الفصل الثامن

اضطرابات اللغة والتخاطب

eikandl.com

obeikandl.com

مقدمـــة

يعد التواصل جزءاً طبيعياً من حياتنا اليومية، ونادراً ما نتوقف عن التفكير فيه حيث تستمر محادثاتنا الاجتماعية مع الأسرة، والأصدقاء، والمعارف بصورة لا تتوقف إذ أن الإنسان بطبعه كائن اجتماعي لا يقوى في الغالب على أن يعيش وحيداً، أو بعيداً عن الآخرين . ومع ذلك يعتقد الكثيرون أن الحديث أو اللغة قد تعوزها درجة من الكفاءة في المواقف الضاغطة أو المواقف الاجتماعية غير العادية كالتحدث إلى مجموعة كبيرة من الأفراد، أو إجراء مقابلة مع الفرد كي يشغل وظيفة معينة، وما إلى ذلك .

ويتطلب التواصل في الواقع إرسال واستقبال رسائل معينة ذات معنى ومغزى. وتعد اللغة هي عملية تواصل الأفكار من خلال نسق عفوي للرموز (الحروف الهجائية) يستخدم وفق قواعد محددة ومقبولة، أما الكلام فهو سلوك تشكيل وتسلسل الأصوات المتضمنة في اللغة الشفوية . وقد تتضمن اضطرابات التواصل اللغة، أو الكلام، أو كليهما . ومن الصعب تحديد معدل انتشار دقيق لمثل هذه الاضطرابات، وإن كانت رغم ذلك تعد من أكثر الإعاقات شيوعاً بين الأطفال .

هذا ويشير هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman إلى أن النمو اللغوي للأطفال بصفة عامة يبدأ في العادة مع أولى التفاعلات التي تحدث بين الأم والطفل، وإذا كان تتابع نمو اللغة معروفاً جيداً فإننا لا نعرف سوى القليل نسبياً عن ذلك السبب الذي يتعلم الأطفال اللغة من أجله، والكيفية التي يتم بها ذلك . وتتضمن بعض نظريات النمو اللغوي تلك الأفكار الأساسية التالية :

١- يعتمد تعلم اللغة على نمو المخ، والأداء الوظيفي الملائم للمخ .

٢- يتأثر تعلم اللغة بالنتائج التي تترتب على السلوك اللغوي .

٣- يتم تعلم اللغة من المدخلات والمخرجات التي ترتبط بمعالجة البيانات .

٤- يقوم تعلم اللغة على قواعد لغوية .

٥- تعد اللغة هي إحدى المهارات المعرفية (التفكير) .

٦- تنبع اللغة من الحاجة إلى التواصل في التفاعلات الاجتماعية .

وتؤكد نتائج البحوث التي أجريت في هذا الإطار بعضاً من هذه الآراء وإن كان السائد في الوقت الراهن هو النظرية الوظيفية أو النظرية التفاعلية الاجتماعية نظراً لأنها تتضمن أهم التطبيقات التي يستخدمها المعلم وأخصائي اللغة والتخاطب.

وجدير بالذكر أننا يمكن أن نقوم بتصنيف اضطرابات اللغة وفقاً لخمسة أنساق لغوية فرعية هي تلك المكونات التي تتضمنها اللغة الشفوية والتي تتمثل في كل من الأصوات، *phonology* والتراكيب الصوتية، *morphology* وتراكيب الجمل، *syntax* والمعاني، *semantics* والوظيفية . *pragmatics* كما يمكن أن يتم من ناحية أخرى تصنيفها وفقاً للأسباب المحتملة للاضطراب أو الأسباب التي ترتبط به كالإعاقة العقلية على سبيل المثال، أو إصابات المخ الناتجة عن الصدمات، أو اضطراب التوحد . ومن جانب آخر فإن تقييم اضطرابات اللغة والتدخل الملائم لها يتطلب استخدام الاختبارات المقننة، والأحكام الإكلينيكية غير الرسمية . ويجب أن تهتم خطة التدخل بما يتحدث الطفل عنه، والكيفية التي يتحدث بها، والكيفية التي يجب عليه أن يتحدث بها حتى يصبح حديثه واضحاً ومفهوماً، وكيف يستخدم الطفل اللغة في سبيل تحقيق التواصل. ولا تعتبر مساعدة الطفل على تعلم استخدام اللغة بفعالية مهمة أخصائي معين فحسب، بل هي مسئولية فريق متكامل . فأخصائي اللغة والتخاطب يعمل بانتظام في الوقت الراهن مع معلم الفصل حتى يصبح تعلم اللغة جزءاً متكاملاً مع التدريس داخل الفصل، كذلك فإن أكثر المداخل المستخدمة في تناول التواصل هو المدخل الوظيفي .

وفضلاً عن ذلك لا يجب أن يساء فهم الفروق بين اللهجات واللغات الأصلية على أنها اضطرابات لغوية مع عدم استبعاد تعرض الأطفال لبعض اضطرابات اللغة . هذا وقد يتعرض الأطفال لأكثر من نمط واحد من أنماط اضطرابات الكلام، ويمكن لمثل هذه الاضطرابات أن تتزامن مع اضطرابات اللغة . أما بالنسبة لاضطرابات الصوت على الجانب الآخر فهي تتضمن نغمة الصوت، وارتفاعه، ونوعية أو جودة النطق وهو ما قد يعد غير سار بالنسبة للمستمع، وقد يتعارض مع التواصل، أو

يسيء استعمال الحنجرة . بينما تتضمن اضطرابات النطق الحذف، والإبدال، والإضافة، والتشويه وذلك بالنسبة لتلك الأصوات التي تتضمنها الكلمة وهو الأمر الذي يجعل من الصعب فهم الحديث . كذلك فهناك اضطرابات الطلاقة والتي تعد اللجلجة والتلعثم من أكثرها شيوعاً .

ونحن نرى أن بوسعنا أن نقوم بتلخيص اضطرابات التواصل التي يمكن أن يتعرض مختلف الأفراد لها في ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي اضطرابات الصوت، واضطرابات النطق، واضطرابات اللغة والكلام (الطلاقة) . ويضم كل نمط من هذه الاضطرابات الثلاثة عدداً من الأنماط الفرعية المختلفة وهو ما يمكن أن نوضحه كما يلي :

١- اضطرابات الصوت ؛ وتتضمن ما يلي :

أ - نغمة .

ب- ارتفاع .

جـ - نوعية وجودة النطق .

٢- اضطرابات النطق ؛ وتتضمن ما يلي :

أ - الحذف .

ب- الإضافة .

جـ- الإبدال .

د - التشويه .

هـ- مختلط .

٣- اضطرابات اللغة والكلام (الطلاقة) ؛ وتتضمن ما يلي :

أ - اللجلجة .

ب- التلعثم .

جـ- عمه الكلام .

د - أخرى .

ويرى كورلي وسيجل (١٩٩٧) Curlee &Siegel أنه ليست كل اضطرابات التواصل من ذلك النوع الذي يتضمن اضطرابات اللغة والكلام، وليست كل اضطرابات اللغة والكلام أو الحديث على الجانب الآخر من ذلك النوع الذي يعوق

حدوث التفاعلات الاجتماعية مثل اللجلجة، *stuttering* كذلك فإن اللجلجة تمثل أكثر أنماط اللغة والكلام شيوعاً رغم أنها لا تزال تمثل سراً حتى وقتنا الراهن إذ أن أسبابها، وأساليب علاجها لا تزال في غالبيتها غير معروفة للآن على الرغم من أنها في واقع الأمر تشغل بال واهتمام المختصين في اللغة والتخاطب . ويشير كونتشر (٢٠٠١) Conture فيما يتعلق بذلك إلى أنه رغم وجود العديد من التدخلات الفعالة فإنه غالباً ما يتم تجاهلها وعدم اللجوء إليها أو الاعتماد عليها حيث قد يعترض البعض من جانب على الأدلة الثابتة التي تتعلق بها، كما لا يزال البعض على الجانب الآخر يشكك في فعاليتها مما كان من نتيجته أن جعل طبيعة علاج اللجلجة أمراً جدلياً بين الباحثين والممارسين .

وعندما نفكر في اضطرابات التخاطب أو التواصل ينبغي أن نضع في اعتبارنا كما يرى بلانتي وبيسون (١٩٩٩) Plante &Beeson ذلك السياق الذي يحدث فيه التواصل إضافة إلى تلك الأسباب التي تدفع مختلف الأفراد إلى التواصل، والقواعد التي تحكم الحوار أو الخطاب الذي يصدر عنهم . وفي هذا الإطار فنحن نرى أن هناك آثاراً اجتماعية سيئة تترتب على كل اضطرابات التواصل مما يدفعنا إلى البحث عن حلول مناسبة لها، ولكن نظراً لأن التواصل يعد من الوظائف الإنسانية الأكثر تعقيداً فإن الاضطرابات التي تصيب هذه الوظيفة لا تخضع عادة لتلك الحلول العادية المعروفة .

