal)

وهو نادر الحدوث، حيث يتم تعويض الأصوات الصغيرية بالأصوات اللهوية، ويستعمل اللثغ اللهوي كآلة تعويضية نطقية عند الحالات المصابة بالشقوق الحنكية وعند المعاقين سمعياً.

2. الخمخة : (La Rhinolalie)

أ- الخمخة المفتوحة : (La Rhinolalie ouvertes)

حيث تكون الأصوات غنية صادرة من الأنف، لأن شراع الحنك في هذه الحالة لا يلتقي مع الجزء العلوي من البلعوم الأنفي لإغلاق المجرى الأنفي عند النطق بالحروف الفموية مثل : [n
əF n ē F]

ب- الخمخة المغلقة : (La Rhinolalie Fermée)

في هذه الحالة فإن الهواء لا يمر عبر الأنف، حيث يبقى شراع الحنك في اتصال دائم مع البلعوم، فتكون كل الأصوات شفوية، وتعوض الحروف الأنفية بالحروف التالية: m > | > > t

¹ b n

¹ Zellal . N.(1984). Introduction à la phonétique arabe , O.P.U, Alger , ,P60-62.

ثانيا:الإضطرابات النطقية العضوية

1.تعريف الإضطرابات النطقية العضوية:

والتي تكون ناتجة عن إصابة عضوية كالإعاقة السمعية والإصابات العصبية والشقوق الحنكية، في هذه الحالة لا يستطيع المصاب التوصل إلى الحركة الصحيحة عند إنتاج الأصوات بسبب الإصابة، ففي السن الذي يتحكم فيه الطفل في الميكانيزمات النطقية للأصوات تظهر أخطاء نطقية، وفي هذه الحالة نجد عند الطفل أصوات غير مكتسبة بسبب الإصابة خاصة في حالة الشقوق الشفوية الحنكية.

2.أنواع الإضطرابات النطقية العضوية:

تنقسم هذه الإضطرابات إلى ثلاثة أقسام، وذلك حسب مكان الإصابة وهي:

1.إصابة المسالك الإدراكية : Atteinte des voies perceptives du langage

تسبب الإصابة السمعية مهما كان نوعها سواء خلقية أم مكتسبة اضطرابات نطقية، بسبب عجز في إدراك التراكيب الصوتية.

2.إصابة الجهاز العصبي المركزي : Lésions du système Nerveux central

تصاحب الإصابة العصبية وذلك حسب مكان الإصابة وتوسعها اضطرابات نطقية.

- إصابة البني القشرية (Structures corticales) وتحت قشرية ((Sous – corticales)

تؤدي إلى اضطرابات حبسية ((troubles aphasiques))

- إصابة المسالك الفعالة (Voies effectives) تكون مصاحبة لإصابة الجهاز العصبي المركزي.

- إصابة أعضاء النطق (Lésions des organes de la phonation)

وهي إصابة نجدها على مستوى تشريح أعضاء النطق، وتتنوع الإصابات بتنوع الأعضاء حيث نجد

: تشوه الشفاه Anomalies des lèvres

- تشوه اللسان : Anomalies de la langue

- تشوه الأسنان: Anomalies dentaire

- تشوه شراع الحنك: ¹ Anomalies du voile de palais

- الشقوق الشفوية والحنكية Les fentes labiales et palatines

• **تعريف الشقة الشفوية:** هي تشوه خلقي يتمثل في شق على مستوى الشفاه العليا، و قد يمتد إلى المجرى الأنفي، و هذا راجع لعدم التحام البراعم الوجهية الأولية في المرحلة الجنينية، و قد تكون الإصابة أحادية أو ثنائية فقط، كما قد تكون مصحوبة بشق الحنكي.

• **تعريف الشقة الحنكية:** و هي تشوه خلقي يتمثل في غياب جزئي أو كلي لشراع الحنك، هذا التشوه عادة ما يكون مصحوبا بالشقة الشفوية أحادية كانت أم ثنائية.

• **التكوين الجنيني للشقة الشفوية و الحنكية :** يحدث في اليوم الثلاثين من الحياة الجنينية عملية انفصال للخلايا العصبية الشوكية لتجتمع في الرواق الدماغي الشوكي، كما أنه في الفترة الممتدة من 35 إلى 40 يوم من المرحلة الجنينية تحدث عملية تكون و تجمع للبراعم الوجهية و الشقوق الشفوية و الحنكية تكون ناتجة عن عدم تجمع البراعم الوجهية ، حيث يحدث في هذه الحالة موت للخلايا المسؤولة عن التآم الأنسجة.

• **أسباب الشقوق الشفوية و الحنكية :** إن أسباب هذا الاضطراب غير معروفة، و يبقى للعامل الجيني الوراثي دور في ذلك فحوالي 20% من الحالات لها سوابق عائلية.

العوامل البيئية: تتمثل في أمراض التي تتعرض لها الأم الحامل: الحصبة الألمانية ، مرض السكري، التوكسوبلازموز و التي تشكل خطر على الجنين

بعض العوامل التسممية و الصيدلانية: حيث قام بعض المختصين في الطب و الصيدلة لمعرفة مفعول بعض الأدوية المخدرة على المضغة و الجنين، حيث أعطيت أدوية للمرأة الحامل و لاحظوا المفعول السام لهذه الأدوية مثل:

- Aminopétrine تشوه على مستوى الفك.

¹ Pialoux P, valt M, freyss, legent F.(1975).Précis d'orthophonie , Ed , Masson , Paris,P 222-225.

- métotrexate تشوه على مستوى الأذنين، شقوق حنكية.

- diphenylhadantion شقوق حنكية.

• الأعراض المصاحبة :

1. إضطرابات التغذية:

أ - المص succion : يكون الإضطراب على مستوى هذه الوظيفة بسبب الفراغ الفمي الناتج عن الإصابة بالشقوق بمختلف أنواعها مما يؤدي إلى تسرب الأغذية خاصة السائلة إلى المجرى الأنفي.

ب - البلع déglutition: إن الإصابة بالشقوق خاصة الحنكية تحدث فتحة فمية على مستوى الحنك، مما يعرقل حركة آلية اللسان وهذا ما يعرقل عملية البلع، بينما الحركات البلعية تكون ممكنة.

ج - المضغ mastication: تكون صعبة بالنسبة لهذه الحالات

2. إضطرابات السمع: 70 % من الحالات لديها مشكل السمع بسبب سوء تهوية الأذن الوسطى (قناة أوستاكيوس)

3. إضطرابات نطقية: حيث نلاحظ لديهم الغنة و تشوهات في النطق.

• تصنيفات الشقوق الشفوية الحنكية : من أهم التصنيفات التصنيف الذي قام به v.darsonval:

1. الشقوق الشفوية و المنخارية : تتعلق بشق على مستوى الثنية الجانبية (و هذا ما يفسر الحالات غير عادية للأسنان عند الأطفال المصابين بهذا النوع) و قد تتعلق بتشقق عضلي بسيط مع شق كلي عضلي للحويصلة على مستوى المنخارين.

2. شق شرع الحنك: حيث يكون شكل شرع الحنك صغيرا و اللهاة منشطرة كما يظهر على شكل فتحة على مستوى القناة الحنكية الداخلية.

3. الشقوق الشفوية المنخارية و الشراعية الحنكية : حيث تظهر على شكل إصابات ديناميكية خطيرة على مستوى الشفتان و أرضية المناخير، الحنك العظمي و الشراع كل هذه الأعضاء تصاب بالتشوه ويمكن أن يكون أحادي أو ثنائي الجانب.

2. تأخر الكلام:

1.2. تعريف تأخر الكلام: هو اضطراب ينجم عن عدم تمكن الطفل من النطق بالكلمات بصفة جيدة خاصة المركبة منها، فالطفل لا يمتلك القدرة على النطق بها بصفة جيدة، إضافة لعدم تمكنه من تنظيم الأصوات والمقاطع داخل الكلمة أو اكتسابه لذلك بصفة متأخرة.

يرتبط هذا الاضطراب كثيرا بتأخر اللغة، فالطفل المتأخر في ال كلام يجد صعوبة في النطق ببعض المقاطع الصوتية (الحروف) داخل الكلمة ، بالرغم من أنه يتمكن من ذلك وهي منعزلة. كما يجد صعوبة في التتابع الزمني لهذه الأصوات داخل الكلمة الواحدة. فبهذا الشكل تأخر الكلام اضطراب لا يخص المستوى الصوتي للغة، بل هو متعلق بمستوى التنظيم الفنولوجي للكلمة.

2.2. مميزات لغة الطفل المتأخر في الكلام:

- يختصر الطفل المتأخر في الكلام الكلمات ، وذلك بحذف حرف أو حرفين منها وخاصة الحروف المجهورة أو الحروف التي يصعب عليه نطقها داخل الكلمة الواحدة.

- يقوم بتبديل، قلب أو إدغام الحروف ليسهل عليه عملية نطقها مثل كلمة كلب تنطق ثلب / ماکلة تصبح مائلة.

- يخلط بين الحروف المتقاربة في المخرج مثلا / س، ش/.

وبصفة عامة فإن كلام الطفل المتأخر في الكلام يشبه كثيرا كلام الطفل في المراحل الأولى لاكتساب اللغة، حيث نجد تبسيط وتصغير في الكلام.¹

¹ محمد حولة. (2007). الأرطوفونيا "علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت" . دار هومة للنشر والتوزيع:

3. التأخر اللغوي:

1.3. تعريف تأخر اللغة: هو افتقار شديد في اللغة بحيث في عمر معين نجد أن الطفل ليس لديه مفردات كثيرة للتعبير فيلجأ إلى الإشارات كي يحاول توصيل ما يريده للآخرين وإذا اخترنا جميع المكتسبات الأولية للطفل نجدها مضطربة أو غير مكتسبة تماما، والمتمثلة في:

- الجانبية: هيمنة وسيطرة جانب معين من الجسم (يميني أو يساري).

- الصورة الجسمية: وهي الصورة الأولية التي يشكلها الطفل ويحس بها في جسمه.

التوجه الزماني والمكاني: هو أن يكون الجسم يدرك المحسوسات ، بحيث لا يمكن أن يكون جسمه في مكان وزمان واحد.

فنجذ الطفل الذي يعاني من تأخر لغوي له تبعية للوسط الذي يعيش فيه، وبالأخص الأم. وعند إجراء الفحوصات الطبية نجد أنه لا يعاني من أي خلل عضوي معين، فهو اضطراب لغوي وظيفي وله عدة درجات بسيط، متوسط أو عميق ، حيث أن إعادة التربية تكون طويلة المدة ومبكرة، ويمكن أن يظهر التأخر اللغوي في سن 3 سنوات والنصف.¹

2.3. أنواع تأخر اللغة: التأخر اللغوي نوعان تأخر لغوي بسيط وتأخر لغوي حاد أو الديسفازيا.

1. التأخر اللغوي البسيط:

هو تأخر في المستوى الزمني لاكتساب اللغة وتطورها حيث لا يتمكن الطفل من الإنتاج اللغوي والتكلم بين السنة الثانية والثالثة، فلا يستطيع الوصول إلى الحد الأدنى من النضج اللغوي، وحتى الاكتسابات اللغوية البسيطة إن وجدت فهي بطيئة وضعيفة ولا يصاحب هذا الاضطراب إعاقات

¹ ركزة سميرة، جنان أمين .(2018)،مدخل إلى الأرفوفونيا.دار جسر للنشر والتوزيع: الجزائر،ص45.

حسية ولا حركية، والطفل يكون سليماً من الناحية الفيزيولوجية والعضوية ويمتلك قدرات عقلية عادية.

فالجانب التركيبي يكون مضطرباً ، بحيث نلمس في كلام الطفل الأخطاء التركيبية مع تبسيط في استعمال هذا التركيب. مع وجود الأخطاء في استعمال مفاهيم التصنيف وعدم استعمال الضمائر بشكل ملائم، إضافة للأخطاء الملحوظة في تصريف الأفعال.

وأحيانا هذه الاضطرابات تأخذ أشكالا أكثر خطورة: فيتميز التعبير بالرتانة وبلغة مصغرة خاصة بالطفل لا تتمكن من فهمها إلا الأم أو المحيط القريب جداً من الطفل.

• أعراض تأخر اللغة البسيط: تتميز لغة الطفل المتأخر في اللغة ب:

- تأخر في ظهور الكلمات الأولى (ماما، بابا) مقارنة مع أقرنه العاديين، ومع المستوى الزمني العادي لاكتساب هذه الكلمات المتمثل في الشهر الثامن تقريبا.
- يجد الطفل صعوبة في استعمال الأفعال وفي الضمائر، كما يغيب عن كلامه استعمال أدوات الربط وأدوات الإشارة.

- يتميز الفهم بكونه عادي أو شبه عادي.

- عادة ما يرفق هذا الاضطراب بتأخر حركي.

- نلمس صعوبات يجدها الطفل في القيام ببعض التنظيمات الدقيقة للحركات.

- يرفق هذا الاضطراب عادة بتأخر في ظهور بعض المكتسبات النفسية الحركية مثل المشي.

- نلاحظ عند الطفل ظهور مشاكل نفسية عاطفية.

- نجد كذلك صعوبات وأخطاء في المخطط الجسمي وفي الجانبية، فالطفل يتعرف على الأعضاء الظاهرة في الجسم كله، لكن لا يمكنه التعرف على باقي الأجزاء الدقيقة. كما يصعب عليه خاصة

تحديد تموضعها (يفشل في اختبار رسم الرجل مثلا)

- يؤثر تأخر اللغة البسيط على تعلمه ، بحيث يمكن أن تؤدي بالطفل إلى ظهور مشاكل أخرى

مرتبطة بالمحيط المدرسي مثل عسر القراءة أو الكتابة أو صعوبات تلقي المفاهيم ومشاكل

التحصيل الدراسي بصفة عامة حولة.¹

¹ محمد حولة. (2007). الأرطوفونيا "علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت". دار هومة للنشر والتوزيع: الجزائر،

2. التأخر اللغوي الحاد (الديسفازيا)

على خلاف التأخر اللغوي البسيط الذي هو تأخر في المستوى الزمني لاكتساب اللغة يستدرك بالكفاءة الأرتوфонونية المبكرة فإن الديسفازيا هو اختلال في تنظيم بنية اللغة يؤثر على الفهم والإنتاج، وهو محل اهتمام المختصين والباحثين في الأرتوфонونيا، ويعرفه (Ajuria gira) خلل في اللغة الشفهية تظهر في شكل صعوبات واضحة في تنظيم النمو اللغوي ، وتظهر الديسفازيا على شكل عدم تطور الرصيد اللغوي لدى الطفل بعد سن 3 سنوات وتكون المكتسبات قبل هذا السن قليلة وثابتة.

• أعراض الديسفازيا:

- في السنوات الأولى من عمر الطفل لا يتكلم، ليست لديه نشاطات تبادلية (يشير إلى الأشياء بأصبعه لتمييزها).
- في 18 شهرا لا يقول كلمات ذات معنى مثل بابا - ماما.
- في 24 شهرا لا يقول جملا ذات معنى متكونة من 2- 4 جمل.
- في 3 سنوات لا يفهم إلا من طرف أقربائه، حيث لديه خطاب غير مفهوم وتظهر في هذا السن كذلك:

اضطرابات اللغة:

1. صيغ لفظية غير مميزة ، خطاب غير مبني.
2. نقص المفردات والكلمات.
3. الطفل لا يطرح الأسئلة وعاجز عن طرح انشغالاته، عكس الأطفال الآخرين.
4. يفهم المعنى السطحي للكلمات فقط، ولا يفهم معانيها والمفاهيم المجردة أو التمييز بين ما هو مهم وما هو غير مهم.

اضطرابات دراسية:

1. صعوبات فهم التعليمات.
2. يعاني من اضطرابات تعلم القراءة ، الكتابة والرياضيات.

اضطرابات الإدراك الزماني:

1. ينفصل من الوقت أو الزمن الحاضر .
2. يتكيف بصعوبة مع التغيرات الخارجة عن الروتين.
3. نقص أو عجز في المصطلحات المتعلقة بالزمن.

اضطرابات معرفية:

1. يطوّر نوعاً ما الألعاب الرمزية.
2. كثير الشرود، قليل الانتباه وكثير الحركة.

اضطرابات اجتماعية:

1. يعيش احباط عندما يبحث عن الكلمات ولا يجدها.
 2. يعيش عدم الأمن، يميل إلى العزلة وضعيف في تقدير ذاته.
- الأعراض المصاحبة: تصاحب الديسفازيا أعراض أخرى:
- التجريد: صعوبة استخلاص عناصر أساسية للمفاهيم المجردة.
- التعميم: صعوبة في توظيف مصطلحات مكتسبة في سياقات مختلفة، فالتعلم يبقى مرتبط بالسياق.
- التوقع: صعوبة في توقع الأحداث ونتائجها.¹

4.التأناة: هي اضطراب في مجرى الكلام، ويتخذ هذا الاضطراب عدة مظاهر تتمثل في:

- التأناة الاختلاجية: تتمثل في صعوبة التلفظ ببعض الكلمات وهذا على امتداد فترة متوسطة المدى، حيث عند المقطع الصوتي الأول يحدث هناك توقف مفاجئ وترجع الصعوبة لدى المفحوص في الشروع في الكلام، ومع انعدامها تصدر الكلمة.
- التأناة التكرارية: تتميز بتكرار لا إرادي وانفجاري وعشوائي لمقطع صوتي معين، فكثيراً ما يخص هذا التكرار الحرف الأول من الكلمة.
- التأناة الاختلاجية التكرارية: هي تظافر المظهرين السابقين، مع إمكانية سيطرة أحد المظاهر على الأخرى. ثم مباشرة بعد التوقف عند الكلمة الأولى نلاحظ تكرار لبعض المقاطع الصوتية.

¹ خدوسي كريمة.(2019). اضطراب نمو اللغة "الديسفازيا". دار أسامة: عمان ، ص92-94.

- التأتأة بالكف: وهي الأصعب، فالمفحوص يبقى مكبوت الحركة والقدرة على الكلام ولا يشرع في ذلك إلا بعد مرور فترة معينة ثم يعود ليتوقف بعدها يستأنف الكلام.

المحاضرة الثامنة: اضطرابات اللغة المكتوبة

1. عسر القراءة:

1.1. تعريف عسر القراءة: هو اضطراب يصيب القدرة على التعرف على الكلمات المكتوبة لدى

طفل يمتلك قدرات ذهنية عادية ولا يعاني من أي اضطرابات حسية أو حركية.

و تعرفه الجمعية العالمية للديسليكسيا (2003): بأنه صعوبة تعلم خاصة عصبية المنشأ، تتميز بمشكلات في دقة أو سرعة التعرف على المفردات و التهجئة السيئة، وهذه الصعوبات تنشأ في العادة من مشكلة تصيب المكون الفونولوجي للغة ،ودائماً غير متوقعة عند أفراد إذا قورنت بقدراتهم المعرفية الأخرى مع توافر وسائل التدريس الفعالة و النتائج الثانوية لهذه الصعوبات قد تتضمن مشكلات في القراءة و الفهم و قلة الخبرة في مجال القراءة التي تعيق بدورها نمو المفردات و الخبرة عند الأفراد.¹

ويرى مراد و وليد بأن عسر القراءة اضطراب نمائي لغوي يؤثر في قدرة الفرد على اكتساب مهارات قراءة الكلمة المفردة ،بمعنى آخر التعرف على الكلمة ويعاني صاحبه من مشكلات الاستدعاء الآلي للكلمات ولذلك فإنه لديه صعوبة في الإملاء والتهجئة.²

2. أنواع عسر القراءة:

1.2. عسر القراءة الفونولوجي Dyslexie phonologie:

يعتبر هذا النوع الأكثر انتشارا بين الحالات ، فالقارئ يستعمل الطريقة الكلية، لهذا نجد صعوبات في قراءة الكلمات الجديدة ، وبالتالي يجد صعوبة في عملية التجميع هذا ما يؤدي إلى خطأ في

¹ زدام حدة.(2016/2017).دراسة آليات القراءة عند الطفل من خلال بناء اختبار باللغة العربية لتشخيص عسر

القراءة في المدرسة الجزائرية. أطروحة دكتوراه.جامعة الجزائر 2. الجزائر،ص203.

