نظام التعليم المطور للأنتساب

التخاطب واضطرابات النطق والكلام

د/ سميحان الرشيدي

إعداد
هتآن

by hattan

المحاضرة الاولى

التخاطب واضطرابات النطق والكلام

مقدمة :

من أهم ما في الإنسان من قدرات يتميز بها عن الكائنات الأخرى دون منازع هي قدرته على الكلام، أي التحدث باللغة بحيث مكّنت اللغة الإنسان من بناء وتطوير حضارته التي يلزمها السلوك والتفكير ومخاطبة من حوله من بني جنسه

واللغة : نظام من الرموز المتفق عليها والتي تمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة.

واللغة تقسم من حيث المظهر إلى قسمين : اللغة غير اللفظية أو الاستقبالية: وهي عبارة عن قدرة الفرد على سماع اللغة وفهمها وتنفيذها دون نطقها.اللغة اللفظية: وتتمثل في اللغة المنطوقة والمكتوبة؛ أي اللغة التعبيرية وهي قدرة الفرد على نطق اللغة وكتابتها.

– ومن أعظم مظاهر اللغة وضوحاً وجدارة بالاهتمام أنها تعتمد على التعلم ، فلكي يتم اكتسابها فإنه لا بدّ من تعلمها، بل إنه يمكن الارتقاء بها ورفع مستواها عن طريق المران والتدرب، والممارسة والخبرة.

– وعلى الرغم من أن جميع الأطفال من كل الثقافات والمجتمعات لديهم القدرة على اكتساب لغة واحدة (وهي اللغة الأم) أو اكتساب لغات أخرى إلى جانب لغتهم الأصلية إلا أن عملية اكتساب اللغة – أي لغة – يجب أن يتم في نطاق وسط بيئي اجتماعي يتحدث هذه اللغة ويستخدمها على نحو حيوي دائم.

ولا يمكن للغة أن تنمو أو ترتقي بشكل طبيعي إلا من خلال ذلك الوسط البيئي الذي يتحدثها

– كما تتطلب اللغة استعداداً فسيولوجياً وعقلياً وفرص اجتماعية للتعلم، فهي أداة تعبير ووسيلة تسجيل ونقل، وتعكس حياة الأفراد والشعوب بكل نواحيها، وهي الهوية المستقلة للشعوب.

– وأن فهم التطور اللغوي وكيفية اكتساب اللغة (النمو العقلي) عملية مهمة للمعلمين والاختصاصيين لمعرفة طريقة التعامل مع من لديهم اضطرابات لغوية.

– ومن الأمور الهامة في حياة الإنسان هي لغته والتي يستطيع بها التواصل مع الآخرين، وبدونها يكون عليه التواصل مع البيئة المحيطة فيه بشكل صعب ومرهق.

– ومن المعروف علمياً أن الصوت في الإنسان يحدث نتيجة لاستخدامه الهواء الخارج من الرئتين في إحداث ذبذبة للحبلين الصوتيين الموجودين في صندوق الصوت أو ما يسمى بتفاحة آدم أو الحنجرة، ويلاحظ أن كل شخص له صوته المميز عند الكلام، وذلك لأن مرور الهواء في الفم والأنف يؤثر على الصوت المنتج، وهذا هو الذي يسبب الصوت المميز للفرد، ويعد اللسان الذي يقع في أرضية التجويف الفموي عضو الكلام الرئيس، إضافة إلى وظيفته في عملية التذوق إضافة لذلك فإن هناك أجزاء أخرى لها علاقة بالنطق مثل الفكين والخدين، والأسنان والشفتين والأنف.

تعريف الكلام ..

- ويعرف الكلام بأنه وظيفة أو سلوك يهدف إلى نقل المعاني إلى الغير والتأثير عليهم بواسطة الرموز التي قد تكون كلمات أو رموزاً رياضية أو إشارات أو نغمات أو إيماءات، وعلاوة على كون الكلام وسيلة اتصال بين الفرد وغيره فإن له علاقة كبيرة بالعمليات العقلية والفكرية والسلوكية. يقول البعض: " إن الكلام وليد العقل، وعلاقة الكلام بالعقل علاقة المعلول بالعلة لأن الكلام أداة اصطنعها العقل، لذلك فإن للكلام واللغة أثراً في تكوين الفكر ونموه.
- ويسمى اختلال أو اضطراب الوظيفة الكلامية عسر الكلام ، فإن امتنعت هذه الوظيفة تماماً فتسمى هذه الظاهرة بالحبسة وليست الحبسة مجرد انعدام القدرة على النطق، أو إخراج الصوت، ولكنها تعطل الوظيفة أو العملية الكلامية من حيث القدرة على الإدراك والتعبير بالرموز سمعاً أو بصراً أو كتابة، أو نطقاً، أو غير ذلك، ولو كانت الحواس سليمة وعضلات الفم واليد وغيرها سليمة.

نظريات اكتساب اللغة ..

- لقد صاغ علماء النفس مجموعة من الفروض أو النظريات تضع في اعتبارها عناصر خاصة للنمو اللغوي تتراوح من الأسباب البيولوجية إلى النظريات التي تؤكد على خبرات الأطفال في البيئة، وعلى الرغم من أن كل نظرية تؤكد على بعد معين في نمو الطفل واكتسابه اللغة إلا أن غالبية المنظرين يعتقدون أن الأطفال لديهم استعداد وتهيؤ بيولوجي لاكتساب اللغة، ولكن طبيعة الخبرات يتعرضون لها مع اللغة إلى جانب نمو قدراتهم المعرفية تلعب دوراً في تشكيل كفاءة الأطفال اللغوية.

وفيما يلي عرض لإبراز النظريات :

أولاً : النظرية السلوكية ..

تفترض النظرية السلوكية أنه ينبغي تولي الاهتمام بالسلوكيات القابلة للملاحظة والقياس، فهي لا تركز اهتمامها على البُنى العقلية أو العمليات الداخلية، والمشكلة الأساسية في هذا المنظور هي أن الأنشطة العقلية لا يمكن أن ترى فلذلك لا يمكن أن تعرف أو تقاس. والسلوكيون لا ينكرون وجود هذه العمليات العقلية، ولكنهم يرون أن السلوكيات القابلة للملاحظة مرتبطة بالعمليات الداخلية أو الفسيولوجية، ويرون أنه لا يمكن دراسة ما لا يمكن أن تلاحظه ومن ثم فالسلوكيين يبحثون عن السلوكيات الظاهرة التي تحدث مع الأداء اللغوي.

ثانياً : المدرسة الإدراكية أو المعرفية ..

يتعلم الطفل التراكيب اللغوية عن طريق تقدير فرضيات معينة مبنية على النماذج اللغوية التي يسمعها، ثم وضع هذه الفرضيات موضع الاختبار في الاستعمال اللغوي وتعديلها عندما يتضح له خطؤها تعديلاً يؤدي إلى تقريبها تدريجياً من تراكيب الكبار إلى أن تصبح تراكيبه مطابقة لتراكيبهم، أي أن الطفل يستخلص قاعدة لغوية معينة من النماذج التي يسمعها ثم يطبق هذه القاعدة وبعد ذلك يعدلها إلى أن تطابق القاعدة التي يستعملها الكبار فمثلاً: الطفل العربي يستخلص قاعدة التأنيث في العربية من نماذج مثل : كبير – كبيرة ، طويل – طويلة .... إلخ فيطبقها على أصفر فيقول أصفرة، ثم يكتشف خطأ هذا التطبيق في المثال في فترة لاحقة فيعدل القاعدة بحيث تنطبق على مجموعة من الأسماء والصفات وينشى أخرى.

ثالثاً : النظرية الواقعية أو العملية ..

تركز هذه النظرية على كيفية استخدام الأطفال الكلام، وتختلف عن النظرية المعرفية من حيث اهتمامها بكيفية تفاعل الطفل مع المحيطين به عن طريق الكلام. ويرى أصحاب هذه النظرية أن الطفل يتعلم اللغة مبكراً حتى يتمكن التعبير عما يريده من الآخرين، وأنه يستطيع ممارسة الكلام عندما يتعلم خصائصه المختلفة من نغمة شدة و طول...الخ. كما أن هناك حاجات أو مطالب بشرية يمكن أن تشبعها اللغة .

رابعاً : النظرية الطبيعية ..

يقوم المذهب الطبيعي على افتراض أساسي يفيد بأن اكتساب الفرد للغة يتم فطرياً، وجميع الأفراد يولدون ولديهم أداة تهيئهم لاكتساب اللغة وإدراكها بطريقة منظمة، ويذكر أن اللغة سلوك يتميز فيها الجنس البشري عن غيره من المخلوقات .

خامساً : النظرية الوظيفية ..

إن جوهر النظرية الوظيفية هو ارتقاء الكفاءة اللغوية نتيجة التفاعل بين الطفل وبيئته، ويرى مؤيدو هذه النظرية أنه من الصعب فصل اللغة عن البعد المعرفي والعاطفي للفرد.

سادساً : النظرية البنيوية ..

تركز هذه النظرية على الطريقة المنظمة التي تنمو بها لغة الطفل من كلمة واحدة تدل على معنى الجملة، إلى جملة مكونة من كلمتين، إلى ممارسة الكلام العادي مع الكبار بجمل طويلة ومعقدة وسليمة من حيث الصياغة النحوية

سابعاً : النظرية اللغوية ..

يرى أصحاب هذه النظرية أنها عبارة عن توفيق بين النظرية السلوكية والنظرية الفطرية. إذ تفترض أن العوامل الفطرية البيولوجية تؤثر في اكتساب اللغة، ولكنها ترى أن التفاعل بين الأطفال و الراشدين، أي تأثير البيئة والخبرة شيء ضروري إذا ما أريد للمهارات اللغوية أن تنمو فالميكانيزمات الفطرية وحدها لا يمكن أن تفسر إتقان الطفل للغة، وأن هذا الإتقان يتضمن ما هو أكثر من الإشراط و التقليد .

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الأطفال يتعلمون قواعد لغوية بالغة التعقيد بسرعة هائلة، وأن الإنسان لديه تركيب خاص يؤهله لاكتساب اللغة عن طريق تحليل البيانات اللغوية التي يستقبلها، وتكوين الفرضيات حول كيفية بناء التراكيب اللغوية، وتسمى هذه القدرة تحليل المعلومات .

ثامناً : نظرية التفاعل الاجتماعي ..

يرى أصحاب هذه النظرية أن اللغة بمثابة نشاط اجتماعي ينشأ من الرغبة في الاتصال مع الآخرين في المواقف الاجتماعية التفاعلية، مع التأكيد في الوقت نفسه على الدور الذي تلعبه الخبرات التي تنشأ من الاحتكاك مع البالغين ذوي المهارة في الحديث مما يؤدي إلى تطور المهارات اللغوية

تاسعاً : النظرية العضوية ..

تركز هذه النظرية على وظيفة الجهاز العصبي المركزي بالنسبة لعملية الكلام. حيث استنتج الباحثون أن نصف المخ الأيسر أكثر تحكماً في الكلام من النصف الأيمن

عاشراً : نظرية التقليد والمحاكاة ..

يرى علماء هذه النظرية أن التقليد اللغوي يعتمد على ميل فطري مزود به وأن أعمال المحاكاة التي يتجه إليها الطفل بواقع هذا الميل ينبعث عن قصد وإرادة.

تصنيف اضطرابات النطق والكلام :

إن هناك تصنيفات متعددة لاضطرابات النطق والكلام تختلف حسب الأسس التي يعتمد عليها في التصنيف فمن الباحثين من يصنف الاضطرابات الكلامية إلى اضطرابات يرجع أساسها إلى عوامل عضوية واضحة organic مثل الأفازيا أو احتباس الكلام، أو إلى اضطرابات ترجع إلى عوامل وظيفية functional مثل فقد الكلام الهستيري Aphonia، والأسباب العضوية غالباً ما تكون إصابة من أجزاء جهاز الكلام بما في ذلك جهاز السمع. والأسباب الوظيفية غالباً ما ترجع إلى عوامل تربوية ونفسية أو اجتماعية، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود عوامل عضوية ووظيفية معاً في الاضطراب.

تصنيفات أخرى :

وهناك أيضاً تصنيفات أخرى مثل تصنيف هاريسون Harrison الطبي الذي يصنف اضطرابات الكلام إلى أربعة أشكال من الاضطرابات اللغوية هي .

١- الاضطرابات اللغوية الدماغية التي يحدث فيها نقص في إنتاج الكلام واللغة المكتوبة أو الكلامية (الحبسة الكلامية).

٢- الاضطرابات اللغوية اللفظية مع سلامة الوظائف العقلية وسلامة فهم وتذكر الكلمات (التأتأة).

٣- احتمالات فقدان الصوت الناجم عن مرض في الحنجرة، أو في أعصابها، مما يسبب عسرة الصوت .

٤- اضطرابات كلامية تحدث في الأمراض التي تصيب تكامل الوظائف الدماغية العليا.

المحاضرة الثانية

التخاطب واضطرابات النطق والكلام

اضطرابات النطق والكلام :

- تعرف اضطرابات النطق والكلام بأنها اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة. وحتى نطلق على الصعوبة في التواصل اضطراباً لا بدّ أن تتوافر الشروط الآتية:
- الخطأ في عملية إرسال الرسائل أو استقبالها / هذا بالنسبة للرسالة
- إذا أثّر هذا الخطأ على الفرد تعليمًا أو اجتماعياً / هذا بالنسبة للفرد
- إذا أثّرت هذه الصعوبة على تعامل الفرد مع الآخرين بحيث يكوّنون اتّجاهاً سلبياً نحوه. / هذا بالنسبة للآخرين

تصنيف اضطرابات النطق والكلام :

تتعدد مظاهر الاضطرابات اللغوية وذلك تبعًا لتعدد الأسباب المؤدية إليه فهناك بعض الاضطرابات اللغوية المرتبطة بالقدرة على إصدار الأصوات وتشكيلها ومع ذلك فيمكن ذكر المظاهر التالية للاضطرابات اللغوية بشكل عام كما يذكرها هلهان وهيوارد وكيرك.

أولاً : اضطرابات النطق وتشمل المظاهر التالية ..

وهي مشكلات تتعلق بإنتاج أصوات الكلام أو طريقة نطق الحروف.

- اضطرابات إبدالية .
- اضطرابات تحريفية .
- اضطرابات حذف أوإضافة .
- اضطرابات ضغط .
- عيوب نطق أخرى .

أ- الحذف :

ويقصد بذلك أن يحذف الفرد حرفاً وتعتبر ظاهرة الحذف أمرًا طبيعيًا ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد فالفرد الذي يكثر من مظاهر الحذف للكلمات المنطوقة يعاني من مظهر من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

ب- الإضافة :

ويقصد بذلك أن يضيف الفرد حرفاً جديدًا إلى الكلمة المنطوقة (لعبات بدلاً من لعبة) وتعتبر ظاهرة إضافة الحروف للكلمات أمرًا طبيعيًا ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر فالفرد الذي يكثر من مظاهر الإضافة للكلمات المنطوقة يعاني من مظهر من مظاهر الاضطرابات اللغوية .

ج- الإبدال :

ويقصد بذلك أن يبدل الفرد حرفاً بآخر من حروف الكلمة (حشن بدلاً من شحن) وتعتبر ظاهرة إبدال الحروف في الكلمة أمراً طبيعيًا ومقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكنها لا تعتبر ظاهرة الإبدال للكلمات المنطوقة فالفرد الذي من الإبدال يعاني من مظهر من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

د- التشويه :

ويقصد بذلك أن ينطق الفرد الكلمات بالطريقة غير المألوفة في مجتمع ما وتعتبر ظاهرة التشويه في نطق الكلمات أمرًا مقبولاً حتى سن دخول المدرسة ولكنها لا تعتبر كذلك فيما بعد ذلك العمر فالفرد الذي يكثر من مظاهر تشويه نطق الكلمات يعاني من مظهر ما من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

ثانياً : اضطرابات الصوت ..

ويقصد بذلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجة الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه أو انخفاضه أو نوعيته وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات اللغوية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

ثالثاً : اضطرابات الكلام ..

وهي تدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم. واضطرابات الكلام متعددة ويمكن أن نوجزها بما يلي :

ضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (٢-٥) سنة ويطلق على هذه الحالات اسماء.

التردد في النطق، الأفازيا (Aphasia) ، أو احتباس الكلام ، اعتقال اللسان (كما تسمى باللجلجة أو التأتأة)، الكلام الانفجاري الحاد، بعثرة الحديث.

- وتعتبر الثلاث الأولى الأكثر أهمية وانتشاراً كما في الدراسات الطبية والنفسية اللغوية .

وفي تفصيل اضطرابات الكلام نقول : يقصد بها تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالكلام وما يرتبط بذلك من مظاهر ترتبط بطريقة تنظيم الكلام ومدته وسرعته ونغمته وطلاقته وتشمل اضطرابات الكلام المظاهر التالية :

أ- التأتأة في الكلام ..

في هذه الحالة يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عددًا من المرات أو يتردد في نطقه عددًا من المرات ويصاحب ذلك مظاهر جسمية انفعالية غير عادية مثل تعبيرات الوجه أو حركة اليدين.

ب- السرعة الزائدة في الكلام ..

وفي هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات ويصاحب تلك الحالة مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية أيضا مما يؤدي إلى صعوبة فهم المتحدث ومشكلات في الاتصال الاجتماعي.

ج- ظاهرة الوقوف أثناء الكلام ..

وفي هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية مما يشعر السامع بأنه انتهى كلامه مع أنه ليس كذلك، وتؤدي اضطرابات الكلام أيّا كانت إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

رابعاً : اضطرابات اللغة :

ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها أو تأخيرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها أو صعوبة قراءتها أو كتابتها وعلى ذلك تشمل اضطرابات اللغة المظاهر التالية:

أ- تأخر ظهور اللغة ..