تعريف اضطرابات اللغة والتخاطب

تعد اللغة والحديث أو التخاطب بمثابة أدوات يتم استخدامها في التواصل. ويتطلب هذا التواصل من جانب آخر ما يلي :

١- التشفير : *encoding* أي إرسال رسالة بشكل مفهوم .

٢- فك الشفرة : *decoding* أي استقبال الرسالة وفهمها .

ووفقاً لذلك فإن الأمر عادة ما يتطلب وجود مرسل، ومستقبل، ورسالة معينة بحيث يقوم المرسل بإرسال مثل هذه الرسالة المعينة إلى المستقبل الذي يتمكن من استقبالها وفهمها والرد عليها، ولكنه لا يتطلب أن يتم استخدام اللغة في كل أشكاله، وإن كنا سنركز هنا على استخدام اللغة للتواصل أي أننا سوف نركز على ذلك النوع من التواصل الذي يتم عن طريق استخدام اللغة والمعروف بالتواصل اللغوي ***lingual***

communication وذلك في مقابل التواصل غير اللغوي . *non- lingual* وتعرف اللغة *language* بأنها عملية التواصل بالأفكار أي عن طريق إرسال الأفكار المختلفة واستقبالها وذلك من خلال نسق عفوي للرموز يتم استخدامه وفقاً لقواعد محددة تحدد المعنى . وتعرف عملية تشفير أو إرسال الرسائل عادة بأنها اللغة التعبيرية، أما فك شفرة الرسائل أو فهمها فتعرف باللغة الاستقبالية . وعندما يفكر الناس في اللغة فإنهم عادة ما يفكرون في تلك اللغة الشفوية التي يستخدمها معظمنا، أما الكلام *speech* والذي يعد بمثابة سلوك تكوين الأصوات في اللغة الشفوية وتتابعها فهو أكثر نسق رمزي شيوعاً يتم استخدامه في التواصل بين بني البشر.

ويضيف هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman أن الجمعية الأمريكية للغة والتخاطب والسمع *American Speech- Language- Hearing Association ASHA* تقدم تعريفات لاضطرابات التواصل تتضمن اضطرابات الكلام، واضطرابات اللغة، والتباين في التواصل أي الفروق أو اللهجات أو الأنساق المتزايدة التي لا تمثل في حد ذاتها أي اضطرابات . فاضطرابات الكلام ما هي إلا هي إعاقات في إصدار واستخدام اللغة الشفوية، وعادة ما تتضمن إعاقات في إصدار الأصوات (النطق)، وانسياب الكلام بشكل عادي (الطلاقة)، وإصدار الأصوات . أما اضطرابات اللغة على الجانب الآخر فتضم مشكلات في فهم اللغة، واستخدامها للتواصل بغض النظر عن ذلك النسق الرمزي المستخدم سواء الشفوي أو المكتوب أو غير ذلك . كما أن شكل *form* ومحتوى ووظيفة اللغة قد يتم تضمنها أيضاً في هذا الصدد وذلك على النحو التالي:

١- يتضمن شكل اللغة *form* تجمعات الأصوات معاً أي الفونولوجيا *phonology* (علم الأصوات الكلامية)، وتركيب أشكال الكلمة كالجمع، وأزمنة الفعل أي المورفولوجيا *morphology* وتركيب الجملة . *syntax*

٢- يشير محتوى اللغة إلى نية الفرد والمعنى الذي يربطه بالكلمات والجمل *semantics* المستخدمة .

٣- تتمثل وظيفة اللغة في التواصل، وهذا ما يعرف بالوظيفية بالنسبة للغة، *pragmatics* وبالتالي فهي تتضمن السلوك غير اللفظي إضافة إلى التلفظ

vocalizations والذي يمثل نمط استخدام اللغة أي الاستخدام الاجتماعي للغة .

ومن البديهي ألا يتم النظر إلى تلك الفروق في الكلام أو اللغة التي يشترك فيها كل الأفراد في إقليم معين، أو جماعة اجتماعية أو ثقافية أو عرقية معينة على أنها اضطرابات . وبالمثل فإن استخدام أنساق التواصل البديلة لا يدل على أن الفرد يعاني من أحد اضطرابات اللغة، ولكننا نجد بدلاً من ذلك أن بعض الأفراد الذين يعانون من بعض أوجه القصور اللغوية المؤقتة أو الدائمة يستخدمون تلك الأنساق، فالأفراد الذين يستخدمون أنساق التواصل البديلة إذن قد يعانون وقد لا يعانون من الاضطرابات اللغوية بجانب عجزهم عن استخدام الكلام .

معدل انتشار اضطرابات اللغة والتخاطب

من الصعب تحديد معدل انتشار اضطرابات التواصل بشكل دقيق نظراً للتباين الكبير لمثل هذه الاضطرابات من ناحية، وصعوبة تحديدها في بعض الأحيان من ناحية أخرى، كما أنها غالباً ما تحدث كجزء من إعاقات أخرى كالإعاقة العقلية، وإصابات الدماغ التي تؤثر على المخ، وصعوبات التعلم، واضطراب التوحد على سبيل المثال . وتدل البيانات المتاحة لدى الحكومة الفيدرالية الأمريكية وفقاً لما أصدرته من تقارير منذ بداية الألفية الجديدة أن حوالي مليون طفل وهو ما يعادل خمس عدد الأطفال الذين يتم تحديدهم للتربية الخاصة يتلقون الخدمات أساساً من جراء ما يعانونه من اضطرابات اللغة والتخاطب . وفضلاً عن ذلك فإن علاج اضطرابات اللغة والتخاطب، وما يرتبط به من خدمات يتم تقديمها لأولئك الأطفال ذوي الإعاقات كالإعاقة العقلية، أو صعوبات التعلم يعد من العلاجات والخدمات الأكثر شيوعاً في هذا الميدان .

وهناك مجموعة من الفئات الأخرى التي تتعلق باضطرابات اللغة لدى الأطفال والمراهقين والتي ترجع كل منها إلى أسباب وعوامل متداخلة ومتعددة تتمثل فيما يلي:

١- تشير العوامل المركزية والتي تمثل أولى فئات العوامل إلى تلك الأسباب التي ترتبط بالجهاز العصبي المركزي أي المخ سواء كان ذلك في صورة

تلف أو اضطراب في أداء الوظيفة . وتضم عدة فئات مثل الإعاقة اللغوية المحددة، والإعاقة العقلية، واضطراب التوحد، واضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط ، وإصابات المخ المكتسبة، وصعوبات التعلم، وإعاقات أخرى .

٢- تشير العوامل الطرفية *peripheral* إلى الإعاقات الحسية المنفردة أو المزدوجة، أو الإعاقات الجسمية التي لا ترجع في أسبابها إلى تلف المخ أو اضطراب وظائفه بل التي تسهم في حدوث اضطراب اللغة.

٣- تشير العوامل الانفعالية والبيئية إلى اضطرابات اللغة التي يرجع سببها الأساسي أو الأولي إلى البيئة النفسية أو المادية للطفل كالإهمال وإساءة المعاملة، ومشكلات النمو الانفعالي والسلوكي التي قد يتعرض لها .

٤- تم تضمين العوامل المركبة نظراً لأن اضطرابات اللغة عادة ما ترجع إلى أسباب متعددة، وقد تجمع بين تلك المجموعات السابقة من العوامل، أو بين أي اثنين منها، ونعني بذلك أي تجمع لأي عوامل من أكثر من مجموعة واحدة من هذه المجموعات الثلاث السابقة .

ونحن نرى بذلك أن اضطرابات اللغة والتواصل إنما ترجع في جوهرها وفقاً لذلك إما إلى عوامل فسيولوجية، أو عوامل سيكلوجية وبيئية بينما ترجع صعوبات التعلم مثلاً على الجانب الآخر (وخاصة اللغوية منها) إلى عوامل عصبية نيورولوجية (أي مركزية) . ومن جهة أخرى تشير تلك التقارير والإحصائيات المختصة والمتاحة في هذا الصدد إلى أن حوالي ما بين ١٠- ١٥ % تقريباً من الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة، وحوالي ٦ % تقريباً من تلاميذ التعليم العام أي من المرحلة الابتدائية حتى الثانوية يعانون من اضطرابات الكلام، وأن ما بين ٢- ٣ % تقريباً من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وحوالي ١ % تقريباً من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات اللغة .

النمو اللغوي واضطرابات اللغة

إذا ما أردنا أن نفهم اضطرابات التواصل بشكل جيد، وأن نتمكن من علاجها يصبح علينا حينئذ أن ندرك المضمار العادي أو الطبيعي للنمو اللغوي والذي يبدأ

بإصدار بعض الأصوات القليلة من جانب الوليد إلى تركيب العديد من الأصوات الكلامية المعقدة بعد سنوات قليلة، وفهم اللغة المكتوبة والمقروءة، والتعبير عن المعنى لفظياً . وفضلاً عن ذلك فإن هناك العديد من المحددات اللغوية التي يصل إليها الطفل في مواقيت معينة ومحددة على امتداد مضمار هذا النمو وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يعكس مدى معاناة الطفل من اضطرابات لغوية أو اضطرابات التخاطب حيث عادة ما يصل الطفل إلى مثل هذه المحددات سواء كان يعاني أو لا يعاني من الاضطرابات، ولكن الاختلاف بينهما آنذاك إنما يتمثل في التوقيت الذي يصل خلاله إلى هذا المحدد أو ذاك .