² مراد عيسى ،وليد خليفة.(2007).كيف يتعلم المخ ذو صعوبات القراءة والعسر القرائي،دار الوفاء:الإسكندرية،

عملية التحليل الفونولوجي ، لكنه بإمكانه أن يقرأ الكلمات لكن ببطء ، إلا أنه لا يقوم بأخطاء دلالية .¹

وقد توصل seymour (1986) من خلال دراسته إلى أن أخطاء القلب الحرفي ليس سببه غيابا لأحد الأنظمة ولكن عجزها وإصابتها فهم يستطيعون قراءة الكلمات المألوفة حتى لو كانت طويلة عكس الكلمات غير المألوفة فلا يستطيع قراءتها بصوت مرتفع ، مما يدل على وجود اضطراب في التوافق بين الشكل والصوت وكذلك الجمع بين الأصوات بمعنى آخر هناك عجز وصعوبة في استعمال الطريقة التي تتضمن وجود الترابط.²

2.2. عسر القراءة السطحي Dyslexie de surface:

ويشمل هذا الإضطراب الأطفال الذين يعانون من عيوب أولية في القدرة على إدراك الكلمات ككليات ، وهم يعانون من صعوبات في نطق الكلمات المألوفة وغير المألوفة كما لو يواجهونها لأول مرة فالتعرف البصري التلقائي لا يحدث لأنه ليس هناك خزان للتمثيل الكامل للكلمات المرئية، كما يصاحب هذا الاضطراب اضطرابات معرفية مثل :

- لا يعرفون شكل كتابة الكلمة رغم أنها مخزنة في الذاكرة.

- يكتبون كما يسمعون .

- الخلط بين الوحدات الصوتية (Homophone) حيث يقرؤون بطريقة عشوائية للشكل الكتابي المقدم . بالإضافة إلى اضطرابات على مستوى الذاكرة البصرية التي يعاني منها بعض الحالات الذين لديهم اضطراب بصري انتباهي .³

¹ عيادة مسعودة.(2007).اكتساب مفهوم الزمان والمكان وعلاقته بظهور عسر القراءة . رسالة ماجستير.جامعة قسنطينة2.الجزائر،ص52.

² Seymour Ph,Helder K.(1986).Cognitive analyse of duslexia.Landon,P45.

³ Vaissière J.(2006).La Phonétique.Paris.P.U.F.

3.2. عسر القراءة المختلط La dyslexie mixte:

يتميز هذا النوع بأنه اضطراب يمس الطريقتين (عسر القراءة الفونولوجي والسطحي) ، حيث يشمل هذا النوع الأطفال الذين يعانون من الصعوبات الصوتية أو صعوبات الإدراك الكلي للكلمات، وبالتالي فهم يجدون صعوبة في إدراك الكلمات ككليات ، وعليه فإن الاتجاهين الذين يستعملان فيهما عملية التجميع (assemblage) والإرسال (adressage) مصابان ، هذا النوع من عسر القراءة المختلط يحدث عندما تصاب الطريقتين الفونولوجية والمعجمية معا فنلاحظ ما يلي :

- إصابة فونولوجية + اضطراب في الذاكرة البصرية .
- إصابة الطريقة المعجمية + اضطراب التمييز الإدراكي في القراءة والذي يترتب عنه ما يلي :
- * فك الترميز حرف صوت .

* غياب التخزين البصري للكلمات .

* الفهم الشفهي منعدم .¹

2. عسر الكتابة:

1.2. تعريف عسر الكتابة:

هو عدم القدرة أو الضعف في تحديد الرموز الكتابية للغة، وبذلك فعسر الكتابة قد يعني العجز عن تأدية المهارات الحركية الدقيقة اللازمة لعملية الكتابة. يعني الكتابة غير المقروءة أو عدم القدرة على التعبير عن الأفكار رغم عدم وجود مشكلات حركية. وتعرف أيضا بأنها خلل وظيفي عصبي بسيط يكون الطفل معه غير قادر على تذكر التسلسل لكتابة الحروف والكلمات، فهو يعرف الكلمة التي يرغب في كتابتها، ويستطيع نطقها وتحديدتها عند مشاهدته لها، ولكنه مع ذلك غير قادر على تنظيم وإنتاج الأنشطة المركبة اللازمة لنسخ وكتابة

¹ عيادة مسعودة.(2007). اكتساب مفهوم الزمان والمكان وعلاقته بظهور عسر القراءة . رسالة ماجستير. جامعة قسنطينة 2. الجزائر .

الكلمة من الذاكرة. وتعرف أيضا على أنها عدم التكامل بين البصر والحركة، ويشمل عسر الكتابة: التعبير الكتابي، التهجئة والكتابة.

2.2. مظاهر عسر الكتابة: إنّ الأطفال الذين يعانون من عسر الكتابة قد يبدو عليهم بعض المظاهر الآتية:

- صعوبة وصل الحروف بعضها ببعض لتكوين الكلمات.
 - التكوين السيئ للحروف.
 - حروف ذات حجم كبير جدا أو صغير جدا أو غير ثابت الحجم.
 - استخدام غير صحيح للحروف الكبيرة والصغيرة.
 - مسافات غير ثابتة بين الحروف المكتوبة.
 - تزاخم الحروف وتداخلها.
 - عدم القدرة على الكتابة على السطر.
 - كتابة مائلة على السطر.
 - الكتابة بخط رديء.
 - نقص أو قصور الطلاقة في الكتابة التعبيرية وترابط الأفكار وتسلسلها.
 - الكتابة ببطء حتى في الأوقات التي تتطلب السرعة.
 - الكتابة المعكوسة للأحرف والكلمات.
 - صعوبة كتابة كلمات من الذاكرة.
 - عدم القدرة على وضع النقاط في أماكنها الصحيحة على الحرف.
 - صعوبة لدى بعض الأطفال في النسخ أو النقل للكلمات والجمل.¹
- 3.2. أنواع عسر الكتابة:** يمكن تصنيف العسر الكتابي إلى نوعين أساسيين هما:
- أ. **العسر الكتابي المكتسب:** ويتضمن نمطين:

¹ محمد أحمد خصاونة، جهاد محمد الهرش، ليلي محمد ضمرة، محمد عبد ربه الخوالدة. (2016). المدخل إلى صعوبات التعلم، دار الفكر: عمان، الطبعة الأولى، ص 106-107.

العسر الكتابي الفونولوجي "الصوتي" : 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 يهجي الكلمات داخل المنظومات المعتمدة على المعنى.

العسر الكتابي السطحي: في هذا النوع تكون لدى الفرد مشكلات في كتابة الكلمات غير المنتظمة، حيث يميل الفرد إلى اتباع تهجي الكلمات اعتمادا على قواعد النطق، وليس على التهجي الصحيح الخاص بالكلمة.

ب.العسر الكتابي النمائي: وينقسم إلى نمطين:

العسر الكتابي النمائي الصوتي: وفيه تؤثر الصعوبات على القواعد المعتمدة على الصوت ، بينما تظل المعرفة الخاصة بالكلمات في حالة جيدة.

ج: العسر الكتابي النمائي السطحي: في هذا النوع يكون المسار الصوتي للتهجي قد تأسس بصورة جيدة، بينما تظهر الاضطرابات في المسار المعجمي الدلالي، أي المعرفة الخاصة بالكلمات.¹

المحاضرة التاسعة:اضطرابات اللغة المكتوبة

3.عسر الحساب:

1.3. تعريف عسر الحساب:

هو صعوبة تعلم نمائية خاصة في الحساب تظهر في صورة عدم القدرة على التعامل مع الأرقام و ترتيبها حسب الأكبر أو الأصغر وفهم الكميات بدون عد. مما يؤدي إلى مشكلات في تعلم الحقائق المتعلقة بالأرقام وخطوات حل المسائل الحسابية،في حين يرى البعض انه اضطراب خاص بالتفكير المنطقي الرياضي.

2.3.أنواع عسر الحساب: اعتمد خالد زيادة (2006) عند تطرقه لأنواع عسر الحساب على

التصنيف الذي قام به كل من باديان وهيكان (Badian & Hecaen) واللدان أشارا إلى ثلاثة فئات من عسر الحساب هي:

¹ حليلة قادري.(2014).مدخل إلى الأرطوفونيا"تقويم اضطرابات الصوت والنطق واللغة".دار صفاء للطباعة والنشر:عمان،الطبعة الأولى،ص141-142.

1. صعوبة قراءة الأعداد وكتابتها: يرى ماك كلوسكي (Mc Closkey) أن هذه الصعوبة تتضمن صعوبات في قراءة الأعداد وكتابتها مع سلامة المهارة في المجالات الأخرى من المعالجات الحسابية مثل: تذكر الحقائق الحسابية الأساسية من الذاكرة طويلة المدى، حل المسائل الحسابية البسيطة والمعقدة، وتشفير العدد.

2. عسر حساب فضائي-مكاني: وهي صعوبة في التمثيلات المكانية للمعلومات العددية، وغالبا ما ترتبط هذه الصعوبة بضمور في الأجزاء الخلفية من النصف الأيمن من الدماغ، وتشمل الصعوبات المرتبطة بعسر الحساب المكاني بفقدان القدرة على ترتيب الأعمدة في مسائل الجمع متعددة الأعمدة، حذف الأعداد، تدوير الأعداد، عدم القدرة على قراءة رموز العمليات الحسابية. كما يتميز أفراد هذه الصعوبة بسلامة القدرة على قراءة الأعداد وكتابتها وسلامة أداء العمليات الحسابية البسيطة مثل تذكر الحقائق.

3. صعوبة العمليات الحسابية: وهي تشمل معرفة جيدة للعمليات الحسابية، ولكن هناك التباس وغموض بين استراتيجيات الحساب، ترتبط هذه الصعوبة في ضمور للأجزاء الخلفية من نصف المخ الأيسر.

على الرغم من أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبة في العمليات المتضمنة تسلسل العدد (مثل إجراء الحسابات العشرية)، فإن قدرة قراءة وكتابة العدد والتمثيل المكاني للمعلومات العددية وفهم المفاهيم الحسابية هي سليمة إلى حد ما. كما يعاني هؤلاء الأطفال من انفصال بين الحقيقة الحسابية والقدرة على إجراء العمليات الحسابية الأخرى كالإضافة.¹

¹ حليلة قادري. (2014). مدخل إلى الأرطوفونيا "تقويم اضطرابات الصوت والنطق واللغة". دار صفاء للطباعة والنشر: عمان، الطبعة الأولى، ص 155-156.

المحاضرة العاشرة: اضطرابات اللغة المكتوبة.

4. عسر الخط:

1.4. تعريف عسر الخط:

يعد اضطراب عسر الخط من صعوبات اللغة المكتوبة، ويتعلق بمهارة الكتابة الآلية، ويظهر ذلك في الأداء الكتابي السيئ للأطفال ذوي الذكاء المتوسط على الأقل، والذين لا يعانون من إعاقة نيورولوجية محددة، أو من إعاقة حسية حركية ظاهرة، أو من كليهما.¹

كما صنف عسر الخط في إطار اضطرابات اكتساب الربط d'acquisition de la (Trouble coordination) وهي صعوبات تمس المهارات الحركية، مع نقص واضح في مهارات الربط الحركي، والذي له علاقة مع القدرات المدرسية والنشاطات اليومية، وهذه الاضطرابات ليست مرتبطة بالقدرات الذهنية والاضطرابات الاجتياحية للنمو، ويمكن لها أن تمس عدة قدرات في الحركة الدقيقة أو العامة أو كلاهما فنلاحظ بطء وسوء توجه الحركات، ومن نتائج هذا نجد عسر الخط.²

يعرفه (Newman) بأنه حالة تشمل الصعوبات والاضطرابات التي تعتري منتجات وخطوط اليد، والتي تنتج عن تلف عصبي، وربما تكون ظاهرة وبادية بشكل خالص بغياب الخط (Agraphie) ولكنها تصاحب في غالبية الأحيان حالات أخرى من الاضطرابات اللغوية مثل عسر القراءة والحبسة وعسر الحساب واضطراب نقص الانتباه المصاحب لفرط الحركة أو بدونه.³

2.2. أعراض عسر الخط:

يظهر على السلوك الكتابي وخط الطفل الذي يعاني من عسر الخط الخصائص التالية:

¹ هلالان دانيال وآخرون. (2007). صعوبات التعلم " مفهومها، طبيعتها، التعلم العلاجي ". (ترجمة عبد الله محمد عادل). الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع، ص 597.

² Tourette, G. (2011). Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement. Paris: France. DUNOD, P522.

³ الفرموي. (2006). معالجة اللغة واضطرابات التخاطب. مصر: المكتبة الأنجلو مصرية، ص 272.

- التكوين السيئ للحروف، حيث نجد مسافات غير صحيحة بين الحروف والكتابة بطيئة للغاية.
- حروف ذات حجم صغير جدا أو كبير جدا أو غير ثابتة الحجم.
- تزامم الحروف.
- تنظيم أو اصطفاغ غير واضح للحروف، بحيث لا تتركز جميعها على خط قاعدي واحد.
- ميل غير صحيح أو غير ثابت للحروف المتصلة.
- نقص وقصور في طلاقة الكتابة.
- افتقار الكتابة إلى الترتيب والتنسيق والتنظيم، فلا يتقيد الكاتب بالسطر ولا يسير وفق منهجية منظمة خلال الأسطر، ولا تكون أوراقه منظمة، فقد يستخدم الكتابة إلى نصف الصفحة ، وقد يستخدم حروفا كبيرة أو صغيرة بين كلمة وأخرى أو في الكلمة ذاتها، وقد يترك فراغا غير مبرر بين الكلمات أو يدمج أكثر من كلمة في الوقت الذي يطلب منه ترك فراغ بينهما.
- تكثر في كتابته المسح، ولا ينهي السطر وينتقل لآخر ، وقد يكتب على الهامش أيضا.
- إضافة أو حذف حروف أو مقاطع في الكلمات دونما مبرر.
- عكس الكلمات أو الحروف أو قلب أماكن الحروف.
- تكون أول الكتابة أحسن من آخرها.
- يكون الخط غير واضح وغير قابل للقراءة.
- عدم إتمام كتابة الحرف، والإنقاص من أحد أهم مكوناته كنزع الشالة من حرف (ط) مثلا.
- الكتابة المراتية، أي كتابة الكلمات بشكل معكوس.
- ضعف التأزر البصري الحركي بين العين والأصابع ، مع اضطراب في كافة الحركات الدقيقة.
- أخطاء في التهجي والإملاء.
- إعادة الكلمات ومقاطع الكلمات.
- عدم تناسب أحجام الحروف في الكلمة.
- الكتابة المسننة.

- يرتكبون أخطاء في استعمال علامات الترقيم.
- يجعلون العيون قريبة من الصفحة عند الكتابة.
- الإفراط في استعمال المحاة.
- تحريك الورقة والجسم بشكل متوتر أثناء الكتابة.
- إهمال النقاط بعدم وضعها ، أو وضعها في غير مكانها.
- إهمال سنتي الصاد والضاد.¹

3.4. تصنيف عسر الخط:

من التصنيفات الكلاسيكية لعسر الخط نجد تصنيف (Roltgen, 1992) ، والذي يحدّد نوعين من عسر الخط:

- عسر الخط الحركي (Dysgraphie motrice) من أهم مظاهره الحروف المشوهة.
- عسر الخط اللساني (Dysgraphie linguistique) من أهم مظاهره أخطاء في الكلمات واختيار الحروف.²

أمّا التيار المعرفي الحديث فهو يحدّد أنواع عسر الخط كما يلي:

1. عسر الخط الراجع لإصابة في النظام الألوغرافي: الإصابة في هذا المستوى تظهر على شكل أخطاء في اختيار نوع الحروف بين (Majuscule, Cursif, Minuscule, Script)، لكن الإملاء وبنية الكلمة غير مصابة.
2. عسر الخط الراجع لإصابة في النظام القرافي: في حالة الإصابة تضطرب نوعية المعلومات المتضمنة في المهمة الخطية-الحركية ، والمخزنة في الذاكرة العاملة، والتي تكون مضطربة بطبيعة الحال، يحدث هذا و كأنّ الحالة لا تعرف أي حرف ستكتبه.

¹ صدقاوي أمينة. (2017/2016). التشخيص النفسي العصبي لعسر الخط ولعسر الإملاء بالطور الثاني ابتدائي. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 2، ص70-71.

² Corraze, J. (1999). Les troubles psychomoteurs. France: SOLAL, P103.

3. إصابة في البرنامج الحركي: نلاحظ في هذه الحالة إصابة في الربط، الحجم وفي اتجاه الخط، والإصابة في هذا المستوى مرتبطة بالإصابة بالمستوى الذي قبله (المستوى القرافيمي) ، وهو الذي يوجّه المستوى الحركي المخزن في الذاكرة طويلة المدى، وفي هذه الحالة يبدو المصاب بعسر الخط غير قادر على تذكر كيفية رسم الخط ولو كان يعرف الحرف المقصود بالكتابة.¹

5. عسر الإملاء :

1.5. تعريف عسر الإملاء :

هو عدم القدرة على تمثّل القواعد الإملائية بشكل سليم في أثناء الكتابة. والخطأ الإملائي يؤدي إلى:

- تحريف المعنى وغموض الفكرة.

- يشوّه الكتابة.

- يعوق فهم الجملة.

- يدعو إلى زعزعة ثقة القارئ بالكاتب.²

يعرّف عسر الإملاء بأنه اضطراب ثابت في اكتساب والتحكم في الكتابة ، ويمس أساسا التعلم والآلية التلقائية في العلاقات فونيم قرافيم (أي العلاقة بين الوحدة الصوتية والوحدة المكتوبة)، ويمس كذلك الاضطراب القدرة على التمثيل البصري لكتابة الكلمات، ونجد فيه حذف، قلب، وتعويض المقاطع في الكلمة المكتوبة، ويصاحب عسر الإملاء في الغالب بعسر القراءة. كما وصف عسر الإملاء بالعجز الإستيعابي الكبير لقواعد الإملاء (وهو اضطراب في الكتابة العفوية والكتابة عن طريق الإملاء)، ويؤدي إلى اضطراب التحويل فونيم-قرافيم، كما يؤدي إلى تقطيع مكونات الجملة ، وعدم القدرة على تطبيق القواعد الإملائية الاستعمالية والنحوية.

¹ Perrin,J.(2002).Principes d'analyse diniques de l'écriture .psychomot. free. Fr / men, P26.

² فردوس إسماعيل عواد.(2012). الأخطاء الإملائية " أسبابها، وطرائق علاجها " . مجلة دراسات تربوية. جامعة القاهرة. العدد 17. المجلد 5، ص 225.

2.5. أعراض عسر الإملاء :

لعسر الإملاء أعراض متعددة نذكر منها:

- صعوبة في تدعيم وتحريك وتفعيل المعجم الكتابي.
- كتابة بطيئة وغير مفهومة.
- الأخطاء الإملائية تظهر حتى في النقل المباشر.
- حذف الحروف، قلب، تعويض والإضافة في الكلمة.
- صعوبة في الوصل والفصل.
- صعوبة في تحويل المعارف وتطبيق القواعد الإملائية المعجمية والنحوية.
- التشويه بكتابة كلمات مبتدعة، لا علاقة لها بالنظام اللساني.
- عدم مراعاة علامات الترقيم.¹

المحاضرة الحادية عشر: اضطرابات اللغة الناجمة عن الإعاقة السمعية:

1. تعريف الإعاقة السمعية:

يعرّف الصمم على أنه نقص أو فقدان كلي للسمع، وهو إعاقة راجعة لإصابة في منطقة ما من الجهاز السمعي، فإما تمس جهاز إرسال الأصوات في الأذن الخارجية أو الوسطى وهذا ما يعرف بالصمم الارسالي ، وإما أنها تمس جهاز إدراك الأصوات على مستوى القوقعة أو العصب السمعي والمجاري السمعية المركزية وهذا ما يعرف بالصمم الإدراكي، كما يمكن أن تجمع هذه الإصابات مشكلة الصمم المختلط.

2. تصنيفات الإعاقة السمعية: هناك العديد من التصنيفات للإعاقة السمعية تبعا للعديد من

العوامل أهمها:

- التصنيف حسب العمر عند الإصابة.

¹ صدقاوي أمينة .(2016/2017). التشخيص النفسي العصبي لعسر الخط ولعسر الإملاء بالطور الثاني ابتدائي. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 2، ص 107-108.

- التصنيف حسب موقع الإصابة.

- التصنيف حسب شدة فقدان السمع.

أولاً: التصنيف حسب العمر عند الإصابة: ويعتمد هذا التصنيف على العمر الذي ظهرت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية، ونجد:

1. **صمم ما قبل الولادة:** وهم من ولدوا صمًا ، والذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل اكتساب اللغة إلى ما قبل سن الثالثة ، ويتميزون بعدم قدرتهم على الكلام.