في هذه الحالة لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها وهو السنة الأولى من عمر الطفل، بل قد يتاخر ظهور الكلمة إلى عمر الثانية أو أكثر ويترتب على ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين وفي المحصول اللغوي للطفل وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

ب- صعوبة الكتابة ..

وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوب كتابتها والمتوقع كتابتها ممن هم في عمره الزمني فهو يكتب في مستوى يقل كثيرًا عما يتوقع منه.

ج- صعوبة التذكر والتعبير ..

ويقصد بذلك صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب ومن ثم التعبير عنها وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى وضع أيّة مفردة بدلاً من تلك الكلمة.

د- فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها ..

في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطوقة كما لا يستطيع أن يعبّر عن نفسه لفظيًا بطريقة مفهومة ويمكن التعبير عنها بأنها فقدان القدرة على فهم اللغة أو إصدارها المكتسبة والتي تحدث للفرد قبل اكتسابه اللغة ويترتب على إصابة الفرد بهذه الحالة مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين وفي التعبير عن الذات وفي المحصول اللغوي للفرد فيما بعد وتصاب مثل هذه المشكلات آثار انفعالية سلبية على الفرد نفسه.

هـ- صعوبة فهم الكلمات أو الجمل ..

ويقصد بذلك صعوبة فهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة وفي هذه الحالة يكرر الفرد استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها.

و- صعوبة القراءة ..

في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يقرأ بشكل صحيح المادة المكتوبة والمتوقع قراءتها ممن هم في عمره الزمن فهو يقرأ في مستوى يقل كثيرًا عمّا يتوقع منه.

ز- صعوبة تركيب الجملة ..

يقصد بذلك صعوبة تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد اللغة ومعناها لتعطي المعنى الصحيح وفي هذه الحالة يعاني الطفل من صعوبة وضع الكلمة المناسبة في المكان المناسب.

المحاضرة الثالثة

التخاطب واضطرابات النطق والكلام

الأسباب العامة لاضطرابات النطق والكلام :

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب الاضطرابات الكلامية تختلف حسب الأعمار والبيئات، ومعظم هذه الأسباب ترجع بشكل عام إما إلى أسباب عضوية مثل إصابة أحد أجزاء الكلام والتنفس والجهاز العصبي وهذه بدورها ترجع إلى عوامل تحدث قبل الولادة أو أثناء الولادة أو بعد الولادة وإما تكون الأسباب ذات طابع نفسي تربوي ترجع إلى الأسرة والتربية وعوامل التنشئة الاجتماعية أو ترجع إلى عوامل نفسية ووجدانية عميقة مثل الانفعالات الحادة والصدمات النفسية مثلاً وجميع هذه الأسباب متداخلة ومتفاعلة مع بعضها البعض وقد ترجع الحالة الواحدة إلى أكثر من سبب أو عامل من العوامل المذكورة

١- العوامل العضوية :

وتتلخص هذه العوامل في إصابة أحد الأعضاء المساهمة في عملية النطق والكلام فمثلاً يجب أن تتوافق عملية أعضاء النطق لظهور الكلام بشكل جيد، وقد أكدت الدراسات إلى أن خلل أعضاء النطق في وظيفتها وعدم التوافق بينما قد يرجع إلى اضطراب في التكوين البنيوي أو إلى إصابة الأعصاب الدماغية أو القشرة الدماغية أو إصابة الحلق أو الحنجرة أو الفم أو الأنف أو الأذن أو الرئتين بإصابات أو التهابات حادة أو بعض الأمراض المزمنة.

والعوامل العضوية قد تحدث قبل أو أثناء الحمل والولادة

وقد ترتبط بوجود تاريخ عائلي لبعض هذه الاضطرابات أو باختلاف زمرة دم الأبوين، أو بتناول الأدوية أثناء الحمل، أو بالتعرض للأشعة مثل أشعة X، أو بالإصابة ببعض الأمراض، أو أي مشاكل تحدث للطفل أثناء الطفولة المبكرة مثل: ارتفاع درجة الحرارة؛ والالتهابات؛ والحوادث؛ والإصابات أو الأمراض التي تحدث في أي عمر مثل الحوادث والأمراض والأورام والتقدم في السن.

وترتبط العوامل العضوية بالأسباب الوظيفية :

فقد تنتج الاضطرابات جراء استخدام أجهزة الكلام، ويعتبر الجهاز البلعومي من أكثر الأجهزة التي تستخدم بشكل سيئ والذي يؤدي إلى تلف عضوي في تلك الأجهزة.

وترتبط الأسباب العضوية لاضطرابات الكلام واللغة أيضًا بالآتي :

أ- جهاز النطق والكلام : الذي يمثله الجهاز السمعي والحنجرة واللسان والشفاه وسقف الحلق والأسنان؛ فأي خلل في هذه الأجزاء قد يؤدي إلى اضطرابات كلامية.

ب- الدماغ : وعندما يتأثر الدماغ بأي خلل قد يؤدي إلى اضطرابات النطق والكلام.

٢- الأسباب الاجتماعية والتربوية : ومن أهم هذه الأسباب عوامل التنشئة الاجتماعية، وفقر البيئة الثقافية الفقيرة بالحديث الرفيع وبالكلام الموجه وبالتدريب المناسب للطفل كما هو الحال عند أطفال الملاجئ ودور الأيتام الذين لا تتوفر لديهم عوامل

التربية والتدريب والتنشئة الاجتماعية والتربوية الجيدة بما في ذلك تقليد الأطفال للكلام المضطرب أو المضحك واكتشاف الأهل والأقرباء بأن الطفل لديه اضطراب في كلامه، وسوء التوافق المدرسي أو الاجتماعي أو الأسري في جميع النواحي .

الأسباب الاجتماعية (البيئية) :

- تعود هذه الأسباب إلى التنشئة الأسرية والمدرسية وأساليب العقاب الجسدي الذي يؤدي بدوره إلى الاضطرابات اللغوية.
- ويلعب تقليد الأطفال للآباء الذين يعانون من الاضطرابات في الكلام واللغة دوراً هامًا في الاضطرابات الكلامية واللغوية.
- ويؤثر الحرمان الثقافي والبيئي، وما يوجد في البيئة من عوامل تؤثر على التواصل مثل التسمم بالرصاص والزئبق والكلور .
- وبقية العناصر الكيميائية التي قد تؤدي إلى اضطرابات في اللغة.

-كما أن غياب التدريب المناسب للطفل والحرمان الأسري والعيش في الأماكن التي لا تتوفر فيها عوامل التنشئة الاجتماعية المناسبة قد تؤثر على محصول الطفل اللغوي.

٣- الأسباب النفسية والوجدانية :

إن معظم حالات الاضطراب في النطق والكلام لا ترجع إلى أسباب عضوية كلية أو نفسية كلية فقد يكون سبب الاضطراب عضوي ونفسي معاً. فضعف الثقة بالنفس وعدم القدرة على تأكيد الذات وتصدع الأسرة ومشكلاتها الحادة والحرمان العاطفي للطفل من الوالدين أو الخوف الشديد من الوالدين على طفلهم والرعاية الزائدة والدلال المفرط واضطراب النطق في حالة الحديث مع الكبار أو مع جنس آخر أو أمام جماعة من أهم الأسباب النفسية الوجدانية. وإن معظم الباحثين يؤكدون على دور الأسرة عموماً والأم خاصة لأنها هي المخاطب الأول للطفل والتي تسيطر على جميع أنواع العلاقات.

٤- الضعف العقلي وتأخر النمو :

ويرى بعض علماء التحليل النفسي أن التأتأة هي قلق مكبوت مرتبط بالمخاوف كما يرى دونلاب أنها تحدث مع الألفاظ البذيئة وما يرتبط بها، والتدليل الزائد والاستجابة لرغباته دون أن يتكلم، فيكفي أن يشير أو أن يعبر بحركة ما أو بكلمة مبتورة فتلبى رغبته، وقلق الآباء واستعجالهم مما يجعلهم يدفعونه دفعاً للكلام قبل الأوان، والتأخر الدراسي والإخفاق في التحصيل، والانطوائية والكسل وعدم التوافق بين الأبوين والشجار الدائم بينهما.

٥- العوامل الوراثية :

يبدو أن هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً بين الأفراد الذين عانى أحد والديهم أو أقاربهم عيوباً كلامية، كذلك من المحتمل أن تكون الوراثة عاملاً ممهداً للإصابة.

٦- الأسباب النفسية :

هناك تأثير للاضطرابات النفسية والعقلية على القدرة في التواصل اللغوي مع الآخرين كما قد تصل إلى أن تكون أسباب عضوية وحرمان الطفل من عطف الوالدين كذلك إهمال الطفل قد يؤثر نفسياً على الطفل وانعدام الأمن النفسي مما يؤثر على نموه اللغوي. وهناك أدله تشير إلى وجود أثرًا للقلق والتوتر على عملية التواصل لدى الأطفال.

٧- أسباب أخرى :

مثل : التحدث مع الطفل في موضوع لا يفهمه فلا يجد ما يعبر به فتكون اللجلجة وسيلة كلما ضاع منه اللفظ المناسب ..

وعدم تصويب أخطاء الطفل اللفظية بل وتشجيعه عليها، فيقول: مرضان بدلاً من رمضان، ويقول أنا آكل لا بدلاً من : أنا لا آكل، ونشأة الطفل بين من يعانون من عيوب النطق فتلحق به، وتعليمه لغة أخرى غير العربية قبل سن السادسة فينشأ عنه تداخل اللغات فيفكر بلغة ويتحدث بأخرى ولا يستقيم لسانه عندما ينطق بلغته ولا يشعر بالتجاوب مع الآخرين ويرى البعض أن أسبابها هو تقليد الطفل لآخرين.

أهم عيوب النطق والكلام : لدى الأطفال

١- العيوب الإبدالية الجزئية (اللثغ) .. وفيها يستبدل المصاب حرفاً واحداً من الكلمة بحرف آخر، مثل: استبدال حرف الغين بحرف الراء، فيقول (تمغين) بدلاً من (تمرين)، أو حرف الثاء بحرف السين، فيقول (ثبورة) بدلاً من (سبورة).

٢- العيوب الإبدالية الكلية .. وفيها يستبدل المصاب الكلمة كلها بكلمة مغايرة، مثل قوله: (أوصة) ويقصد قصّة.

٣- اللجلجة في الكلام (الفأفأة أو التلعثم) .. وهو تكرار حرف واحد مرات عدة دون مبرر لذلك مثل قوله لكلمة (فول) فيرددها (ففففففول)، أو كلمة (وردة) فيقولها (ووووردة) وهكذا وتجد هذه المشكلة (اللجلجة (بنسب مختلفة باختلاف الأعمار والبيئات ويرجع الكثير من علماء النفس والأطباء هذا الاضطراب إلى إفراط الوالدين في رعاية الطفل وتدليله الزائد. ويرافق اللجلجة حركات ارتعاشية، مثل: تحريك الكفين أو اليدين، أو الضغط بالقدمين، أو ارتعاش رموش العين، أو الميل بالرأس للخلف أو الجنب، إضافة لحدوث تشنج موقفي على شكل احتباس الكلام ثم سرعة وانفجار فيه.

المحاضرة الرابعة

قياس وتشخيص اضطرابات التواصل

قياس وتشخيص اضطرابات التواصل :

تهدف مقاييس التواصل إلى جمع معلومات عن البناء اللغوي لدى الفرد ومحتواه ودلالات الألفاظ واستخدام اللغة ونطق الكلام والطلاقة اللغوية وخصائص الصوت والهدف من التشخيص هو تحديد طبيعة اضطراب التواصل ومعرفة مدى قابليته للعلاج ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل التي يجب أن تحتوي على المظاهر النمائية والتطورية لدى الطفل.

ويجب أن تشمل عملية التقييم النواحي الآتية :

- فحص النطق وتحديداً أخطاء النطق عن الطفل.
- فحص السمع لمعرفة هل سبب الاضطراب يعود لأسباب سمعية.
- فحص التمييز السمعي بهدف تحديد مدى قدرة الطفل على تمييز الأصوات التي يسمعها.
- فحص النمو اللغوي لتحديد مستوى النمو اللغوي لدى الطفل ومعرفة ذخيرته اللفظية وقياسها مقارنة مع العاديين

عملية القياس يجب أن يقوم بها فريق متخصص يتكون مما يلي :

- أخصائياً في الأعصاب.
- أخصائيا في علم النفس.
- أخصائياً اجتماعياً.
- أخصائياً في السمع.
- أخصائيًا في التخاطب واضطرابات النطق والكلام (علوم التأهيل)
- معلم في التربية الخاصة.

وقياس العوامل النفسية المرتبطة باضطرابات التواصل تأخذ واحداً أو أكثر من الأشكال التالية :

- المنحنى التشخيصي العلاجي ..

ويركز على دراسة خصائص الفرد السلوكية ويفترض هذا المنحى بأن الاضطرابات في التواصل ناتجة عن خلل نمائي أو اضطراب نفسي، وبعد تحديد أسباب الاضطراب يقدم العلاج المناسب، وقد يشمل العلاج تحليل مهارات الفرد الكلامية واللغوية لدى الفرد وتحديد المهارات التي يفتقر إلى تدريبه عليها.

- المنحنى السلوكي التعليمي ..

يقيم هذا الاتجاه اضطرابات اللغة والكلام على أساس مبادئ التعلم السلوكي الإجرائي ويحدد المثيرات البيئية واللفظية ذات العلاقة بالاضطراب التواصلي وتحديد المفردات وطرق تعديل السلوك المفيدة في العلاج.

- المنحنى التفاعلي بين الشخص والآخرين ..

ويركز هذا المنحى على تحديد مواطن الضعف والقوة لدى الفرد في مجال استخدام الكلام واللغة في الاتصال مع الآخرين بهدف تنظيم الأنماط السلوكية المناسبة لدى الفرد.

- المنحنى النفسي التحليلي ..

ويهدف هذا المنحى إلى تحديد العوامل النفسية والانفعالية ذات العلاقة باضطرابات التواصل، خاصة في غياب الأسباب البيولوجية أو العضوية التي قد تكون مسئولة عن الاضطراب، ويعتقد أصحاب هذا المنحى بأن الأفكار المكبوتة في اللاشعور هي المسئولة عن حدوث الاضطرابات ولذلك فإن العلاج ينصب على إخراجها من اللاشعور إلى الشعور، وقد يفيد في العلاج الاختبارات الإسقاطية والدراما.

- المنحنى البيئي ..

ويهدف إلى دراسة جميع الخصائص الشخصية والأبعاد البيئية التي تربط باضطرابات التواصل، وتكون عملية القياس والتشخيص منصبّة على تقييم ديناميكيات الشخصية لدى الفرد ومهاراته اللفظية وغير اللفظية ومهاراته في التواصل الاجتماعي.

العوامل التي ساعدت في انتشار اضطرابات النطق والكلام :

- الإعاقات السمعية وضعف السمع والقصور في التمييز السمعي. - خروج اللسان للخارج. - عدم تطابق الفكين. - شلل في عضلات النطق. - عدم وجود تناسق في عضلات النطق. - إصابة أحد الوالدين باضطرابات النطق. - تقليد الطفل للوالدين المضطربين النطق. - مستوى الأسرة الثقافي والاجتماعي. - ترتيب الطفل في الأسرة. - وحجم الأسرة.

وتتلخص عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية في أربع مراحل أساسية متكاملة هي :

مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشاكل اللغوية ..

وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات، والمعلمون والمعلمات، مظاهر النمو اللغوي، وخاصة مدى استقبال الطفل للغة وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام، أو قلة المحصول اللغوي، وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمون والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.

مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية ..

وفي هذه المرحلة وبعد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في الأنف والأذن والحنجرة، وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي، وذلك لمعرفة مدى سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق، واللغة، كالأذن، والأنف، والحبال الصوتية، واللسان، والحنجرة.

مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية ..

وفي هذه المرحلة وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات، وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات، وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها، ويستخدم ذو الاختصاص في هذه الحالات الاختبارات المناسبة في تشخيص كل من الإعاقة العقلية أو السمعية أو الشلل الدماغي، أو صعوبات التعلم.

مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي المشكلات اللغوية ..

وفي هذه المرحلة وعلى ضوء نتائج المرحلة السابقة، يحدد الأخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية مظاهر الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الطفل، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال: اختبار الينوي للقدرات السيكولوجية والذي يتكون من اثني عشر اختباراً فرعياً، ويصلح هذا الاختبار للفئات العمرية من سن الثانية وحتى سن العاشرة. واختبار مايكل بست لصعوبات التعلم، ويتكون هذا الاختبار من ٢٤ فقرة موزعة على خمسة أبعاد، وقد تم تطوير هذا المقياس على عينات عربية.

الخصائص السلوكية لذوي الإضطربات اللغوية :

١- الخصائص العقلية ..

ويقصد بالخصائص العقلية أداء المفحوص على اختبارات الذكاء المعروفة مثل مقياس ستانفورد بينية أو وكلسر ويشير هلهان وزميلة كوفمان إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة العقلية مقارنة مع العاديين المتناظرين في العمر الزمني. وفي الوقت الذي يصعب فيه تعميم مثل ذلك الاستنتاج إلا أن ارتباط الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي يجعل ذلك الاستنتاج صحيحًا إلى حد ما.

٢- الخصائص الانفعالية والاجتماعية ..