ووفقاً لما يراه هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman يعرض الشكل التالي لمقارنة بين اللغة الخاصة بطفل غير مضطرب وتلك اللغة التي ينطق بها طفل يعاني من اضطراب اللغة مع ملاحظة أن ذلك التتابع الذي يسير فيه النمو لا يختلف بالنسبة للطفلين، إلا أن الطفل المضطرب لغوياً يصل إلى كل المحددات الأساسية للنمو في وقت متأخر جداً عن قرينه غير المضطرب كما يتضح من الشكل التالي . وعلى الرغم من وجود أنماط أخرى من اضطرابات اللغة فإن تأخر النمو اللغوي الذي يتمثل في بطء نمو المهارات اللغوية والوصول إلى المحددات الأساسية للنمو في وقت متأخر يعد في الواقع هو النمط الأكثر شيوعاً .

الطفل المضطرب لغوياً			الطفل غير المضطرب		
السن	الإنجاز	أمثلة	السن	الإنجاز	أمثلة
٢٧ شهراً	الكلمات الأولى	هذا- ماما- كلب- مع السلامة	١٣ شهراً	الكلمات الأولى	هناء ماما- قطة- مع السلامة
٣٨ شهراً	٥٠ كلمة		١٧ شهراً	٥٠ كلمة	
٤٠ شهراً	أول ارتباط يظهر بين كلمتين	هذا الكلب- تفاح أكثر- هذه ماما- لعب أكثر	١٨ شهراً	أول ارتباط يظهر بين كلمتين	عصير أكثر- الكرة هنا- تليفزيون أكبر- القطة هنا

٤٨ شهراً	ارتباطات أخرى بين كلمتين	كيس ميمي- معطف بابا- كرسي أسود- منضدة دوللي	٢٢ شهراً	ارتباطات أخرى بين كلمتين	حذاء أندي- خاتم ماما- أرضية الحجرة- رجل الكرسي
٥٢ شهراً	جملة متوسط طولها كلمتان		٢٤ شهراً	جملة متوسط طولها كلمتان وأول ظهور للنهاية ing ..	أندي ينام
٥٥ شهراً	أول ظهور للنهايةing...	ماما تأكل			
٦٣ شهراً	جملة متوسط طولها ٣,١ كلمة		٣٠ شهراً	جملة متوسط طولها ٣,١ كلمة وأول ظهور للفعل يكونis	سيارتي ذهبت
٦٦ شهراً	أول ظهور للفعل يكون is	الكلب مجنون	٣٧ شهراً	جملة متوسط طولها ٤,١ كلمة وأول ظهور للأوامر غير المباشرة	هل يمكنني أن احصل على بعض الكعك ؟
٧٣ شهراً	جملة متوسط طولها ٤,١ كلمة				
٧٩ شهراً	جملة متوسط طولها ٤,٥ كلمة وأول ظهور للأوامر غير المباشرة	هل يمكنني أن أمسك بالكرة ؟	٤٠ شهراً	جملة متوسط طولها ٤,٥ كلمة	

شكل (١) نمط النمو لطفل مضطرب لغوياً وطفل آخر غير مضطرب

وجدير بالذكر أنه لا يوجد هناك من يعلم على وجه الدقة كيف يتعلم الأطفال اللغة، ولماذا. ولكننا نعرف أن النمو اللغوي يرتبط بشكل عام بالنضج الجسمي، والنمو المعرفي، والتنشئة الاجتماعية. أما تلك التفاصيل التي تتعلق بما يحدث

فسيولوجياً ومعرفياً واجتماعياً في تعلم اللغة فلا تزال حتى الآن مثاراً للجدل . ويناقش نيلسون (١٩٩٨) Nelson ست وجهات نظر لغوية تحكم دراسة التواصل البشري في أوقات متباينة، ويمكن أن نقرر من خلال وجهات النظر تلك، وما تم إجراؤه في ضوء كل منها من دراسات ما يلي :

١- أن النمو اللغوي يعتمد على نمو المخ والأداء الوظيفي المناسب للمخ، ومن ثم فإن اضطرابات اللغة تنشأ أحياناً نتيجة لوجود خلل في الأداء الوظيفي للمخ والأساليب التي يمكن أن يتبعها الطفل لتعويض مثل هذا الخلل وهو الأمر الذي يمكن له أن يتعلمه في بعض الأحيان، ولكن من الواضح أن التركيز هنا يكون على النضج البيولوجي . وعادة ما يحدث ذلك في حالة الإعاقات الأخرى، أي أن اضطرابات اللغة أو التواصل آنذاك تصاحب تلك الإعاقة .

٢- أن تعلم اللغة يتأثر بما يمكن أن يترتب على السلوك اللغوي . ويمكن أن ينتج الاضطراب اللغوي عن التعلم غير الملائم، كما يمكن أن يتم ترتيب تلك النتائج في سبيل علاج الاضطراب اللغوي . وبذلك يتضح أن التركيز هنا ينصب على علم النفس السلوكي .

٣- يمكن تحليل اللغة إلى مدخلات ومخرجات وفقاً لارتباطها بذلك الأسلوب الذي تتم به معالجة المعلومات، ومن ثم فإن المعالجة الخاطئة يمكن أن تؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات اللغوية، كما يمكن أن تؤدي أيضاً إلى تعلم بعض مهارات المعالجة الفعالة . وبالتالي فإن التركيز ينصب آنذاك على معالجة المعلومات .

٤- أن اللغة تقوم على قواعد لغوية، وأن اضطرابات اللغة يمكن بالتالي وصفها على أنها فشل في تطبيق القواعد المناسبة لتشفير الرسائل المختلفة، وفك شفرتها . ويمكننا أن نتغلب أحياناً على تلك الاضطرابات بتعليم الأطفال استخدام القواعد اللغوية . وبالتالي فالتركيز هنا ينصب على استنباط القواعد اللغوية .

٥- أن اللغة تمثل إحدى المهارات المعرفية العديدة، وأن الاضطرابات اللغوية تعكس مشكلات أساسية في التفكير والتعلم . ويمكن أن نواجه تلك

الاضطرابات بفعالية إذا ما قمنا بتعليم الأطفال مهارات معرفية معينة . وبالتالي ينصب التركيز هنا على النمو المعرفي .

٦- أن اللغة تنبع من الحاجة إلى التواصل خلال التفاعلات الاجتماعية، أما الاضطرابات اللغوية فإنها تعد بمثابة قصور في القدرة على الارتباط الفعال بالبيئة . ويمكن أن نقوم أحياناً بترتيب البيئة الطبيعية حتى نعلم الأطفال التفاعلات الفعالة، ونعمل على تدعيمها . ومن ثم ينصب التركيز هنا على التفاعل الاجتماعي .

وإذا كانت اللغة تتضمن عدداً لا بأس به من العوامل والمتغيرات ذات الدلالة والتي تضم الإنصات، والحديث، والقراءة، والكتابة، والخطاب الفني ، والتفاعل الاجتماعي فإن مشكلات اللغة تعد بذلك أساسية وجوهرية بالنسبة لمعظم الاضطرابات أو الإعاقات المختلفة كالإعاقة السمعية، والإعاقة العقلية، وصعوبات التعلم، والاضطرابات الشديدة والمتعددة كإصابات المخ الناتجة عن الصدمات، واضطراب التوحد وهو ما يتطلب المزيد من الاهتمام .

تصنيف اضطرابات اللغة والكلام

عادة ما يتم تصنيف مثل هذه الاضطرابات بصفة عامة إلى فئتين أساسيتين تتعلق الفئة الأولى باضطرابات اللغة في حيث تتعلق الفئة الثانية باضطرابات الكلام أو اضطرابات التخاطب . ولا يخفى علينا أن كل فئة من هاتين الفئتين الأساسيتين إنما تضم عدة فئات فرعية تحتها وهو الأمر الذي يمكن أن نعرض له على النحو التالي :

أولاً : اضطرابات اللغة *language disorders*

من الجدير بالذكر أن بإمكاننا أن نقوم بتصنيف اضطرابات اللغة وفقاً للعديد من المحكات. وتقدم التعريفات التي تتبناها الجمعية الأمريكية للتخاطب واللغة والسمع *American Speech- Language- Hearing Association ASHA* تصنيفاً يتضمن خمسة أنساق للغة هي :

١- الأصوات الكلامية . *phonology*

٢- البنية والشكل (أشكال الكلمات) . *morphology*

٣- بناء الجملة وترتيب الكلمات . *syntax*

٤- دلالات الألفاظ ومعانيها . *semantics*

٥- الواقعية اللغوية (الوظيفية أو الاستخدام الاجتماعي للغة). *pragmatics*

ومن الملاحظ أن أي مشكلة تنتاب أحد هذه الأبعاد الخمسة للغة سوف تصاحبها دون محالة مشكلة أخرى في بعد واحد أو أكثر من هذه الأبعاد، ومع ذلك فالأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية غالباً ما يعانون من صعوبة في أحد هذه الأبعاد الخمسة . وفي هذا الإطار يذهب إيهاب الببلاوي (٢٠٠٦) إلى أن بوسعنا أن نجمل أهم الاضطرابات التي يمكن أن تصيب تلك الجوانب الخمسة التي أشرنا إليها كأنساق أو مكونات للغة في عدد من الاضطرابات على النحو التالي :

١- تنسيق الأصوات : وتظهر الاضطرابات فيها كما يلي :

أ- عدم القدرة على نطق ألأصوات منفردة .