2. **صمم ما بعد تعلم اللغة:** وهم من ولدوا عاديين ثم أصبحت هذه الحاسة فيما بعد غير وظيفية، حيث فقدت قيمتها من الناحية العملية نتيجة لمرض أو حادث ، ويعرف هذا النوع من الإعاقة السمعية بالقصور السمعي الطارئ والمكتسب، وفي هذه الحالة يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التي تكون قد تطورت لديه إذا لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة.¹

ثانياً: التصنيف حسب موقع الإصابة: يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجزء المصاب من الجهاز السمعي:

1. **الفقدان السمعي التوصيلي:** ينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن 60 ديسيبل ، ويستطيع الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية سماع الأصوات المرتفعة وتمييزها. هذا وتجدر الإشارة أنه من بين أسباب فقدان السمع التوصيلي مايلي:

- التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو التعرض للإلتهابات.

- ثقب في الطبلة نتيجة التعرض للأصوات المزعجة والمرتفعة لفترات طويلة.²

¹ هلا السعيد.(2016).الإعاقة السمعية.القاهرة:المكتبة الأنجلو مصرية،ص119.

² فؤاد عبد الجوادة .(2012).الإعاقة السمعية. عمان: دار الثقافة، ص32.

2. فقدان السمع الحس-عصبي: يستخدم البعض هذا المصطلح للإشارة إلى اضطراب العصب السمعي، وهذا النوع من الإعاقة السمعية إما أن يكون ناتجا عن خلل في القوقعة أو خلل في الجزء السمعي من العصب القحفي الثامن.

ومن الصفات المميزة لفقدان السمع الحس - عصبي الناجم عن القوقعة اضطراب نغمات الصوت، حيث يكون للنغمة ذات الذبذبات المتشابهة ترددات مختلفة بشكل ملحوظ في كل أذن ، والصفة الثانية هي ازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي وغير منسجم مع الزيادة الحقيقية في شدته، ومن الصفات الأخرى لهذا النوع من فقدان السمع أن الشخص يجب أن يتكلم بصوت مرتفع نسبيا لسمع نفسه، مما يجعله يتكلم مع الآخرين بصوت عال.

وفي هذا فقدان السمع الحس عصبي يصبح الصوت مشوشا وقد لا يصل إلى المراكز السمعية في الدماغ.

3. فقدان السمع المختلط: وينتج هذا الصمم إذا أصيبت الأذن الخارجية والوسطى والداخلية، هذا يعني إصابة وظيفتي الإرسال والإدراك، وهذا النوع من الصمم يمكن أن يكون أحادي أي يصيب أذنا واحدة، أو ثنائي أي يصيب الأذنين معا.

ثالثا: التصنيف حسب شدة فقدان السمع.

1. صمم بسيط أو خفيف: مقدار فقدان السمع 20-39db، وهؤلاء يواجهون صعوبات بسيطة في السمع ، ويستطيعون التعلم ضمن المدارس العادية.

2. صمم متوسط: مقدار فقدان السمع 40-70db، واستعمال آلة السمع ضروري لأن الأصوات العادية لا تسمع.

3. صمم شديد: يتراوح فقدان السمع لدى هذه الفئة من 71-90db، فصاحب هذه الإعاقة لا يستطيع سماع حتى الأصوات العالية ، إذ يعاني المصاب من اضطرابات في اللغة والكلام ، ويحول دون تطور اللغة عند الطفل وخاصة إذا كانت الإعاقة السمعية منذ السنة الأولى ، ويحتاج الطفل إلى مدرسة خاصة بالمعاقين سمعيا ليتعلم ويتدرب على قراءة الشفاه ، ويكون بحاجة إلى سماعة طبية.

4.صمم عميق: الفقدان السمعي يفوق 90db، وهي الدرجة التي لا تسمح للفرد من سماع الأصوات ،أما التجهيز إذا أمكن فهو لا يعطي التمثيل الكافي للضجيج الخاص بالكلام ، ليتمكن هذا الأخير أن يتموضع بصفة تلقائية حتى يكتب بطريقة مشوشة ، فالطفل ليس لديه لغة لفظية ولا تكون لديه إلا إذا تكونت على المستوى العقلي والمستوى الفيزيائي.

3. خصائص المعاقين سمعيا:

لقد عملت أبحاث للتعرف على خصائص الطفل المعاق سمعيا، ونتيجة لإصابته بالإعاقة السمعية يترتب عليها آثار في خصائص هؤلاء الأشخاص. ومن تلك الآثار تأخر في النمو اللغوي وتأخر اللغوي وتأخر في النمو العقلي والمعرفي، واضطرابات في النمو الاجتماعي واضطرابات في نمو الشخصية والقدرة على التكيف.

1.3.الخصائص اللغوية:

نظرا لاعتماد النمو اللغوي على السمع وتأثره به، فمن المهم أن ندرس الآثار اللغوية الناجمة عن القصور السمعي، إذ يعتبر ضعف الأطفال بقصور سمعي حاد أو شديد من المهارات اللغوية من أبرز المشاكل التي يعانون منها نتيجة لقصورهم، وعلى وجه التحديد فإن ضعف هؤلاء الأطفال وعجزهم عن فهم اللغة السائدة في بيئتهم والتحدث بها من أخطر المشاكل التي يواجهونها.

ومما يدل على أثر الإعاقة السمعية على النمو اللغوي وانخفاض أداء المعاقين سمعيا على اختبارات الذكاء اللفظية، مقارنة مع أدائهم على اختبارات الذكاء الأدائية . كما يذكر هلهان (1981) ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي خاصة لدى الأفراد الذين يولدون صما وهي:

1. لا يتلقى الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات.
2. لا يتلقى الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات.
3. لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها.

إن ذلك يعني أن الطفل المعاق سمعياً محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها. وقد يكون ذلك هو السبب في وقف الطفل للأصوات التي يقوم بها في مرحلة المناغاة.

قام برانون (1966-1986) بدراسات لتحليل الاستجابات اللفظية للمعاقين سمعياً فتوصل إلى أن المعاقين سمعياً استخدموا عدد أقل من ظروف الزمان والمكان والأحوال في استجاباتهم ، كذلك الضمائر والأفعال المساعدة وبصورة أقل مما استخدمه الأطفال العاديون في استجاباتهم.¹

2.3. الخصائص التربوية (التحصيل الدراسي):

من الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم، وبخاصة في مجالات القراءة والكتابة والحساب، وذلك بسبب اعتماد هذه الجوانب التحصيلية بشكل أساسي على النمو اللغوي، ويرجع ذلك الانخفاض الواضح في التحصيل الدراسي إلى عوامل أهمها:

- انخفاض الدافعية للتعلم في الغالب لديهم نتيجة ظروفهم النفسية الناجمة عن وجود الإعاقة السمعية.
- عدم ملائمة طرائق وأساليب التدريس لحاجاتهم، فهم بحاجة لأساليب تدريس فعالة تتناسب وظروفهم. إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم لا يستطيعون تحصيل مستويات عليا من التحصيل الأكاديمي، فإذا أتاحت لهم الفرص المناسبة من برامج تربوية مركزة وطرائق تدريس فعالة فإنهم يستطيعون الحصول على درجات عليا مشابهة لأقرانهم السامعين.

3.3. الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تعتبر اللغة الوسيلة الأولى في التواصل، لذلك يعاني المعاقين سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي، وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين سواء أكان ذلك في مجال الأسرة أو العمل أو المحيط الاجتماعي بشكل

¹ عصام حمدي الصفدي. (2013). الإعاقة السمعية. عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 233-234.

عام. لذا يبدو الفرد الأصم وكأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع ولهذا السبب يميل المعاقون سمعياً إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الاحتياط التي تترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العاديين والصم، حيث أنّ الأفراد المعاقين سمعياً يحاولون تجنب المواقف التي تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي مع مجموعة من الأفراد، ويميلون إلى إقامة علاقات إجتماعية مع فرد واحد أو اثنين، لذلك فهم يميلون إلى العزلة، كذلك يعانون من بطء في النضج الاجتماعي مقارنة بأقرانهم، وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لدى هؤلاء الأطفال.¹

المحاضرة الثانية عشر: اضطرابات اللغة الناتجة عن الحبسة:

1. تعريف الحبسة:

لقد تعددت تعاريف الحبسة وذلك بتعدد التيارات التي تناولت هذا الإضطراب وكذا بحسب الباحثين، فكل يعرفها على حسب اتجاهه:

تعريف علم الأعصاب: الذي يركّز على مدى اتساع اضطراب الحبسة نتيجة التلف النسبي في بؤرة المخ، وهناك من الباحثين الذين يرون أن بعض الناس يتكلمون عن الحبسة كمجنون أو معتوه Déments، فهذه الوضعية غير مقبولة Inacceptable، وفي الحقيقة أن التلف يكون في الجهاز العصبي المركزي، أي أن مناطق اللغة تكون مصابة، ولكن في حالة وجود صعوبة في الإدراك أو التمييز في الإضطراب في اللغة نقول أنه اضطراب في الحركة النفسية اللغوية مع وجود اضطراب في السلوك بصفة عامة، فالحبسة إذن مرتبطة بإصابة بؤرة في نصف الكرة المخية اليسرى.

فالحبسة هي اضطراب في اللغة ناتجة عن تلف مخي مكتسب، فهي اختلال نظامي في الميكانيزمات النفسية الحسية- الحركية التي تتدخل في الإدراك والتعبير اللغوي، والذي هو موجود

¹ أحمد محمد سليمان، سوسن عبد الفتاح وهب، عبير محمد أحمد. (2012). الإعاقات المتعددة " المفاهيم والقضايا الأساسية ". دار وائل للنشر والتوزيع: عمان، ص125.

في منطقة محددة من النصف الكرة المخية المسيطرة. فالفحوص الحبسي فاقد للقدرة على استعمال اللغة كوسيلة للتواصل والتمثيل أو التصور الرمزي.¹

2. أسباب الحبسة:

إنَّ الإصابات التي تحدث في نصف الكرة المخية بالنسبة للدماغ تختلف أسبابها، فعند تحليل أهم الأسباب نجد أن الأسباب المؤدية للحبسة تنقسم إلى ثلاثة أقسام: أسباب الحبسة الدائمة، المؤقتة والتطورية.

1.2. أسباب الحبسة الدائمة:

1. الحوادث الوعائية الدماغية Accident Vasculaire cérébral

هي من الأسباب الأكثر انتشارا عند الراشد، وتؤثر على سلوكه اللساني، والحادثة الوعائي راجع إلى تغيير في حالة الأوعية الدماغية، أو إلى تغيير ميكانيزم الدورة الدموية بسبب حاجز أو عقدة في الشرايين التي تمنع مرور الدم بطريقة سليمة ويؤدي ذلك إلى انكماش أو اضمحلال الخلايا العصبية.

وقد يؤدي هذا العرض إلى الموت أو إلى اضطرابات على مستوى اللغة والفهم، وكما يؤدي إلى الشلل النصفي وصعوبة في الحركة وكذا إلى الحبسة بكامل أشكالها العيادية المتنوعة ويرجع ذلك إلى درجة اتساع الإصابة. ومن بين الأمراض الوعائية الدماغية نجد:

- Accident vasculaire ischémique وتتمثل في قصور انتقام الدم إلى الدماغ ونجد:

أ. الإنسداد الدماغية: Embolie cérébrale

ينتج عن انسداد مفاجئ للشريان المغذي للمخ عن طريق جسم غريب متحرك في الدورة الدموية، وتنجم في أغلب الحالات عن تخثر جزئي للدم داخل القلب والذي ينتقل عبر سيرورة الدورة الدموية، ويصل إلى شرايين الدماغ وبالتالي تنتج عقدة دماغية، فتعيق سريان الدم وتصلب جدران الوعاء.

¹ Pottier B, Tochron J, Ekelsberger O. (1995). Aphasie et langage , Editions espaces 34 , France , P47.

ب. تخثر الدم : Thromboses

يعرّف على أنه انسداد على مستوى الشرايين المغذية للمخ وهذا قد يؤدي إلى انكماش عصبي، والسبب الرئيسي لهذا الانكماش راجع إلى تصلب شرايين الرقبة.

ويعتبر ارتفاع الضغط الدموي Hypertension artérielle ومرض السكري كعاملين مهمين في تصلب أو توسيع جدران الشرايين، وتخثر الدم هو أكثر وجود عند الرجال من النساء، وهو مرتبط كذلك بالسن وأهم الأعراض العصبية والنفسية المصاحبة لهذا المرض العمى البصري Agnosie، العمى الحركي Apraxie اضطرابات لغوية بالإضافة إلى عرض الإستمرارية والتي تظهر في كل سلوكيات المصاب.¹

• الحوادث الوعائية النزيفية: Accident Vasculaire Hémorragique

غالبا ما تكون الإصابة نتيجة تمزق شرياني للأوعية الدموية نتيجة ارتفاع ضغط الدم، والنزيف الدموي الدماغي يكون متغير في الجدول العيادي للحبسة حسب عمل الفصوص، حيث غالبا ما يتجاوز الحدود الفاصلة للفصوص، فقد يكون مكان الإصابة جداري صدغي Temporal-parieto أو صدغي أيسر Temporal gauche لدى اليمينيين التي تنتج عن إصابتها حبسة فرنيكي. أما إذا كان موقع الإصابة في الفص الجبهي أي النصف الكروي المخي المسيطر dominant L'Hémisphère يؤدي إلى الإصابة بحبسة بروكا.

أما الإصابة بالحبسة تحت القشرية Sous corticales وخاصة إصابة المهاد Thalamiques فتكون ثانوية ويكون موضع الداء نزيفي دماغي في مواقع أخرى حلقي قشري Bucles cortico، كما قد تؤدي إلى اضطرابات في اللغة.²

وكذلك هناك أسباب أخرى تؤدي إلى النزيف الدماغي مثل عيب خلقي في شرايين الدماغ واللوكميا Lukemie أو مواد سامة، ونزيف الدماغ يمكن أن يصبح قاتلا ويحدث عادة أثناء

¹ Le cours , L'Hermitte .(1979).L'Aphasie , Flammarion Médecine sciences, université de Montréal , Paris ,P320-321.

² Pottier B, Tochon J, Ekelsberger O .(1995). Aphasie et langage , Editions espaces 34 , France , P84-85.

ساعات الصبحور ربما بسبب أن الشخص يكون نشيطا وضغط دمه مرتفعا، كما أن تطور الحالة الأفضل يكون ضعيفا خصوصا إذا كان المريض غير واع لأكثر من 48 ساعة.¹

2. الصدمات الدماغية: Traumatism crânien

تنتج عن حوادث المرور وحوادث الحياة اليومية وتعتبر من الأسباب المألوفة لظهور الحبسة، لكنه من الصعب تحديد طبيعة ودرجة الإصابة الدماغية، وبالتالي يصعب التنبؤ بالتعقيدات التي يمكن أن تتجر عنها، وقد تكون مصحوبة بانكسار في الجمجمة، وعادة ما تكون مصحوبة بالرضة الدماغية ويؤدي هذا النوع من الإصابات الدماغية إلى ظهور الحبسة بأشكالها العيادية المختلفة وهذا حسب درجة اتساع الرضة.²

3. الأورام الدماغية : Tumeur Cérébral

الورم هو نوع لكتلة من الخلايا غير المسيطرة عليها، وهذا النمو من الناحية الفيزيولوجية هو عديم الفائدة أي لا وظيفة له، وأورام الدماغ لا تنمو من النيورونات أي العصبونات وإنما من الخلايا الدبقية والخلايا الداعمة.

إن الأورام تقوم بتدمير أو بإتلاف أنسجة الدماغ بطريقتين:

الأولى: عن طريق أن الورم يضغط على الدماغ، فيحدث خللا في وظيفته أو يتلف بعض الأنسجة وهذا يحدث بسبب أن حجم الجمجمة الداخلي محدد ولهذا فإن أي زيادة في الحجم مثلا بسبب الورم تحت ضغط الدماغ، وقد يسبب هذا الضغط أيضا انسداد في دورة السائل النخاعي للدماغ مسببا استسقاء دماغي.

الثانية: أن الورم ينتشر أو يتسلل إلى أجزاء الدماغ وهذا قد يدمر بعض الخلايا أو يقوم بأخذ مكانها، وبالتالي يحدث تغيرا في وظيفتها، وفي الحبسة يحدث الورم بالطريقة الثانية أي أن الورم هو تكاثر وانتشار غير عشوائي لخلايا المخ ونموها يؤدي إلى الضغط على الخلايا بمعنى أننا نتحدث عن الحبسة إذا كان الورم في المناطق اللغوية.³

¹ محمد عبد الرحمان الشقيرات.(2005). مقدمة في علم النفس العصبي.الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع،ص219.

² Le cours , L'Hermitte,P328.

³ محمد عبد الرحمان الشقيرات، المرجع السابق،ص228.

2.2. أسباب الحبسة المؤقتة:

1- L'A.I.T إصابات فقر الدم الموضوعي العابر : تنتج عنها اضطرابات لغوية ثم تبدأ بالتراجع في بضع دقائق وساعات.

2- نوبة الصرع الجزئية: إن النوبة هي زيادة مفاجئة في نشاط النيورونات والنوبات المتكررة ربما تحدث عند شخص من 200 شخص، وقد ساعد اكتشاف E E G (التخطيط الكهربائي للدماغ) في التعرف أكثر على أسباب النوبات، فبعض النوبات تكون أسبابها معروفة وتسمى بالنوبات العرضية، كأن يكون السبب إصابة الدماغ ببعض الالتهابات أو الخلل التكويني في الأوعية الدموية وإصابة الدماغ الرضحية أو السموم الكيميائية، الإصابة بالحمى أو يرتبط بأمراض أخرى في الجهاز العصبي، وفي بعض النوبات الأخرى تكون أسبابها غير معروفة أو غامضة. إن الأفراد المصابين بالنوبات ليسوا فئة متجانسة بل إن هناك فروقا في الأعراض والأسباب. وما يميز النوبة إكلينيكية هو عدم استمرار الأعراض فهناك فاصل بينها قد يكون دقائق، ساعات، أسابيع، وربما سنوات. وهناك 3 أعراض وجد أنها شائعة في معظم النوبات:

1- تنبيه أو إحساس ذاتي يسبق النوبة ويعلن عن بدئها.

2- فقدان الوعي وعادة ما يكون هناك فقدان للذاكرة.

3- الحركة سواء كانت إرتعاشية أولا إرادية.

أنواع النوبات: يجب التمييز بين نوبات جزئية ونوبات عامة وبسيطة ومعقدة، ولكن ما يهمنا هو نوبة الصرع الجزئية وفيها يحدث النشاط الكهربائي غير السوي في جزء محدد من الدماغ، وربما بسبب ندبة في الدماغ حدثت بسبب إصابة قديمة وتكون النيورونات ذات العلاقة بالنوبة محددة بمنطقة صغيرة من الدماغ.

إن المدة التي يستغرقها الإضطراب في اللغة يكون في دقائق وهذا الإضطراب إما لوحده أو مصاحب بأعراض عيادية متنوعة وذلك حسب نوع الصرع كتوقف بسيط للغة أو نوبة تأتأة تتمثل في تكرار مقطع أو كلمة أو جملة قصيرة، كذلك إنتاج التحولات الشفوية، وفي حالة الإصابة بنوبة صرع جزئية صدغية يسرى تكون الإصابة ممتدة ومتغيرة وتستمر من ساعات إلى أسابيع.

3. الصداع:

أي الصداع الشقيقة وهو من الإضطرابات العصبية المرتبطة بالتركيب الوعائي للدماغ ويصيب حوالي 5% من السكان وهي آلام على مستوى جهة من الرأس، وعادة ما يسبقها خلل في الإبصار في منطقة محددة من المجال البصري.