ويقصد بالخصائص الانفعالية والاجتماعية تلك الخصائص المرتبطة بموقف ذوي الاضطرابات اللغوية من أنفسهم وموقف الآخرين منهم، وبسبب ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي. فليس من المستغرب أن نلاحظ تماثل خصائص ذوي الاضطرابات اللغوية مع خصائص الأطفال الذين يمثلون تلك الإعاقة من النواحي الانفعالية والاجتماعية. إضافة إلى الأسباب النفسية المؤدية إلى الاضطرابات اللغوية مثل الشعور بالرفض من الآخرين أو الانطواء والانسحاب من المواقف الاجتماعية أو الإحباط والشعور بالفشل أو الشعور بالنقص أو بالذنب أو العدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين أو العمل على حمايتهم بطريقة مبالغ فيها أو ما يعبر عنه باسم الحماية الزائدة.

المحاضرة الخامسة

علاج اضطراب النطق والكلام

علاج اضطراب النطق والكلام :

هناك عدة طرق وأساليب لعلاج هذه الاضطرابات ومنها :

١- العلاج النفسي .. الذي يهدف إلى علاج مشكلات الطفل النفسية، من خجل وقلق وخوف، وصراعات لا شعورية وذلك لتقليل الأثر الانفعالي والتوتر النفسي للطفل، كذلك لتنمية شخصيته ووضع حد لخجله وشعوره بالنقص، مع تدريبه على الأخذ والعطاء حتى نقلل من ارتباكه.

- والواقع فإن العلاج النفسي للأطفال يعتمد نجاحه على مدى تعاون الآباء والأمهات لتفهمهم للهدف منه، بل ويعتمد أيضًا على درجة الصحة النفسية لهم. وعلى الآباء معاونة الطفل الذي يعاني من هذه الاضطرابات بأن يساعدوه على ألا يكون متوتر الأعصاب أثناء الكلام وغير حساساً لعيوبه في النطق، بل عليهم أن يعوّدوه على الهدوء والتراخي وذلك بجعل جو العلاقة مع الطفل جواً يسوده الود والتفاهم والتقدير والثقة المتبادلة.

-كما يجب على الآباء والمعلمين أيضاً محاولة تفهم الصعوبات التي يعاني منها الطفل نفسياً سواء في المدرسة أو في الأسرة كالغيرة من أخ له يصغره أو الحنق على أخ له يكبره، أو اعتداء أقران المدرسة عليه، أو غير ذلك من الأسباب، والعمل على معالجتها وحمايته منها لأنها قد تكون سبباً مباشراً أو غير مباشر فيما يعانيه من صعوبات في النطق.

- وقد يستدعي العلاج النفسي تغيير الوسط المدرسي بالانتقال إلى مدرسة أخرى جديدة إن كانت هناك أسباب تؤدي إلى ذلك. كما يراعى عدم توجيه اللوم أو السخرية للطفل الذي يعاني من أمراض الكلام سواء من الآباء أو الأمهات أو المعلمين أو الأقران.

٢- العلاج الكلامي .. وهو علاج ضروري ومكمل للعلاج النفسي ويجب أن يلازمه في أغلب الحالات، ويتلخص في تدريب المريض ـــ عن طريق الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية وتمرينات النطق على التعليم الكلامي من جديد بالتدريج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الكلمات والمواقف الصعبة، وتدريب جهاز النطق والسمع عن طريق استخدام المسجلات الصوتية. ثم تدريب المريض لتقوية عضلات النطق والجهاز الكلامي بوجه عام.

- والقصد من أن يلازم العلاج النفسي العلاج الكلامي هو أن مجرد علاج اللجلجة أو غيرها من أمراض الكلام إنما نعالج الأعراض دون أن نمس العوامل النفسية التي هي مكمن الداء، ولذلك فإن كثيرين ممن يعالجون كلامياً دون أن يعالجوا نفسياً ينتكسون بمجرد أن يصابوا بصدمة انفعالية، أو أنهم بعد التحسن يعودون إلى اللجلجة وتسوء حالتهم من جديد دونما سبب ظاهري، كما أنهم عادة يكونون شخصيات هشة ليست لديهم القدرة على التنافس مع أقرانهم سواء في المدرسة أو في وسطهم العائلي.

– ونوجه نظر الآباء والمربين بعدم التعجل في طلب سلامة مخارج الحروف والمقاطع في نطق الطفل، ذلك لأن التعجيل والإصرار على سلامة مخارج الحروف والمقاطع والكلمات من شأنه أن يزيد الطفل توتراً نفسياً وجسمياً ويجعله يتنبه لعيوب نطقه، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة إرتباكه. مع مراعاة أن سلامة مخارج الألفاظ والحروف والمقاطع في نطق أي طفل يعتمد أساساً على درجة نضجه العقلي والجسمي، ومدى قدرته على السيطرة على عضلات الفم واللسان، وقدرته على التفكير، وفوق كل ذلك درجة شعوره بالأمن والطمأنينة أو مدى شعوره بالقلق النفسي.

٣– العلاج التقويمي .. ويتم ذلك بوسائل وتمارين خاصة تستخدم فيها آلات وأجهزة توضع تحت اللسان.

٤– العلاج الاجتماعي .. ويهدف إلى تعديل اتجاهات المصاب الخاطئة، والمتعلقة بمشكلته، كاتجاهاته نحو والديه ورفاقه، وعلاج البيئة المحيطة بالطفل، مثل المعاملة، وتوفير الحاجات الخاصة به.

٥– العلاج الجسمي .. التأكد من أن المريض لا يعاني من أسباب عضوية خصوصاً النواحي التكوينية والجسمية في الجهاز العصبي، وكذلك أجهزة السمع والكلام، وعلاج ما قد يوجد من عيوب أو أمراض سواء كان علاجاً طبياً أو جراحياً.

٦– العلاج البيئي .. يقصد بالعلاج البيئي إدماج الطفل المريض في نشاطات اجتماعية تدريجياً حتى يتدرب على الأخذ والعطاء وتتاح له فرصة التفاعل الاجتماعي وتنمو شخصيته على نحو سوي، ويعالج من خجله وانزوائه وانسحابه الاجتماعي، ومما يساعد على تنمية الطفل اجتماعياً العلاج باللعب والاشتراك في الأنشطة الرياضية والفنية وغيرها.

– هذا كما يتضمن العلاج البيئي إرشادات للآباء القلقين إلى أسلوب التعامل السوي مع الطفل كي يتجنبوا إجباره على الكلام تحت ضغوط انفعالية أو في مواقف يهابها، إنما يتركون الأمور تتدرج من المواقف السهلة إلى المواقف الصعبة مع مراعاة المرونة لأقصى حد حتى لا يعاني من الإحباط والخوف وحتى تتحقق له مشاعر الأمن والطمأنينة بكل الوسائل.

الآثار الناتجة عن عيوب النطق والكلام :

١– تعرض الطفل للسخرية والاستهزاء من الآخرين

٢– ظهور ثورات من الغضب والانفعال، كرد فعل انتقامي لسخرية الآخرين منه.

٣ – حرمان المصاب من بعض الفرص الوظيفية والمهنية المرغوبة.

٤– الشعور بالنقص، والخجل والحرمان من فرص النجاح والزواج.

٥– يواجه مشكلات أثناء تعليمه، خاصة إذا كان المعلم غير مؤهل للتعامل مع طلاب لديهم مشكلات واضطرابات عيوب النطق والكلام.

٦– في بعض المواقف لا يستطيع أن يبدي رأيه بالشكل المطلوب، ولا يستطيع الدفاع عن حقوقه، وهذا قد يؤدي إلى ردود فعل عكسية.

علاج أمراض الكلام :

إرشاد الوالدين ..

القلقين بخصوص تلافي أسباب اضطرابات الكلام وخاصة عدم إجبار الطفل الأيسر على الكتابة باليد اليمنى وتجنب الإحباط والعقاب وتحقيق أمن الطفل بكافة الوسائل حتى يكتسب الطلاقة في الكلام والابتعاد عن التصحيح الدائم لكلام الطفل حتى بقصد العلاج.

العلاج النفسي ..

لتقليل أشكال الخجل والارتباك والانسحاب التي تؤثر على الشخصية وقد تزيد من الأخطاء والاضطرابات، وعلاج الطفل القلق المحروم انفعالياً وإفهام الفرد أهمية العملية الكلامية في نمو وتقدمه في المجتمع وتشجيعه على بذل الجهد في العلاج وتقوية روحه المعنوية وثقته بنفسه وإماطة اللثام عن الصراعات الانفعالية وحلها وإعادة الاتزان الانفعالي وحل مشكلات الفرد وعلاج فقدان الصوت الهستيري بالإيحاء والأدوية النفسية، ويجب الاهتمام بالعلاج الجماعي والاجتماعي، والعلاج باللعب وتشجيع النشاط الجسمي والعقلي كذلك يجب علاج حالات الضعف العقلي.

العلاج الكلامي ..

عن طريق الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية في الكلام، والتعليم الكلامي من جديد والتدرج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الصعبة، وتدريب اللسان والشفاه والحلق (مع الاستعانة بمرآة)، وتمرينات البلع والمضغ (لتقوية عضلات الجهاز الكلامي)، وتمرينات التنفس، واستخدام طرق تنظيم سرعة الكلام (التروي والتأمل)، والنطق المضغي (مثل تدريب مضغ العلكة ومحاولة الكلام) وتمرينات الحروف الساكنة والحروف المتحركة والطريقة الموسيقية والغنائية في تعليم كليات الكلام والألحان.

العلاج الطبي ..

لتصحيح النواحي التكوينية والجسمية في الجهاز العصبي وجهاز الكلام والجهاز السمعي وأحياناً العلاج الجراحي (سد فجوة في سقف الحلق)، وعلاج الأمراض المصاحبة لاضطراب الكلام.

المحاضرة السادسة

اضطرابات الصوت (Voice Disorders)

اضطرابات الصوت : (Voice Disorders)

تحمي الحنجرة المسار الهوائي خلال الأكل كما وتعتبر مصدر صوتنا، ويؤدي التلف والأذى الذي يلحق بها أو في بنيتها إلى مشكلات في الصوت والبلع. وتعالج هذه المشكلات الصوتية من خلال العلاج الصوتي (Plante and Beeson,2004).

المفاهيم المتعلقة باضطراب الصوت :

أولاً : الصوت الطبيعي .. Normal Voice ويمتاز الصوت الطبيعي بالخصائص التالية :

نوعية صوت مقبولة ومرغوبة ، وهذا يتطلب وجود نوعية موسيقية محددة وغياب الإزعاج.

مستوى مناسب لطبقة الصوت ، إذ يجب أن تكون مستوى طبقة الصوت مناسبة لعمر ولجنس المتكلم.

علو صوت مناسب ، إذ يجب ألا يكون الصوت ضعيفاً لا يمكن سماعه تحت الظروف الكلامية الاعتيادية، كما لا يجب أن يكون عالياً ومزعجاً عند سماعه.

المرونة المناسبة ، وتعود المرونة إلى أن التنوع في طبقة الصوت وعلو الصوت مساعداً في التعبير عن التأكيد والمعنى ومشاعر الفرد.

ثانيًا : الصوت غير الطبيعي .. Abnormal Voice ويمتاز بانحراف غير طبيعي في (بحة الصوت، صوت ممزوج بهواء الزفير، حدة أو قسوة الصوت)، وطبقة صوت (انخفاض أو ارتفاع غير طبيعي للصوت) وعلو صوت (صوت ضعيف جداً أو عالي جداً)، وتقلبات أو تغيرات غير مناسبة في طبقة الصوت وعلو الصوت ونوعية الصوت.

ثالثًا : اضطراب الصوت .. Voice Disorder يحدث اضطراب الصوت عندما تختلف نوعية أو طبقة أو علو أو مرونة الصوت عن الآخرين ضمن نفس العمر والجنس والمجموعة الثقافية. كما يعتمد الحكم على الصوت بأنه طبيعي أو غير طبيعي اعتماداً على الشخص الذي يتخذ القرار بالحكم. فالطفل والأب والراشد والعامل وأخصائي أمراض الكلام واللغة وأخصائي الأنف والأذن والحنجرة يعرفون الصوت بأنه طبيعي أو غير طبيعي وفقاً لحاجاتهم وخلفياتهم الخاصة، وعموماً فإن على أخصائي أمراض الكلام واللغة أن يأخذ بعين الاعتبار الهدف من التقييم.

ويعطينا الصوت معلومات حول الصحة الجسمية والصحة النفسية والشخصية والهوية والجانب الحسي الجمالي، وهذا بحد ذاته يعطينا معاني كثيرة لكل من المتكلم والأخصائي ويساعدنا في فهم الفرد.

رابعًا : الصوت غير الطبيعي كإشارة للمرض .. Abnormal voice as a sign of illness وهذا يعود إلى إمكانية أن يكون الصوت غير الطبيعي دليلاً على المرض أم لا وتكون الاعتبارات التواصلية ثانوية. كما تبحث الأسباب المحدثة للصوت غير الطبيعي وفي حالة تحديد الأسباب وعلاجها مع استمرار الصوت غير الطبيعي فإنه عندئذ يتم تشخيص اضطرابات الصوت بهدف علاجها من قبل أخصائي أمراض الكلام واللغة.

خامسًا : الصوت غير الطبيعي كعرض للمرض .. Abnormal voice as a symptom of illness مفهوم العرض Symptom يعود إلى شكوى المريض سواء كانت حقيقية أم تصورية، ورأي الأخصائي في الصوت غير الطبيعي مستقل عن معتقدات المريض. وفي هذا الصدد هناك ثلاثة افتراضات.

- يحكم كل من الأخصائي والمريض على أن الصوت غير طبيعي وكلاهما يؤكد الحاجة إلى العلاج ومثل هذا الاتفاق ضروري لضمان التعاون في التشخيص والعلاج. ويدرك الطرفان ضرورة إجراء ما يلزم لعلاج الصوت غير الطبيعي.
- اعتقاد الأخصائي بضرورة التشخيص والعلاج بينما لا يعتقد المريض ذلك، وقد ينشأ ذلك من كون الأخصائي ربما غير واقعي أو أن المريض غير قادر على إدراك حقيقة المشكلة.
- اقتناع المريض بوجود اضطراب في الصوت على الرغم من أن الأخصائي لا يعتقد بوجوده وفي هذه الحالة فإن الصراع بين رأي الأخصائي والمريض وردود فعل المريض ينظر لها كتعبير عن العداء أو الكمالية أو الحاجة إلى مساعدة نفسية.

سادسًا : الصوت غير الطبيعي كاضطراب في التواصل .. Abnormal voice as a disorder of communication بالإضافة إلى اعتبار الصوت غير الطبيعي كإشارة للصحة أو المرض فالصوت أيضاً أداه للتواصل، وفي هذا الإطار فإن طرح الأسئلة التالية أمر هام :

- هل يحمل الصوت درجة وضوح لغوية كافية للمستمع ؟
- هل الخصائص الصوتية الحسية الجمالية مقبولة ؟
- هل يشبع الصوت المتطلبات المهنية والاجتماعية ؟

أسباب اضطرابات الصوت : Etiology of Voice Disorders :

١- اضطرابات الصوت العضوية : Organic Voice Disorders ..

يعتبر اضطراب الصوت عضوياً إذا كان ناتجاً عن أمراض فسيولوجية أو تشريحية سواء كان ذلك مرضاً أصاب الحنجرة بذاتها أو بسبب أمراض غيرت بنية الحنجرة أو وظيفتها.

٢- اضطرابات الصوت النفسية الجينية : Psychogenic Voice Disorders ..

وقد تسمى أيضاً باضطرابات الصوت الوظيفية، وتشتمل اضطرابات الصوت النفسية اضطرابات نوعية وطبقة وعلو ومرونة الصوت الناتجة عن الاضطرابات النفسية أو اضطرابات الشخصية أو عادات خاطئة لاستعمال الصوت. فالصوت يكون غير طبيعي على الرغم من أن البنية التشريحية والفسيولوجية للحنجرة طبيعية.

٣- اضطرابات الصوت متعددة الأسباب : Voice Disorders of Multiple Etiology ..

مثل بحة الصوت التشنجية (Spastic dysphonic) بما في ذلك اقتراب أو ابتعاد الأوتار الصوتية عن خط الوسط (الانغلاق والانفراج) وأنواع الاقتراب والابتعاد المختلفة، وهذه يمكن أن تكون ناتجة عن أسباب عصبية أو نفسية جينية أو غير معروفة Idiopathic (Aronson, 1990).

المحاضرة السابعة

مفاهيم مرتبطة بتطور اضطرابات الصوت والتأتأة

خطوات تقييم المشكلات الصوتية :

يقوم اختصاصي النطق واللغة باتّباع خطوات عديدة في عملية جمع المعلومات حول الطفل وتقييمه وهذه الإجراءات هي : إجراء تاريخ الحالة. إجراء المقابلة. فحص أعضاء النطق والوجه. الملاحظة. قياس القدرات اللغوية من خلال: (أخذ عينة كلامية لغوية وتطبيق مقاييس لغوية مقننة) . التوصيات وكتابة التقرير.

تاريخ الحالة والمقابلة :

قد يقوم طبيب الأطفال، أو المعلم، أو الاختصاصي النفسي، أو غيرهم من الاختصاصين بإحالة الطفل إلى عيادة النطق والسمع وقد يقوم الوالدان بإحضار الطفل إلى العيادة مباشرة.

- ومن خلال تاريخ الحالة والمقابلة يجمع الاختصاصي المعلومات حول ولادة الطفل، والتطور الاجتماعي، والتطور السلوكي

الملاحظة وقياس اللغة :

يقوم الاختصاصي بعد الانتهاء من إجراء المقابلة بملاحظة الطفل من غرفة مجاورة مكونة من مرآة تتيح الرؤية من اتجاه واحد بحيث لا يرى الطفل الاختصاصي أثناء قيامه بملاحظة سلوكه وتصرفاته والاستماع لكلامه وطريقة تواصله.