ب- عدم القدرة على نطق الأصوات ضمن وحدات كالمقاطع والكلمات .

جـ- ظهور بعض اضطرابات النطق كالإبدال، أو الحذف، أو الإضافة .

٢- الكلمات والتراكيب : ومن أهم الاضطرابات التي يتعرض الأطفال لها ما يلي :

أ- وجود صعوبة في ضبط الكلمات، وموافقتها للجنس، وحالة الكلمات من حيث الإفراد والمثنى والجمع .

ب- كيفية استخدام الكلمات الوظيفية مثل حروف العطف .

جـ- شكل الجملة من حيث السهولة والصعوبة .

٣- المعاني : وتتمثل أهم الاضطرابات الخاصة بها فيما يلي :

أ- الاستخدام الخاطئ للكلمات من حيث المعنى كالتضاد أو الترادف .

ب- الاستخدام الخاطئ للجمل من حيث معناها .

٤- الاستخدام الوظيفي للغة : وتعد الاضطرابات التالية من أهمها :

أ- عدم القدرة على الاستخدام الصحيح لمهارات المحادثة كاللباقة والانتباه لما يقال .

ب- قصور في استخدام الكلام المناسب في الوقت المناسب .

وفضلاً عن ذلك فهو يشير أيضاً إلى أن الأطفال ذوي اضطرابات اللغة عادة ما يبدون العديد من المشكلات المتباينة في هذا المضمار وذلك بصفة أساسية وهو الأمر

الذي عادة ما يكون من شأنه أن يجعل بمقدورنا أن نقوم من خلال مثل هذه المشكلات بتمييزهم أيضاً . ومن أهم هذه المشكلات ما يلي :

١- قصور في مهارات اللغة التعبيرية .
٢- قصور في مهارات في فهم اللغة المنطوقة .
٣- ضعف مهارة الاستماع أو الإنصات .
٤- فهم محدود لمعاني الكلمات والمعاني بصفة عامة .
٥- قلة ومحدودية استخدام المكونات المورفولوجية للغة .
٦- الاستخدام المحدود وربما الخاطئ للتراكيب اللغوية .
٧- قصور استخدام اللغة المتعلمة .
٨- قصور المهارات الحوارية .
٩- قلة المهارات الروائية .
١٠- قد يوجد لدى بعضهم مهارات معرفية مقيدة .
١١- قد يتعرض بعضهم الآخر لمشكلات أكاديمية لاحقة .
١٢- وجود أنماط غير سوية للغة .

ويشير هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman إلى أن التأخر اللغوي language delay إنما يمثل في واقع الأمر أحد أهم أنواع اضطرابات اللغة وهو ما يعني النمو المتأخر للغة . ومن المعروف أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات اللغة يتبعون في نموهم اللغوي نفس المسار الذي يتبعه غالبية الأطفال ولكنهم يكتسبون كل مهارة من المهارات اللغوية المختلفة، أو يصلون إلى المحددات الرئيسية milestones لكل مرحلة في وقت متأخر عن الطفل المتوسط . وقد يصل بعض الأطفال الذين يعانون من تلك الاضطرابات إلى المستويات النهائية من النمو في وقت يتأخر بشكل دال عن أقرانهم غير المضطربين . وإضافة إلى ذلك فقد يتأخر نمو اللغة لدى بعض الأطفال بشكل عام، ولكن يبدو أنه يكون هناك تفاوت واضح في معدل اكتسابهم لبعض ملامح لغوية معينة .

ومن جانب آخر يرى سويل (١٩٩٧) Sowell أننا قد نجد أن بعض الأطفال يتأخر معدل نموهم اللغوي ولكنهم مع ذلك قد يصلون إلى مستوى النمو اللغوي

لأقرانهم في نفس عمرهم الزمني . إلا أن العديد من الأطفال الذين يتأخر نموهم اللغوي تبدو لديهم في الواقع فجوة نمائية أو قصور نمائي لا يمكن لهم أن يتجاوزوه حيث غالباً ما يتم تشخيصهم على أنهم معوقون عقلياً أو يعانون من صعوبات التعلم. وأحياناً يأتي هؤلاء الأطفال من بيئات تحرمهم من معظم الخبرات بما فيها تلك المثيرات اللغوية التي يقدمها الراشدون والتي تعد ضرورية لحدوث النمو اللغوي الطبيعي إلى جانب تعرضهم للإهمال الشديد أو إساءة المعاملة الشديدة . وبغض النظر عن ذلك السبب الذي يؤدي إلى تأخر نمو اللغة يصبح من المهم بالنسبة لنا أن نفهم طبيعة مثل هذا التأخر وأن يعمل التدخل المتبع على توفير الفرص المواتية لتعلم الاستخدام الفعال للغة .

ومن الملاحظ أن بعض الأطفال لا يظهرون في الثالثة من أعمارهم أي إشارات تدل على أنهم يفهمون تلك اللغة التي يستمعون إليها، كما أنهم لا يستخدمون اللغة بشكل تلقائي. وإذا ما قاموا بعمل الضوضاء فإنهم عادة ما يقومون باستخدامها بغرض التواصل وذلك بأساليب تميز تواصل الأطفال في مرحلة المهد والأطفال الأصغر سناً عامة وذلك قبل أن يتعلموا الكلام بمعنى أنهم قد يستخدمون ما يعرف بالتواصل قبل اللغوي *prelinguistic communication* حيث قد يستخدمون الإيماءات على سبيل المثال أو الضوضاء لطلب الأشياء أو لقيام الآخرين بعمل أشياء معينة لهم، أو لإبداء احتجاجهم على شيء يحدث، أو لطلب القيام بنشاط اجتماعي معين كالقراءة مثلاً، أو في سبيل تحية شخص ما . وفي هذا الإطار يلخص الزراد (١٩٩٠) أهم الأعراض الشائعة للتأخر اللغوي والتي ينبغي أن ننتبه إليها عند تشخيص تلك الحالات فيما يلي :

١- حدوث أصوات عديمة الدلالة من جانب الطفل .
٢- اعتماد الطفل على الحركات والإشارات والإيماءات لتوصيل المعنى .
٣- الاكتفاء بكلمة واحدة أو جملة قصيرة عند الإجابة على أي سؤال يوجه للطفل .
٤- التعبير بكلمات غير واضحة رغم تقدم عمر الطفل .
٥- تعذر كلام الطفل بلغة مفهومة .
٦- محدودية عدد المفردات اللغوية التي يألفها الطفل .

٧- اللجوء إلى الصمت في العديد من المواقف .
٨- التوقف أثناء الحديث وعدم القدرة على الاستمرار فيه .
٩- خبرة بعض المشكلات السلوكية .
١٠- تعرض الطفل لبعض المشكلات الانفعالية من جراء ذلك .

وهناك طريقة أخرى لتصنيف الاضطرابات اللغوية تقوم كما يرى أوينز Owens (٢٠٠٤) على افتراض وجود سبب معين للاضطراب أو حالات معينة ترتبط به حيث هناك العديد من الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة معينة أخرى كاضطراب التوحد، وإصابات المخ الناتجة عن الصدمات، والإعاقة العقلية، والشلل المخي أو الدماغي. إذن فهو يرى وفقاً لذلك أن سبب الاضطراب إنما يرجع إلى وجود إعاقة معينة أو اضطراب آخر علماً بأنه لا توجد اضطرابات لغوية معينة تخص اضطراباً بعينه وتميزه . وفي هذا الإطار يعرض أوينز Owens (٢٠٠٤) لسبع فئات تشخيصية من الإعاقات اللغوية تؤدي كل منها إلى حدوث اضطراب في جوانب ستة معينة يوضحها الجدول التالي، وهي :

١- الإدراك .
٢- الانتباه .
٣- استخدام الرموز .
٤- استخدام القواعد اللغوية .
٥- القدرة العقلية العامة .
٦- التفاعل الاجتماعي الذي يرتبط بالتواصل .

وفضلاً عن ذلك فإن كل فئة تشخيصية من تلك الفئات التي يعرض لها تتسم أيضاً بوجود مشكلات معينة في تلك الأنساق الفرعية الخمسة للغة التي أشرنا إليها من قبل إلى جانب مشكلات أخرى في الفهم اللغوي .