يبدأ صداع الشقيقة بألم حاد في أحد جانبي الرأس وينتشر وأحيانا يمكن أن ينتشر في الجهة المقابلة، ويمكن أن يحدث في حالة الصداع الشديد جدا غثيان وتقيؤ ويمكن أن يستمر إلى ساعات وربما لأيام، ونوبات صداع الشقيقة يمكن أن تتراوح بين مرة في الأسبوع وربما مرة في الحياة، وتظهر عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتظهر على شكل اضطراب مؤقت، ومن أعراض الحبسة نجد اضطرابات في التعبير والفهم والذي يمس كل من اللغة الشفوية والمكتوبة وتستمر هذه الأعراض لمدة تتراوح ما بين 25 و30 دقيقة ثم تبدأ بالزوال مع تناقص الصداع النصفى.¹

3.2. أسباب الحبسة التطورية:

1. الأمراض الإنحلالية: Les maladie dégénérative

تؤدي هذه الاضطرابات إلى الموت التدريجي للخلايا العصبية، وينجم عنه تلف تدريجي للوظائف الذهنية (الانتباه، الذاكرة، الحكم...) ويلاحظ وجود عدة أنواع من الجنون العضوي للراشد أو غالبا ما ينجر عن هذه الإصابة أعراض تنتمي إلى الجدول العيادي لحبسة فرنيكي من النوع II، وتصاب هذه الأعراض اضطرابات لغوية وكذا أعراض نفسية عصبية مثل أمنيذا بالإضافة إلى الإستمرارية التي تظهر في كل سلوكيات المصاب.² ومن بين الأمراض الإنحلالية نجد:

أ - مرض الزهايمر Les maladie d'Alzheimer

سببه فقدان للنيورونات التي تنتج الأستيل كولين في النواة القاعدية، وتشير الدراسات إلى أنه يصيب حوالي 5% من السكان فوق 65 سنة، ويتميز مرضى الزهايمر بعجز في الذاكرة، اللغة، الإدراك، الإكتئاب، ومع تقدم المرض يصبح المريض مشوشا، ثم بعد ذلك يصبح عاجزا، ثم الوفاة، وتظهر الأعراض الأولى على شكل نقص في الكلمة والنقص في السيولة اللفظية ثم تظهر أعراض أخرى تشبه أعراض الحبسة فوق القشرية الحسية.

¹ محمد عبد الرحمان الشقيرات، المرجع السابق، ص225-321

² Le cours , L'Hermitte,P331.

ب - مرض الباركنسون: Les maladies de parkinson

ويحدث بسبب نقص في إفراز مادة الدوبامين، ومن أعراضه نقص في السيولة اللفظية، مصاحبة باضطراب نطقية.

و في الأخير يمكن القول أن Les maladies dégénératif تؤدي إلى اضطرابات في الوظائف المعرفية مثل: الانتباه، الذاكرة، اللغة، وعدم القدرة على التعرف والحركة واضطرابات سواء في اللغة الشفوية والمكتوبة بالإضافة إلى ظهور أعراض حبيسة فرنكي .

2. الأمراض المعدية Les maladies infectieuses

قليلا ما تسبب الحبيسة فمثلا إذا وجدت دملة Abscès في الفص الصدغي ذو أصل بكتيري أو طفيلي يؤدي إلى إصابة دماغية متمركزة، وهي عبارة عن تعفن، يمكن أن تنشط حسب مدة تطورها وتكون مصحوبة عادة بنتوء عصبي وارتفاع ضغط الدم داخل الجمجمة، ويؤدي العلاج بالجراحة إلى إزالة العامل المسبب إضافة إلى المضادات الحيوية ومع هذا تظهر الحبيسة بشتى مظاهرها.

3. الأمراض الأيضية والتسممية: Les maladies métaboliques

لا تؤدي بالضرورة إلى الحبيسة، ولكن إذا اتسعت رقعتها تحدث أمراض الدماغ، ويمكن أن تعطي إصابة دماغية محلية والتي بدورها تؤدي إلى ظهور الحبيسة إذا كانت في النصف الكروي المخي الأيسر.¹

3. أنواع الحبيسة:

لقد اختلفت أسباب الحبيسة وتنوعت فهي كثيرة ومتنوعة منها الصدمات والأورام والحوادث الدماغية، كذلك اختلاف حجم ومكان الإصابة مما يؤدي إلى تصنيف الحبيسة إلى أنواع وذلك حسب أعراضها ومكان إصابتها.

¹ Le cours , L'Hermitte,P332.

أنواع الحبسة	المرادفات	الأعراض الإكلينيكية	مكان الإصابة في الدماغ	الأعراض المصاحبة
-حبسة بروكا Aphasie de Broca	-حبسة حركية قشرية lichtein 1885 -حبسة التعبير Dejerine 1914 -حبسة حركية محيطية Gold stein 1948 -حبسة حركية Luria 1964	-التقليل اللغوي Reduction du langage -اضطرابات نطقية Trouble arthrique -نقص الكلمة Le manque du mot -الفهم الشفهي عادي وغير مصاب -التفكك الصوتي -القولبية La stéréotypé -الخرس الحبسي Le mutism phasique -الإستمرارية Persévation -التفكك الآلي الإرادي. -إصابة النغمة Dysprosodie -عسر الخط Graphisme -أخطاء نحوية Agrammatisme -الوعي بالإضطراب Anosognosie -فقدان القراءة Alexie	تمس أعلى وأسفل التلفيف الجبهي الأيسر الثالث F3 والمناطق القشرية المحيطة وفي عمق الكبسولة الداخلية إلى النواة الرمادية المركزية.	شلل نصفي أيمن كلي أو شلل ذراعي وجهي وأحيانا شلل لجانِب العين

Hémipari	تمس تلفيف أو	-السيولة اللفظية وفقدان الفهم	الحبسة الحسية	حبسة فرنيكي
sie عجز	باحة فرنيكي	الشفهي وعدم الوعي بالإضطراب	فرنيكي 1874	Aphasie
نصفي للقوة	والباحة الترابطية	Anosognoie	الحبسة الحسية	de
العضلية	السمعية التي تقع	-الرتانة jargonaphasie	القشرية 1885	wernick
شلل	في الجانب	-النطق سليم والنغمة سليمة ولكن	Lichtein	
نصفي في	الخلفي	لا تتماشى مع المضمون	الحبسة النحوية	
حقل الرؤية	للواجهة الخارجية	-التكرار مضطرب	Head 1926	
	للتلفيف الصدغي	-تحولات شفوية Paraphasie	الحبسة الحسية	
	العلوي الأول T1	-تحولات شفوية صوتية	المركزية Gold	
	على مستوى	Paraphasie Phonémique	stein 1948.	
	الباحة 22	-تحولات شفوية شكلية	حبسة فرنيكي	
	ليرودمان.	Paraphasie morphologique	نوع 1 Le cours	
		-اختراع كلمات جديدة	et L'hermitte	
		.Néologisme	1979	
		-الكتابة عن طريق الإملاء		
		مضطربة جدا.		
		-الكتابة العفوية جيدة.		

شلل نصفي حسي حركي	تكون على مستوى مناطق الإلتقاء في الأمام نحو منطقة بروكا وفي الورا نحو منطقة فرنكي والمناطق المحيطة يهما.	-التقليل الكمي والكيفي يكون كبير وإصابة حادة لكل من الوظائف اللغوية. -انقطاع تام أو نصف تام للغة - الخرس. -التعبير العفوي غائب وإن وجد فبصفة قليلة (مقطع، القولية، نقص الكلمة، عدم القدرة على القراءة والكتابة).	الحبسة الكلية Déjerine الحبسة الكبرى Broca	الحبسة الكلمية Aphasie ToTale
	تسمى التليف الصدغي السفلي T3	-النغمة والنطق عاديان. -السيولة اللفظية عادية وأحيانا ناقصة وتتميز بتوقفات. -الجملة مركبة جيدا ولكن فقيرة من ناحية استعمال الأسماء وفي بعض الأحيان تكون غير مكتمل inachevé -التسمية تكون مضطربة. -المفحوص يكون واعي بالإضطراب -التكرار عادي -القراءة بصوت مرتفع تكون عادية -الكتابة المنقولة عادية -الكتابة عن طريق الإملاء عادية -استعمال المرادف Periphrases	Aphasie- anomique Benssen 1979 aphasie- amnésique Pitrés. -حبسة دلالية Head 1926	الحبسة النسيانية Aphasie Amnésiqu e

أبراكسيا فكرية حركية	خلل على مستوى الحلقة السمعية النطقية عند انقطاع الحزم المقوسة المجمعة في القشرة السمعية وهذا التلف متغير حسب نشأة جزء خلفي القشرة السمعية على مستوى الشق فوق الهامشي على مستوى الجزيرة الصغيرة	-سيولة في الكلام العفوي -يظهر في الخطاب نقص الكلمة مع وجود تقطعات -الفهم عادي أو شبه عادي -تحولات لفظية من نوع Morphologique -محاولة عفوية للتصحيح الذاتي -التسمية مضطربة -تحولات سمعية صوتية Audio phonatoire -تحولات بصرية صوتية Visuo phonatoire -تحولات Dysorthographique -استعمال أسلوب التلغرافي Style télégraphique -القراءة بصوت مرتفع مضطربة -الكتابة العفوية مضطربة -النقل مضطرب -عسر الكتابة	-حبسة مركزية Gold stein 1948 -حبسة حركية إرسالية وحبسة حركية استقبالية	الحبسة التوصيلية Aphasie de conductio n
		وتتمثل في المظاهر المصاحبة لكل أنواع الحبسة السالفة الذكر.		الحبسة المختلطة

جدول رقم (01) : أنواع الحبسة¹

¹ Le cours , L'Hermitte .(1979). L'Aphasie , Flammarion Médecine sciences, université de Montréal , Paris

4. أعراض الحبسة:

تتميز الأعراض الملاحظة في اضطراب الحبسة بأنها غنية ومتنوعة ولهذا يجب التعرف عليها بصفة دقيقة سواء على المستوى الكمي أو الكيفي، حيث نجد الأعراض الخاصة بالتعبير الشفوي والكتابي وكذا الفهم الشفهي والكتابي.

4.1. الأعراض الخاصة باللغة الشفهية:

1. نقص الإنتاج اللغوي: (la reduction du language)

ويتحقق ذلك في الإفتقار الكلي للغة التعبيرية سواء على المستوى الكمي أو الكيفي، وهذا النقص يمكن أن يظهر في حالة الاسترجاع أي بعد مرور عدة أيام وأسابيع فإنه يظهر على شكل قولبية.

2. القولبية: la stéréotypie

هي عبارة عن مقطع أو كلمة منفردة أو جملة قصيرة يرددها الحسبي في كل وضعية كلامية، ويمكن أن تختفي في بضعة أسابيع أو شهور أو قد تستمر حتى لعدة أعوام مثل الحالة الشهيرة لبروكا التي بقيت تكرر المقطع tant لمدة 21 سنة وهي نوعين: قولبية ذات كلمات دالة وقولبية ذات كلمات غير دالة.

3. الخرس: le mutisme

غالبا ما يظهر في بداية الإصابة، حيث نلاحظ غياب تام للغة، فالحالة تستعمل الإشارات للاتصال وتحتفظ بالفهم وعادة ما يكون الخرس مؤقت.¹

4. نقص الكلمة: le manque du mot

يعني صعوبة أو استحالة إنتاج الكلمة الملائمة في نشاط لساني معين، ويبرز خاصة حين يتعلق الأمر بإنتاج الأسماء، حيث يلاحظ غياب هذه الأخيرة في جمل المريض وتعويضها ببعض الأفعال. يوجد فقدان الكلمة في كل أنواع الحبسة، وهو يعني تلك الصعوبة التي يتلقاها المريض في العثور على الكلمة المنتظرة منه أو التي يريدتها، رغم تمكنه من التعرف عليها حين يسمعها وتمكنه

¹ Pialoux P, valtat M, freyss, legent F.(1975).Précis d'orthophonie , Ed , Masson , Paris , P229-230.

من تعيينها على الصورة التي تمثلها، وتمكنه من اختيارها من بين مجموعة من الصور تمثل كلمات أخرى.¹

ويمكن مساعدة المفحوص بالتسهيلات اللفظية Ebouche orale وذلك من خلال المقاطع الأولى، وعلى العكس فإن نقص الكلمة يكون معزول أي يكون متطابق مع الحبة النسيانية، فإن التسهيلات اللفظية تكون غير فعالة.²

5. الإستمرارية: La persévération

هي عبارة عن إعادة الكلمة أو جزء منها، يستعملها المصاب كوسيلة تعبيرية تعوض الكلمات الأخرى وتظهر من خلال التكرار الإرادي لوحدة لسانية.³ وهذا العرض قد يظهر في جميع مستويات اللغة (الحروف، الكلمة، الجملة) ويقصد به إعادة ظهور الحروف، الكلمة أو الجملة التي سبق وأن نطقت بها الحالة من قبل.⁴

6. اضطرابات النغمة La Dysprosodies

كتب Monrad krohn في هذا الموضوع " تحريف نبرة الصوت" وهو اضطراب في نغمة اللغة بصفته نشاط كلي للمخ، حيث تكون نبرة المفحوص غريبة، حيث نلاحظ ارتفاع في حدة الكلمات والجمل وتباطؤ في النطق ومقاطع متقاطعة، صعوبة في مراقبة مميزات الصوت، اضطرابات في الإيقاع، كما يرى Monrad krohn أن هذا العرض مرتبط بالاضطراب النطقي.⁵

¹ بوريدح نفيسة.(2021). الحبة وعلو الأعصاب اللغوي العيادي"مقاربة عيادية وطرق التكفل". دار الخلدونية:الجزائر، ص87-88.

² Bilirairie Moloine.(sans année). Conférences de neurologie, l'aphasie, S.A éditeur , Paris , Sal Petrière, P10.

³ Pialoux P, valt M, freyss, legent F.(1975).Précis d'orthophonie , Ed , Masson , Paris , P230.

⁴ Barbizet .j, Duizabo.(1977). Abrègè de neuro –psychologie, éditions Masson, Paris ,P41.

⁵ Même référence.(sans année),P9

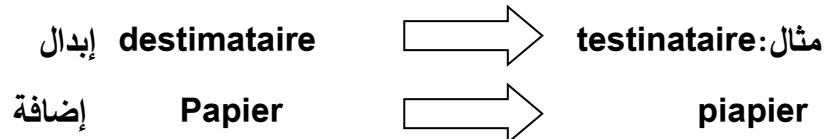
7. التحولات الشفوية: Les Paraphasies

وهي عبارة عن إنتاج خاطئ للكلمات ونجد:

• التحولات الشفوية الصوتية: Les paraphasies phonémiques

تتمثل في أخطاء على مستوى المقاطع الصوتية المكونة للكلمة، بحيث يمكن أن تتعرض إلى

الحذف Omission أو الإضافة Addition والتعويض (الإبدال) Substitution



• التحولات الشفوية اللفظية: Les paraphasies verbale

تتمثل في إبدال كلمة بأخرى، من بين التحولات اللفظية نتكلم عن التحولات الشفوية الدلالية

Les paraphasies sémantiques حيث يتم إبدال الكلمة المقصودة بكلمة أخرى تشترك معها

في الدلالة مثال: الشوكة بدلا من الملعقة (Fourchette au lieu de cuillère)

وتحولات شفوية شكلية Les paraphasies morphologiques وتتمثل في تبديل الكلمات

المقصودة بكلمة أخرى تشبهها في الشكل مثال: نار/ تصبح / فار /

هذه التحولات تظهر بصفة واضحة في اختبار التسمية، كما يمكن أن تظهر في اللغة العفوية

وتسمى بعرض اختراع الكلمات الجديدة.¹

8. الكلمات المخترعة: Le néologisme

المقصود بهذا المصطلح هو أن كل مقطع لساني يتلفظ به المفحوص على أساس أنه كلمة رغم

عدم وجوده في اللغة اللفظية المعترف بها من طرف المعجم اللساني.²

9. التفكك الآلي الإرادي: Désintégration automatique volontaire

تكلم عن هذا العرض جاكسون Jackson وهو فقدان الكلام الإرادي وبقاء الكلام اللاإرادي مثل

الكلمات التي يكررها المصاب أثناء الانفعال أو السرد أو محاولته لقراءة آية قرآنية.¹

¹ Pialoux P, valtat M, freyss, legent F.(1975).Précis d'orthophonie , Ed , Masson , Paris , P230.

² Rondal j , X.seron .(1999). Trouble du langage , Bruxelles, Mardaga , P37.

10. الأناثريا : Anarthrie

هي عبارة عن اضطراب يمس كيفية النطق دون أن يؤثر على الفهم الشفهي ولا على القراءة، وتظهر في عدة أشكال منها: الإبدال، الإدغام، الحذف، ويمكن أن تصل إلى درجة التفكك الصوتي، وتكون الأصوات المتحصل عليها من طرف الحالة موجودة في النظام اللساني لكنها ليست الأصوات المقصودة.²

2.4. الأعراض الخاصة باللغة المكتوبة:

1. الأخطاء النحوية: Agrammatisme

العجز النحوي هو أن اللغة تكون فقيرة، وتتميز بالتناقص في البداية والتقليل في البنية الشكلية والتركيبية فقط تكون بسيطة الاستعمال، وجود أخطاء في تصريف الأفعال واستعمال أدوات الربط وعادة ما يظهر الأسلوب التلغرافي Style télégraphique، العجز النحوي يظهر في حبة بروكا ويلاحظ تطور تقهقري Régressive في الحبة الكبرى مع التقليل العميق.

Dysyntaxie عسر التركيب أو الشبه النحوي بحيث يكون المفحوص واعي بالاضطراب النحوي

Anosognasie ويلاحظ عسر التركيب في مجرى الكلام مع لغة غزيرة³ Abondant

2. فقدان الكتابة Agraphie

في علم الأعصاب هي قصور في الكتابة بسبب إصابة مركز الدماغ الخاص بمنطقة الكتابة، فهي شكل من الأبراكسيا أي العمى الحركي.⁴

– Agraphie Aphasique : لديهم اضطرابات في اللغة الشفهية حيث نجد Paragraphe

تحولات، رطانة كتابية Jargon écrit وعسر التركيب الكتابي. Dysyntaxie écrit

¹ Même référence.(1975),P229.

² Barbizet .j, Duizabo.(1977). Abrègè de neuro –psychologie, éditions Masson, Paris ,P42.

³ Pialoux P, valt M, freyss, legent F.(1975). Précis d'orthophonie , Ed , Masson , Paris ,P231.

⁴ Brin. F,.(1997).Dictionnaire d'orthophonie , ORTHO , France , P8.

- Agraphie Apraxique: هو اضطراب في الحركة الخطية Graphisme التي يمكن أن تقلل من الخربشة gricbouillage illisible التي لا تقرأ.¹

3. فقدان القراءة Alexie: التي تتكون من مظهرين:

- Alexie aphasique هي فقدان الكلي لاضطراب قراءة الحروف Letter والمقاطع Syllable والكلمات Les mots.

- Paralexie يظهر أيضا في قراءة بعض الأصوات، بينما الكتابة تكون دائما بالتوازي مضطربة، كما أن فهم النص يبقى محتفظ Conservée في حين أن قراءة بعض الأصوات يكون غير ممكن، كما أن التهجئة تكون صعبة. ومنهجية إعادة بناء الكلمة حرف بحرف عن طريق الفاحص فتكون غير ممكنة. مثل هذه الاضطرابات اللغوية الكتابية غالبا ما تكون أكثر شدة من اضطراب اللغة الشفهية في الحبسة الشاملة رديئة.²

4. اضطرابات الحساب:

حيث يجد صعوبة في الحساب وفي تنظيم نشاطاته اليومية وعجز في تنظيم وقته، تحرير صك بريدي، كما نلاحظ في اضطراب الخبل والزهايمر، حيث تكون الأسباب مشتركة، كما يجد كذلك صعوبة في قراءة وكتابة الأرقام.³ كما أن الحبسي يملك ميكانيزم العملية الحسابية الدقيقة بصفة صحيحة ولكن معارفة مفقودة تاما.⁴

الفهم: عند المصاب بحبسة بروكا يكون عادي سواء تعلق الأمر بالفهم الشفهي أو الكتابي.

¹ Bilirairie Moloine.(sans année). Conférences de neurologie, l'aphasie, S.A éditeur , Paris , Sal Petrière, P13.

² Pialoux P, valt M, freyss, legent F.(1975). Précis d'orthophonie , Ed , Masson , Paris , P231.

³ Roger Gil.(1996). Neuropsychologie, Masson, Paris, 4^{ème} édition ,P219.

⁴ Anny Lanteri.(2004).Restauration du langage chez l'aphasique, 1^{er} édition,P93.

3.4. الأعراض العصبية والنفسية العصبية المصاحبة للحبسة:

1. الشلل النصفي : Hémiplegie

إن إصابة المنطقة العصبية الحركية تؤدي إلى شلل أو ضعف عضلي للنصف الأيمن من الجسم.

2. الأبراكسيا : Apraxie

هي عدم القدرة على تنفيذ سلوك حركي نتيجة إصابة عصبية والتي لا يمكن تفسيرها بإصابة حركية حسية أو ضعف عضلي، فهي سوء تنظيم الحركات وتنقسم إلى:

أ- الأبراكسيا الفكرية الحركية : Apraxie idéo-motrice

يكون المصاب عاجزا عن القيام بحركات متسلسلة ومعقدة.