ومن الاختبارات الي تقيس نطق وسمع الطفل :

- اختبار المورفيمات التعبيرية : (The test for Examihih Expressive MorphoIogy ShipIey Stone)
- اختبار بيبودي للمفردات المصورة : (The Peabody Picture Vocabulary Test)
- اختبار الاستيعاب السمعي للغة : (The test For Auditory ComPrehension OF Language)

العينة اللغوية :

قد لا يستطيع الطفل إنتاج جميع الصور القواعدية في الاختبارات مع أنه يستطيع إنتاجها في المحادثة العادية في البيت، كما أنه قد يستطيع إنتاج الصور القواعدية من خلال الحوار، ولا يمكنه القيام بذلك من خلال الاختبارات لهذا يقوم الاختصاصي بإجراءات أخرى مثل تسجيل العينات اللغوية.

إجراءت مساندة للتقييم :

إن تقييم اللغة الشامل وتقييم الصوت يشتمل على إجراءات أخرى متعددة للتأكد من وجود أسباب عضوية واضحة قد توثر على قدرة الطفل على إنتاج اللغة، وقد تكون موشرًا على وجود مشاكل أخرى.

كتابة التقرير :

بعد أن تتم عملية جمع المعلومات يقوم الاختصاصي بتحليلها، ومن ثم كتابة تقرير التقييم، ويشتمل التقرير على تحديد فيما إذا كان الطفل يعاني من مشكلة أم لا، وتحديد طبيعة المشكلة وما هو العلاج المناسب لها.

علاج اضطرابات اللغة المرتبطة بالصوت والتأتأة :

تتعدد طرق علاج اضطرابات اللغة والأصوات لدى الأطفال للأسباب التالية :

- الأساليب المتنوعة تقترح أهدافا متنوعة في علاج اللغة.
- الأساليب المتنوعة تؤيد الإجراءات العلاجية المختلفة.
- تنوع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة.

اختبار أهداف العلاج :

إن الهدف النهائي من العلاج هو تطوير إمكانيات الطفل في المحادثة الطبيعية في مواقف حياته اليومية، إذ لا بد للطفل أن يفهم ويأخذ دوره في المحادثة، فلا بدّ من أن يمتلك الطفل عددًا كافيًا من المفردات اللغوية، وبناءً جيدًا للجملة.

تسلسل العلاج :

إن الهدف النهائي يتحقق من خلال تسلل العلاج، وهذا يعتمد على المستوى اللغوي عند التقييم، فإننا نبدأ بالعلاج – في حاله الطفل الذي لا يتكلم – من الأصوات التي ينطقها مثل صوت (ا) أو (م) ومن ثم نقوم ببناء كلمات وظيفية منها، وفي مرحله لاحقه يقوم الاختصاصي بتجميع هذه الكلمات.

التأتأة واضطرابات اللغة :

اختلال الطلاقة الطبيعي

ينتج الشخص ١٤ وحدة كلامية في الثانية وباستعمال ١٠٠ عضلة وبالتالي ينتج السلوك الحركي المعقد. ويقدر حوالي ١٤٠٠٠٠، حدثاً عصبياً مطلوب لكل ثانية إنتاج كلام حركي. وبسبب صعوبة وتعقيد تعلم الحديث وتعلم اللغة فان الأطفال الصغار يقومون بأخطاء. واختلال الطلاقة الطبيعي يبدأ من المناغاة المبكرة في الطفولة المبكرة. ففي سن الثامنة ومع ابتداء إنتاج سرعة الإيقاع والتسلسل والنغمة اللغوية المبكرة في الطفولة فانه ينتج اختلال الطلاقة. ومع تزايد إنتاج اختلال الطلاقة لفترة زمنية أطول فانه الأطفال يبذلون جهوداً عالية في تكرار الكلمات والمقاطع اللفظية، وهذه تختلف من طفل إلى أخر فقد تمر أسابيع أو أشهر ومن ثم اختفائها.

تطور التأتأة :

تظهر بعض أشكال التأتأة لدى الأطفال الصغار وهذا ما يسمى بالتأتأة التطورية في عمر ٢-٤ سنوات وتستمر لفترات قصيرة حيث تختفي بعد أشهر قليلة. وتتطور التأتأة المعتدلة لدى الأطفال من ٦-٨ سنوات من العمر حيث يختفي هذا الشكل بعد سنتين أو ثلاث. أما التأتأة الدائمة فتظهر بين ٣,٥- ٨,٥ سنة وغالباً ما تبدأ في سن ظاهرة التأتأة في الكلام.

وهناك عوامل تساعد في تطورالتأتأة، ومن هذه العوامل :

- ردود فعل الآباء والمستمعين لكلام الطفل
- مدى حساسية الطفل لإختلال الطلاقة الكلامية
- درجة اختلال الطلاقة الكلامية
- التوتر والقلق والضغط النفسي والخبرات الجديدة
- فكرة الفرد عن نفسه في تعامله مع الخبرات أو العالم الجديد

لقد وصف (بلود ستين) أربع مراحل لتطور التأتأة، بينما وصف (فان رابير) ثلاث مراحل لتطورها وهي على النحو التالي :

المراحل الأربع كما وصفاها (بلود ستين) :

المرحلة الأولى ..

تمتاز التأتأة بأنها عرضية وبتكرارات لاختلال الطلاقة في بداية الجمل والتي تظهر في المواقف الكلامية وتحت ضغط التواصل مع وعي وإدراك قليل للمشكلة من قبل المتأتئ وتلاحظ هذه المرحلة غالباً في أطفال دون سن المدرسة.

المرحلة الثانية ..

تصبح التأتأة هنا مزمنة أكثر وتظهر في أجزاء كبيرة من الكلام ويرى الشخص نفسه بأنه يتأتئ عندما يثار أو في حالة الكلام السريع ويبدي اهتماما قليلا لمشكلته.

المرحلة الثالثة ..

تظهر التأتأة في مظاهر محددة وفي أصوات وأحرف أو كلمات محددة ويبدأ الشخص المتأتئ بمحاولة تجنبها من خلال الدوران حول الكلمة المشكلة أو إبدالها بكلمة أخرى، إلا أنه هنا لا يتجنب المواقف الكلامية أو أظهار القلق وتلاحظ هذه المرحلة في مرحلة متأخرة من الطفولة وبداية المراهقة.

المرحلة الرابعة ..

حيث يخاف الشخص المتاتئ من توقع التأتأة في الكلمات والأصوات والمواقف الكلامية كما يظهر الشخص دوران حول الكلمات المشكلة ومحاولة استبدالها بكلمات أسهل كما يظهر القلق ويتجنب المواقف الكلامية خصوصاً في المراهقة المتأخرة والرشد وقد تلاحظ بشكل أبكر من ذلك.

وتشتمل المراحل الثلاثة التي وصفها (فان رابير) على ما يلي :

المرحلة الأولية ..

وتمتاز بتكرارات سهلة لبداية الكلمات أو المقاطع اللفظية للجمل، وغير مصحوبة بإشارات أو علامات انفعالية أو ضغط نفس (ولا يرى بعض أخصائي أمراض الكلام واللغة هذه الأعراض بأنها تأتأة).

المرحلة الثانوية ..

وتمتاز هذه المرحلة بوعي الشخص المتأتئ باختلال الطلاقة لدية مع محاولة تعديلها. وهذا إشارة إلى بداية توقعها والخوف المرتبط بالتأتأة.

المرحلة الانتقالية ..

وتظهر هذه المرحلة بين المرحلة الأولية والمرحلة الثانوية، وتظهر علامات الإحباط والمفاجأة والمقاومة والتجنب للكلام مصاحبة مع الجهود المبذولة في التكرارات والاطالات في الكلمات والمقاطع اللفظية ويؤدي تطور هذه المرحلة إلى الانتقال للمرحلة الثانوية.

المحاضرة الثامنة

تقييم التأتأة

عملية تقييم وتشخيص التأتأة :

لا توجد طريقة أفضل وأدق من غيرها لتقييم التأتأة وتختلف الطرق المستخدمة باختلاف الأشخاص ويعود التباين في طرق التقييم وفقاً للإعداد النظري والتدريب المهني لأخصائي أمراض الكلام واللغة وإلى الأسلوب الشخصي للأخصائي.

ويتطلب تشخيص التأتأة من أخصائي أمراض الكلام أن يكون حساساً للعديد من العوامل، فالتشخيص ليس فقط تحديد أن الطفل يعيد كلمات أو أجزاء منها أو يردد أو يطيل أو يقوم الكلام.

– وكذلك فمن الضروري تحديد اتساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث المؤدية أو المسببة للتأتأة مثل بعض الأحداث المحددة وردود الفعل الناتجة لدى المستمع. كما وتساعد هذه المعلومات في التمييز بين اختلال الطلاقة الطبيعي والتأتأة. ويعتبر التمييز بين الحالتين من أهم واجبات أخصائي التشخيص. اختلال الطلاقة الطبيعي يعتبر مقبول لدى الأطفال الصغار، بمعنى أنه من المتوقع أن يظهر الطفل اختلال طلاقة طبيعي خلال مرحلة تطور الكلام وهي تكون بذلك مظهراً طبيعياً في السلوك الكلامي فالطفل ينتج تقاطعات كلامية إيقاعية. وهذا النمط من الكلام لا يحتاج إلى تدخل علاجي.

– إن التميز بين اختلال الطلاقة الطبيعي واختلال الطلاقة المرتبطة بالبيئة أمراً صعباً فأحياناً كثيرة تكون أشكال وتكرارات اختلال الطلاقة الكلامي متشابه ولا تميز بين النوعين من أشكال الطلاقة، اختلال الطلاقة لدى الطفل لدى الطفل يعتبر طبيعياً إذا كان لديه اختلال الطلاقة في تسع كلمات أو أقل لكل (١٠٠) كلمة منطوقة إما تكرار كلي للكلمة أو أشباه الجمل أو الإعادة على أن لا يظهر جهد أو توتر في استهلال أو ابتداء النطق.

ويشتمل المعيار الذي يشير إلى وجود مشكلة التأتأة على ما يلي :

- تكرارات لجزء من الكلمة في شكل وحدتين أو أكثر وبنسبة ٢ % أو أكثر من الكلمات المنطوقة، وزيادة سرعة التكرارات واستعمال إبدال نهاية الصائت في الكلمة والتوتر الصوتي.
- إطالات أطول من ثانية واحدة لكل ٢ % أو أكثر من الكلمات المنطوقة وزيادة النهاية المفاجئة للإطالات في طبقة الصوت وعلوه.
- وقفات إجبارية وترددات أطول من ثانيتين في تدفق الكلام.
- حركات الجسم واهتزاز الرأس وترقصه وارتعاش الشفاه والفك وعلامات مقاومة مرتبطة باختلال الطلاقة.
- ردود فعل انفعالية وسلوكات تجنبيه مرتبطة في الكلام.
- استعمال الكلام كسبب للأداء الضعيف.
- تباينات في تردد أو ذبذبة وشدة تشوه الكلام مع متغيرات في المواقف الكلامية.

وتستخدم هذه المعايير السبعة في التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكات يميز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعي.

معايير أخرى :

أما (رامج ١٩٩٩) فقد حدد تسعة معايير لتقييم الطفل المتأتئ وأكد أن ظهور أي منها يعتبر علامة ومؤشراً إلى ضرورة تقييم الطفل من قبل أخصائي أمراض الكلام واللغة لتحديد فيما إذا كانت تأتأة أم لا. إن تحديد المشكلات في وقت مبكر من عمر الطفل يعتبر ضرورياً للوقاية منها وإجراء التدخلات السريعة لمنع انتقالها إلى إعاقة ومشكلة حياتية. فمن الضروري أن يقابل الآباء والطفل قبل أن تصبح التأتأة تمتاز بالمقاومة والتوتر وقبل أن ينظر الشخص إلى نفسه على أنه متاتئ، ومختلف عن بقية الأطفال الآخرين.

وتشتمل التسعة معايير على :

- تكرارات متعددة لجزء من الكلمة واعادات للحرف الأول أو المقطع الأول لكلمة مثل ط، ط، طاولة، أو طا، طا، طا، طاولة.
- إطالات للصوت مثل: ســـ ســـ ســـ.....يارة.
- إبدال نهاية الصامت بصائت ضعيف محايد مثل: buh-buh-buh-baby بدلاً من bay-bay-bay-bay.
- المقاومة والتوتر خلال محاولة الكلام خصوصاً في بداية الجمل. ويظهر التوتر العضلي في منطقة الشفاه والرقبة للطفل الذي يحاول الكلام كما يمتاز الكلام المستمر بالشدة والتوتر.
- ارتفاع طبقة الصوت وعلو الصوت خلال تكرار وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات.
- ارتعاش وارتجاف الشفاه وحتى ربما اللسان عندما يتوقف الطفل عن الكلام أو يعيد أو يطيل الأصوات أو المقاطع اللفظية.
- ظهور سلوكات تجنبيّة والإحباط لدى الطفل المتأتئ نتيجة لكلامه، كما قد يظهر عدد من الوقفات غير المألوفة وإبدال للكلمات وتداخل في الأصوات أو الكلمات أو أشباه الجمل هذا إضافة إلى تجنب الحديث.
- الخوف من الكلام ناتج عن وعيه وإدراكه للمشكلة الكلامية وبالتالي فإنه يظهر الخوف لتوقع التأتأة أو لخبرته معها.
- صعوبة في ابتداء الكلام أو الصوت والمحافظة على تدفق الهواء اللازم للكلام، وتظهر هذه لدى الطفل عند محاولة الكلام في بداية الجملة أو بعد حدوث وقفة طبيعية في الكلام لدى قراءة الجملة. كما يظهر عدم انتظام التنفس ويتدفق الكلام بسرعة بسبب مقاومة الطفل للمحافظة عليه.

وتشير معايير تشخيص التأتأة كما وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المُراجع والصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية إلى :

أ- اضطراب في الطلاقة الطبيعية وتوقف الكلام (غير مناسب لعمر الفرد) ويمتاز في ظهور متكرر لواحدة أو أكثر من التالية :

- تكرارات للأصوات والمقاطع اللفظية.
- إطالة الأصوات.
- تدخلات.
- كلمات مكسرة (وقفات خلال الكلمة).

- وقفات مسموعة أو صامتة (وقفات كاملة أو غير كاملة في الكلام).
- الدوران حول الكلمة (إبدالات للكلمة لتجنب الكلمات المشكلة).
- توتر جسمي مفرط في إنتاج الكلمات.
- تكرارات لكلمة أحادية المقطع (أ أ أ....نا أرى).

ب- يتداخل الاضطرابات في الطلاقة مع التحصيل الأكاديمي أو المهني أو مع التواصل الاجتماعي

جـ - في حالة وجود عيوب حسية أو كلامية – حركية فإن صعوبات الكلام غالباً ما ترتبط بهذه المشكلات

أما الرابطة الأمريكية للتأتأة فقد حددت السلوكات التالية لتمييز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعي :

- ارتعاشات وجهيه بسبب التوتر المفرط.
- التكلم بحذر.
- الكلام بسرعة.
- الكلام بصوت عالٍ جداً أو منخفض جداً.
- أدلة على المقاومة والتوتر خلال الكلام.
- توقف تدفق الهواء.
- ارتفاع طبقة الصوت أو حجمه خلال اختلال الطاقة.
- حركات جسمية مصاحبة خلال عدم الطلاقة.
- إشارات وعلامات على وجود قلق وإرباك خلال الكلام
- تكرارات غير معتادة.
- استعمال الصائت في التكرارات.
- تكرارات عديدة (٥ أو أكثر) خلال الكلمة.
- وقفات في وسط الكلمة والرجوع من الجديد أو المضي قدماً في الكلام.
- أدلة على تجنب كلمات محددة.
- وجود أكثر من اختلال طلاقة خلال الجملة.

السلوكات غير الكلامية الدالة على وجود المشكلة :

- الخجل أو النظر بعيداً عن الشخص خلال اختلال الطلاقة
- عادات عصبية أخرى مثل: قضم الأظافر والنشاط المفرط
- مهارات تنشئة اجتماعية ضعيفة
- أدلة على الاكتئاب والحزن
- القلق والخوف والانزعاج

وفي تقييم التأتأة فإننا غالباً ما نسمع الأخصائي يسأل الأسئلة التالية :

١- ما هو الموقف الذي أدى إلى خلل الطلاقة الكلامية ؟

٢- ماذا حدث قبل التأتأة ؟

٣- كيف تظهر هذه الأحداث في حياة الطفل ؟

٤- ماذا لاحظت ؟

٥- هل تبدو دائما هكذا أم أنها تتباين ؟

٦- ماذا تفعل عندما تظهر ؟

٧- عموماً، ماذا يحدث كنتيجة لسلوك كلام الطفل ؟

هذه الأسئلة السبعة تمثل أمثلة على الأسئلة التي يمكن تسمع من قبل الأخصائي الذي يجري التقييم الأولي للتأتأة. مثل هذه الأسئلة يعتبر مصدراً للمعلومات مع الملاحظات التي يلاحظها الاباء خلال تفاعلهم مع الطفل يومياً.

المحاضرة التاسعة

وصف مشكلة التأتأة وقياسها

وصف المشكلة والقياس القاعدي :

يشتمل تقييم الشخص المتأتئ على وصف السلوك المضطرب فالعديد من الأخصائيين يحددون تكرارات وأنواع الكلمات التي بها التأتأة خلال الكلام العفوي أو القراءة الفمّية، وإضافة إلى ذلك فإنه يجب أن تقيم شدة المشكلة باستخدام معيار تقدير أو تصنيف وصفي مثل: (بسيط ومتوسط وشديد)، ومن القياسات القاعدية السلوكية الأخرى هي قياس الكلام واختيار محتوى الكلام والأعراض الثانوية.