١- المتطلبات	الإعاقة اللغوية						
	الإعاقة العقلية	صعوبات التعلم الخاصة باللغة	إعاقات لغوية خاصة	اضطراب التوحد	إصابات المخ الناتجة عن صدمات	تأخر اللغة التعبيرية	الإهمال وإساءة
الإدراك	X	X	X	X	X		
الانتباه		X		X	X		
استخدام الرموز	X	X	X	X	X	X	X
استخدام القواعد اللغوية	X	X	X	X		X	
القدرة العقلية العامة	X		X		X		X
التفاعل الاجتماعي المرتبط بالتواصل				X			

شكل (٢) متطلبات تعلم اللغة والمشكلات التي يواجهها الأطفال المعوقون لغوياً

وفي هذا الإطار تشير الإعاقة اللغوية الخاصة *specific language impairment* إلى تلك الاضطرابات اللغوية التي لا يوجد سبب محدد لها، ولا ترجع مثل هذه الاضطرابات إلى الإعاقة العقلية أو إلى المشكلات الإدراكية التي تميز صعوبات التعلم الخاصة باللغة . كما تتحدد هذه الإعاقة بشكل أكثر دقة عن طريق استبعاد أي أسباب أخرى معقولة بدلاً من الاحتكام إلى مجموعة من الخصائص المحددة بوضوح وهو الأمر الذي يجعلها مثاراً للجدل. أما التأخر المبكر في اللغة التعبيرية *early expressive language delay EELD* فيشير إلى ذلك التأخر الدال في اللغة التعبيرية الذي يتعرض له الطفل حيث لا يصل عدد مفرداته اللغوية إلى خمسين كلمة، كما لا يمكنه أن يقوم بتكوين جملة من كلمتين في الثانية من عمره . ومن المعروف أن حوالي نصف عدد أولئك الأطفال الذين يتأخر نمو لغتهم في الثانية من العمر يصلون بالتدريج إلى المستوى اللغوي لأقرانهم في

نفس عمرهم الزمني في حين لا يتمكن النصف الآخر من اللحاق بهم ويستمر في المعاناة من المشكلات اللغوية خلال تلك السنوات التي يقضونها بالمدرسة . ونظراً لصعوبة تصنيف الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الكثير من الأفراد وتعددها يصبح من الصعب أن نجد نسقاً تصنيفياً واحداً يضم كل هذه الحالات أو يخلو من الغموض . وقد لاحظ أوينز (٢٠٠٤) Owens وجود مثل هذه الاضطرابات اللغوية حتى مستوى الجامعة، واختلافها من فرد إلى آخر .

وفضلاً عن ذلك هناك ما يعرف بالحبسة الكلامية *aphasia* أو السكتة اللغوية والتي تعد بمثابة فقد القدرة على الكلام حالما يجب على الفرد أن يتكلم وذلك رغم معرفته بما يود أن يقوله أو ما ينبغي أن يقوله حينئذ . ومن ثم فهي عبارة عن قصور في استخدام اللغة التعبيرية ينتج عادة عن خلل أو قصور في مراكز النطق والكلام بالمخ يحدث بعد اكتمال نمو اللغة . ويمكن تمييز الأفراد الذين يعانون منها كما يرى عبدالعزيز السرطاوي ووائل أبوجودة (٢٠٠٠) عن طريق أدائهم في جوانب خمسة هي الفهم السماعي، والكلام أو التحدث، والقراءة، والكتابة، والإشارات بحيث نجد أنهم يجدون صعوبة في فهم ما يسمعون، ولا يستطيعون تسمية ما يطلب منهم من أشياء، ويخلطون بين الكلمات متشابهة المعنى . وإلى جانب ذلك فإنهم يجدون صعوبة في الوصول إلى الكلمة المناسبة عند الحاجة إليها، ويستبدلون كلمة بأخرى من نفس المجموعة المعنوية كالسكين والملعقة مثلاً، ويجدون صعوبة في التعبير عما يريدون، ويستخدمون جملاً ناقصة أو ما تعرف بالجمل التلغرافية . كما أنهم قد يعجزون عن تمييز ومعرفة ما يقرأونه من كلمات، وعند قراءتهم لبعض الجمل فإننا نلاحظ زيادة عدد الأخطاء في القراءة، وبطء معدل القراءة من جانبهم . أما عندما يقومون بالكتابة فإننا نلاحظ البطء في الكتابة، وزيادة الأخطاء، ونسيان شكل الحروف، وحذف أو استبدال بعضها إلى جانب كتابة بعضها الآخر بصورة عكسية . وفيما يتعلق بالإشارات فإنهم قد لا يفهمون المقصود بها، كما يعجزون عن التواصل بواسطتها .

وتوجد عدة أنواع للحبسة الكلامية اعتماداً على موضع وحجم الإصابة التي يتعرض لها المخ . فالأفيزيا التعبيرية أو الحركية والتي تصيب منطقة بروكا بالمخ تمثل نوعاً من القصور في كلام الشخص الذي يعاني منها حيث يظل يردد لفظاً

واحداً مهما تنوعت الأحاديث أو الأسئلة الموجهة إليه وذلك رغم قدرته على فهم كلام الآخرين . أما الأفيزيا الاستقبالية أو الحسية والتي تصيب منطقة فيرنيكا بالمخ مما يؤدي إلى تلف الخلايا العصبية التي تساعد على تكوين الصور السمعية للكلمات أو الأصوات فتفقد الأصوات أو الأفاظ معناها وتبدو وكأنها من لغة غريبة، كما قد يحدث الصمم الكلامي أو فقد الصوت رغم سلامة حاسة السمع .

وإلى جانب ذلك هناك أفيزيا تسمية الأشياء أو الأفيزيا النسيانية والتي تنتج عن إصابة المنطقة القشرية بالمخ وبالتحديد التلافيف الزاوية حيث يجد الفرد صعوبة في تسمية الأشياء المألوفة، وقد يلجأ إلى استخداماتها بدلاً من أسمائها أو عوضاً عنها . كما أن هناك أيضاً الأفيزيا الشاملة أو الكلية والتي تعكس مستوى شديداً من العجز أو القصور في كل الوظائف المتعلقة باللغة، ولكن يمكن للفرد أن يتواصل مع غيره عن طريق الإشارات والرموز . ويحدث هذا النوع من الأفيزيا على أثر حدوث إصابة واسعة في النصف الكروي الأيسر للمخ بحيث تغطي معظم المناطق التي تشترك في فهم وإصدار اللغة .

ويضيف البعض إلى ذلك الأفيزيا التوصيلية والتي تنتج عن فصل مناطق الاستقبال بالمخ عن مراكز التعبير اللغوي فلا يتمكن المصاب من إعادة ما يسمعه بصوت مفهوم وإن ظلت قدرته على فهم الكلام عامة سليمة إلى حد كبير . أما الأفيزيا الممتدة أو العابرة لمناطق القشرة فتنتج عن إصابة المنطقة القشرية بالمخ، وتعزل ما بها من مراكز عن باقي مناطق المخ، وتؤثر على فهم وإصدار الكلام بصورة تلقائية وإن ظلت مراكز الكلام والمسارات الموصلة بينها سليمة .

ثانياً : اضطرابات الكلام speech disorders

من الجدير بالذكر أن اضطرابات الكلام تتضمن في واقع الأمر اضطرابات الصوت، disorders of voice واضطرابات النطق، articulation disorders واضطرابات الطلاقة . fluency disorders ويمكن للفرد الواحد أن يعاني في ذات الوقت من أكثر من اضطراب واحد من اضطرابات الكلام، كما يمكن أن تحدث اضطرابات الكلام واضطرابات اللغة معاً في بعض الأحيان . وسوف نعمل هنا على تقديم وصف مختصر لاضطرابات الكلام الرئيسية وذلك لسببين هما :

١- أن اضطرابات الكلام قياساً باضطرابات اللغة تسبب مشكلة أصغر بكثير للمعلمين .
٢- أنه يمكن علاج معظم اضطرابات الكلام بصفة أساسية من جانب أخصائي اللغة والتخاطب وليس معلم الفصل .

ولكن يظل من المتوقع بالنسبة للمعلم أن يكون على دراية باضطرابات الكلام التي يحتمل حدوثها للأطفال، وأن يقوم بإحالة أولئك الأطفال الذين يتوقع أن يعانوا من مثل هذه الاضطرابات إلى أخصائي اللغة والتخاطب . وفضلاً عن ذلك فإنه من المتوقع بالنسبة للمعلم أن يعمل مع أخصائي اللغة والتخاطب على مساعدة الأطفال على تصحيح وتصويب كلامهم إلى جانب اضطرابات اللغة التي قد يعانون منها .