ب- الأبراكسيا البنائية: Apraxie constructive

وهي الصعوبة التي يجدها المصاب في نقل الرسومات أو صعوبة البناء وخاصة الأشكال الهندسية.

ج - أبراكسيا عملية اللباس: Apraxie de l'habillage

وهو عدم القدرة على اللباس بشكل صحيح.¹

د - الأبراكسيا الفمية الوجهية Apraxie bucco-faciale

وهي تتمثل في الصعوبة التي يجدها المصاب في تنفيذ الحركات الفمية الوجهية بطريقة إرادية أو على أساس تعليلة شفوية أو تقليد.

التكلم كثيرا عن الابراكسيا الفمية الوجهية اللسانية في حبسة بروكا (الأعراض الوجهية، أعراض التفكك الفونيمي).²

¹ Le cours , L'Hermitte .(1979). L'Aphasie , Flammarion Médecine sciences, université de Montréal , Paris , P104.

² Brin. F.(1977). Dictionnaire d'orthophonie , ORTHO , France , P22.

3. الأفتوزيا: Agnosie

هي فقدان معرفة الأشياء وفقدان معرفة استعمالها عدم تمكن المصاب من التعرف على شكل الأشياء وطبيعتها وتنقسم إلى : فقدان معرفة الأشياء باللمس، ويحدث التلف في التلفيف الخلفي لشق رولاندو.

- فقدان التعرف على الأصوات: وينتج عن إصابة في الفص الصدغي الأيسر ومنه فإن المصاب يفقد معه التعرف على الأصوات الموسيقية والغناء.

- فقدان معرفة الأشياء المرئية: فلا يتعرف المصاب على الأشياء

- فقدان تقدير الأبعاد: حيث يصبح المصاب عاجزا عن معرفة طريقه

- عدم تمكن المريض من التعرف على أعضائه: فلا يدرك يمينه من يساره وعدم تمكنه من معرفة أصابعه وهذا العرض ينتج عن تلف في التلفيف الهامشي العلوي.

4. العمى النصفي: Hémianopsie

يوجد خلل عصبي يصاحبه اضطرابات وجهية فتظهر الرؤية فيكون فقدان جزء من المجال البصري، ليكون كل ما هو متموضع ضمن المجال من غير الممكن ملاحظته أو رؤيته ليبصر النصف، كما أن عدم التعرف الذي يتعرض له المريض كونه فهو ينتج تلف في التلفيف الهامشي العلوي.¹

5. الإضطرابات النفسية:

مع أن الذاكرة والانتباه والتمييز غير متلفة بصفة كبيرة عند المصاب بالحبسة، إلا أن الميكانيزم الفكري مضطرب، وبما أن المصاب ليس بحوزته الوظيفة اللغوية فهو يجد صعوبة كبيرة في التعبير عن أفكاره مما يؤدي إلى اضطراب ميزاجي، فيمكن أن يصبح منعزل، حزين، أو عنيف، قلق، مكتئب، سريع الانفعال وخاصة عندما لا يفهمه الغير.²

¹ فيصل الصباغ.(بدون سنة). موجز الأمراض العصبية، مطبعة جامعة دمشق، سوريا، ص60-65.

² Rimbaud (sans année). Précis de neurologie , 6^{ème} Editions , Gaston Dom et cie, Paris , P182.

6. متلازمة قرستمان : Syndrom de Gerstman

تجمع أو توحد بين نماذج مختلفة منها أقنوريا الأرقام، عدم القدرة على تمييز الأصابع، صعوبة التوجيه يمين- يسار بالإضافة إلى ذلك يفقد عملية إجراء خطة مكانية وفقدان الكتابة، حذف الحرف الأول من الكلمة وغالبا ما تكون الكتابة في فقرات، رطانة كتابية، والتحسن يكون عن طريق النسخ بالإعادة والإصابة تكون في المنطقة الجدارية الداخلية في النصف الكروي المسيطر وتشترك في اتصال مع الشق الزاوي Gyrus angulaire كما نجد أن المريض في هذه الحالة عاجز عن التعيين، التذكر، الإشارة، التمييز، بين الأصابع مثل: تقليد الفاحص.

كما أضاف قرستمان في وقت لاحق عرض آخر Hemianopsie العمى النصفي، كما وجد أنه في الحبسة النسيانية أقنوزيا بصرية وعجز في القراءة Alexie في حالة اتساع داخلي للإصابة الخلفية¹ Posterieur

المحاضرة الثالثة عشر: اضطرابات الإنتاج الصوتي:

1. تعريف اضطراب الصوت حسب F.Le Huche

هو اضطراب مؤقت أو دائم للوظيفة الصوتية، يشعر به الشخص المصاب، أو يحس به محيطه، كما يعرفه أنه تغير صفة أو مجموعة من الصفات الفيزيائية للصوت (الارتفاع، الشدة والطابع)، ينجم عنها استعمال سيئ للصوت، كما أن تغير صوت الكلام ينجم عن إصابات عضوية، وظيفية أو مزدوجة المصدر تخل بآلية الصوت، يبدأ تشخيصها عادة بالفحص الدقيق للحنجرة بواسطة التنظير الحنجري.

ويعرفه الفرماوي بأنه مجموعة الاضطرابات التي تتعلق بشدة الصوت أو حدته أو مداه ورنينه، ويطلق عليه (Aphonie) أو (Dysphonie)، حيث أوضح هالهان (1994) أن هذه الاضطرابات ترجع إلى قصور في الميكانيزم الوظيفي للجهاز الصوتي وتجويف الرنين، مما يترتب عليه أصوات شاذة عن المعتاد، مما يؤدي إلى مشكلات نفسية أثناء التواصل مع الآخرين.

¹ Roger Gil.(1996). Neuropsychologie, Masson, Paris, 4^{ème} édition ,P62-63.

2. أسباب الاضطرابات الصوتية:

- الاستخدام الخاطئ أو المكثف للصوت، عادة ما تصيب البحة الصوتية الوظيفية الأشخاص الذين يستخدمون أصواتهم كثيرا في الحياة اليومية، ويكون هذا الاستخدام سيئ، بحيث يكون مجهد في مكان دائم الرطوبة أو أكثر ضجيج، كالمصانع مثلا.
 - التدخين: نشير إلى المدخن والمحيطين به في مكان مغلق، والضرر الملحق به المتمثل في جفاف الغشاء المخاطي لمجاري التنفس ، كما يؤدي هذا الجفاف إلى ضمور الغدد المخاطية المسؤولة عن ترطيب الغشاء المخاطي، ولهذا الترطيب دور مهم في ميكانيكية عمل الشفاه، اللسان والتجويف الفمي، الحنجرة ثم الجهاز التنفسي.
- إنّ المواد الكيميائية للسيجارة تتسبب في تحوّل النسيج من الرطوبة إلى الجفاف، وقد يصبح العضو عرضة لمرض السرطان.

3. تصنيف اضطرابات الصوت:

تصنّف اضطرابات الصوت حسب (F.Le Huche) إلى قسمين: اضطرابات الصوت الوظيفية واضطرابات الصوت العضوية.

أولا: اضطرابات الصوت الوظيفية

1. البحة الصوتية الوظيفية البسيطة: La dysphonie fonctionnelle simple

البحة الصوتية ما هي إلا اضطراب في الخصائص الأكوستيكية للصوت، ممكن تكون الإصابة على مستوى الطابع أو الشدة أو الإرتفاع. ويمكن أن يشعر المصاب أن إمكانياته الصوتية جد محدودة في الصوت الغنائي أو الصوت الندائي. يمكن تصنيف سلبيات البحة على عدة مستويات: أكوستيكيا: انزعاج عند سماع الصوت المبح أو المضطرب.

من الناحية النفسية والاجتماعية: صعوبة في عدم الفهم والإصغاء.

من الناحية الجسدية: إحساس بالتعب خاصة عند الإستعمال المفرط من طرف المصاب.

لمعرفة كيفية تكوّن الإضطراب الصوتي الوظيفي البسيط La dysphonie لابد من التطرق إلى 3 نقاط:

1. الحلقة المفرغة للإجهاد الصوتي: أول شيء نقوم به لاشعوريا عندما الصوت لا يصل هو الضغط عليه ليتحسن رغما عنه، في البداية هذا الضغط الصوتي يعطي تحسن نسبي لكن على حساب الإنتاج الصوتي.

في الحالة العادية يمكن أن تزول بصفة عفوية ولكن إذا توفرت العوامل المساعدة والمؤهلة فالشخص يجهد نفسه وفي نفس الوقت ينقص الإنتاج الصوتي، والزيادة في الإجهاد الصوتي يصبح مع مرور الوقت عادة وبالتالي توتر دائم في ميكانيزم الإجهاد الصوتي. هذا السلوك المجهد يحفز على استعمال التنفس الصدري عوضا عن التنفس البطني.

2. العوامل المساعدة: هناك عوامل من الطابع العضوي وعوامل من الطابع النفسي.

- **العوامل ذات الطابع العضوي:** تتمثل في أمراض الأنف، الأذن والحنجرة.

- **العوامل ذات الطابع النفسي:** كالعوامل المهنية أو العائلية أو العاطفية.

3. العوامل المؤهلة: العوامل المساعدة لا تكفي وحدها لتكوين الحلقة المفرغة للإجهاد الصوتي، بل يجب أن تضاف لها عوامل مؤهلة كالواجبات الاجتماعية المهنية كالكلام أو الغناء خاصة بالنسبة للمصلين، الأساتذة والأمهات. والخصائص السيكلوجية مثل العوامل النفسية المؤهلة للقلق.

- الكحول والتدخين.

2. الإضطراب الصوتي الوظيفي المعقد La dysphonie fonctionnelle compliqué

1. العقيدة: Le nodule

1.1. تعريف العقيدة: هي عبارة عن انتفاخ يقع في الثلث الأمامي والأوسط على مستوى وتر صوتي واحد أو وترين، وهو منتشر عند النساء وعند الأطفال خاصة عند الذكور، وتكون بعد بحة

صوتية دامت مدة طويلة بعد الفحص الحنجري، تظهر العقيدة على شكل انتفاخ ذو لون رمادي أو وردي في إحدى الوتران أو كليهما.¹

أكدت الدراسات التي قام بها كل من بوشاير وكرونت أن العقيدة تظهر عند الأساتذة بنسبة 80 %، ومعروف أيضا أنها تظهر عند النساء والأطفال أكثر مما تظهر عند الرجال ، تكون عادة ظهور العقيدة في مرحلة موانية لمرحلة الاضطراب الصوتي الوظيفي البسيط ، الذي استقر عند المصاب لمدة معينة تمثل أشهر أو عدة سنوات . فالبحة الصوتية البسيطة تتطور تدريجيا في هذه المدة لتتحول إلى عقيدة الوتر الصوتي تعيق تصويت المصاب وتجعله يحس بالوخز والآلام، وكذلك تعب صوتي مستمر في الحوارات المطولة، فالعقيدة تغير وتخل في الخصائص الفيزيائية، فيتحوّل الجرس إلى جرس أبج، ولا يستطيع المصاب إلقاء صوته كما يفعل في السابق دون أي معاناة، وكذلك يسجل صعوبات على مستوى إنتاج الصوت الحاد.²

2.1. أنواع العقيدة:

يمكننا أن نجد الأنواع التالية من العقيدات:

1.Les nodules épineux:

لها شكل شوكة بيضاوية مغلقة بمخاط، هذه الأخيرة ممكن أن تطرد خارج الحنجرة بفعل السعال، هذا ما يسمح بفحص الحجم الحقيقي للعقيدة وتنقص الأعراض عندما تطرد الشوكة.

2.Les nodules œdémateux:

هي عقيدة حديثة تظهر على شكل تورم أو انتفاخ أملس ذو كثافة لينة، وهذا راجع لحدثة العقيدة.

3.Le nodule en miroir/Kissing nodule:

¹ François Le Huche, André Allali .(2008).la voix sans larynx , solal , 5^{ème} édition.

² ركزة سميرة، فايزة صالح الأحمدى.(2016).أمراض الصوت.جسور للنشر والتوزيع:الجزائر، ص40-41.

هما عبارة عن عقيدتان متقابلتان، هنا الإصابة تكون في الجانبين، هذه الإصابة هي الأكثر انتشارا في العقيدات، وفيه نجد عقيدة أحد الجانبين أكبر من الأخرى. ونلاحظ غالبا رابط مخاطي يجمع بين العقيدتين عند انتفاخ الوتران الصوتيان.

4.Le nodule Fibreux:

هي عقيدة قديمة ذو كثافة صلبة تظهر كالمسمار.

3.1. أعراض وجود العقيدة:

- **الأعراض الذاتية:** كل الأعراض والإحساسات الذاتية التي يمكن أن تسجل عند المصاب ببحة وظيفية بسيطة يمكن أن تظهر عند المصاب ببحة ناتجة عن عقيدة ، فتكون الآلام والوخز هي الشكاوي الأكثر انتشارا عندهم.

- التعب عند الحوارات المطولة.

- المريض يشكو أحيانا من غياب أو اختفاء قدراته الغنائية.

- عدم الرضا عن الصوت والنظرة السلبية له.

- بعض الصعوبات في صوت النداء.

- **الأعراض الموضوعية:** لا يمكن التنبؤ بوجود عقيدة على الوتر الصوتي بمجرد سماع الصوت، فإن لمنظار الحنجرة دور في غاية الأهمية عند الفرد المصاب بالعقيدة، وبها يمكن أن نلاحظ ونتأكد من حالة الأوتار الصوتية.

4.1. مظهر العقيدة بالمنظار الحنجري: عن طريق الجهاز الخاص بالحنجرة تظهر العقيدة و

كأنها ورم صغير يبلغ حجمه من 1-2 مم يبرز على حافة الوترين للثلث الأمامي والثلثين الخلفيين يبين لونها رمادي أو وردي ، وباقي الوترين يبقى لونهما عادي .

يختلف حجم وصلابة العقيدة باختلاف الحالات.¹

2. السلالة المخاطية: Les polypes

1.2. تعريف السلالة المخاطية: هي شبه سرطان غير خبيث في الوتر الصوتي، يبدأ ظهوره بمضايقة صوتية هامة ومفاجئة، تكون دائما بعد إجهاد صوتي شديد يأتي في ظروف خاصة كالتهاب المسارات الهوائية العليا أو المواقف النفسية الصعبة.

2.2. أعراض السلالة المخاطية: من الناحية العيادية أول عرض يمكن ملاحظته هو بحة الصوت أو تغير في خصائص الصوت، وهذا راجع لاهتزاز الأوتار الصوتية، ويكون المصاب يشكو من شدة الصوت، و يعاني المريض من تعب صوتي، وفي بعض الأحيان الإحساس بوجود جسم غريب وأيضا الإحساس بالتهاب حنجري.

3.2. أنواع السلالة المخاطية: Le polype نوعان:

Le Polype Sessile و Le Polype Pédiculé

3: الأشكال الخاصة للبحة الصوتية الوظيفية:

1. بحة الطفل: La raucité vocale infantile

تتميز هذه البحة بإجهاد صوتي كبير، مصحوب بتغير في الطابع الذي يصبح غليظ وأجش. ومن السبب الكلاسيكي لبحة الطفل هو الإصابة العادية للحنجرة بالتهاب حنجري بسيط والذي من خلاله لم تعطى للطفل راحة صوتية، وهذا ما ينتج عنه إجهاد صوتي والذي سيستمر بعد زوال الالتهاب الحنجري.

تستقر البحة عادة بطريقة تطويرية وبمراحل متعاقبة وشيئا فشيئا تصبح البحة دائمة.

¹ ركزة سميرة، فايضة صالح الأحمدي.(2016).أمراض الصوت.جسور للنشر والتوزيع:الجزائر، ص51.

2. اضطراب صوت البلوغ عند المراهق: La mue faussée:

هو اضطراب يكمن في عدم تغير صوت المراهق في سن البلوغ عند الذكور، ويحدث هذا الاضطراب إما لأسباب عضوية (الغدد) أو لأسباب وظيفية (خلل في تكيف المراهق مع التغيرات التي تحدث للحنجرة)

• العلامات الصوتية التي تميز صوت المراهق:

1. الصوت يكون حاد: ويكون بارز وشديد، هذه الحالة نادرة.
2. الصوت حاد ومغلظ: وهي الأكثر شيوعاً، حيث يكون الصوت حاد ويحاول المراهق تغليظه.
3. الصوت ذو النغمتين: هذا النوع نادر، ويظهر لنا كأن أحد الوترين الصوتيين يعمل في السجل الحاد والآخر في السجل الغليظ.
4. تناوب السجلين: في هذه الحالة الصوت يمر بطريقة مفاجئة من السجل الحاد إلى السجل الغليظ، وذلك خلال التصويت في جملة واحدة بدون أن يدرك المفحوص ذلك. وعند سماع التسجيل الصوتي سوف يدرك ذلك.

3. اضطراب الصوت عند المرأة La voix virilisée chez la femme

يظهر هذا الاضطراب عند المرأة عندما تعالج بأدوية تحتوي على الهرمون الذكري التستسترون (Testostérone) حيث تعالج المرأة بهذه الهرمونات إذا أصيبت بأحد الأمراض التالية:

- ورم الثدي
- اضطراب في العادة الشهرية
- اضطراب سن اليأس
- الكسر
- النحافة الشديدة
- الروماتيزم

أول علامة عيادية يمكن ملاحظتها هي أن الصوت يكون حاد يصبح خشن، فإذا توقفت المصابة عن تناول العلاج الهرموني في البداية فقد تسترجع المصابة صوتها، أما إذا استمرت في العلاج لمدة طويلة فإن هذا سيؤدي إلى تغير في صوتها.

إن فقدان التحكم في الصوت سيؤدي إلى اضطراب نفسي، حيث لا تحب المفحوصة سماع صوتها الذي يشبه صوت الرجل.

4. البحة التشنجية: Dysphonie spasmodique

هو اضطراب في الوظيفة الصوتية، وهو نادر ولكنه في أغلب الأحيان خطير، يأتي عادة بصفة تدريجية، حيث يظهر هذا الاضطراب على شكل تشنجات حنجرية، وفي بعض الأحيان تنفسية، وهذا ما سيعيق التصويت.

5. البحة النفسية: Dysphonie Psychogène

تعرف البحة النفسية ك فقدان أو إصابة في أحد الخصائص الفيزيائية للصوت، والتي تكون مرتبطة بميكانيزم توقف نفسي. هذه الإصابات لا تأتي فجأة بل تتطور بعد صدمة إنفعالية.

العلاج الأروطوفوني مطلوب لكن لابد من تدخل نفسي.¹

ثانيا: اضطرابات الصوت العضوية:

1. أسباب البحة الصوتية العضوية:

1.1. إصابات الحنجرة: ومنها:

أ. الشبكة الحنجرية: تشير تلك الحالة إلى وجود غشاء يمتد بين الأوتار الصوتية، وقد يكون هذا الغشاء ولاديا، أو ناتجا عن بعض أنواع الحقن أو العمليات الجراحية، ومن الممكن أن يختلف هذا الغشاء في الحجم من نسيج صغير إلى غشاء يغلق لسان المزمار تماما، وعندما يكون هذا الغشاء سميكاً فإنه يعيق عملية التنفس ويتطلب تدخل جراحي سريع. إذ قد يؤدي إلى اختناق الوليد ووفاته

¹ François Le Huche, André Allali .(2008).la voix sans larynx , solal , 5^{ème} édition

إذا كان الغشاء ولاديا، أما عندا يكون الغشاء أقل سمكا فإنه قد يؤدي إلى احتباس الصوت . فنجد أن الطفل عندما يحاول الكلام يكون صوته أجشا أو أعلى من الطبيعي، ممّا يتطلب تدخل كل من طبيب الحنجرة وأخصائي التخاطب في وضع خطة العلاج.

ب. التهابات الحنجرة: يصاب الصغار والكبار بالتهابات تؤثر على الأوتار الصوتية، فتغير من شكلها وتصبح محتقنة وحمراء ومستديرة، وتتورم الأنسجة المحيطة بها فتؤثر على عملية إنتاج أصوات الكلام، وقد تكون هذه الالتهابات ناتجة عن إصابة الصغار بأمراض فيروسية أو ميكروبية، بينما قد ترجع لسوء استعمال الصوت عند الكبار، التي قد تتحول من التهابات حادة إلى مزمنة، تؤدي بدورها إلى ارتخاء الأوتار الصوتية وشعور المريض بحرقه واستثارة في الحنجرة، وقد يجد صعوبة في الكلام، وقد يفضل الامتناع عنه. مثلا التهاب الغضروف المحرك للحنجرة ، الذي يحدث في حالات الإصابة الفيروسية أو بعد نزلة برد حادة ، أو بسبب إعياء عضلي ، كما يحدث لدى المطربين.