– ويزودنا الشخص والأسرة بمعلومات هامة عن تأثير المشكلة الحالي على الحياة الاجتماعية أو المدرسية أو المهنية ومفهوم الذات. فقد يشتمل العلاج على خطة علاجية لبعض متغيرات الشخصية حيث يسمح للكبار المتأتئون في التعبير عن تأثير التأتأة على حياتهم وعلى الآخرين. فقد يعبر عن المشاعر القاسية بمشكلتهم، وهذه المتغيرات أيضاً يجب أن يأخذها أخصائي أمراض الكلام واللغة بعين الاعتبار جنباً إلى جنب مع مشكلة التأتأة.

– فالشخص القريب المحبط والضعيف وغير قادراً على مواجهة مشكلة التأتأة في السياق البيئي الذي يعيش فيه يتطلب علاجاً أكثر من الشخص الذي يسيطر على ذاته ويضبط سلوكاته خلال مواجهته للسياقات البيئية المحيطة به، كما تؤثر ميكانزمات التعامل التي تعلمها الشخص على سرعة التغيير، فالشخص الذي يظهر التأتأة كاستجابة للفشل أو الخوف يحتاج إلى علاج مكثف كما يكون أبطأ من الشخص الذي يمتلك مفهوم ذات واقعي.

– ويلعب تقييم البيئة دوراً هاماً في فهم المشكلة الحاضرة. ففي حالة تقييم الأطفال الصغار يجب على أخصائي أمراض الكلام واللغة تفحص الأحداث المحددة التي تسبق ظهور المشكلة وماذا يتبع حدوث التأتأة، ويحقق هذا الهدف من خلال تحليل أشرطة الفيديو والأشرطة السماعية التي سجلت لتفاعلات الآباء والأطفال في المنزل وأوضاع العلاج. وكذلك تصميم بيئة الكبار المتأتئون أيضاً هامة في تحديد مدى التقدم المتوقع فعوامل مقاومة التغيير والتقدم والإجهاد في العمل يمكن أن تؤثر على العلاج

– بناء على ذلك فإن التاريخ التعزيزي الطويل للشخص المتأتئ يؤثر على تطور المشكلة، فالتاريخ الطويل يؤثر على العلاج فالمراهقون غالباً ما يواجهون صعوبات في العلاج أكثر من الصغار وهذا ربما يعود إلى صعوبة تقبل إنهم مختلفون عن اقرأنهم. كما أن الأشخاص المتأتئون الكبار يشكلون اتجاهات سلبية حول المشكلة ومدى إمكانية النجاح في العلاج فالاتجاهات متغير هام في العلاج والتقدم فيه.

– ويلعب تقييم الشخصية عنصراً هاماً في تحديد السبب ومتغير هام في العلاج، فأحيانا تحدث مشكلة التأتأة بسبب المعتقدات اللاعقلانية وكذلك إذا كان الاعتقاد بأن البيئة هي عامل مسئول عن المشكلة والمحافظة على إستمراريتها؛ لذلك فإنه من المناسب أن نحلل البيئة البيتية وإذا كانت المشكلة متعلمة فإنه من المناسب أن نجري قياساً قاعدياً لمدى المشكلة، وفي العموم فإن أي مشكلة كلامية تؤثر على مظاهر الحياة للشخص وهذا يفرض على أخصائي أمراض الكلام واللغة أن يوسع أفكاره وتفكيره خلال عملية التقييم وليعطي أهمية أكثر للاتجاهات والسلوكات والمعتقدات التي تساهم في الصعوبات الحاضرة.

قياس وتشخيص التأتأة :

تباينت المعلومات والبيانات التي تشير إلى معيار تحديد سلوك التأتأة في الكلام وتشخيصه وقد أجمعت معظم هذه المعلومات على معيار أن ١٠ اختلالات طلاقة كلامية لكل ١٠٠ كلمة يعني التأتأة ١٠ / ١٠٠ = تأتأة

عناصر تقييم التأتأة :

إن تقييم التأتأة عملية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار العناصر الآتية:

١- نموذج أخذ المعلومات، ويملأ هذا النموذج من قبل الحالة والآباء.

٢- مقابلة الحالة (المتعالج) لتحديد المشكلة وتحديد مستوى الدافعية والحاجة والرغبة للخدمات.

٣- أدوات التقييم المعيارية وغير المعيارية.

٤- كتابة النتائج والتفسيرات المستندة إلى التقييم.

التواصل الداعم المساند والبديل ..

تستعمل استراتيجيات التواصل الداعم والبديل من قبل مدى واسع من الأفراد الذين يشتركون في خاصية عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والتي قد تنتج عن أنواع متعددة من الإعاقات المعرفية والحركية والحسية كما أن التواصل الداعم والبديل يستخدم من قبل المصابين بالإعاقات المكتسبة مثل إصابات الدماغ والأمراض التطورية ومرض باركنسون.

- والتواصل عملية تعتمد على استعمال الفرد للكلمات، فالتواصل الفعال يتطلب استعمال كلمات مناسبة للتعبير عن الحاجات وهذه الكلمات يتم انتقاءها حتى تشكل الجمل التي نرغب في قولها ويعتمد اختيار هذه الكلمات على قدراتنا وعلى سلامة أجهزتنا. وعندما لا نستطيع الكلام طبيعياً فهناك طرق يمكن الاعتماد عليها لانتقاء الكلمات التي يمكن أن نستعملها.

العلامات التي يلاحظها الوالدين على طفلهم الذي يعاني من اضطراب لغوي :

- عدم القدرة على فهم اللغة المحكية من خلال الاستخدام (اللغة الاستقبالية).
- عدم القدرة على فهم المفردات أو الجمل اللغوية.
- إذا شك الوالدين في سمع ابنهم؛ كون استجابته وتفاعله مع الحديث الذي يدور حوله يكاد يكون معدومًا أو متقطعًا .
- عدم القدرة على الاستجابة للأوامر اللفظية الموجهة إليه بشكل كامل أو جزئي.
- عدم القدرة على إنتاج المفردات أو الجمل اللغوية بشكل سليم.
- ظهور الأخطاء النحوية أو الصرفية أو غيرها من مكونات اللغة.
- عدم القدرة على سرد الأحداث بشكل متسلسل ومنطقي.

المصطلحات الرئيسية :

التواصل الداعم المساند ..

وهو من الطرق والأدوات المستخدمة والتي تدعم وجود المهارات التواصلية اللفظية ويهدف إلى تقوية وتعزيز مهارات التواصل التي يظهرها أو يملكها الفرد.

التواصل البديل ..

يعود التواصل البديل إلى الأساليب التي تحل محل التواصل المنطوق لدى الأفراد غير القادرين على تطوير مهارات لغوية نطقية.

– إن التمييز بين التواصل الداعم المساند والتواصل البديل ليس واضحاً فأحياناً يستخدم التواصل البديل كإستراتيجية لتقوية المهارات اللغوية والكلامية لدى الأفراد كما قد يكون التواصل الداعم المساند نموذج التواصل الأولي لأفراد آخرين.

عناصر التواصل الداعم المساند والبديل :

يتألف التواصل الداعم المساند والتواصل البديل من ثلاث عناصر

- أساليب التواصل
- أنظمة الرموز (أصوات رسوم إيماءات إشارات ....الخ)
- مهارات التواصل

وتعتبر هذه العناصر ضرورية وواجب مراعاتها عند تصميم برامج التواصل الداعم المساند أو البديل.

الأساليب :

هنالك نوعان أساسيان من أساليب التواصل الداعم والبديل هما الأساليب المساعدة وغير المساعدة ولا تتطلب الأساليب غير المساعدة أدوات الدعم الخارجي أو أيّة إجراءات مساعدة لعملها فهي تشتمل على أساليب مثل الكلام ولغة الإشارة وتعبيرات الوجه وتمتاز الأساليب غير المساعدة بايجابيات وسهولة استعمالها. أما الأساليب المساعدة فهي تشتمل على أدوات اتصال بسيطة مثل لوح الاتصال أو قد تكون مثل الكمبيوتر مع أداة أنتاج علاج صناعية.

– وقد تكون الأدوات المساعدة الكترونية أو غير الكترونية كما وقد تشتمل إجراء انتقائي وهناك العديد من الفوائد التي نحققها من وراء استعمال الأدوات المساعدة مثل:

المخرجات .. وهي الجانب الظاهر الذي يعزز التواصل مع المجتمع. ومنها لوح التواصل ويتألف من عدد من الرموز المكتوبة أو المرسومة وهذه توضع مغلقة على الكرسي المتحرك وهو رموز بصرية أو مطبوعة أو صوتية فالعروض البصرية يتم التوصل إليها بالإشارة. أما المخرجات الصوتية فهي تساعد على التقريب لطبيعة الكلام

أسلوب الاختيار .. حيث يجب على مستخدمي مساعدات التواصل أن يشيروا إلى مشاركيهم في التواصل بأي أحرف أو رموز يفضلون اختيارها فالأشخاص الذين يمتلكون مهارات حركية سليمة يختارون بشكل مباشر من خلال الإشارة إلى الرمز المناسب.

قدرة المفردات .. وتساعد القدرة في المساعدة على إظهار أو تخزين المفردة التي يستعملها فألواح الاتصال تصمم لإيضاح هذه الأنشطة.

القابلية للنقل .. وهي الخاصية الأخيرة الأكثر أهمية خصوصاً عندما تتكلم عن دمج المعاقين في المجتمع فالأدوات المساعدة الالكترونية أصبحت أكثر تقدماً وأصغر حجماً وأكثر سهولة لنقلها من مكان إلى آخر فالأدوات المساعدة لها العديد من الحسنات والايجابيات

المحاضرة العاشرة

التواصل الداعم والبديل

اضطرابات التخاطب والإعاقات الأخرى

أنظمة الرموز

تستعمل أنظمة التواصل الداعم والبديل غير المساعدة بعض أنواع نظم الإشارة وتهدف أنظمة الرموز إلى اكتساب الأفراد المعاقين بعض المفردات الإشارية. ومع أن لغة الإشارة تكون مفيدة كشكل من أشكال التواصل إلا أنها غير فعالة في تطوير مهارات تواصل نطقية سليمة.

– والصور لها إيجابيات في عرض موضوعات واضحة وبطريقة مدركة للمعاقين. وتعبير الصور يشتمل على خلفيات سياقية ذات فائدة، وكذلك فإن الصور الملونة تدرك بشكل أفضل من الصور الأبيض والأسود. وإضافة إلى الصور فهناك عدد من الأنظمة الرمزية المجردة فهي تشتمل على رموز التواصل بالصوت ونظام picsyms ونظام sigsyblobs وأنظمة rebus وبرنامج استهلاك اللغة غير الكلامية – الذي طوره كارير (carrier1974) ويعتمد هذا البرنامج على الأشكال الهندسية في التعبير عن الكلمات. كما تجمع الأشكال مع بعضها لتكوين الجمل.

مهارات التواصل :

يستخدم التواصل الداعم والبديل إجراءات وأدوات مفيدة تفتح المجال أمام الشخص الذي لا يستطيع التكلم بالتواصل مع الآخرين. وواحدة من أهم القضايا الحرجة بالنسبة للأخصائيين في ميدان التواصل الداعم والبديل هي مشكلة كيف يمكن مساعدة الأفراد غير القادرين على الكلام على تسهيل تفاعلاتهم اليومية في البيئات.

استراتيجيات التواصل الداعم (المساند) والبديل :

تشتمل التكتيكات المستخدمة في التواصل الداعم والبديل على نطاق واسع من التقنيات منها:

تواصل الاختيار المكتوب .. يستند هذا الأسلوب إلى مبدأ أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات التواصل العصبية يفهمون أفضل عندما تعرض المعلومات من خلال نماذج متعددة. وينفذ هذا الأسلوب من خلال اتفاق كل من المريض (الشخص المصاب) وشريكه في التواصل على موضوع المحادثة ثم يسأل الشخص الشريك في المحادثة أسئلة ذات صلة بالمحادثة ثم إيجاد بدائل للكلمة كاستجابة.

الإيماءات والإيحاءات .. وتشتمل على تعبيرات الوجه وحركات الأعين وأوضاع الجسوم وحركات الأيدي والأذرع والتي تهدف إلى نقل رسائل محددة.

الكتب المتبقية .. وتشتمل على جمع موضوعات أو مذكرات هامة للفرد وتعكس خبرات الحياة الحاضرة.

أدوات التواصل الالكترونية .. وتساعد هذه الأدوات الشخص الذي لا يستطيع الكلام بمخرجات صوتية يستطيع من خلالها التعبير عن نفسه وتدعم هذه الأدوات نوعين من الرسائل وهي استعادة الرسالة وتكوين الرسالة.

الرسم لأغراض التعبير .. ويساعد الرسم على إيصال معلومات حول الموقع مثل أين يسكن المريض وكذلك يمكن استخدام الرسم في توضيح معنى الرسالة وتصحيح سوء الفهم للرسالة قيد التواصل، كما قد يستخدم الرسم لتحديد موضوع المحادثة.

رسم الشريك في التواصل .. وهنا يقوم الشريك في التواصل مع الشخص المريض برسم معلومات لفظية ومكتوبة للشخص المصاب. ويساعد استخدام الشريك للرسم على تأسيس موضوع المحادثة أو إيصال معلومات حول تفاصيل محددة وزيادة درجة الفهم.

كتاب التواصل العام .. ويعتبر كتاب التواصل العام من الأنظمة المفيدة للشخص المصاب باضطرابات التواصل العصبية والذين يعانون من قدرات تعبيريه محدودة أو الذين يحتاجون إلى مساعدة في التعبير ويشتمل الكتاب على الحاجات (الشراب، الطعام) والمشاعر (الحزن والتعب..... الخ) واللباس (الحذاء.. الخ) والمواقع (مكتب الطبيب، المطعم... الخ).

كتاب التواصل الخاص .. وهذا النوع من الكتب يعتبر امتداد لكتاب التواصل العام ويلجأ إلى استخدامه الشخص الذي يعاني من قدرات محدودة في التعبير أو الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في إيجاد كلمات مناسبة للتعبير عن حاجاتهم.

لوح الأحرف الهجائية .. ويساعد هذا اللوح على نقل الرسالة وتسهيل نقلها للمستمع. وفي هذا اللوح يقوم الشخص المصاب باضطرابات التواصل على تزويد المستمع بالأحرف للكلمة، أو كلمة المدخلة لتسهيل الفهم للرسالة. كما قد يستعمل لأهداف استعادة كلمات محددة خلال مرحلة النسيان.

قاموس الكلمة .. وهو كتاب صغير يشتمل على كلمات مطبوعة. ومن خلال هذا القاموس يستطيع الشخص المصاب باضطرابات التواصل الإشارة إلى الكلمة للشخص المستمع أو الشريك لقراءتها وتسهيل التواصل.

قاموس الصور .. وهذا القاموس شبيه بقاموس الكلمة فبدلاً من الكلمات المطبوعة فهو يشتمل على رموز تواصل صورية تمثل كلمات يجد الشخص المصاب صعوبة في التعبير عنها. ونظراً لأن هذا القاموس لا يتطلب القراءة فهو شائع الاستخدام من قبل الأفراد الذين يعانون من اضطرابات التواصل العصبية.

البطاقات التعليمية للمستمعين .. وتصف هذه البطاقات إجراءات محددة تساعد على تسهيل التفاعل فهي تزود الشريك في التواصل بمعلومات حول أفضل الطرق المسهلة للتواصل والتفاعل مع الشخص الذي يعاني من اضطرابات التواصل العصبية.

مقاييس التقدير .. وتساعد هذه المقاييس على مساعدة الشخص المصاب بالحبسة الكلامية على تحديد قيمة مقاييس التقدير. وقد تبدأ وتنتهي مقاييس التقدير بأرقام أو كلمات وهذا يعتمد على الموقف ومهارات الشخص.

تحديق العين .. ويسمح أسلوب تحديق العين على مساعدة الأشخاص الذين يعانون من الحبسة الكلامية الشديدة والذين يعانون من إعاقات جسمية شديدة مصاحبة على الإشارة إلى درجة التفضيل التي ترغبها. ولتنفيذ هذا الأسلوب فإنه يحضر موضوعين أو صورتين أو كلمات ومن ثم يطلب من الشخص أن يحدق عينية على الشيء المرغوب وبالتالي التعبير عما يفضله.

ومن الأنشطة الداعمة التي يمكن توظيفها مع الأطفال :

أنشطة ما قبل القراءة ..

تقوم أنشطة ما قبل القراءة الأولية بإعطاء الفرصة للمعلم للإطلاع على المطبوعات البيئية والمادة الدراسية للأطفال وهذه الأنشطة تساعد على تطوير المفاهيم المرتبطة بالمطبوعات لمساعدة الطلبة على تعلم مفاهيم خاصة بالمقروء وأن يصبحوا متحفزين

للقراءة . وقراءة الحروف وإعادة قراءة الحروف بحيث تكون اختياراتهم المفضلة لديهم بصوت مرتفع مسموع لمن يخاطبهم. وللقراءة بصوت مرتفع نزود الطالب بنموذج قراءة الحروف ومساعدة الطفل على الإحساس بالكتابة للحرف والكلمة والأصوات وهذا النشاط يكون ممتاز بالنسبة لأفراد الأسرة بممارسة اللغة مع الطفل صغير.

١/ تدريس أغاني الأطفال الصغار والتدريب على قولها وفيها تركيز على الحرف الذي سوف يتعلمه الطفل لتسهيل أيضًا الإصغاء والتفكير فيما يتعلق بالكلمات وجعل الطفل مشاركًا في التجربة اللفظية من خلال إعادة أسماء الكلمات التي تبدأ بالحرف المراد.