١- اضطرابات الصوت : voice disorders

من البديهي أن يتم إدراك الصوت على أن له نغمة، وارتفاع، ونوعية . وأن أي تغير ينتاب نغمة الصوت pitch وارتفاعه إنما يعد في الأساس بمثابة جزء من أنماط النبرات في الكلام . stress patterns of speech أما نوعية الصوت فإنها كما يرى روبنسون وكراو (٢٠٠١) Robinson& Crowe لا ترتبط بإصدار الأصوات فحسب، بل ترتبط أيضاً بتلك الجوانب غير اللغوية في الحديث . ورغم صعوبة تعريف اضطرابات الصوت بشكل دقيق فإنها تتعلق في الواقع بنغمة الصوت أي طبقته (مستواه وما يتضمنه من تردد صوتي frequency أي اهتزازات صوتية)، أو ارتفاعه (درجة الشدة التي يظهر بها)، أو جودته (نوعيته وسماته أو طابعه المميز)، أو تتعلق بها جميعاً وهي ما ترتبط جميعاً بالحنجرة، وتعوق عملية التواصل، ويتم إدراكها على أنها تختلف عما يحدث في الظروف العادية لأي شخص في سن معين، ومن جنس معين، ومن خلفية ثقافية معينة .

ويرى هاينيز وبندزولا (١٩٩٨) Haynes& Pindzola أن اضطرابات الصوت يمكن أن تنتج في واقع الأمر عن مجموعة من الأسباب البيولوجية وغير البيولوجية وهو الأمر الذي يوضح أن التدخل الذي يحدث في تلك الحالة عادة ما يكون تدخلاً طبياً في المقام الأول، ثم يأتي التدخل السيكلوجي بعد ذلك ويتم من خلاله

القيام بعملية تأهيلية ذات مغزى ودلالة . ويمكن لمثل هذه الأسباب التي أشرنا إليها أن تتضمن ما يلي :

١- التطور الذي يطرأ على الحنجرة كتكون العقد الصغيرة، أو الأورام، أو الأنسجة السرطانية .

٢- العدوى التي تصيب الحنجرة مثل التهاب الحنجرة .

٣- تلف الأعصاب المؤدية إلى الحنجرة .

٤- الكدمات والرضوض التي تتعرض لها الحنجرة نتيجة للحوادث .

٥- أي خدوش تتعرض لها الحنجرة .

ومن جانب آخر فإن الاستخدام الخاطئ للصوت أو إساءة استخدامه يمكن أن يؤدي أيضاً إلى نوعية صوت شاذة مؤقتاً وهو ما يؤدي ببعض معلمي المدارس الثانوية إلى تطوير بعض اضطرابات الصوت المؤقتة أو التعرض لها . ومن المعروف أن تلك الاضطرابات التي تنتج عن الاستخدام الخاطئ للصوت *misuse* أو سوء استخدامه *abuse* يمكن أن تؤدي إلى تلف أنسجة الحنجرة . كما أن الفرد قد يعاني أحياناً من بعض المشكلات النفسية مما قد يؤدي إلى الفقد الكامل لصوته *aphonia* أو إلى شذوذ صوتي شديد .

وجدير بالذكر أن اضطرابات الصوت التي تتعلق بما يعرف بالرنين *resonance* أي نوعية الصوت أو جودته تنتج كما يرى أوينز (٢٠٠٤) Owens عن وجود شذوذ جسدي في التجويف الفمي مثل الشق الحلقي *cleft palate* وهو شق خلقي في سقف الفم، أو حدوث تلف في المخ، أو في الأعصاب المسيطرة على التجويف الفمي . ومن جانب آخر فإن العدوى التي تصيب اللوزتين، أو وجود اللحمية، أو الجيوب الأنفية يمكن أن تؤثر هي الأخرى على تلك الطريقة التي يرن الصوت بها . كذلك فإن معظم الأفراد الذين يعانون من فقد السمع الشديد لديهم في الواقع مشكلات في وصول صوتهم إلى مستوى الصوت الذي يعتبر رناناً بشكل طبيعي . كذلك فإننا قد نجد هناك أشخاصاً لم يتعلموا التحدث بصوت رنان وذلك بشكل مناسب، أو بصورة ملائمة، وهنا فإننا نلاحظ أنه لا توجد أي أسباب بيولوجية أو سيكلوجية لتلك المشكلة، ولكن يبدو أنهم يكونوا في واقع الأمر قد تعلموا عادات سيئة تتعلق بتنظيم أعضاء الكلام .

وعندما يمر الأطفال بعملية فرز وتصفية تتعلق باضطرابات اللغة والتخاطب فإن أخصائي اللغة والتخاطب يبحث لديهم عن تلك المشكلات التي تتعلق بنوعية الصوت، والرنين، والنغمة، والارتفاع، ومدة الصوت *duration* وإذا ما وجد أن أياً من هذه المشكلات توجد لدى الطفل فإنه يقوم على الفور بتحويل هذا الطفل إلى الطبيب . وقد يتضمن التقرير الطبي الذي يتم إعداده آنذاك أن الجراحة أو أي تدخل آخر يعد أمراً حتمياً بسبب تطور الحالة أو نظراً لوجود عدوى معينة . وبعيداً عن التقييم الطبي فإن أخصائي اللغة والتخاطب سوف يقوم بعمل التقييم اللازم عندما تبدأ المشكلة بحيث يتعرف من خلاله على تلك الكيفية التي عادة ما يستخدم الطفل صوته بها في المواقف اليومية، وفي ظل الظروف الضاغطة . وإلى جانب ذلك البحث عن تلك الطريقة التي يتم إصدار الصوت بها، والمشكلات التركيبية أو الوظيفية التي يمكن أن تنشأ عن ذلك، والتي توجد بالفعل لدى الطفل فإن أخصائي اللغة والتخاطب يبحث أيضاً عن تلك الإشارات أو الأعراض الدالة على وجود عدوى معينة أو مرض معين يمكن أن يسهم في حدوث الاضطراب، كما يبحث كذلك عن تلك الإشارات الدالة على وجود مرض خطير لدى الطفل.

ويذكر إيهاب الببلاوي (٢٠٠٦) أن هناك العديد من أشكال أو أنماط اضطرابات الصوت كما يعرض لها العديد من الباحثين وهو الأمر الذي عادة ما يتطلب تدخلاً طبياً كما ذكرنا من قبل . ومن أهم هذه الأشكال أو الأنماط ما يلي :

١- الصوت المكتوم : وينتج عن وجود خلل بين قاعدة اللسان واللهاة، أو نتيجة لإصابة اللهاة بالورم .

٢- الصوت الطفولي : هو صوت رفيع وحاد يشبه صوت الأطفال الصغار، وسببه غير معروف بالتحديد حتى الآن وإن كان البعض يرده إلى الوراثة .

٣- الصوت الرتيب : يكون على وتيرة واحدة وإيقاع واحد فلا يتغير مستوى ارتفاعه، أو شدته، أو نغمته، أو لحنه . وقد ينتج عن حالة من الشلل تصيب المراكز المخية فتجعل الصوت أجشاً أو رتيباً .

٤- كلام الفم المغلق : *closed mouth speech* وهو أحد أنواع انحرافات الرنين، وفيه يبدو الكلام منخفضاً وغير واضح حيث يقال أن الشخص يتحدث بأسنانه، وتكون الشفتان مفتوحتين بشكل بسيط .

٥- اختفاء الصوت : هي حالة يكون من الصعب فيها إصدار الصوت، وعادة ما يحدث ذلك إما بسبب شلل الأوتار الصوتية، أو نتيجة إصابة الحنجرة وخاصة عندما تصاحبها حالة غضب أو انفعال حاد .

٦- الصوت المرتعش أو المهتز : يظهر الصوت بشكل غير متناسق من حيث الطبقة والشدة، كما يكون سريعاً ومتواتراً . ويرجع إلى الإصابة بالتهابات دماغية تحول دون السيطرة على حركات الأعصاب، أما عند الأطفال فيرجع إلى الخوف الشديد .

٧- بحة الصوت : ويكون الصوت المبحوح عبارة عن خليط بين الهمس والخشونة، ويرجع إلى الاستخدام السيئ للصوت، أو التهاب الحنجرة، أو التهاب اللوزتين، ونزلات البرد .

٨- الصوت الخشن أو الغليظ : ويكون مرتفعاً في شدته، ومنخفضاً في طبقته، ويرجع إلى إجهاد الأوتار الصوتية مما يؤدي إلى إصابتها بعقد الأوتار الصوتية .

٩- الصوت الهامس : هو صوت خافت يتسم بالضعف، والتدفق المفرط للهواء، وقد يصاحبه أحياناً توقف كامل للصوت، وعادة ما يصاحب عملية الهمس شلل الوترين الصوتيين .

١٠- الخنف : يحدث بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي، وعدم انغلاق ذلك التجويف أثناء النطق بالكلام . ويرجع في معظم الحالات إلى وجود ثقب أو شق في السقف الصلب أو المرن للفم، أو فيهما معاً .

ومرة أخرى نؤكد أن مثل هذه الأسباب التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى مثل هذه الاضطرابات التي تمثل أشكالاً أو أنماطاً متعددة ومتباينة لاضطرابات الصوت إنما تتطلب التدخل الطبي أولاً، ثم التدريب والتأهيل في مرحلة تالية لأنها عادة ما ترجع كما أسلفنا إلى أسباب فسيولوجية أو بيولوجية أو بيئية لا بد من التعامل معها في البداية، والتخلص من تأثيرها .