ج. أورام الحنجرة: إنّ كلمة ورم تحمل الكثير من المعاني، فيتم تعريفها بأنه نسيج غريب ينمو بشكل أسرع من الطبيعي، ويستمر في النمو بعد توقف المثير. أمّا درجة الورم فلها علاقة بمكان الإصابة. ومن المعلوم أن هناك نوعين من الأورام الحميدة والخبيثة. وكمثال على ذلك الورم الحليمي للحنجري، والذي ينتج عن تكاثر الحليمات على مستوى الأوتار الصوتية، وهو ناتج عن فيروس، حيث تكون أول علاماته البحة الصوتية مع نقص في شدة الصوت، والعلامة الثانية هي ضيق تنفسي.

د. الإصابات والحوادث: قد تتمزق غضاريف الحنجرة، أو تصاب الأوتار الصوتية أثناء إجراء العمليات الجراحية بالحنجرة، أو أثناء استخدام المنظار لفحص الجهاز التنفسي، أو الأوتار الصوتية، أو أثناء استئصال لحمية من الأوتار الصوتية. وقد تحدث إصابة الحنجرة من الخارج نتيجة الحوادث أو الضرب أثناء العراك أو الملاكمة...

إنّ آلية سقوط الجسم الغريب مرتبطة بالشهيق المفاجئ الذي يصادفنا أحيانا في حالة الرعب أو الضحك أو البكاء، وينجرف الجسم الغريب مع التيار الهوائي للحنجرة، فإما أن يتوقف في الحنجرة

أو يتابع طريقه إلى الرغامي أو القصبات، ويعاني المريض بعدها بالشعور بالاختناق والسعال التشنجي، إلى أن يعتاد المريض عليه . وتحدث نوبة السعال والتشنج عندما يحدث تغير في وضعية الجسم الغريب.

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

إن الأشخاص شديدي الوهن والضعف تنعكس حالتهم على أصواتهم، فيبدو صوتهم ضعيفا ، الأمر الذي يحدث إما نتيجة عدم غلق لسان المزمار أو الاقتراب البسيط بين الأوتار الصوتية أثناء الاهتزاز.

و. إصابات الأوتار الصوتية:

- **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 الدماغى ، وأحيانا أخرى يكون السبب إصابة هذه الأوتار بالتهابات فيروسية، وفي هذه الحالة يمكن الشفاء التام خلال ستة أشهر، لكن في الأغلب يكون السبب هو إصابة العصب المحيط بالحنجرة. وقد يكون هذا راجعا إلى تضخم في الأذنين الأيسر نتيجة ضيق في الصمام الإكليلي، أو نتيجة سرطان في القصبة الهوائية. كما قد يكون أحيانا بسبب ندبة في قمة الرئة ناتجة عن إصابة رئوية. وأيضا قد يرتبط بتضخم في الغدة الدرقية نتيجة الإصابة بسرطان الغدة.

- **جفاف الأوتار الصوتية:** يحدث جفاف الأوتار الصوتية بسبب عدوى الجهاز التنفسي، والجفاف الذي تسببه بعض العقاقير كمنشطات الربو. ويعتقد أن جفاف الأوتار الصوتية هو أحد عوامل مشكلات الصوت، ومنها خشونة الصوت. ولذا ينصح المرضى بزيادة السوائل والأغذية الرطبة إلى أقصى درجة ممكنة.

- **اختلال أعصاب الأوتار الصوتية:** قد تختل الأعصاب المسؤولة عن حركة الأوتار الصوتية ، فلا تتحرك بالانتظام اللازم لعملية الكلام. وقد تحدث نتيجة تقلصات الحنجرة، كما قد يؤدي إلى

انضمام الأوتار الصوتية إلى الداخل وانعدام القدرة على الكلام. وقد يحدث تقطع الصوت نتيجة خلل في حركة عضلات الحنجرة والأعصاب المحركة للأوتار الصوتية.

2. استئصال الحنجرة:

1.2. تعريف الاستئصال الحنجري: هي عملية جراحية تتمثل في نزع أو قطع كلي أو جزئي للحنجرة، بهدف إبعاد المريض من خطر الموت، كما نجدها أكثر انتشارا عند الرجال مقارنة بالنساء ، وخاصة عند من تجاوز 40 سنة.

2.2. أنواع استئصال الحنجرة:

أولا: استئصال الحنجرة الجزئي:

يتم استئصال الحنجرة الجزئي لبعض الحالات التي تعاني من الأورام السرطانية الخبيثة التي تصيبها، وقد يكون هذا الاستئصال أحد خطوات العلاج ، قد يليه علاج إشعاعي أو علاج كيميائي أو الاثنين معا، وينتج عن ذلك فقدان المريض عضو إصدار الصوت بصفة جزئية. ويوجد نوعين من الاستئصال الجزئي للحنجرة: الاستئصال الجزئي للحنجرة العمودي و الاستئصال الجزئي للحنجرة الأفقي.

ثانيا: استئصال الحنجرة الكلي:

هي عملية جراحية تتم من خلالها نزع الحنجرة كلية، فهذا الاستئصال ينجم عنه نزع كل مكونات الحنجرة بما فيها الأوتار الصوتية ، وأول عملية جراحية تمت في فيينا 1973. ويجرى هذا النوع من الاستئصال في حالة ما تكون الإصابة متكررة وتمس الطوابق الثلاثة للحنجرة، فيصبح الفعل التصويطي القديم غير فعال بسبب تغير مجرى الهواء الذي أصبح في العنق. ويستعمل مستأصل الحنجرة الكلي الصوت المرئي la voix oesophagienne لإبالة الهواء الخارج من خلال التجشؤ، ثم يتم تعديل الصوت المكتسب و إطلاته إلى مقاطع وكلمات تمتد لاحقا إلى جمل.¹

¹ طيار شهباز. (2014/2013). دور التكفل الأروطوني في علاج اضطرابات البلع واضطرابات الصوت بعد عملية استئصال الحنجرة الجزئي فوق الحلقي من نوع (CHEP). أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 2، ص 78.

- الخصائص الصوتية لمستأصلي الحنجرة:

هناك ثلاثة أنواع من الأصوات الممكنة بعد عملية الاستئصال:

- **الصوت المهموس:** وهو ناتج عن حركات طبيعية تقوم بها أعضاء النطق،، وذلك باستعمال الهواء الموجود في تجويف الفم والبلعوم، ويتميز هذا الصوت بضعف شدته.
- **الصوت البلعومي:** ينتج هذا الصوت عندما يحاول المصاب بذل جهد لتحسن الصوت المهموس، يسمح هذا الصوت بنطق كل الصوامت ما عدا الغنية، ويتحصل هذا الصوت بضغط قاعدة اللسان على جدار الحلق أو على شراع الحنك. هذا الصوت رديء جدا ويتطلب جهد كبير.
- **الصوت المرئي:** وهو أحسن هذه الأصوات وأقربها إلى الصوت الحنجري، إلا أنه يتميز بشدة ضعيفة ، طابع أجش ، مع وجود ضجيج وتشوه على مستوى الأصوات الغنية

- التغيرات الفيزيولوجية بعد الاستئصال الحنجري الكلي:

تتغير الوظيفة الفيزيولوجية للحنجرة بعد الاستئصال الكلي، حيث ينتج عن ذلك مايلي:

1. التغيرات المؤقتة:

- **الشم:** فقدان نسبي لحاسة الشم نظرا لتغير مسار الهواء، بحيث لم يعد باستطاعة المفحوص استنشاق الهواء عن طريق الأنف، وبالتالي فقدان الاتصال بين التجويف الفمي والأنفي مع الرئتين، لكن مع مرور الوقت وبالتكيف يستطيع مستأصلي الحنجرة استرجاع هذه الحاسة.
- **الدوق:** فقدان الذوق بصفة مؤقتة، وذلك نتيجة الأشعة التي استعملت أثناء العملية الجراحية، التي أحرقت جزئيا مخاطية الفم والغدة اللعابية.
- **عملية البلع:** عند الانتهاء من عملية استئصال الحنجرة الكلي، يتغذى المريض بواسطة أنبوب يدخل في المنخار، ويدوم هذا النوع من التغذية 15 يوما.

2. التغيرات الدائمة:

- فقدان الصوت الحنجري: وهذا بسبب فقدان الأوتار الصوتية والتنفس الرئوي واتساع في حجم التجويف البلعومي.

- عملية التنفس: تغير في مسار التنفس الرئوي، حيث تصبح القصبة الهوائية متصلة بقاعدة العنق عن طريق وضع ثقب يسمى الخزع الرغامي، بحيث يمر الهواء من خلاله إلى الصدر، وتوضع فتحة بصفة مؤقتة (3-4 سنوات) حتى لا يغلق الثقب باعتباره المصدر الوحيد للتنفس.

المحاضرة الرابعة عشر: اضطرابات اللغة لدى المصابين بالإعاقة الحركية الدماغية، عرض داود والتوحد:

1. التوحد:

إنّ التوحد عبارة عن إعاقة في النمو ، تستمر طيلة عمر الفرد، وتؤثر على الطريقة التي يتحدث بها الشخص، ويقيم صلة بمن هم حوله، ويصعب على الأطفال وعلى الراشدين المصابين بالتوحد إقامة صلات واضحة وقوية مع الآخرين ، وعادة لديهم مقدرة محدودة لخلق صداقات وفهم الكيفية التي يعبر فيها الآخرون عن مشاعرهم، وفي كثير من الأحيان يمكن أن يصاب المصابين بالتوحد بإعاقات في التعلم.¹

1.1. تعريف التوحد:

هو اضطراب يتميز بالقصور في نمو قدرات الطفل، مع وجود اختلال كفي في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة ومخزون محدود أو نمطي ومتكرر في أنماط تواصله، حيث يتميزون بسلوك الانسحاب من الواقع، والقصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين، أو التردد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون، ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية.

¹ علي إسماعيل وطفة.(2014). التوحد عند الأطفال، الأكاديميون للنشر والتوزيع: عمان، الطبعة الأولى، ص31.

ويعرف التوحد أيضا بأنه نوع من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال، ومن أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، ويظهر خلال الثلاث سنوات من عمر الطفل، ويعوق عملية الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي والادراكي والكلامي عند الطفل.¹

2.1. خصائص وسمات الأطفال التوحديين:

- يرى روث سوليفان (Roth Sullivan, 1988) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن تقدم وصفا سلوكيا فقط لحالات التوحد ، وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:
- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج من عدم القدرة على الفهم واستخدام اللغة بشكل سليم.
 - وهناك أطفال توحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية . وهذه الأخيرة تختلف من طفل لآخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف وهي كالاتي:
 - الاحتفاظ بروتين معين.
 - قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.
 - قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام وذلك في السنوات الباكرة مثلا (الهمس في الكلام، التكلم بشكل رجعي اجتراري أو بنغمة ثابتة، عدم استطاعته إكمال الحديث).
 - حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأي تغييرات بسيطة في البيئة.
 - التأخر في القدرات ومجالات معينة أو اكتساب مهارات عادية أو فائقة في بعض المجالات (الرياضيات، الموسيقى والذاكرة).
 - الاستخدام غير المناسب للعب بالأشياء واللعب بشكل متكرر وغير معتاد.
 - الحركات الجسمية الغريبة كالهز المستمر للجسم أو الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع.

¹ ورده زغيش. (2012/2011). صعوبات الاتصال اللفظي وعلاقتها بالقدرة على القراءة الذهنية (نظرية العقل) "دراسة مقارنة بين أطفال توحديين وأطفال مصابين بمتلازمة داون، أطفال مضطربي الكلام وأطفال عاقلين. أطروحة دكتوراه في الأرطوفونيا. جامعة الجزائر 2، ص 160.

- استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية مثلا إذا سمع صوتا عاديا قد يضع يديه على أذنيه.
- تجنب النظر إلى العيون.
- اكتساب قدرات جيدة أو فائقة في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة، ولكن البعض منهم قد يمشي بشكل غريب كالمشي على أطراف الأصابع.
- يتميزون إما بفرط أو زيادة في النشاط، أو العكس الكسل والخمول.
- انعدام الحساسية لظاهرة الألم مثلا : خلع الشعر والأظافر.
- معاناة بنسبة 25% من الإصابة بنوبات الصرع، وغالبا ما يكون عند البلوغ.
- 65% من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اليد اليمنى.
- اكتساب سلوك إيذاء الذات وأحيانا بدرجة شديدة تقدر النسبة عند هؤلاء بحوالي 10%¹.

2. الإعاقة العقلية:

تعتبر ظاهرة الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة على مر العصور، ولا يكاد يخلو مجتمع ما منها، كما تعتبر هذه الظاهرة موضوعا يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعلم النفس والتربية والطب وعلم الاجتماع والقانون، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع. وإذا فليس من المستغرب أن نجد تعريفات مختلفة لهذه الظاهرة.

1.2. تعريف الإعاقة العقلية:

1. التعريف الطبي: يعتبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرة الإعاقة العقلية، وقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية، ففي عام 1900 ركز إيرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة. وفي عام 1908 ركز تريد جولد (Tredgold) إلى الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

¹ محمد أحمد خطاب .(2009). سيكولوجية الطفل التوحدي. دار الثقافة: عمان، ص 28.

تتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية، وخاصة تلك الأسباب التي تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي وخاصة القشرة الدماغية، والتي تتضمن مراكز الكلام والعمليات العقلية العليا، التآزر البصري الحركي، الاحساس ، السمع... حيث تؤدي تلك الأسباب إلى تلف في الدماغ.

2. التعريف السيكومتري: ظهر هذا التعريف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، حيث يمكن للطبيب وصف الحالة ومظاهرها وأسبابها، دون أن يعطي وصفا دقيقا وبشكل كمي للقدرة العقلية، فعلى سبيل المثال قد يصف الطبيب حال طفل داون ويذكر الحالة من الناحية الفيزيولوجية وأن يذكر الأسباب المؤدية إليها، ولكن لا يستطيع وصف نسبة ذكاء تلك الحالة، بسبب صعوبة استخدام الطبيب لمقياس ما من مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بنيه للذكاء أو مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.

3. التعريف الاجتماعي: ظهر هذا التعريف نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة ستانفورد بنيه ومقياس وكسلر في قدرتهما على قياس القدرة العقلية للفرد، فقد وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثيرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته للمتطلبات الاجتماعية. ويركز هذا التعريف على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه. وقد عبر عن موضوع مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي. وقد تختلف هذه المتطلبات الاجتماعية تبعا لمتغير العمر أو المرحلة العمرية للفرد، حيث تضمن مفهوم السلوك التكيفي تلك المتطلبات الاجتماعية. فعلى سبيل المثال فإن المتطلبات الاجتماعية المتوقعة من طفل عمره سنة واحدة هي:

- التمييز بين الوجوه المألوفة وغير المألوفة.
 - الاستجابة للمداعبات الاجتماعية.
 - القدرة على الكلمات بكلمات بسيطة.
 - القدرة على المشي.
 - القدرة على التآزر البصري الحركي.
 - الاستجابة الانفعالية السارة أو المؤلمة حسب طبيعة المثير.
- في حين تتمثل المتطلبات الاجتماعية لطفل في السادسة من العمر في:

- تكوين الصداقات.
 - نضج الاستجابة الانفعالية السارة أو المؤلمة.
 - التأزر البصري الحركي، المشي، القفز، الجري، الركض.
 - ضبط عمليات التبول والتبرز.
 - نمو المحصول اللغوي والاستعداد للقراءة والكتابة.
 - التمييز بين القطع والفئات النقدية.
 - القدرة على التسوق بقائمة بسيطة من المشتريات.
 - الإحساس بالاتجاه وقطع الشارع.
 - القيام بالمهام المنزلية البسيطة.
- وعلى ذلك تعتبر تلك المتطلبات الاجتماعية معايير يمكن من خلالها الحكم على أداء الفرد ومدى قدرته على تحقيقها تبعاً لعمره الزمني ، أما إذا فشل في تحقيق مثل هذه المتطلبات في عمر ما فإن ذلك يعني أن الطفل يعاني من مشكلة في تكيفه الاجتماعي.¹

2.2. تصنيف الإعاقة العقلية:

1. التصنيف حسب نسبة الذكاء :

حيث يتم تصنيف التخلف العقلي حسب درجة الذكاء ، وهي الدرجة التي يحصل عليها الفرد في أحد اختبارات الذكاء المقننة اللفظية أو المصورة، والفرد المتخلف عقلياً هو الذي يحصل على أقل من 70 درجة على أحد المقاييس التي تم تقنينها علمياً لقياس مستوى ذكاء الأطفال. ونجد فيه:

- **التخلف العقلي الخفيف:** تتراوح نسبة الذكاء بين 50-69 درجة ، ويتوقف النمو الذهني عند مستوى طفل عادي في سن من 7 إلى سنوات تقريبا، ومن الصفات الاكلينيكية للشخص الذي يعاني من تخلف عقلي خفيف ضعف المحصول اللغوي مما يجعله يعبر بجملة قصيرة غير سليمة التركيب، ويعاني من عيوب كثيرة في النطق، ومن أكثرها شيوعاً إبدال الحروف وعدم وضوح مخارجها.

¹ فاروق الروسان.(2003). مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر: عمان، الطبعة الثانية، ص 16-22.

وتستطيع الحالات في هذا المستوى التعامل بالعملة بحسب قيمتها، وتتعرف على المواقف وعلى أيام الأسبوع . ولكنها تفشل في معرفة أسماء الشهور وفصول السنة، كما تستطيع تعلم القراءة والكتابة ومبادئ الحساب إلى مستوى الصف الخامس الابتدائي ببطء. ويمكن تدريبها على بعض المهن اليدوية التي تؤهلها للحصول على عمل بالمصانع والشركات.

- **التخلف العقلي المتوسط:** تتراوح نسبة الذكاء بين 25-49 درجة، ويتوقف النمو الذهني عند مستوى النمو الذهني لطفل عادي في سن 3 إلى 7 سنوات. ومن الصفات الاكلينيكية لهذه الفئة أنها أحسن حالا من التخلف العقلي الشديد، حيث يستطيع الشخص الذي يعاني من التخلف العقلي المتوسط من حماية نفسه من الأخطار الطبيعية ويتعرف على الأشياء باستعمالها، ويسمّيها ويتعرف على إخوته وأقاربه ويستطيع التنقل في البيئة التي تحيط بمنزله، ويتعامل بالعملة في الشراء، ولكنه يفشل في التمييز بين العملات الصغيرة والكبيرة.

وتتأخر حالات التخلف العقلي المتوسط في اكتساب العادات الأساسية وفي النطق والمشي، وتعاني من صعوبات في النطق وضعف الحصيلّة اللغوية، ولكنها تستطيع اكتساب السلوك المقبول في مواقف التغذية والنظافة وارتداء الملابس، ويمكن لكثير من الحالات تعلم مبادئ بسيطة في القراءة والكتابة والحساب والتدريب على بعض الأعمال اليدوية المفيدة أو التي تمكنها من الحصول على عمل بطريقة معينة، وتحمل مسؤولية رعاية نفسها وحمايتها من الأخطار.

- **التخلف العقلي الشديد:** وهو حالة تنخفض فيها نسبة ذكاء الشخص إلى أقل من 25 درجة على مقياس الذكاء، ويتوقف نموه الذهني عند مستوى طفل في سن أقل من 3 سنوات، ويرجع تخلفه الذهني إلى عوامل عضوية. ويصاحبه في كثير من الأحيان تشوهات خلقية أو تلف في الحواس أو ضعف في التآزر الحركي. ومن الصفات الاكلينيكية للشخص الذي يعاني من تخلف عقلي شديد عدم القدرة على حماية نفسه من الأخطار الطبيعية والفشل في اكتساب العادات الأساسية في النظافة والتغذية وعدم القدرة على النطق أو وجود صعوبات كبيرة في النطق، وعدم القدرة على التعبير بجمال وتسمية الأشياء المألوفة بصعوبة، ولا تدل علاقاته الاجتماعية على وجود ارتباطات عاطفية بينه وبين الآخرين، والفشل في إدراك الزمان والمكان والفشل في تعلم القراءة والكتابة والحساب وضآلة الاستفادة من الخبرات اليومية، ومن التدريب الاجتماعي ومن التأهيل المهني. وتحتاج مثل هذه الحالات إلى رعاية مباشرة من الآخرين مدى الحياة، ويمكن إكسابهم العادات

الأساسية التي تمكنهم من قضاء حاجاتهم الأساسية إذا توفرت الرعاية الاجتماعية والتدريب المناسب.