٢/ التركيز على شكل الحروف في الكتب وتحديد الحرف المراد في مثل مقدمة الكتاب للتركيز على تقاليد الطباعة وجعل الطفل يشير إلى الحروف الطباعية الكبيرة والحروف الطباعية الصغيرة لمعرفة الحرف المطلوب منه في مختلف مواقعه في الكلمة أولها ووسطها وآخرها.

الإدراك الصوتي ..

يشمل الإدراك الصوتي خبرات خاصة باللغة المنطوقة كما يساعد على زيادة المعرفة بالحرف والكلمات والمقاطع. وتُقدم الأنشطة في نظام متسلسل ومن ثم أنشطة الكلمة ويليها أنشطة مقطع.

- أذكر ثلاثة كلمات، وأجعل الطفل يختار الكلمة التي لا يوجد فيها الحرف المطلوب.
- أذكر كلمتين وأسأل الطفل للإشارة فيما إذا كانت الكلمتان لهما نفس الصوت في الحرف.
- أن أذكر مقطعين وأجعل الطفل يستخرج الحرفين المطلوبين من الذي سمعه.
- أذكر كلمة وأجعل الطفل يعين أو يقوم بعدّ المقاطع في الكلمة وكذلك يعدّ الحروف.

المحاضرة الحادية عشرة

فريق التقييم الشامل

في التواصل الداعم والبديل، وخدمات المعاقين

فريق التقييم :

يتطلب الاستخدام الناجح والفعال للتواصل الداعم والبديل القيام بإجراءات التقييم الشامل والتي تشتمل على:

- تقييم حاجات التواصل الحاضرة والمستقبلية.
- أسلوب التواصل المستخدم حالياً.
- إمكانية استخدام أنواع مختلفة من المعايير في التواصل الداعم.
- تقييم القدرات الجسدية والعقلية والاجتماعية والتربوية والمهنية.

ولتحقيق أهداف التقييم الشامل فإنه يجب أن نجمع المعلومات من فريق متعدد التخصصات والذي قد يشمل على:

١- الشخص المستعمل للتواصل الداعم والبديل والأسرة ..

ويجمع معلومات حول : - النتائج المرغوبة. - دافعية الشخص لتحقيق النتائج. - قدرات أعضاء الفريق.

٢- أخصائي الكلام واللغة ..

ويجمع المعلومات حول :

- فهم اللغة المكتوبة والمنطوقة.
- استعمال اللغة وأنماط التفاعل مع الآخرين.
- الضبط العضلي للكلام.
- لفظ الأصوات الكلامية واللغوية.
- استعمال التواصل غير اللفظي.
- مفردات مناسبة للاستعمال مع التواصل الداعم والبديل.
- أنواع وسائل وأساليب التواصل الخاصة.

٣- أخصائي العلاج الوظيفي ..

ويعمل على جمع معلومات حول :

- الضبط العضلي لأوضاع جسمية مختلفة بدون استخدام الأجهزة.
- القدرة على اختيار الفوارق في الحجم واللون والشكل. - الحركة والتنقل والجلوس.

٤- أخصائي العلاج الطبيعي ..

ويجمع معلومات حول :

- قوة العضلات ومدى الحركة والمرونة والتوازن والتنسيق.
- الضبط العضلي في أوضاع جسمية مختلفة باستعمال وبدون استعمال الأجهزة.

٥- أطباء متخصصون (الأطفال والأعصاب والأنف والأذن والحنجرة، والطبيب النفسي والجرّاح) ..

وتجمع معلومات من خلالهم حول :

- الصحة العامة. - العلاج الطبي أو الجراحي المناسب.

٦- مختص التأهيل ..

ويجمع معلومات حول :

- تركيب وتشغيل الأدوات. - تصميم وتطوير الأجزاء المستعملة.

٧- المعلم ..

ويجمع معلومات حول :

- الأداء الصفي والأداء الأكاديمي. - مهارات التواصل اللازمة للأداء الأكاديمي والمهني والتفاعل داخل الصف.

٨- أخصائي الخدمة الاجتماعية ..

ويجمع معلومات حول :

- الأوضاع المعيشية للفرد وبناءه الأسري والاقتصادي. - الحاجة إلى مصادر مجتمعية أخرى.

٩- الأخصائي النفسي ..

ويجمع معلومات حول :

- إمكانية التعلم للفرد.
- الحاجة إلى الإرشاد الفردي والأسري.

١٠- مبرمج الكمبيوتر ..

ويساعد في جمع معلومات حول :

- إمكانية استعمال برامج الحاسوب الموجودة.
- إمكانية تعديل البرامج الحاسوبية الموجودة.

١١- المرشد المهني ..

ويفيد في حالة الأطفال الكبار والراشدين ويساعد في جمع معلومات حول :

- إمكانية امتلاك الفرد لوظيفته.
- تحديد الأهداف المهنية.

١٢- الأخصائي السمعي ..

ويساعد في : - تقييم وعلاج الفقدان السمعي.

١٣- أخصائي العظام والجراحة ..

ويساعد على تحديد المساعدات العلاجية والجراحية الخاصة.

١٤- موزع أدوات الاتصال ..

ويساعد في :

- إمكانية تعديل الأدوات وتكييفها.
- معلومات حول الإصلاح ومعالجة الأخطاء.
- المصادر الممكنة للدعم المالي.

وفي حالة وضع الجدول الخاص بالتقييم فإنه لا بد من جمع معلومات حول :

- الحالة الصحية الحاضرة والماضية.
- متى وكيف بدأت المشكلة التواصلية؟.
- نوع ومقدار التواصل المستعمل حالياً.
- الحاجات التواصلية الحالية والمستقبلية.
- النتائج السابقة للتقييم والعلاج.
- الأداء المدرسي والمهني.

- وفي معظم حالات الأطفال فإنه يتم جمع معلومات حول : المعالم الإنمائية للكلام واللغة والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة ومهارات المساعدة الذاتية والمهارات الاجتماعية .

انطباع الأخصائي المحدد حول الشخص :

بعد إنهاء التقييم فإنه يجب تعرّف ما يلي :

- ما نوع أساليب التواصل المقترحة؟
- ما الأسلوب الذي سوف يستعمل؟
- أشباه الجمل القصيرة.
- التعبير عن المشاعر.
- إعطاء وأخذ المعلومات.
- المحادثات مع الأسرة والأصدقاء والمعلمين.

• التواصل المكتوب مع الذات والآخرين .

- ما مدى استعمال التواصل المساعد؟
- الأدوات المستخدمة.
- ما هو نوع الرموز؟ (أحرف، صور، كلمات، أشباه جمل)
- هل توجد مرونة في نموذج التواصل المقترح؟
- ما هي الأساليب المستخدمة لاستهلال المحادثة؟
- ما هي أوضاع الجسم التي يمكن أن تستخدم لزيادة التواصل والحركة ؟

- لماذا اختيرت أدوات التواصل؟
- من هو الأخصائي الذي سوف ينفذ خطة التواصل المقترحة ؟

تطوير برنامج التواصل الداعم والبديل :

تهدف البرامج التي تطور لأغراض التواصل الداعم والبديل إلى :

- تقوية قدرة الفرد الأكاديمية والوظيفية والاجتماعية في البيئات الطبيعية.
- تحسين كمية ونوعية المهارات اللغوية والتواصلية للطفل.

ولتحقيق هذه الأهداف فإنه لا بدّ من تطوير أهداف وخطط محددة تحدد النتائج التربوية والتعليمية بوضوح قبل البدء بالتطبيق.

وقبل البدء بالتطبيق فإنه لا بدّ من أخذ العوامل التالية بعين الاعتبار :

- خصوصية الأهداف التعليمية والتي تشمل على حاجات وفرص التواصل في البيئة.
- محتوى التواصل المحدد والذي يشمل على حاجات التواصل ونماذج التواصل الفعالة في البيئات المحددة. فمثلاً لغة الإشارة فعالة في البيئات الإشارية.
- معلومات التصحيح التعليمي، وهذه تشمل على تحليل متى ندرس التواصل وكيف نتسلسل في المحاولات.

ويهدف التقييم إلى تحديد حالة التواصل الحاضرة لدى المتعلم أكثر من اتخاذ القرارات حول هل يستخدم أو لا يستخدم التواصل الداعم والبديل. إضافة إلى ذلك فإنه لا بدّ من تقييم خصائص المتعلم قبل البدء بتطبيق أو تطوير نظام التواصل الداعم والبديل ويشمل التقييم تحديد خصائص المتعلم التالية :

- الحركة والتنقل : تقييم قدرة الشخص على الحركة والمشي.
- الضبط العضلي لمهارات الحركة الكبيرة والدقيقة.
- التواصل فهل لدى الشخص أي قدرة على الكلام؟ وهل يستعمل إيحاءات في التواصل؟
- القدرات المعرفية واللغوية : وذلك لتحديد أي الأنواع من الأنظمة الرمزية لها احتمالية أكثر في النجاح مع الطالب أو الشخص.
- القدرات الحسية والإدراكية وتشمل على تقييم جمع المعلومات حول القدرات البصرية والسمعية للشخص.

وبغض النظر عن النماذج المستخدمة وطريقة التواصل فإن برنامج التواصل الداعم والبديل يجب أن يحدد المفردات التي يجب أن يشتمل عليها. ولتحديد المفردات فإن الأخصائي عليه أن يراعي :

أ- أن تكون المفردة مهمة في حياة الشخص.

ب- اختيار المفردات من بين أول (٥٠) كلمة من المعلومات الإنمائية المحددة للشخص.

وعند اختيار نظام التواصل الداعم والبديل فانه يُشترط مراعاة ثلاثة عوامل هامة وهي :

١. القدرة على التخمين حيث يجب أن تكون الرموز سهلة التخمين.
٢. القدرة على التعلم وهذه تعود إلى سهولة وصعوبة تعلم الرمز.
٣. التعميم.

المحاضرة الثانية عشرة

أهم اضطرابات النطق في سن المدرسة

الاضطرابات الإبدالية :

عبارة عن إبدال حرف حيث يأتي الطفل بالكلمة بحرف آخر لا لزوم له ويشوه عملية النطق كأن يستبدل حرف (س) بحرف (ش) أو حرف (د) بحرف (ل)، ومن أبرز الحالات استبدال حرف (س) بالحرف (ث) فيؤدي إلى ما يسمى بالثاثاة والسبب في ذلك بروز طرف اللسان خارج الفم، وينتشر هذا العرض لدى الأطفال في عمر (٥-٧) سنه، حيث تبدأ مرحلة تبديل الأسنان، والأطفال لا يدركون بأن نطقهم يختلف عن نطق الآخرين، ولكنهم يشعرون بالضيق عندما يرون بأن الآخرين لا يفهمون كلماتهم جيدًا .

- ومثل هذه الحالات تحدث بسبب تبديل الأسنان أو بسبب عدم انتظام الأسنان من حيث الكبر أو الصغر والتطابق والقرب والبعد وخاصة الأضراس الطاحنة والأسنان القاطعة، وقد تحدث هذه الحالات (الثأثاة) بسبب حالات وظيفية، التي لا شأن لها من ناحية البنيوية العضوية ويكون السبب الخوف الشديد أو الانفعال لدى الطفل أو عامل التقليد. ومن الحالات الشائعة أيضًا في هذا الاضطراب إبدال حرف (س) إلى حرف (ش)، وسبب ذلك هو مرور تيار الهواء من تجويف ضيق اللسان وسقف الحلق أو بروز طرف اللسان خارج الفم .

اضطرابات تحريفية :

تكون عندما يصدر الصوت بشكل خاطئ والصوت الجديد لا يبتعد كثيرًا عن الصوت الحقيقي الصحيح وتنتشر هذه الاضطرابات لدى الأطفال الأكبر عمرًا. ويكون ذلك في حالة ازدواجية اللغة لدى الصغر أو بسبب طغيان لهجة على لهجة أخرى أو بسبب سرعة تطور الكلام لدى بعض الأطفال. ويتحسن المريض بشكل تلقائي ويمكن أن تنتج هذه الحالات بسبب شذوذ خلقي في الأسنان والشفاه والفك ويشتبه عادة بوجود ضعف عقلي مصاحب لهذه الحالات خاصة إذا دام هذا الاضطراب بعد عمر (١٢)سنة.

اضطرابات الحذف أو الإضافة :

يقوم الطفل في هذا النوع من الاضطرابات بحذف بعض الأحرف (أو الأصوات) التي تتضمنها الكلمة عندها ينطق الطفل جزءًا من الكلمة فيصبح كلامه غير مفهوم، أو يزيد حرفًا فيصبح الكلام غير واضح. وغالبا ما تتركز عمليات الحذف في نهاية الكلمات وكذلك بالنسبة إلى الأحرف الساكنة والمتحركة من ذلك هناك حالات ينطق فيها الطفل حرفا (أو صوتًا) زائدًا عن الكلمة الصحيحة ما يجعل الكلام غير واضح. ومثل هذه الحالات إذا استمرت مع الطفل أدت إلى صعوبة في النطق

اضطرابات الضغط :

إن بعض الأحرف (الساكنة) تتطلب من الفرد من أجل نطقها بشكل صحيح أن يضغط بلسانه على سقف الحلق فإذا لم يتمكن الفرد من ذلك فانه لا يستطيع إخراج بعض الأحرف بالشكل الصحيح ومن هذه الأحرف (الراء – اللام) وقد يرجع ذلك إلى اضطراب خلقي أو اضطرابات في اللسان والأعصاب الحيطة به.

اضطرابات الصوت :

أ- ارتفاع الصوت وانخفاض الصوت .. يقصد به الارتفاع في الصوت وانخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقى ولطبقه الصوت والصوت المرتفع أكثر من اللازم هو صوت شديد ومزعج للسامعين وبعض الأفراد اعتادوا على أصوات مرتفعة لا تتناسب مع العمر والجنس ومع سياق الحديث والموقف لدرجة يظهر الصوت بأنه غريب وشاذ.

ب- اضطراب الفواصل في الطبقة الصوتية .. ويقصد بذلك التغيرات غير الطبيعية في طبقة الصوت والانتظار السريع غير المضبوط من طبقة إلى أخرى مثل الانتقال من الصوت الخشن إلى الصوت الرفيع أو العكس. مما يؤدي إلى عدم وضوح اللحن والصوت وهناك حالة أخرى نصادف فيها عدم وجود نغمة صوتية أو اختلاف في الطبقة الصوتية بحيث يؤدي أيضًا إلى عدم وضوح الصوت وعدم تناسبه مع ما يتضمنه الكلام ومثل هذه الأصوات تكون فاقدة التعبير ومزعجة للمتكلم والمستمع في آن واحد وتسمى مثل هذه الاضطرابات باضطرابات التلحين في النطق.

ج- الصوت المرتعش .. هو صوت غير متناسق من حيث الارتفاع والانخفاض أو الطبقة الصوتية يكون سريعًا ومتواترًا ونلاحظ هذا الصوت لدى الأطفال والراشدين في مواقف الخوف والارتباك والانفعال أو الخوف الحاد كما نلاحظ الصوت المرتعش لدى الفرد السكير (عافانا الله) أو في حالات الفالج وعته الشيخوخة

د- الصوت الرتيب .. هو الذي يأخذ شكل واحد وإيقاع واحد ووتيرة واحدة دون القدرة على التغير في الارتفاع والشدة أو النغمة واللحن ما يجعل هذا الصوت يبدو شاذًا وغريبًا ويفقد القدرة على التعبير والتواصل الفعال مع الآخرين. ومثل هذه الحالات يمكن أن ترجع إلى حالة شلل تصيب المراكز المخية مما يؤدي إلى تصلب الحبال الصوتية وجعل الصوت إما أجشًّا وخشنًا أو رتيبًا صلبًا وغريبًا

هـ- الصوت الخشن أو الغليظ .. ويكون هذا الصوت من النوع المرتفع في الشدة المنخفض في الطبقة الصوتية، ومثل هذا الصوت يكون مصحوبًا بالتوترات والإجهاد ويمكن أن تكون خشونة الصوت لدى الصغار بسبب الصراخ العالي أو تقليدهم لأصوات الآخرين العالية كما أن الأفراد ذوي المزاج العدواني غالباً ما يجهدون حبالهم الصوتية في صراخهم وحديثهم. وتوجد أعراض للصوت الخشن لدى الراشدين ولدى البائعين والمعلمين ولدى اللذين يعملون في وظائف تتطلب منهم الكلام بصوت مرتفع ولفترة طويلة مما يؤدي إلى إجهاد الحبال الصوتية التي تصبح بيضاء اللون أو متوردة ومنتفخة وأكثر تشنجًا ما يضعف من مرونة اهتزازها وأحيانا أخرى يؤدي إلى إجهاد الحبال الصوتية إلى أن تكون مسترخية في مواجهة الضغط الهوائي الخارج من فتحة المزمار (من الرئة).