٢- اضطرابات النطق : *articulation disorders*

تتضمن اضطرابات النطق أخطاء في إصدار الكلمات أو النطق بها، فقد يتم حذف صوت أو أصوات معينة من الكلمة، وقد يتم الاستبدال، أو التشويه، أو

الإضافة أيضاً . ومن الملاحظ أنه ليست هناك مواضع محددة من الكلمات يمكن أن يحدث فيها ذلك حيث عادة ما نجد أن مثل هذه الاضطرابات قد تحدث في أول الكلمة، أو في وسطها، أو حتى في آخرها دون أن يكون هناك تحديد قاطع لأحد تلك المواضع على حساب غيره . ومن ثم فقد يتم في هذا الإطار استبدال الحرف (ص) بحرف (س) مثلاً . وقد تؤدي مثل هذه الأخطاء إلى صعوبة فهم ما يقصده المتحدث . وقد تحمل مثل هذه الأخطاء في إصدار الكلام في طياتها عقوبة اجتماعية للفرد حيث يتعرض المتحدث على أثر ذلك للمضايقة من جانب الآخرين أو لسخريتهم . وعلى هذا الأساس فإننا نعرف اضطرابات النطق بأنها تلك العملية التي تتم بموجبها عملية النطق، وطريقة النطق، أو طريقة لفظ الأصوات وتشكيلها، أو إصدار الأصوات بشكل غير صحيح نتيجة لوجود خلل أو قصور معين في قيام عضو أو أكثر من أعضاء النطق بعمله على الوجه الصحيح . ومن ثم فهي مشكلة في إصدار الأصوات بطريقة صحيحة . ولكن يظل هناك سؤال أساسي وهام في هذا الصدد هو :

- متى يمكن أن نعتبر أخطاء النطق اضطراباً ؟

وتكشف الإجابة على هذا السؤال في واقع الأمر أن ذلك لا يعتمد في الواقع على الحكم الذاتي الذي يصدره الأخصائي في هذا الصدد والذي سوف يتأثر حتماً بمدى خبرته في هذا الميدان، ولكنه يتأثر إلى جانب ذلك بعدد ونمط هذه الأخطاء، وبمدى ثباتها، وبالعمر الزمني للمتحدث وخصائصه المميزة، ومدى وضوح كلام الشخص حيث أن الأطفال الأصغر سناً يرتكبون العديد من هذه الأخطاء بشكل متكرر وذلك عند تعلمهم الكلام إذ لا يتمكن معظم الأطفال في هذه السن من إجادة كل القواعد الصوتية للغة، وإن كانوا يحاولون القيام بإصدار الأصوات بشكل سليم، ولكنهم لا يتمكنون من ذلك حتى يصلوا إلى الثامنة أو التاسعة من أعمارهم . وفضلاً عن ذلك فإن العديد من الأطفال يرتكبون الكثير من هذه الأخطاء بشكل متكرر حتى بعد أن يلتحقوا بالمدرسة، وبذلك يعتبر عمر الطفل عاملاً أساسياً في الحكم على مدى كفاءة نطقه للأصوات المختلفة . وإلى جانب ذلك هناك عامل آخر هام وأساسي في هذا الصدد يتمثل في الخصائص الفونولوجية أو الصوتية للمجتمع المحلي للطفل وذلك نظراً لأن الأطفال يتعلمون الكلام عن طريق التقليد أو المحاكاة، ومن ثم فإنهم

يتحدثون بذات الطريقة التي تسود مجتمعهم المحلي أو جماعتهم الثقافية وإن كان ذلك لا يعني مطلقاً وجود اضطراب كلام لدى الطفل مهما اختلفت لهجته عن أي لهجة تسود في أي جماعة أخرى في نفس المجتمع .

ومما لا شك فيه أن عدد الأطفال الذين يعانون من مشكلات في إصدار الأصوات يتناقص بشكل واضح خلال السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من المدرسة الابتدائية. ومن جانب آخر فإننا نلاحظ أن معدل انتشار اضطرابات النطق يزداد بشكل كبير بين أولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى وخصوصاً الإعاقة العقلية، والاضطرابات النيورولوجية كالشلل الدماغي وذلك قياساً بعامة الأطفال . ويشير بيرنتال وبانكسون (١٩٩٨) Bernthal& Bankson إلى أنه يمكن أن تحدث عدم القدرة على إصدار الأصوات بشكل كلي من جراء عوامل بيولوجية مثل تلف المخ، أو تلف الأعصاب المسيطرة على تلك العضلات المستخدمة في الحديث وهو الأمر الذي قد يجعل من الصعب أو حتى من المستحيل أن يتم النطق بالأصوات المختلفة . وعلاوة على ذلك فإن الشذوذ في التركيب الفمي كوجود الشق الحلقي على سبيل المثال من شأنه أن يجعل الحديث العادي صعباً أو حتى مستحيلاً . وإلى جانب ذلك فإن التغيرات التركيبية الصغيرة نسبياً كتساقط الأسنان يمكن أن يؤدي إلى حدوث أخطاء مؤقتة، وقد ينتج التأخر في النمو أو التطور الفونولوجي أيضاً عن فقد السمع .

هذا وقد يقوم والدا طفل ما قبل المدرسة بإحالته للتقييم إذا كان من الصعب فهم ذلك الكلام الذي ينطق به . كذلك فإن غالبية المدارس تقوم بعملية فرز وتصفية للأطفال الجدد تتعلق في الأصل بالتعرف على اضطرابات اللغة والتخاطب، وفي أغلب الحالات إذا ما استمر الطفل في ارتكاب نفس أخطاء النطق وذلك حتى الصف الثالث أو الرابع تتم إحالته للتقييم . وأحياناً ما يلجأ الأطفال الأكبر سناً والمراهقون من تلقاء أنفسهم إلى طلب المساعدة وذلك عندما يؤدي كلامهم إلى الانتباه السلبي لهم. ومن المعروف أن أخصائي اللغة والتخاطب لا يقوم بتقييم الخصائص الفونولوجية أو الصوتية فحسب، بل يمتد الأمر إلى التاريخ النمائي والاجتماعي للطفل، ومدى قدرته على السمع، وقدرته اللغوية العامة، وميكانيزم الكلام .

ومن الملاحظ كما يرى بومان- وانجلر (٢٠٠٠) Bauman-Waengler أنه غالباً ما تصاحب اضطرابات النطق *articulation disorders* اضطرابات أخرى

من اضطرابات اللغة والتخاطب، وبذلك يمكن أن يتطلب الطفل التدخل في جوانب متعددة للتواصل . كما أن هذا القرار سوف يعتمد بجانب ذلك على تقييم أخصائي اللغة والتخاطب عن احتمال قيام الطفل بالتصحيح الذاتي ***self- correction*** لهذه الأخطاء، والعقوبات الاجتماعية التي قد تترتب على استمرار قيامه بتلك الأخطاء كمضايقة الآخرين له أو الخجل منهم . فإذا ما كان الطفل مثلاً يسيء نطق بعض الأصوات القليلة فقط ويقوم بذلك بصفة مستمرة، كما أنه يعاني على أثر ذلك من الارتباك الاجتماعي، أو الخجل، أو الرفض فإن الأمر بذلك يتطلب اللجوء إلى برنامج معين للتدخل .

ومن جهة أخرى فإن هناك أربعة أنواع أساسية من اضطرابات النطق هي اضطرابات الحذف، والإضافة، والإبدال، والتشويه . وتشير أمال باظة (٢٠٠٣) إلى أن البعض قد يفصل بين حالتي الإبدال ويتناول كلاً منهما وكأنها اضطراب مستقل . ونحن نرى أن الحالة الأولى منهما والتي يتم فيها استبدال صوت من خارج الكلمة بصوت من داخل الكلمة هي تلك التي يراها البعض إبدالاً، أما الحالة الأخرى والتي يتم فيها إبدال صوت بصوت آخر من داخل الكلمة أي أن الصوتين كليهما يكونان من داخل الكلمة فتمثل تلك الحالة التي يراها البعض تقديماً . كما أن هناك حالة أخرى يمكن أن تنتج عن تداخل أي اضطرابين من تلك الاضطرابات معاً وهو الاضطراب الذي يطلق عليه النمط المختلط . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الاضطرابات على النحو التالي :

١- الحذف : ***omission*** وفي هذه الحالة يقوم الطفل بحذف صوت أو أكثر من الكلمة مما يؤدي إلى عدم فهمها ما لم يتم استخدامها في إطار سياق لغوي محدد فيتم فهمها من خلال سياق الكلام . وقد يزيد الحذف عن صوت واحد ليصل إلى مقطع كامل مما يشكل صعوبة في سبيل فهم المعنى المقصود . وفي الأغلب يحدث الحذف في نهاية الكلمة، وإن كان ذلك لا ينفي حدوثه في المواضع الأخرى من الكلمة .

٢- الإضافة : ***addition*** ويعني إضافة صوت أو أكثر إلى الكلمة وذلك في أي موضع من تلك المواضع الثلاثة التي أشرنا إليها سلفاً وهو الأمر الذي يجعلنا نجد صعوبة في فهمها . ويزداد الأمر سوءاً إذا ما بلغت الإضافة مقطعاً من الكلمة يكرره الطفل كأن يقول مثلاً واوا أو هاها أو ما إلى ذلك .