2. التصنيف التربوي:

بالنسبة للتصنيف التربوي يهتم بالاعتماد على نسب الذكاء المعروفة ويضيف إليها أسماء للفئات تتناسب مع البرنامج التعليمي اللازم لكل فئة وقدرتها على التعلم كمعايير أساسية للتقسيم ، كما يعنى بالاحتياجات التعليمية وما يلائمها من برامج أكثر مما يعنى بنسبة الذكاء في ذاتها، وبإمكانية انتقال الطفل من برنامج تربوي إلى برنامج آخر، وفقا لمدى إتقانه للمهارات والمتطلبات السابقة اللازمة لذلك. ويتضمن التصنيف ثلاث فئات:

1. فئة القابلين للتعلم: وتتضمن فئة التخلف العقلي الخفيف، ويمكنهم تحصيل قدر من التعليم حتى مستوى الصف الخامس ابتدائي تقريبا. وهم لا يستطيعون مواصلة الدراسة وفقا للمعدلات والمناهج العادية، إلا أنهم يمتلكون القدرة على التعلم بدرجة ما إذا توفرت لهم خدمات تربوية خاصة تتفق وهذه المقدرة أو الاستعداد داخل بيئة تعليمية ملائمة. وهم يتعلمون ببطء شديد لذا لا يمكنهم تعلم المواد الأساسية المقررة في سنة دراسية واحدة مثلما هو الحال بالنسبة للطفل العادي، ويبدى بعضهم استعدادا للتعلم في بعض المجالات المهنية، لذا يمكنهم ممارسة بعض الأعمال والحرف التي يستطيعون عن طريقها إعالة أنفسهم.

ولا يظهر التخلف العقلي لدى أطفال هذه الفئة خلال مرحلة الطفولة المبكرة، ولكنه يظهر بشكل يمكن ملاحظته في النشاطات العقلية خلال مرحلة ما قبل المدرسة، ويكون نمو الطفل في معظم الأحيان طبيعيا إلى أن يظهر عجزه عن التعلم في المدرسة.

2. فئة القابلين للتدريب:

تتضمن هذه الفئة التخلف العقلي المتوسط، وغالبا ما يحصل المتخلفون عقليا القابلون للتدريب على درجات ذكاء تتخفف عن المتوسط بمقدار ثلاثة انحرافات معيارية، وبصورة عامة فإن قدراتهم العقلية إلى نصف أو ثلث القدرة العقلية لأقرانهم العاديين ممن يماثلونهم في العمر الزمني. وأفراد هذه الفئة يصعب تلقينهم المواد التعليمية، اللهم إلا قدرا ضئيلا جدا من المهارات الأكاديمية والمعلومات الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب.

ويمكن تدريبهم على العناية الذاتية والوظائف الاستقلالية والمهارات الاجتماعية والأعمال اليدوية البسيطة وفقا لبرامج خاصة. ويمكنهم الاستقلال جزئيا عن الكبار في تحملهم لتبعات الحياة اليومية أو ممارسة بعض الأعمال والحرف البسيطة التي تساعد على الكسب المادي إلى حد ما. ويظهر التخلف العقلي لدى هذه الفئة في مراحل مبكرة جدا قد تبدأ في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، يرافقه تخلف في القدرة على الكلام والمشي.

3. فئة غير القابلين للتعلم أو التدريب:

تتضمن هذه الفئة التخلف العقلي الشديد ، ويحتاجون إلى رعاية تامة، حيث يصعب تعليمهم ويصعب تدريبهم للعناية بأنفسهم وهؤلاء يحتاجون إلى رعاية وإشراف مستمر. وأحيانا يطلق عليهم المعتمدون لأنهم عاجزون كلياً حتى عن العناية بأنفسهم وحمايتهم من الأخطار. لذا يعتمدون كلياً على غيرهم طوال حياتهم.¹

المحاضرة الخامسة عشر: اضطرابات اللغة لدى المصابين بالأمراض النفسية والنفس حركية والعقلية

3. الإعاقة الحركية العصبية:

3.1. تعريف الإعاقة الحركية العصبية:

يعرفها تارديو (Tardieu) وهو أول من اقترح مصطلح الإعاقة الحركية العصبية ، بأنها تكون مرتبطة بإصابة عصبية في بداية الحياة وهي غير متطورة وغير وراثية ، إذ أنه لا يمكننا التكلم عن إعاقة حركية عصبية إلا إذا كان الطفل ذو مستوى عقلي عادي ، أما إذا كانت الاضطرابات الحركية المصحوبة بتخلف عقلي ، فيطلق عليها اسم التشوهات الطفيلية.

ويعرفها روندال (Rondal) بأنها حالة مرضية غير متطورة وغير قابلة للشفاء بالنسبة للأنسجة الدماغية ، وتكون إما قبل أو أثناء أو بعد الولادة وتكون ميزتها على الأخص اضطرابات حركية.

3.2. أنواع الإعاقة الحركية العصبية:

1. التشنجي: (Spasticité): تتصف الإعاقة الحركية العصبية التشنجية بالتشنج المفاجئ الذي

يتعذر علينا كبحه خلال النشاطات الحركية ، حيث يأتي في هيئة تيبسية خلال الحركة ، فالفرد

¹ عبد الصبور منصور محمد.(2012). الإعاقة العقلية"تطوير مهارات السلوك الإجتماعي في الحياة اليومية، دار

الكتاب الحديث:القاهرة، الطبعة الأولى، ص15-19.

التشنجي يعاني من اضطرابات الحضرية العضلية الناتجة عن تيبس هام وعن قابلية كبيرة في التيبس العضلي ، المصاب يعاني من العجز الدائم في ارتخاء أو في تقلص العضلات التي تساهم في الحركة.

2.الاختلاج (Ataxie) : تتصف باضطرابات في التوازن والتوجهات الحركية أثناء المشي أساسا. فحسب (Rondal & Xavier) ، رغم أن الإصابات العصبية لا تأخذ في التقدم فبواحد الإصابات تعلق بمراحل نضج الفرد، وعليه فإن الاضطرابات تتغير خلال المراحل الأولى من الحياة ، لهذا نجد في العديد من الحالات أن أعراض الإعاقة الحركية العصبية قد لا تظهر خلال الشهور الأولى.العلامات الظاهرة الوحيدة تتمثل في تأخر النمو الحركي ونقص في التوتر العضلي خلال مراحل النمو.

3. عسر الحركة (Dyskinésie) : مصطلح عسر الحركة يشير للشذوذ في نوعية وكمية النشاط الحركي الملحق من طرف الفرد ونجد:

- **الرقص: (La Chorée)** اختلاجات تشنجية عصبية تتصف بحركات لا إرادية سريعة وغير مراقبة.

- **الكنع: (L'athétose)** حركات دورانية لا إرادية بطيئة وغير مراقبة، تظهر على مستوى الأطراف السفلية والرأس والوجه واللسان ، الحركات تكون على نحو مبالغ أثناء القيام بالحركات الإرادية.

- **الارتعاش: (Tremblement)** حركات لا إرادية تظهر إما بصفة مستمرة، أو أثناء الحركات الإرادية.

- **الصلابة العضلية:** متعلقة بتصلب على مستوى العضلات.¹

¹ دماص منال.(2007/2006). تناول إكلينيكي أرطوفوني للديزاتريا عند المعاق حركيا عصبيا باستعمال الصوتيات الفيزيولوجية العربية. مذكرة ماجستير.جامعة الجزائر 2.

4. عرض داون: T21

1.4. تعريف التريزوميا:

هو تشوه خلقي يعود لوجود كروموزوم إضافي ، حيث يصبح العدد الإجمالي للكروموزومات 47 كروموزوم في كل خلية عوض 46 كروموزوم كما هو الحال عند الشخص العادي، ويكون هذا الشذوذ على مستوى الكروموزوم 21.

في التريزوميا 21 ، الكروموزوم متواجد على ثلاث نسخ عوضا عن اثنين، مما يؤدي إلى إفراط في عدد المورثات المحتواة داخل الكروموزوم الإضافي ، مما يؤدي إلى عدم التوازن في مجمل وظائف العضوية.¹

2.4. أنواع التريزوميا 21:

توجد أنواع عديدة من التريزوميا 21 ، الأكثر انتشارا هي التريزوميا 21 المعيارية (منفصل، شامل ، متجانس)، فهي تمثل حوالي 95% من حالات التريزوميا.

1. التريزوميا 21 المعيارية: في هذا النوع من التريزوميا نجد البطاقة الصبغية على الشكل التالي: 47، XX+21 هذا في حالة الإناث، أما الذكور فالبطاقة الصبغية تكن كالتالي: 47، XY+21 .

2. التريزوميا 21 الفسيفسائية: يحدث الخطأ الكروموزومي خلال الانقسام الثاني للخلايا أو الانقسام الثالث ، ويكون عبارة عن خليتين تحتوي إحداها على صبغيات للزوج 21 ، والخلية الأخرى على ثلاث صبغيات للزوج 21، والخلية الرابعة تحتوي على صبغي واحد، والتي سوف تموت ، حيث الجنين يكون حاملا للخلايا العادية ويكون بها 46 صبغي وخلايا أخرى بها 47 صبغي.

3. التريزوميا 21 الملتحم: تكون الكروموزومات مختلفة، يعني أنّ جزء من الكروموزومات 21 تتجزأ وتلتحم مع كروموزوم آخر : مثلا زوج 21 مع زوج 14 ، وبالتالي تصبح خلايا الجنين تحتوي على زوج من الصبغيات 21 والصبغي الجديد الملتحم ، المتكون من جزء من الصبغي 21 و 14 ، ومن هنا تنتج خلايا ستحتوي على ثلاث صبغيات للزوج 21 ، وبالتالي ينشأ تناذر

¹ Marie odile.(2005).Réthoré et d'autre.

داون، وفي بعض الأحيان يكون أحد الأبوين حاملا للكروموزوم الملتحم بدون أن يكون مصابا بتناذر داون.¹

3.4. خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة داون:

1. الخصائص الجسمية:

إنّ للمصاب بمتلازمة داون كروموزومات زائدة متصلة بالكروموزوم 21 ، وهي التي تعطيه مميزات جسدية تجعله مختلفا عن غيره من الأطفال العاديين، وفي الواقع فإن هؤلاء الأطفال يشبه بعضهم بعضا في المظهر لدرجة يصعب ملاحظة الفروق بينهم، ولابد من الإشارة إلى انه ليس من الضرورة أن تجتمع كل الصفات عند جميع الأطفال. ومن الخصائص الجسمية نجد:

- **الرأس والوجه:** يبدو رأس المولود المصاب أصغر حجما من رأس المولود العادي، مؤخرة الرأس مفلطحة بعض الشيء (نتيجة تبسط العظمة القذالية) ممّا يعطي الجمجمة شكلا مستديرا. ووجه المصاب مفلطح قليلا نتيجة نقص في نمو العظمة الأنفية.

- **العينان:** تكون العينان بشكل حبة اللوز، ميلان بؤبؤ العين للأسفل وتباعد واضح بين الحواجب والعينين.

- **الفم والشفاه:** الفم صغير وكذلك الشفتين، تجويف الفم صغير وسقفه مسطح. والشفتان رقيقتان وجافتان.

- **الأسنان واللسان:** بسبب صغر تجويف الفم لا يجد اللسان مكانا كافي له، لذلك نجد اللسان متدلي وعضلاته مرتخية، والفم غالبا ما يكون مفتوحا معظم الوقت، ممّا يؤدي إلى تأخر أو نمو غير سليم أو منتظم للأسنان.

- **الأذنان:** صغيرتان وخط الأذن تحت مستوى الخط الطبيعي.

- **الذقن:** صغيرا ومائلا إلى الخارج.

- **الذراع واليد:** الذراعان قصيرتان بالنسبة للجذع. واليد ممثلة والأصابع قصيرة ومدببة.

- **الوزن:** وزن الطفل بعد الولادة أقل من المعدل الطبيعي، وانخفاض الوزن للذكور حتى سن الخامسة ، والإناث ضمن المتوسط حتى سن السابعة ، وذلك نتيجة المشكلات التي تعيق عملية

¹ Lambert J, Rondal J. (1997). Le mongolisme. pierre maradaga, 4ème édition, P77-78.

تناول الطعام والبلع والمص، ثم تبدأ زيادة الوزن أكثر من اللازم بعد سن الثانية عشر بالنسبة للذكور.

- **الطول:** طول الذكور أقل من الطبيعي، ثم يبدأ بالازدياد بعد سن العاشرة، ولكنه يبقى أقل من المعدل الطبيعي ، أما طول الإناث فيكون أقرب للمتوسط الطبيعي، ثم يظهر الفرق بشكل واضح بعد ذلك.

2. الخصائص العقلية: هناك أثر واضح نتيجة الاضطراب الكروموزومي الذي يحدث على الجهاز العصبي المركزي، حيث يكون هناك نقص في تكوين خلايا المخ، وبهذا فإنه يكون هناك أثر لذلك على القدرات العقلية لهذه الفئة.

- إن نسبة ذكاء هؤلاء الأطفال أقل من المعدل أو المتوسط الطبيعي.

- تتفاوت درجة تخلفهم ما بين البسيط إلى الشديد.

- غالبية الحالات تكون ضمن فئة متوسطي الإعاقة العقلية، ويتراوح العمر العقلي للأغلبية ما بين 5 - 7 سنوات.

- غالبية الحالات تكون قابلة للتدريب، ولا يعني هذا عدم وجود حالات قابلة للتعليم. بل نجد بعضهم يستطيعون القراءة والكتابة.

3. الخصائص الاجتماعية والإنفعالية:

يعتمد تطور هذه الخصائص لدى هؤلاء الأطفال على جانبين مهمين هما القدرة العقلية والمثيرات البيئية، ونقصد بها عملية التنشئة الاجتماعية . ومن أهم مميزات الخصائص الاجتماعية و الانفعالية عند أطفال متلازمة داون:

- على الرغم من أن الطفل المصاب بمتلازمة داون يتميز بانخفاض وبطء في العديد من الجوانب كالبطء في النمو الجسمي وكذلك تأخر في النمو اللغوي بالمقارنة مع الأطفال العاديين ، فإنهم يتباينون تباينا كبيرا فيما بينهم.

- من المفاهيم الخاطئة عن متلازمة داون أنهم يتسمون بالمودة والعاطفة . وفي الحقيقة فإن البعض منهم يتسم بذلك، بينما البعض الآخر لا يتسم به. كافة الأطفال لديهم عادات مزعجة وسلوكات سيئة مثل العناد وسرعة تشتت التركيز . وهذه الحقائق تنطبق على أطفال متلازمة داون مثلما تنطبق على الأطفال العاديين ، وقد يخضعون لسيطرة زملائهم في الصف.

- مهارات العناية بالذات: يستطيع الكثير من الأطفال العناية بأنفسهم إذا ما تم تعليمهم وتدريبهم منذ الصغر واتباع برنامج مخصص لتعليم هذه المهارة.

4. الخصائص اللغوية: بالرغم من الفروق الفردية الكبيرة فإن معظم أطفال متلازمة داون:

- يتأخرون في نطق كلماتهم الأولى.
- ينمو معجمهم اللغوي بصورة بطيئة أكثر من الأطفال العاديين.
- يستخدمون جمل تتكون من كلمتين، إلا أن لديهم صعوبة في التحكم في كثير من القواعد اللغوية ووضعتها في جمل صحيحة نحويًا.
- تؤدي هذه الصعوبة في تركيب القواعد اللغوية إلى أن كثير من المراهقين والبالغين المصابون بمتلازمة داون محصورون في ألفاظ تلغرافية قصيرة (أي كلمات رئيسية وليست وظيفية) مثلًا (ذهب يسبح بابا) بدلًا من (أنا ذهبت للسباحة في الليلة الماضية مع أبي).
- لديهم صعوبة في نطق الكلمات بشكل واضح.
- التأثير المشترك للكلام بالطريقة تلغرافية وصعوبة النطق تجعل من الصعب علينا أن نفهم الأطفال المصابين بمتلازمة داون ، خصوصًا إذا كانوا يحاولون التحدث إلى غرباء في المجتمع الخارجي.¹

المحاضرة السادسة عشر: وظائف وأماكن عمل المختص الأرطوفوني

1. صفات المختص الارطوفوني : المختص الارطوفوني لا يختلف عن المختص النفسي لابد أن تتحقق فيه بعض الصفات التي تسهل عمله وهي :

أ_ حسن الإصغاء : حيث يجب أن تكون اسئلته مختصرة ولا يقضي وقته في الثرثرة أمام المفحوص أو يكثر من تقاطعه .

ب_ القدرة على التحليل بعمق : القدرة على الإحاطة بكل ما يدور أمامه من أحداث وسلوكات من المفحوص ، والفهم الجيد لمختلف هذه السلوكات .

ج_ المرونة الفكرية : والقدرة على تسيير جو الجلسة بذكاء ومواقف تسهل فهم العميل .

¹ وردة زغيش.المرجع السابق

د_ الصفات الإنسانية المتميزة : مثل :

- _ الاهتمام بالآخرين والرغبة في مساعدتهم .
- _ أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين .
- _ أن يتمتع بمستوى عالي من ضبط الانفعالي والذاتي .
- _ القدرة على ضبط النفس .
- _ القدرة على تكوين علاقات طيبة مع الآخرين .
- _ احترام الكيان الإنساني وتقبله للآخرين .

الصفات العقلية والعلمية : مثل :

- _ أن يتمتع بقدر عال من الاستبصار .
- _ أن يكون على مستوى أكاديمي عال ومستوى لائق من الذكاء الاجتماعي .
- _ القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة .
- _ الأساس الثقافي الواسع .
- _ القدرة على الفهم لسريع، أي التفطن السلوك الإنساني.

الصفات العملية المهنية : مثل :

- _ القدرة على المرونة والقيادة والإبداع والصبر .
- _ حب الاستطلاع.
- _ المثابرة.
- _ المسؤولية .

_ الأصالة وسعة الحيلة .

_ الروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير المتحيز .

_ أن يعرف نفسه ودوافعه و أن يدرك قصوره وعجزه

_ الاهتمام بميدان عمله .

_ الإخلاص والأمانة في ممارسته ومساعدته للمرضى مستخدما كافة مهاراته ومرونته ومعلوماته من أجل تحقيق نتائج مرضية لمريضه .

_ عدم الانغماس في حياة المرضى ومشاكلهم لدرجة التأثير بها .

الصفات السلوكية الناجحة : مثل :

_ القدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في أكثر المواقف غموضا ، ويتحقق ذلك من خلال تنمية حب البحث والتساؤل .

_ الثقة في قدراته انه يستطيع معالجة المشكلات الطارئة والعملية ومثل ذلك يتعلمه بالخبرة من مؤتمرات المهنية والتدريبية والتفاعلات مع الزملاء .

_ المرونة في التعامل مع الزملاء ومؤسسات العمل حيث يجب أن يطلع على ادوار العاملين الرسمية ومصادر القوة الغير الرسمية وكيفية الاتصال بأصحاب القرارات والمهنيين في جهاز المؤسسة .

_ احترام الذات وفهمها وتطوير إمكانياتها وتحقيق التوازن بين الانغماس في العمل والابتعاد عنه¹.

2. وظائف المختص الأرطوفوني: مستخرجا من مرسوم الكفاءة الأرطوفونية (رقم 721-2002) الصادرة في 2 ماي 2002 المتعلقة بالأعمال المسندة للمختص الأرطوفوني.