و- الصوت المبحوح .. هو صوت منخفض الطبقة الموسيقى وقد يصاحبه شي من خشونة الصوت أو غالبًا ما يكون البح بسبب الاستخدام السيئ للصوت وبسبب تقارب أشرعة الحبال الصوتية وحيث يكون الصوت محبوسًا في أسفل الحنجرة ولا يخرج الصوت إلا من ثنيات الحبال الصوتية الصغيرة ويكون التنفس في مثل هذه الحالات صعبًا والصوت غير واضح وصعب أيضًا. وقد تؤدي حالات التهاب الحنجرة والنزلة البردية والتهاب اللوزتين والإجهاد الكلامي إذا بحة الصوت وغالبًا ما يصاحب البح التهاب الحبال الصوتية التي تكون حمراء ومنتفخة كحبة الشعير مما يجعلها تنقبض بصعوبة ويمكن أن يكون البحح مؤقتا أي يدوم لفترة قصيرة أو أن يصبح مزمنًا بعد أن يؤدي إلى عدم تناسق عصبي وعضلي في وظائف الحبال الصوتية

ز- الصوت الطفلي .. هو الصوت الذي نسمعه لدى الراشدين ويشبه في طبقة صوت الأطفال الصغار (الصوت الرفيع الحاد) بحيث يشعر السامع بأن هذا الصوت شاذًا لا يتناسب مع عمر وجنس ومرحلة نمو الفرد المتكلم. ويرجع البعض هذه الظاهرة إلى عوامل وراثية وخلقية أو إصابات تصيب الأطفال في صغرهم مثل التهابات الأعضاء الصوتية، وقد يكون سبب هذه الظاهرة وظيفي يرجع إلى بعض العوامل النفسية العميقة لدى الفرد والتي ترجع لطفولة وتجعله يسلك لأصواته وهو راشد سلوك الصغار في أصواتهم (نكوص في الصوت والكلام إلى مرحلة سابقة من النمو)

ح- الصوت الهامس .. هو الصوت الضعيف الخافت ويتدخل في هذا الاضطراب النظام التنفسي حيث يحاول المريض أن يتكلم أثناء الشهيق مما يؤدي إلى نقص حجم الكلام بسبب تحديد حركات العضلات التنفسية فلا يستطيع المريض الصراخ مما يجعل صوته هامسًا ويعتبر الكلام الهامس مظهرًا من مظاهر الخجل ويصاحب عملية الهمس شلل الحبلين الصوتيين فلا يخرج المريض أصواتًا وإنما يهمس همسًا

ع- انعدام الصوت كلية .. بحيث يصعب على المريض إخراج الأصوات بسبب شلل الحبال الصوتية أو إصابة الحنجرة وفي مثل هذه الحالات غالبًا ما يصاحبها حالة غضب وانفعال حاد ونجد المريض يحول الكلام ولكنه لا يستطيع مما يجعله يستعين بالحركات الإيمائية وهو في هذه الحالة أقرب ما يكون لحالة البكم وبعض هذا الحالات ترجع إلى عوامل نفسية كما في فقدان القدرة على الكلام الهستيري

مسببات الاضطرابات الصوتية :

الشلل الانشائي الخلقي للحبال الصوتية معًا ..

أو لحبل صوتي واحد يجعله دائما منخفضًا عن الحبل الصوتي السليم وهذا ما يزيد من فتحة الحنجرة وحجم الهواء، أما شلل الحبلين معا فهو نادر ما يحدث وإذا حدث يبقى التنفس عاديًا ولكن الكلام صعبًا أو مستحيلاً وفي الحالة الأولى تكون الاهتزازات لدى الحبلين الصوتيين مختلفة وغير متساوية

التهاب الغضروف المحرك للحنجرة ..

ويحدث ذلك في حالات الإصابة الفيروسية أو بعد نزلة بردية حادة أو بسبب إعياء عضلي كما يحدث لدى المطربين ويلاحظ في مثل هذه الحالات تورد الحبال الصوتية وليونة شديدة فيها يجعل اهتزازها غير طبيعيًا أو متناسقًا وقد يصاب الغضروف الحنجري مما يجعل حركته ناقصة أو جامدة وهذا ما يؤدي إلى رتابة أصوت وخشونته

سوء تغذية الحبال الصوتية ..

ويكون ذلك بعد حدوث صدمات صوتية بسبب الإفراط في التصويت في القراءة بصوت مرتفع لمدة طويلة ولمدة طويلة وبنفس إيقاع النغم ويمكن أن يتبع ذلك إجهاد وبحح والتهابات حنجرية وأحيانا مرض الأعضاء الأجهزة الصدرية أو الهضمية وتكون الحبال الصوتية متشنجة ومقعرة الشكل ويمكن أن يحدث فيها انتفاخ مرضي أو تجمعات دمويه والآم عند جسها من وراء الغضروف الحنجري عند الدرقية وتنخفض المقوية العضلية بالحبال الصوتية مما يؤدي إلى تعب الصوت وتعب الفرد المصوت ومثل هذه الأعراض قلما تظهر فجأة وهي تكثر لدى النساء وخاصة بسبب الأمراض الهرمونية ومشكلات الدورة الطمثية

وفي مثل الحالات السابقة لا بدّ من التدريب والعلاج

إذ تركز النشاطات التدريبية عل الجانب الحركي للاضطراب فبدلاً من استخدام النشاطات الحركية التدريبية التي تركز على إعادة الأصوات أو المقاطع ذاتها يجب تقديم نشاطات متنوعة لتطوير الوعي الحركي لمجال النطق واللغة لمساعدة الطفل في التدرب على الانتقال والتوقيت السليم بالحركات المطلوبة في العملية الديناميكية للكلام المتصل، ويجب الانتباه إلى تنويع المثيرات التدريبية لضمان إنتاج تتابعات مقطعية مختلفة. فعلى سبيل المثال يستطيع المعالج أن يبدأ بالطلب إلى الطفل أن يسمي عدة حيوانات تتكون أسماءها من مقطع واحد مثل (قط – دب) ثم ينتقل الى الحيوانات التي تتكون أسماءها من مقطعين مثل (غزال) ثم ينتقل الى الحيوانات التي تتكون أسماؤها من ثلاث مقاطع (زرافة).

– ولا بد من التركيز على القدرة على التخطيط الحركي الضروري للقيام بالانتقال من مقطع إلى عدة مقاطع ضمن تسلسلات متدرجة التعقيد. وقد أوصت الدراسات بأن تتضمن أساليب الحفز المتكاملة قيام المعالج برصد الجوانب الحسية والحركية التي ترافق عمل النواطق ومسارات الحركة والتدرب على حركات وتزويد الطفل بتغذية راجعة حول النتائج وزيادة عدد الجلسات قد يؤدي إلى تعلم حركي أفضل (فمثلا إن توزيع ساعتي علاج أسبوعيًا على أربع جلسات مدة كل منها نصف ساعة أفضل من توزيعها على جلستين مدة كل منها ساعة واحده). كما اقترحت اختيار مثيرات علاجية مفيدة وذات معنى للطفل لإتاحة الفرصة له للانخراط في عملية تواصل ناجحة . وقد أكدت على أهمية اختيار المثيرات بما في ذلك طول الكلمات المستهدفة وسياقها الصوتي .

المحاضرة الثالثة عشرة

احتباس الكلام " الأفازيا "

احتباس الكلام " الأفازيا "

كلمة أفازيا عبارة عن مصطلح يوناني مكون من مقطعين المقطع الأول هو (A) ويعني عدم أو خلو والمقطع الثاني هو Phasis ويعني كلام وبهذا الشكل كلمة أفازيا تترجم للعربية باحتباس الكلام بينما مصطلح Dysphasis يشير إلى اضطراب الوظيفة الكلامية.

والمفهوم العام للحبسة الكلامية :

هو عدم القدرة على أداء أصوات الكلام بشكل صحيح نتيجة الاضطراب في الجهاز الحركي الذي يؤدي إلى تدهور التناسق بين عضلات جهاز النطق فتنطق الكلمة وعضلات الفم مرتخية فيحدث لها تطويل مثل: أسمي أحمد. وليست الأفازيا مجرد انعدام القدرة على النطق أو إخراج الصوت ولكنها أيضًا تعطل في الوظيفة الكلامية من حيث قدرة الفرد على الإدراك الصوتي، ولهذا يرى بعض علماء اللغة بأن بعض أشكال الأفازيا ينتج عن عملية نسيان وخاصة إذا اتخذ هذا النسيان شكلاً مرضيًا متكررًا وبهذا تكون الأفازيا شكل من أشكال فقدان الذاكرة.

وهناك عدة اتجاهات عملية اهتمت بدراسة الأفازيا ، ويمكن أن نلخصها بما يلي :

اتجاه جراحي طبي .. استهدف الكشف عن مناطق اللغة في الدماغ التي تحدد الأماكن القشرية للاضطرابات اللغوية وربط ذلك بالتغيرات العضوية، والعصبية.

اتجاه تفسيري .. يحاول تقديم تفسير أو شرح لآلية الأفازيا ويهتم هذا الاتجاه بعمليات الترابط والتداعي وخاصة بين المناطق الحسية والحركية القشرية وتحت القشرية.

اتجاه الملاحظة الإكلينيكية .. الذي يربط بين الجوانب النفسية والوظائف الفسيولوجية في حالة الأفازيا.

تصنيف الأفازيا :

تصنيف العالم (هنري هد) الذي يعتمد على الوظيفة اللغوية :

الأفازيا اللفظية .. ويكون الفرد عاجزا عن إحضار الكلمات قولاًوكتابة.

أفازيا اسمية .. حيث يجد الفرد نفسه عاجزًا عن فهم أسماء الأشياء أو معنى الكلمات (كل كلمة على حده) .

أفازيا نحوية .. حيث يكون الفرد غير قادر على تركيب الجملة مع مراعاة القواعد .

أفازيا معنوية .. ويكون الفرد عاجزًا عن فهم الكلام المركب في الجمل المفيدة مع القدرة على فهم الكلمات متفرقة كل كلمة على حدة .

تصنيف فون موناكوف :

أفازيا التعبير .. وهذا الصنف من الأفازيا لا يتعلق بالناحية الحسية وإنما بالناحية الحركية أي القدرة على نقل الأفكار إلى الغير. ومن أهم أشكال هذا الصنف (الخرس) وهو عدم القدرة على التعبير لفظًا بدون شلل في اللسان أو أعضاء الصوت مع القدرة على فهم الكلمات.

أفازيا الاستقبال .. وتتعلق بالناحية الحسية وفيما يخص استقبال الكلام ومن أشكالها الصمم اللفظي والعمى اللفظي. الصمم اللفظي هو تعذر فهم الكلام المسموع دون إصابة جهاز السمع، والعمى اللفظي هو تعذر فهم الكلام المكتوب دون أن يرجع ذلك إلى إصابة البصر.

أفازيا ناتجة عن فقدان الذاكرة .. حيث ينسى المريض أسماء الأشياء التي يتعامل معها في الحياة اليومية دون أن يفقد القدرة على الفهم أو التعبير.

التصنيف الثالث ويعتمد على الدراسات التشريحية التي قام بها كل من بوليس بروكا وفرنيك وهنري هد وجاكسون و جولدشتاين و بييرماري .... وغيرهم .

- أفازيا حركية.
- أفازيا حسية.
- أفازيا نسيانية.
- أفازيا كلية.
- أفازيا القدرة على التعبير كتابة.

وهذا التصنيف الأخير يعتبر من التصنيفات الهامة التي يرجع إليها الأطباء وعلماء اللغة وعلماء النفس. وجميع هذه الأشكال من الأفازيا ترجع إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي وخاصة مراكز الكلام. والاختلاف في أشكال الأفازيا يرجع إلى موضوع أو مكان الإصابة في الجهاز العصبي المركزي وفي القشرة المخية.

الأفازيا الحركية :

وتسمى أيضا بأفازيا (بروكا) نسبة إلى الجراح الفرنسي (بوليس بروكا) كما تسمى أيضًا بالأفازيا اللفظية أو الشفوية فقد وجد (بروكا) لدى بعض مرضاه معاناتهم من الاحتباس في الكلام وعدم القدرة على الكلام (الحركي) وبصوت مسموع وكذلك عدم القدرة على القراءة بصوت مسموع أو إعادة الكلمات المسموعة وذلك دون وجود ظاهرة مرضية كلامية أخرى وهذا النوع من اضطراب الأبراكسيا أي العجز عن الحركة وعدم القدرة على القيام بالحركات الإدارية بالرغم من عدم وجود شلل في العضلات المختصة بالكلام .

– وتشير الدراسات التشريحية إلى أن أفازيا بروكا غالبا ما تنجم عن عملية احتشاء الجزء الجبهي والجداري الأمامي من المخ بسبب انسداد خثري في الفرع العلوي للشريان المخي الأمامي الأيسر، كما يمكن أن تنجم عن نزيف كبير في الشريان اللحائي بسبب فرط التوتر الشرياني كما قد تنتج الأفازيا الحركية عن ورم في الفص الجبهي . وقد يتعرض المصاب إلى أفازيا حركية بسيطة وخاصة بالنسبة للإصابات التي توضع قرب شق سلفيوس الدماغي (المنطقة الحركية) بحيث تحدث هذه الإصابات تأثيرات محددة في آليات الكلام ومثل هذه الإصابات (البؤرية) لا تحدث عجزًا في استخدام اللغة ولكن يستطيع الفرد المجرب الذي يسمع الكلام أن يكشف الاضطراب في كلام المريض والجهد الذي يبذله في الكلام .

الأفازيا الحسية :

وتسمى بأفازيا العالم فيرنيك حيث توصل العالم (فرنيك) إلى هذا الشكل من الأفازيا نتيجة للأبحاث التشريحية التي قام بها

وتسمى أيضا هذه الأفازيا (بمتلازمة ما خلف شق سلفيوس) وقد توصل هذا العالم إلى افتراض أن مركز سمعي كلامي يوجد في الفص الصدغي من الدماغ في المنطقة رقم (٢٢) في خارطة برودمان وافترض حدوث إصابة أو تلف في هذا الجزء من الدماغ أدى بدورة إلى تلف الخلايا العصبية المسؤولة عن تكوين الصور السمعية للكلمات أو للأصوات وينتج عن ذلك ما يسمى بالصم الكلامي، وهو شكل من أشكال الأفازيا الحسية.

– وفي أفازيا فيرنيك قد تقترب الإصابة القشرية (الوعائية) من مناطق (هيشل) السمعية مما يؤدي إلى اضطراب في الوظائف السمع وبالتالي اضطراب في القدرة على ترديد الكلمات المحكية وتبقى الكلمات الوحيدة التي يمكن ترديدها في الكلمات القصيرة، ويبقى المريض قادرًا على تنفيذ بعض الأوامر البسيطة دون المعقدة. إذا تفوهنا أمام المريض بحرف الباء وطلبنا منه تكرار ما سمع نجده يقول فاء أو أيّة استجابة أخرى وإذا كتب للطفل حرف الباء وطلب منه قراءته فإنه يقرأه صحيحًا وهذا ما يشير إلى أن الاضطراب في منطقة الإدراك السمعي وليس في منطقة الإدراك البصري وهذه الكلمات الغامضة للمريض لا يفهمها إلا الأهل والأقرباء وبصعوبة .

– وفي بعض حالات الأفازيا الحسية عند فرنيك نجد المريض يفهم كل لفظ في الجملة لوحده ولكنه لا يستطيع فهم معنى الجملة كاملة وهذا ما يسميه البعض بالأفازيا المعنوية، وكمثال على ذلك، مريض بالأفازيا الحسية يخاطبه المعالج ويكون الحديث على النحو التالي : يلاحظ استخدام كلمات غريبة لا صلة لها بالحديث تدل على عدم فهم السؤال

- المعالج : هل تحب مدينة كنساس (الأمريكية) .
- المريض : نعم أنا أكون .
- المعالج : أرغب أن تخبرني شيئا عن مشكلتك ؟
- المريض : نعم ، أنا لا أرغب المضي في هذا الطريق .
- المعالج : ما هي المشكلة التي تعاني منها ؟ – المريض : سأذهب اليهم ....

– وقد تأخذ الأفازيا الحسية شكل عمى لفظي بحيث نجد المريض يعجز عن فهم الكلام المكتوب أو الصورة الموجودة أمامه أو الأشكال المرسومة وإشارات المرور .... وذلك بالرغم من سلامة بصره وهذه حالات نادرة. وكذلك يلاحظ عدم القدرة على القراءة وعلى تسمية الألوان بينما تبقى القدرة على الكلام المحكي ويسمى هذا الاضطراب من الناحية الاكلينيكية الألكسيا أي القدرة على القراءة. وباختصار إن الأفازيا الحسية هي فقدان القدرة على فهم الكلام المسموع وتمييز دلالاته المعنوية بمعنى أن المصاب يسمع الكلمة كصوت ولكنه يصعب عليه ترجمة مفهوم الصوت الحادث وبالتالي لا تكون هناك استجابة صحيحة عكس أفازيا بروكا والمريض في مثل هذه الحالات يكون عاجزًا عن الاتصال الاجتماعي، وعن التفاعل النفسي مع الآخرين .

أفازيا النسيانية ..

أو كما تسمى بحسبة النسيان وعدم تذكر الأسماء إن أهم عرض في هذا الاضطراب عدم قدرة المريض على تذكر أسماء الأشياء أو المواقف أو الصفات أو العلاقات ... ويضطر المريض إلى التوقف عن الكلام ليجد الكلمات المناسبة أو استبدال كلمة بأخرى، وتأخذ استجابات المريض الكلامية عدة صور وأشكال ففي الحالات الخفيفة قد يعرف المريض أسماء بعض الأشياء

الشائعة الاستعمال ولكنه يعجز عن تسمية الأشياء الأقل شيوعا أو ألفة، لا يشمل الأشياء المرئية فقط، بل يشمل أسماء الأشياء المسموعة أو الملموسة ويبقى لدى المريض تذكر أسماء الحروف والأصابع وأجزاء الكلام المطبوعة سليما.

– ويبقى المريض قادرًا على استعمال الشيء والإشارة إليه إذا سمع اسمه أو رآه ، فإذا قدمنا للمريض قلمًا وسألناه عن اسمه لا يستطيع تذكر كلمة قلم وربما أمكنه إدراك وظيفة القلم واستعمالاته وإذا سئل المريض هل هذا عصا، أم كتاب أم قلم، فإنه يجيب الإجابة الصحيحة ولكن المشكلة تتركز في تذكر اسم الشيء لو طلب منه ذلك وهذا ما يؤكد على أن الخلل يكون في تسمية الأشياء فقط، علما بأن المريض يستطيع النطق والكلام بشكل سليم خال من الأخطاء اللغوية والنحوية، ودون تلعثم أو أي اضطراب مشابه. وقد تظهر الأفازيا النسيانية في أعراض مرض الزهايمر وهو صورة من صور الذهان التي تشاهد نادرًا قبل الشيخوخة أو أعراض عته الشيخوخة، وقد ينتج هذا الإضطراب عن مرض أيضي، أو سُمي أو غير ذلك، لذلك لا بد من عملية تشخيص فارقي دقيق .