¹ أنوري عينان، المرجع السابق

- التنبؤ ، التقييم والكفالة المبكرة للإضطرابات المرتبطة بالصوت والنطق والكلام وكذا بالاضطرابات المتعلقة باللغة الشفهية والمكتوبة.
- توفير طرق تعلم أشكال أخرى من التواصل غير اللفظي الذي يسمح بتدعيم الوظائف السابقة الذكر.
- التشخيص من خلال الميزانية الأرتوفونية تتضمن نتائج الفحص وخطة وأهداف العلاج في كل من المجالات التالية:

1. في مجال التشوهات التي تصيب التعبير الشفوي والمكتوب من خلال:

- إعادة تأهيل وظائف اللغة عند الأطفال الصغار ذوي الإعاقة الحسية الحركية أو العقلية.
- إعادة تأهيل اضطرابات النطق والكلام واللغة الشفوية (الديسفازيا، التأناة، تأخر الكلام) بغض النظر عن منشئها.
- إعادة تأهيل اضطرابات التصويت الناتجة عن الإنقسام الحنكي أو عدم كفاءة شراع الحنك.
- إعادة تأهيل اضطرابات اللغة المكتوبة (عسر القراءة، عسر الكتابة، عسر الحساب)

2. في مجال أمراض الأنف والأذن والحنجرة ORL

- تأهيل الاضطرابات التي تصيب طبلة الأذن.
- تأهيل الوظائف الوجهية الفمية التي تؤدي إلى اضطرابات النطق والكلام.
- المحافظة على الصوت وإعادة تأهيل الكلام واللغة، تنطيق وتعليم القراءة على الشفاه في حالة الزرع القوقعي أو غيرها من أجهزة تأهيل الصم.
- تأهيل اضطرابات البلع، عسر البلع والأبراكسيا الفمية الوجهية.
- إعادة تأهيل اضطرابات الصوت ذات المنشأ الوظيفي أو العضوي من خلال تعليم الصوت المرئي (La voix oro-oesophaginne) والصوت الرغامي البلعومي (La voix trachéo-pharyngienne) الخاصة باستعمال أجهزة التصويت.

3. في مجال الاضطرابات ذات المنشأ العصبي

- تأهيل النطق وعسر البلع في الاضطرابات ذات الإصابة العصبية كحالات الحبسة والشلل النصفي أو الكلي.

- تأهيل وظائف اللغة الشفهية والمكتوبة المتعلقة بالإصابة الدماغية المتمركزة (حبسة ، عمى وظيفي Agnosie)

- المحافظة على الوظائف الاتصالية والإبقاء عليها وتكييف التواصل في حالات الإصابات العصبية الانتكاسية أو شيخوخة الدماغ. Les Maladies neuro dégénératives

4. في مجال الإرشاد والتوجيه

- تقديم النصح والارشاد لمحيط المفحوص.
- اقتراح تدابير وقائية في مجال الصحة والتربية والكشف المبكر.
- المشاركة في التكوين والتدريب الأولي والمستمر للأخصائيين الأروطوفونيين.

3. مع من يتعاون المختص الأروطوفوني؟

هناك فريق عمل متعدد الاختصاصات يمكن للمختص الأروطوفوني أن يعمل معه في إطار تقييم وتشخيص الاضطرابات اللغوية ، ومن بين المختصين الذين يمكن أن يتعامل ويتعاون المختص معهم : المعلم، طبيب الأعصاب، طبيب الأطفال، طبيب الأنف والأذن والحنجرة، طبيب الأمراض العقلية، المؤهل الحركي الوظيفي والمختص النفسي.

4. أين يمكن للمختص الأروطوفوني أن يمارس مهامه؟

- في مجال التربية: تشمل مرحلة ما قبل التمدريس (الروضة) و مرحلة التمدريس، حيث نجده في دور الروضة والمدارس وبعض مراكز التأهيل الخاصة كمراكز الأطفال المعاقين ذهنيا ومراكز الأطفال الصم ودور العجزة كمساعد في التوجيه والارشاد.
- في مجال الصحة: حيث يقوم بعملية التقويم والتأهيل بالموازاة مع الدراسة العيادية لاضطرابات اللغة وهذا على مستوى مختلف المصالح الاستشفائية المتعلقة بالوظيفة اللغوية سواء الجانب الصوتي في حالة أمراض الأذن ، الأنف والحنجرة والجانب العصبي الدماغى في مصالح الأعصاب وجراحة الأعصاب وأمراض الشيخوخة أو مصلحة طب الأطفال أو مصلحة الطب العقلي أين يكون القصور اللغوي مظهر من مظاهر القصور العقلي أو في مستشفيات التأهيل الحركي.

- في مجال المهن الحرة: وذلك بفتحه لعيادة خاصة بالفحص الأرتو فوني.¹

دور المختص الارطوفوني:

- _ عمل الاختبارات التقييمية والمقابلات الإكلينيكية من اجل تشخيص الحالة .
- _ الإرشاد والعلاج الفردي أو الجماعي في مجالات عدة .
- _ عمل البحوث العلمية عن نمو ووظائف المعرفية _ العصبية واللغوية وأسباب الاضطرابات فيها .
- _ اختبار وتدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة والجماعات التطوعية والإشراف عليهم .
- _ تقديم الاستشارات للمؤسسات العلاجية والتربويين من اجل وضع برامج للعلاج والوقاية من الاضطرابات .
- _ قياس الذكاء والقدرات العقلية وتقدير إمكانات الفرد وكفاءاته واثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية .
- _ العلاج والتقويم المعرفي : بقياس القدرات العقلية ووصفها وتقييمها وتقويمها وما تتضمن من تشخيص لسلوك اللغوي والحركي والحسي الشاذ الغير التوافقي .
- _ تقويم وتطوير البرامج الوقائية والتخطيط لها .
- _ مواصلة البحث والإشراف على من هم في مرحلة الإعداد .

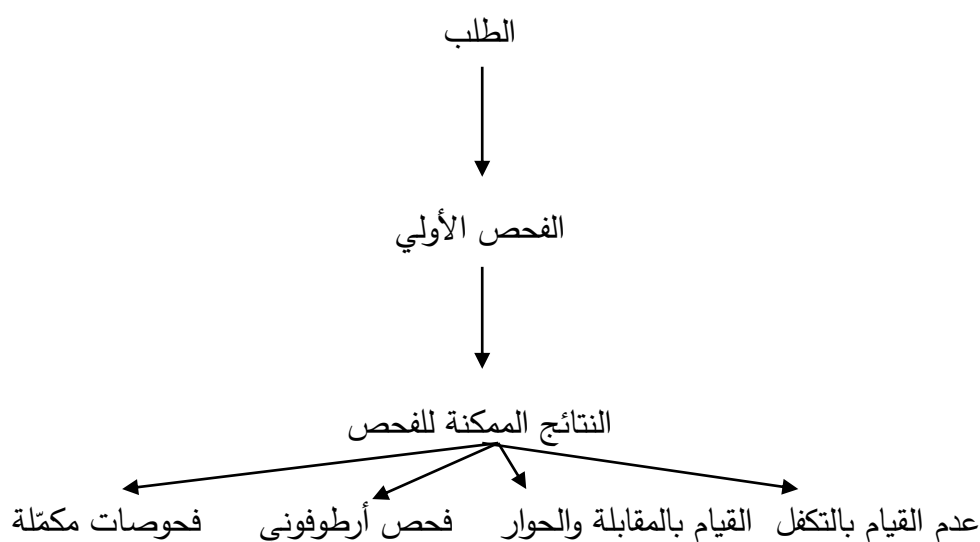
المحاضرة السابعة عشر: أدوات الفحص والكشف في الأرتو فونيا:

يرتكز التكفل في الأرتو فونيا على غرار الميادين العيادية الأخرى على عملية الفحص، لكنها تتميز بخصوصيات تعود أساسا إلى نوعية الاضطراب المتكفل به في هذا الميدان. في هذه المحاضرة سيتم التطرق إلى مفهوم الفحص بصفة عامة والفحص الأرتو فوني بصفة خاصة ، وكذا أهداف الفحص الأرتو فوني وأدوات الفحص والكشف في الأرتو فونيا.

¹ بكيري نجية، المرجع السابق، ص 13-17.

1. **تعريف الفحص الأرطوفوني:** الفحص الأرطوفوني يحمل مفهوم الاختبار، حيث تختبر قدرات المفحوص. والتدقيق في النظر من خلال تطبيق الملاحظة العيادية التي يجب أن توجه إلى كل التفاصيل لنتمكن من الإلمام بمختلف السلوكات التي يقوم بها المفحوص. والفاحص الأرطوفوني يبحث عن الحقيقة ويتخذ من مختلف الوسائل أدوات للفحص، وهذا طبعا بهدف التشخيص.

2. **أهداف الفحص الأرطوفوني:** حسب (Marro & DeWeck, 2010) الهدف من الفحص الأرطوفوني هو الوصول بالتعاون مع من يقوم بالطلب إلى تقييم الموقف، إطاره العام حتى نحكم على ما يشغله من مظاهر غير عادية بأنها فعلا تحتاج إلى تدخل بعد الفحص الأول.



3. **مستويات الفحص الأرطوفوني:** من خلال الفحص الأرطوفوني يتمكن الفاحص من تنظيم المعلومات التي يجمعها وفق أربعة مستويات هي:

1.3 **مستوى المردودية:** يتحقق هذا المستوى باستعمال اختبارات وروائز، ويتم فيه الإجابة على السؤال التالي: أين وصلت لغة الطفل وما هو مستواه اللغوي مقارنة بأقرانه.

2.3. المستوى الوظيفي: يتعلق هذا المستوى بتحديد كيفية عمل استراتيجيات الكلام والفهم عند الطفل ، وذلك بملاحظة مايلي: هل يتكلم بسرعة؟ هل هو قليل الكلام؟ هل يستعمل إشارات ؟ هل ينتظر كلام الأم؟ وهل هو واع بصعوبته؟

3.3. مستوى المعارف: يتعلق هذا المستوى أساسا بمعارف الأم ويمكننا من الإجابة على الأسئلة: ماذا تعرف الأم عن اللغة، عن تطورها واضطرابها؟ وكيف تفسر اضطراب ابنها؟ هل هي واعية باضطراب ابنها أم لا؟

إذا كان الجواب بالنفي يمكننا تحديد هل عدم المعرفة هذا حقيقي أو نفسي.

4.3. مستوى المواقف والسلوكيات: يتم من خلال هذا المستوى فرضية السيناريو والتي تتحقق بمجموعة من الملاحظات مثل الجانب الجسمي والمواقف، اللباس، نبرة الصوت ، العلاقة بين الطفل والأم ، مواقف الأم وماذا تقوم عن ابنها ولابنها؟¹

4. أدوات الفحص والكشف في الأرطوفونيا: يمكن حصر أدوات الفحص والكشف فيمايلي:

1. الملاحظة: هو جهد شخصي يقوم به الأرطوفوني بغية جمع أكبر عدد ممكن من المعطيات عن عينة مرضية والملاحظة نوعان: مباشرة وغير مباشرة.

الملاحظة المباشرة: هي تلك التي يجريها الأرطوفوني بنفسه عندما يلتقي بالمرضى.

الملاحظة غي المباشرة: هي تلك المعطيات التي يجمعها الأرطوفوني عن المريض بطريقة غير مباشرة كتطبيق الاختبار، إجراء حوار أو مقابلة مع أولياء الطفل أو زملائه، لقاء أو حوار مع معلم الطفل.

ولكي تكون الملاحظة جيدة لابد أن يتوفر الأرطوفوني على عدة صفات منها سرعة البديهة، الانتباه، القدرة على فهم السلوك والقدرة على التحمل والصبر.

¹ قلاب قازدري صليحة .(2019-2020).مطبوعة محاضرات في أساليب الفحص والتشخيص.جامعة الجزائر2، ص27.

2. **المقابلة:** يقصد بها ذلك اللقاء المباشر الذي يحصل وجها لوجه بين الأرتوفوني والمفحوص، ويتم خلال هذا اللقاء طرح مجموعة من الأسئلة والاستفسارات على المفحوص بغية فهم أحسن لحالته. ويمكن أن تكون المقابلة موجهة أو غير موجهة بحسب الحالات والاضطرابات.

3. **تطبيق السلام والاختبارات:** وهي عبارة عن أدوات للكشف وضعها العلماء بطريقة علمية وتحققوا من صدقها وثباتها. ومن أهم الاختبارات التي يستعملها الأرتوفوني نجد:

- ✓ اختبار الجانبية لهريس.
- ✓ اختبار القراءة
- ✓ اختبار الذاكرة
- ✓ اختبار الانتباه
- ✓ اختبار الذكاء.

4. **تحليل مضمون الرسالة 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.¹

¹ ركزة سميرة، 2018، المرجع السابق.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية

1. احمد الظاهر قحطان.(2005).مدخل إلى التربية الخاصة: دار وائل للنشر والتوزيع. الأردن.
- 2.أحمد محمد سليمان، سوسن عبد الفتاح وهب، عبير محمد أحمد.(2012). الإعاقات المتعددة " المفاهيم والقضايا الأساسية ". دار وائل للنشر والتوزيع: عمان.
- 3.أنوري عينان.(2020/2019).مطبوعة مدخل إلى الأرتوفونيا.جامعة أكلي محند الحاج – البويرة-،الجزائر .
- 4.باي بادية .(2009/2008).أثر التدخل المبكر في تمثيل الفضاء واكتساب الوحدات اللغوية لتعيين المكان عند الطفل الحامل للتريزوميا21. مذكرة ماجستير .جامعة الجزائر2.
- 5.بكيري نجيبة.(2019/2018). مطبوعة في محاضرات في مقياس مدخل إلى الأرتوفونيا.جامعة محمد الصديق بن يحيى "جيجل".الجزائر .
- 6.بوريدح نفيسة.(2021).الحبسة وعلو الأعصاب اللغوي العيادي"مقاربة عيادية وطرق التكفل".دار الخلدونية:الجزائر .
- 7.حليمة قادري.(2014).مدخل إلى الأرتوفونيا"تقويم اضطرابات الصوت والنطق واللغة".دار صفاء للطباعة والنشر:عمان،الطبعة الأولى.
- 8.خدوسي كريمة.(2019).اضطراب نمو اللغة "الديسغازيا". دار أسامة: عمان.
- 9.دماص منال.(2007/2006). تناول إكلينيكي أرتوفوني للديزارتريا عند المعاق حركيا عصبيا باستعمال الصوتيات الفيزيولوجية العربية. مذكرة ماجستير .جامعة الجزائر2.

10. ركزة سميرة.(2022/2021). دروس في محاضرات في مقياس مدخل إلى الأروطوفونيا.جامعة
لونيسى علي "البليدة2".الجزائر .
11. ركزة سميرة، جنان أمين .(2018).مدخل إلى الأروطوفونيا.دار جسور للنشر والتوزيع: الجزائر .
12. ركزة سميرة، فايزة صالح الأحمدى.(2016).أمراض الصوت.جسور للنشر والتوزيع:الجزائر .
13. زدام حدة.(2017/2016).دراسة آليات القراءة عند الطفل من خلال بناء اختبار باللغة العربية
لتشخيص عسر القراءة في المدرسة الجزائرية.أطروحة دكتوراه.جامعة الجزائر2.الجزائر .
- 14.سهير محمود أمين عبد الله.(2005). اضطرابات النطق و الكلام، التشخيص والعلاج: عالم
الكتب للنشر و التوزيع. القاهرة.
15. صدقاوي أمينة .(2017/2016). التشخيص النفسي العصبي لعسر الخط ولعسر الإملاء
بالطور الثاني ابتدائي.أطروحة دكتوراه.جامعة الجزائر 2.
16. طيار شهيناز.(2014/2013).دور التكفل الأروطوفوني في علاج اضطرابات البلع
واضطرابات الصوت بعد عملية استئصال الحنجرة الجزئي فوق الحلقي من نوع (CHEP).
- أطروحة دكتوراه.جامعة الجزائر2
- 17.عباس سمير.(2016/2015).مطبوعة لمحاضرات مقياس مدخل إلى الأروطوفونيا.جامعة
محمد البشير الابراهيمى "برج بوعرييج.الجزائر .
- 18.عبد الصبور منصور محمد.(2012).الإعاقة العقلية"تطوير مهارات السلوك الإجتماعي في
الحياة اليومية،دار الكتاب الحديث:القاهرة،الطبعة الأولى.
- 19.عصام حمدي الصفدي.(2013). الاعاقة السمعية: دار اليازوري للنشر والتوزيع. عمان

20. علي إسماعيل وطفة.(2014).التوحد عند الأطفال،الأكاديميون للنشر والتوزيع:عمان،الطبعة الأولى.
- 21.عيادة مسعودة.(2007).اكتساب مفهوم الزمان والمكان وعلاقته بظهور عسر القراءة . رسالة ماجستير.جامعة قسنطينة2.الجزائر .
- 22.فاروق الروسان.(2003).مقدمة في الإعاقة العقلية،دار الفكر :عمان،الطبعة الثانية.
- 23.فردوس إسماعيل عواد.(2012). الأخطاء الإملائية " أسبابها،وطرائق علاجها " . مجلة دراسات تربوية. جامعة القاهرة.العدد17. المجلد 5.
- 24.الفرماوي. (2006). معالجة اللغة واضطرابات التخاطب. مصر: المكتبة الأنجلو مصرية.
- فؤاد عبد الجوادة .(2012).الإعاقة السمعية. عمان: دار الثقافة.
- 25.فيصل الصباغ.(1977). موجز الأمراض العصبية: مطبعة جامعة دمشق. سوريا.
- 26.قلاّب قازدري صليحة .(2019-2020).مطبوعة محاضرات في أساليب الفحص والتشخيص.جامعة الجزائر2
- 27.محمد أحمد خصاونة، جهاد محمد الهرش،ليلى محمد ضمرة،محمد عبد ربه
- 28.الخوالدة.(2016).المدخل إلى صعوبات التعلم،دار الفكر : عمان،الطبعة الأولى.
- 29.محمد أحمد خطاب .(2009).سيكولوجية الطفل التوحيدي.دار الثقافة: عمان.
- 30.محمد حولة. (2007).الأرطوفونيا "علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت" . دار هومة للنشر والتوزيع: الجزائر.
- 31.محمد عبد الرحمان الشقيرات.(2005). مقدمة في علم النفس العصبي.الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

32.مراد عيسى ،وليد خليفة.(2007).كيف يتعلم المخ ذو صعوبات القراءة والعسر القرائي،دار
الوفاء:الإسكندرية.

33.هلا السعيد.(2016).الإعاقة السمعية.القاهرة:المكتبة الأنجلو مصرية.

34.هالان دانيل وآخرون.(2007).صعوبات التعلم " مفهومها، طبيعتها،التعلم العلاجي ". (ترجمة
عبد الله محمد عادل).الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

35.وردة زغيش.(2012/2011).صعوبات الاتصال اللفظي وعلاقتها بالقدرة على القراءة الذهنية

(نظرية العقل) "دراسة مقارنة بين أطفال توحديين وأطفال مصابين بمتلازمة داون،أطفال مضطربي

الكلام وأطفال عاديين. أطروحة دكتوراه في الأروطوفونيا. جامعة الجزائر2.

36. Anne Romagny, Dominique.(2008). Rèpèrer et accompagner les troubles du langage , chronique sociale , Lyon , 2^{ème} édition.
37. Anny Lanteri.(2004). Restauration du langage chez l'aphasique, 1^{er} édition.
38. Barbizet .j, Duizabo.(1977). Abrègè de neuro –psychologie, éditions Masson, Paris.
39. Bilirairie Moloine.(sans année). Conférences de neurologie, l'aphasie, S.A éditeur , Paris , Sal Petrière .
40. Brin. F.(1977). Dictionnaire d'orthophonie , ORTHO , France.
41. Corraze,J.(1999).Les troubles psychomoteurs.France:SOLAL.
42. François Le Huche, André Allali .(2008).la voix sans larynx , solal , 5^{ème} édition.
43. Lambert J,Rondal J.(1997).Le mongolisme.pierre maradaga,4^{ème} édition.
44. Le cours , L'Hermitte .(1997) L'Aphasie , Flammarion Médecine sciences, université de Montréal , Paris.
45. Marc Kremer Jean. (sans année). conseils de l'orthophoniste , trouble du langage, Editions josette lyon , Paris
46. Marie odile.(2005).Réthoré et d'autre.
47. Perrin,J.(2002).Principes d'analyse diniques de l'écriture .psychomot. free. Fr / men.
48. Pialoux P, valtat M, freyss, legent F.(1975).Précis d'orthophonie , Ed , Masson , Paris .
49. Pottier B, Tochron J, Ekelsberger O .(1995). Aphasie et langage , Editions espaces 34 , France .

- 50.Rimbaud .(1979).Précis de neurologie , 6^{ème} Editions , Gaston Dom et cie, Paris
- 51.Roger Gil.(1977). Neuropsychologie, Masson, Paris, 4^{ème} édition ,1996.
- 52.Pierre Mardaga , Bruxelles , éditions seghers .
- 53.Seymour Ph,Helder K.(1986).Cognitive analyse of duslexia.Landon.
- 54.Tourette,G.(2011).Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement.Paris:France.DUNOD.
- 55.Vaissière J.(2006).La Phonétique.Paris.P.U.F.
- 56.Zellal . N.(1986). Introduction à la phonètionque arabe , O.P.U, Alger.