الأفازيا الكلية ..

هذا الشكل من الأفازيا يعتبر من الحالات النادرة بحيث نجد المصاب يعاني من أفازيا حركية، بالإضافة إلى أفازيا (حسية) بالإضافة إلى أفازيا (نسيانية) مع عجز جزئي في القدرة على الكتابة يصاحب كل أنماط الأفازيا، وهذا الشكل من الأفازيا الكلية يحدث بسبب إصابة الدماغ بجلطة دموية (خثرة دموية)، تؤدي إلى انسداد الشريان والأوعية الدموية المغذية للمخ، وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهي والمتجه نحو الذراع، والساق، والأطراف وأعضاء النطق، مثل هذه الإصابة تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في نصف الكرة المخية المسيطرة، ويمكن أن تحدث نفس الأعراض بسبب الالتهابات، والتورمات، والضغط على مناطق دون أخرى في الدماغ والنزيف الدماغي الذي يؤدي إلى حرمان المنطقة المصابة من التغذية (والأكسجين اللازم)

– والمريض بالأفازيا الكلية لا يستطيع القراءة أو الكتابة ولا يفهم من كلام الآخرين إلا بضع كلمات وعادة ما تصاحَب الأفازيا الكلية بشلل نصفي أيمن وبحالة عمى نصفي أو شلل في الجانب الأيسر بالنسبة للمريض الأعسر، كما قد يتكمن من نطق بعض الكلمات ويكون التحسن كبيرًا إذا كان السبب حالة استقلابية أيضية عابرة أو حالة صرع، أو حالات نقص الصوديوم .... إلا أن هذا لا يمنع من بقاء خلل مزمن دائم.

فقدان القدرة على التعبير كتابة (الأفازيا الكتابية) :

إن معظم حالات الأفازيا يصاحبها اضطرابات مماثلة في الكتابة، في حال كانت يد المصابين اليمنى سليمة أو مشلولة فإنهم يعجزون عن الكتابة ردًا على الأسئلة التي توجه إليهم، كما يعجزون عن طلب حاجاتهم عن طريق الكتابة، أو عن كتابة ما يملى عليهم، رغم أن قدرتهم على نسخ الحروف تبقى ممكنة أحيانًا، وفي بعض الحالات يكون المريض فاهمًا للكلمات المسموعة بشكل جيد، وبإمكانه النطق بهذه الكلمات، ولكن إذا طلب منه كتابة هذه الكلمات فإنه يكتبها بشكل خاطيء.

المحاضرة الرابعة عشرة

تشخيص احتباس الكلام " الأفازيا "

تشخيص احتباس الكلام " الأفازيا " :

إن تشخيص حالة الأفازيا تتطلب دراسة معمقة ومتكاملة بين علماء النفس والأطباء المختصين، وتتم عملية التشخيص في مراكز خاصة، وداخل غرفة هادئة، ويكون المعالج والمريض لوحدهما، ويتم فحص عملية الكلام لدى المريض وعن طريق محادثة المريض وتقييم المظاهر الحركية للكلام لديه وصياغة الكلام، ومدى فهم المريض لما يسمعه، وعادة يوحي العجز عن الكلام بالأفازيا الحركية، ويمكن إجراء بعض الاختبارات مثل أن يطلب من المريض أن يعيد ما يملى عليه ببعض الإختبارات المتعلقة بالوظيفة الحركية للجهاز الفمي البلعومي، والجهاز التنفسي، ويمكن أن تكشف هذه الإختبارات عن اضطراب في فهم الكلام وهذا دليل على وجود أفازيا فيرنيك الحسية .

– أما إضطرابات التسمية مع سلامة وظائف الكلام الأخرى مثل الكتابة، والقراءة، والتهجئة فهي دليل على وجود أفازيا نسيانية، وعندما لا يظهر في المحادثة أي عجز ظاهر في الكلام فإنه يمكن اللجوء إلى اختبارات أخرى تكشف عن عدم قدرة المريض على القراءة. وهذه الاختبارات تفيد في تحديد المسالك السريرية الحسية والحركية للكلام؛ وبعض المعالجين يطلبون من المريض تعيين عدة أشياء (أين يوجد الباب، الحائط، الطاولة، السقف ....) كما يطلبون من المريض القيام بعدة أعمال لكل عمل معناه وقد تستخدم طريقة الانعكاس الحركي للاستعمال الطبيعي للأشياء.

– ويؤخذ بعين الاعتبار في تشخيص الأفازيا الجانب النفسي للمريض والأوضاع النفسية التي تشارك في الوضع اللغوي لدى المريض، فالكلام عندما يكون أمام ناس أو معالج يكون آليا محضًا وصعبًا بينما الكلام العفوي مع الأسرة والأصدقاء يكون أكثر واقعية وكذلك الحالات الانفعالية التي تصاحب تطبيق الاختبارات وتؤدي وخاصة لدى الصغار إلى تفكك لغوي محتمل .

علاج الأفازيا :

ليس هناك طريقة ثابتة في علاج الأفازيا وذلك لاختلاف الحالات والأعراض والأسباب من فرد لآخر ففي الحالات التي يفقد فيها المريض فجأة قدرته على الكلام فإن مثل هذا الأمر يثير الرعب والمخاوف لدى المريض وأفراد أسرته أما حالات الأفازيا الشديدة فهي في الغالب لا تثير لدى أصحابها نفس المستوى من الاهتمام أو الرعب ولربما السبب في ذلك أن نفس الإصابة التي حرمتهم من القدرة على الكلام تكون قد أدت في نفس الوقت إلى إضعاف إدراكهم وبصيرتهم لمشكلتهم .

– ولكن عندما تبدأ حالة المريض بالتحسن ويصبح مدركا لإصابته يتعرض لحالة من اليأس والاكتئاب إلا أن طمأنه المريض وتطبيق برنامج عملي للتدريب الكلامي يساعدان المريض كثيرا مواجهة حالة الاكتئاب لديه كما قد يقتصر التحسن أحيانا على لفظ بضع كلمات بعد سنة أو سنتين من الإصابة إلا أن التدريب على الكلام في رأي العديد من الخبراء المختصين بالكلام ضروريا ومتى يجب البدء به، ولا يوصى عادة بالمعالجة في الأيام القليلة الأولى من بدء الأفازيا لأنه لم يعرف بعد مدى الإصابة وإلى متى ستستمر أو تنتشر .

– وإذا كانت الأفازيا كلية ولا يستطيع المريض الكلام ولا فهم الكلام المكتوب أو المحكي له فإن خبير المعالجة لا يستطيع فعل شيئا وفي مثل هذه الحالات، ولا بد من الانتظار عدة أسابيع حتى تبدأ بعض وظائف الكلام بالعودة، وتعالج عادة حالات الأفازيا بالاعتماد على التدريب الكلامي من جديد وخاصة الأفازيا الحركية ويكون شأن الفرد المصاب تماما كشأن الأطفال الذين يتعلمون

اللغة والعلاج يكون إما جزئيًا أو كليًا والأفضل العلاج الكلي لأنه أسرع وأثبت وكل ما يحتاجة المريض هو وضع الشيء إرتباط شرطي وهكذا حتى يصبح المصاب نتيجة لعملية التكرار المستمرة مع التشجيع والتعزيز .

الأفازيا لدى الطفل :

يمكن أن تكون الأفازيا لدى الطفل وراثية أو مكتسبة وهناك حالات من الأطفال لم يكتسبوا استعمال اللغة ودون معرفة سبب ذلك كما في بعض حالات الأفازيا والصمم الكلامي والأفازيا الحركية والتعبيرية وهذه الحالات ترجع إلى عوامل وراثية نجدها لدى أطفال بعد القدرة السمعية وعادة لا يمكن الحديث عن الأفازيا لدى الطفل إلا بعد عمر الخامسة حيث نجد التأخر الكلامي واضحًا وهذه حالات نادرة ولكن نصادفها في حالات ذهان الأطفال حيث نجد أن الكلام لا يمثل لدى الطفل أي وسيلة اتصال مع الغير، وأحيانا يصعب التمييز بسهولة بين حالات الأفازيا والبكم لذلك يجب إبعاد حالات البكم عن فقدان القدرة السمعية وحالات الضعف العقلي لدى الأطفال كما يجب على الأخصائي عزل حالات البكم لدى الأطفال أكبر من خمس سنوات والتي لا تعاني من إضطرابات ذهانية أو سمعية .

– ويعتبر العلماء حالات الأطفال الذين يعانون من أفازيا حركية متأخرين عقليًا وقد لاحظ العلماء أيضًا مع حالات الأفازيا لدى الأطفال تأخر في المشي، ونقص في الذكاء وضعف واضح في عملية التذكر والتجريد والتداعي واضطرابات أخرى، ومعظم حالات الأفازيا الوراثية لدى الأطفال تكون من نوع أفازيا الاستقبال والصمم الكلامي الوراثي ويصعب تمييز هذه الحالات عن الأطفال المصابين بالصمم ويلاحظ خرس شبه كامل ولغه غير مفهومة إلا أنه في بعض الحالات يتمكن من نطق أحرف صحيحة ويلاحظ عملية تكرار آلي للكلمات (الإيكولاليا)

– ومن بين الإضطرابات المشتركة : النقص في الحركات والتأخر الحركي ومعظم هذه الحالات ترجع إلى عوامل وراثية مباشرة لها علاقة بالتفاعل الكروموزمي المباشر أو إلى عوامل قبل ولادية وولادية تؤدي إلى إصابة الدماغ بعطب ما مثل الخثرة والتريف أو إصابة مناطق اللغة والكلام وهذه تؤدي إلى أفازيا مكتسبة وتظهر هذه الحالات المكتسبة بين عمر (٤ — ١٠) سنة وهي تشبة أفازيا الراشدين وخاصة كلما كان الطفل كبيرًا، ويعتمد علاج الأفازيا لدى الأطفال على تشخيص دقيق للإفازيا التعبيرية ولأفازيا الفهم (أفازيا فيرنيك) المرتبطين غالبا لدى الأطفال وتبدوان في مستوى واحد من الشدة تقريبًا .

شخصية المصاب بالأفازيا :

تشير الدراسات النفسية أن مشكلة المصاب بالأفازيا هي ليست مشكلة عضوية بحته و إنما هي مشكلة شخصية أيضًا حيث أن اضطراب الكلام قد يكون إنعكاسًا لشخصية المريض ونتيجة لظروف وصدمات نفسية قاسية مر بها المريض قبل الإصابة بالمرض علاوة عن أن بعض اضطرابات شخصية المريض ترجع إلى المرض ذاته وغالبًا ما يظهر على المريض اضطراب في المعنويات والانطواء في عالمه الخاص، والمصاب بالأفازيا غالبًا ما يكون سريع الغضب والإثارة ويشعر بالنقص وعدم الأمن والطمأنينة وهو يعاني من عدم القدرة على الاتصال والتوافق وهذا يختلف حسب تجارب المريض وقدراته العقلية ومحصوله اللغوي قبل الإصابة

السرعة الزائدة في الكلام :

تعتبر السرعة الزائدة في الكلام من إضطرابات الكلام ومن أعراض هذا الشكل السرعة غير العادية في إخراج الكلمات ويكون الكلام مضغوطًا لدرجة التداخل وفي الحالات الشديدة يتعذر على الفرد فهم ما يقال والغريب بالأمر أن الفرد المصاب أحيانًا لا

يشعر بمشكلته وبطريقة كلامه غير المألوفة إلا أنه إذا ما انتبه إلى طريقة كلامه عاد إلى صوابه وأخذ يتحدث بطريقة طبيعية إلا أنه سرعان ما يعود إلى النمط الأول السريع من الكلام ويظهر هذا الإضطراب بوضوح أثناء القراءة

– ونجد أن سرعة الأفكار وتدفقها تتطلب سرعة في الكلام وغالبًا ما يحدث ذلك في الشخصيات المفكرة الذكية أو النشيطة كثيرًا ويجب التمييز بين السرعة الزائدة في الكلام أي تدفق الكلام مع منطقة الكلام وترابطه والوصول إلى موضوع الأصلي وبين حالة الثرثرة أو ذرب الكلام وكثرته ويقصد بذلك الكلام الغزير الذي هو أكثر مما يتطلبه الحديث أو الموضوع ولا يشترط بالثرثرة سرعة الكلام وإنما يلاحظ في الثرثرة ابتعاد مضمون الكلام عن موضوع أصلي فيضيع المريض في حديثه .

– قد يكرر المريض نفس الألفاظ والكلمات كما في حالة ترديد الكلام وفي بعض الحالات قد ينقطع الحديث فجأة أو يلوذ المريض بالصمت وفي حالات يصبح الحديث مشتتًا أو يستخدم المريض لغة مبتكرة ويأتي بألفاظ وكلمات من عنده لا وجود لها ولا معنى لها لدى السامع. والسبب في مثل هذه الحالات عدم التوافق الفكري للأفكار والحركي لأعضاء النطق والكلام. ويتم العلاج عادة عن طريق توجيه الانتباه إلى عملية السرعة الغير طبيعية في الكلام ، وأحيانا يطلب من المريض أن يعرض مجموعة من الحوادث بشكل متسلسل ومنطقي وفي لغة بسيطة وواضحة مع تدريب الفرد على القراءة كلمة فكلمة وذلك من خلال فتحة صغيرة داخل قطعة من الورق المقوى تسمح برؤية كلمة واحدة من الجملة المكتوبة .

مراحل قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية :

تتضمن عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية أربع مراحل أساسية متكاملة كما يذكر الروسان (١٩٩٨) وهي :

١– المرحلة الأولى : مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشكلات اللغوية ..

وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات ، والمعلمون والمعلمات مظاهر المو اللغوي ، وخاصة مدى استقبال الطفل اللغة وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام ، أو قلة المحصول اللغوي .

وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمين ومعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في القياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية .

٢– المرحلة الثانية : مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية ..

وفي هذه المرحلة ، وبعد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية ، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي ، وذلك لمعرفة مدى سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق والكلام واللغة كالأذن والأنف، والحبال الصوتية ، واللسان والحنجرة .

٣ – المرحلة الثالثة : مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية ..

وفي هذه المرحلة ، وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية ، والسمعية ، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم ، وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات التي ذكرت قبل قليل ، وبسبب الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات ، وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها .

٤– المرحلة الرابعة : مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي المشكلات اللغوية ..

وفي هذه المرحلة ، وعلى ضوء نتائج المرحلة السابقة ، يحدد الأخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية مظاهر الاضطرابات

اللغوية التي يعاني منها الطفل ، ومن الاختبارات المعرفية في هذا المجال :

– اختبارات ديترويت للاستعداد للتعلم. واختبارات سلنقر لاند للتعرف المبدئي على الأطفال ذوي الصعوبات اللغوية المحدودة. واختبار فشر–لوقمان للكفاية النطقية. واختبار الاستيعاب السمعي للغة. ومقياس كومبتن الصوتي

البرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية :

يذكر الروسان (١٩٩٨) البرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية وطرق تنظيم برامج الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وتحديد نوعية تلك البرامج، وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من أقدم البرامج ، حيث تقدم لهؤلاء الأطفال (والذين يمثلون الغالب الإعاقة العقلية ، أو السمعية أو الانفعالية ، أو الشلل الدماغي ، أو صعوبات التعلم) برامج صحية واجتماعية وتربوية في نفس المراكز ، يلي ذلك مراكز التربية الخاصة النهارية ، ثم الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية ، ثم دمج الطلبة ذوي المشكلات اللغوية ولابد أن تتضمن تلك البرامج المهارات الأساسية التالية في تعليمهم وهي:

١– مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من قبل أخصائيين في تعليم اللغة واضطراباتها ، ويطلق على هذا الأخصائي مصطلح speech Therapist وتبدو مهمة هذا الأخصائي في قياس وتشخيص مظاهر اضطرابات النطق واللغة ومن ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل منهم .

٢– مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه ، ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساسا على أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي أو العقاب أو تشكيل السلوك أو التقليد .

٣– مهارة اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها ، وتبدو مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية العمل ومع الطلبة أنفسهم اختيار الموضوعات المحببة أو المشوقة للأطفال ، إذ يعمل ذلك على تشجيع الأطفال على الحديث عن تلك الموضوعات كما يعمل على تخفيف التوتر الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية .

٤– مهارة استماع معلم الأطفال ذوي المشكلات اللغوية لحديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر صعوبة قبول هؤلاء الأطفال ذوي المشكلات اللغوية المتمثلة في التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام .

٥– مهارة تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية ، وخاصة مشكلات التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام ، على الحديث أمام الاخرين ، وبفواصل زمنية محددة بين كل كلمة وأخرى .

٦– مهارة تقليد نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة ، ويقصد بذلك تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية على تقليد الاخرين ذوي النطق الصحيح ، أو العمل على تقليد النماذج الكلامية الصحيحة ، وتعزيزها ، وخاصة إذا ما استخدم أسلوب تحليل المهارات المصحوب بالتعزيزات الايجابية .

٧– مراعاة مهارات تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، والسمعية والانفعالية والشلل الدماغي ، وصعوبات التعلم ، والذين يظهرون اضطرابات لغوية وخاصة فيما يتعلق باستخدام الإيحاءات أو الإشارات ، أو النماذج الكلامية .

تمت بحمد الله ..

دعوآتكم آخوكم هتـــآن .. 🙂