٣- الإبدال : *substitution* وفي هذه الحالة يستبدل الطفل صوتاً معيناً بصوت آخر كأن يقول مثلاً جمزة بدلاً من جزمة، كما قد يقول ملكب بدلاً من مركب . وهنا قد يكون الصوتان كلاهما من داخل الكلمة مع حدوث عملية تقديم وتأخير للصوتين كما في الحالة الأولى، كما قد يكون أحد الصوتين فقط من داخل الكلمة بينما يكون الآخر من خارجها كما في الحالة الثانية . ويقصر البعض الإبدال على الحالة الثانية فقط وهي الحالة التي يقوم الطفل فيها باستبدال صوت أو أكثر من داخل الكلمة بصوت من خارجها كأن يقول مثلاً دوافة بدلاً من جوافة، أو يقول ملسة بدلاً من مدرسة . أما الحالة الأولى التي يقوم الطفل فيها باستبدال موضعي صوتين من داخل الكلمة فيطلق البعض عليها التقديم ويتناولونها على أنها اضطراباً مستقلاً . ومن أمثلة ذلك أن يقول الطفل حولة بدلاً من حلوة، أما الأمثلة الدالة على النمطين معاً في جملة واحدة أو أكثر أن يقول الطفل على سبيل المثال (أنا نسفي لحت هنات) وذلك بدلاً من (أنا نفسي رحت هناك) .

٤- التشويه أو التحريف : *distortion* وفيه ينطق الطفل الصوت بصورة تقربه من الصوت الأصلي وإن كان لا يشبهه تماماً حيث تكون مخارج الأصوات غير سليمة مما يكون من شأنه أن يؤدي إلى النطق بكلمات يصعب فهمها كأن يقول مثلاً تيل بدلاً من كثير ، أو آري بدلاً من شارع، وهكذا .

٥- النمط المختلط : *mixed* وفيه يتم الجمع بين اثنين على الأقل من هذه الأنماط السابقة وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يجعل من فهم الكلام الذي ينطق الطفل به عملية صعبة من جانب الآخرين .

وهناك العديد من الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث مثل هذه الاضطرابات من جانب الأطفال من أهمها الأسباب العضوية والتي قد تتضمن وجود خلل في أعضاء النطق (مثل الحنك المشقوق، أو الشفة المشقوقة، أو مشكلات اللسان، أو عدم تناسق الأسنان، أو عدم تطابق الفكين)، أو خلل في الجهاز العصبي يؤدي إلى إعاقة معينة، أو خلل في جهاز السمع . كما قد يرجع ذلك أيضاً إلى أسباب وظيفية بيئية (مثل إهمال الوالدين للطفل، والجو الأسري، والتقليد والمحاكاة، والمدرسة).

٣- اضطرابات الطلاقة : *fluency disorders*

قد يتسم الكلام العادي في الغالب كما يشير هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman بوجود بعض المقاطعات في مدى انسيابه، كما أننا قد نفهم الأصوات بشكل خاطئ حيث ندرك صوتاً معيناً بالكلمة مثلاً على أنه صوت آخر، وقد نتحدث بسرعة اعتقاداً منا أن الآخرين سوف يفهموننا بذلك، وقد نتوقف في المكان الخاطئ بالجملة، ونستخدم نمطاً للنبرات غير ملائم، أو يصبح كلامنا أقل انسياباً فنتعثر في الكلام، أو نرجع من حيث بدأنا، أو نكرر المقاطع أو الكلمات، أو نملأ تلك الوقفات التي نقوم بها بلفظة (أأأ) *uh* وذلك أثناء محاولتنا التفكير في تلك الكيفية التي ننهي بها ما يجب أن نقوله وهو الأمر الذي يعبر في الأساس عن اضطراب في الطلاقة . وحينما يبذل المتحدث محاولات كثيرة مثل هذه، أو تحدث مقاطعات متكررة في معدل انسياب حديثه، أو يصبح من الصعب على الآخرين أن يفهموا ما يقصده من حديثه، أو يسترعى حديثه هذا اهتماماً غير عادي من الآخرين فإن ذلك يعتبر اضطراباً . وإضافة إلى ذلك فإن بعض المستمعين كما يرى روبنسون وكراو (٢٠٠١) Robinson& Crowe قد يتساهلون بدرجة أكبر من غيرهم في بعض أنماط من عدم انسياب الحديث . كما أن معظمنا قد يتقبل عن طيب خاطر تلك المقاطعات التي تحدث لمدى انسياب الحديث والتي ندركها على أنها تصحيح ضروري لما يقوله المتحدث، أو لما يخطط كي يقوله وذلك بدلاً من كونها وقفات أو مقاطعات يبدو أنها تعكس عدم قدرة المتحدث على أن يتقدم في نطقه لما يريد أن يقوله .

ومن الجدير بالذكر أن أكثر أنماط اضطرابات الطلاقة شيوعاً إنما يتمثل في اللجلجة *stuttering* حيث يصل معدل انتشار اللجلجة بين الأطفال والمراهقين إلى حوالي ١ % تقريباً، كما يزداد انتشاره بين البنين قياساً بالبنات، كذلك فإن الكثيرين من الأطفال عادة ما يتخلصون مع نموهم من عدم انسياب أو طلاقة حديثهم الذي كان يسود في الطفولة . وبوجه عام يخبر هؤلاء الأطفال كما يرى كونتشر (٢٠٠١) Conture اضطرابات طلاقة عادية، كما يبدو أنهم لا يكونوا واعين بترددهم في الكلام، وأن آباءهم ومعلميهم لا يهتمون عادة بأنماط حديثهم . وإذا ما استمر الطفل في اللجلجة لمدة تزيد عن عام ونصف أو عامين فإنه يصبح بالتالي ممن يعانون بشكل مزمن من اللجلجة .

وعلى هذا الأساس فإن الطفل عندما يبدأ في اللجلجة يصبح لزاماً على الوالد والمعلم أن يقوما بإحالته إلى أخصائي اللغة والتخاطب للتقييم حيث يعد التشخيص المبكر على درجة كبيرة من الأهمية نظراً لأنه يساعد في مثل هذه الحالة على تجنب حدوث اللجلجة بشكل مزمن . وقد لا يقوم معظم المعلمين والأطباء بإحالة أولئك الأطفال الذين يحتمل أن يعانوا من اللجلجة إلى التقييم المتعمق اعتقاداً منهم بأن عدم طلاقتهم أو عدم انسياب حديثهم يعتبر جزءاً عادياً من نمو اللغة والحديث من جانبهم، إلا أن عدم إحالة هؤلاء الأطفال المعرضين لخطر اللجلجة للتقييم لا يعد في صالحهم، بل إنه يعود عليهم بالضرر نظراً لأنه إذا لم يتم علاج اللجلجة لديهم فقد تصبح اضطراباً يستمر معهم مدى الحياة، ويؤثر بالتالي في قدرتهم على التواصل، وعلى تطوير مشاعر إيجابية تجاه الذات، وفي متابعتهم لفرص تعليمية أو وظيفية معينة . ولذلك فإنه عادة ما يتم النظر إلى التدخل المبكر في الوقت الراهن على أنه يعتبر أمراً حاسماً وهاماً في هذا الصدد بوجه عام .

وتعرف اللجلجة بأنها النمط الترددي في الحديث حيث يظل الطفل على تردده في الحديث إلى أن ينطلق لسانه فجأة بالكلمة أو الجملة . وقد يحدث التوقف في الواقع على كلمة معينة، أو مقطع معين من الكلمة، أو حتى على صوت معين منها. ومن الأمثلة على ذلك أن يقول الفرد على سبيل المثال (أنا أنا أنا أنا اسسسسمي ممممحمد) . وقد تظهر اللجلجة على شكل تطويل أو تكرار في الصوت أو المقطع بشكل غير طبيعي والذي قد يتضمن التوقفات أو الانحباسات أثناء الكلام . وليست هناك مواضع معينة تحدث فيها اللجلجة حيث قد تحدث في أي كلمة بالجملة، وفي أي مقطع، وفي أي صوت . كما أن اللجلجة تتطور في ثلاث مراحل هي اللجلجة الأولية والتي يقوم الفرد فيها بتكرار وتطويل الكلام، واللجلجة الانتقالية والتي يكون فيها التكرار والتطويل أسرع، وأطول، وأقل انتظاماً، وتشهد هذه المرحلة مجاهدة لها من جانب الطفل، ولكنه يفشل ويشعر بالإحباط . وأخيراً تأتي اللجلجة الثانوية والتي تتسم برد فعل المقاومة والخوف والإحجام .

ويشير إيهاب الببلاوي (٢٠٠٦) إلى أن للجلجة عدة أشكال يمكن أن نقوم بتناولها على النحو التالي :

١- الإعادة : وتتضمن ما يلي :

أ- تكرار جزء أو صوت من الكلمة مثل (ك . ك . كل يوم) .

ب- تكرار الكلمة كلها مثل (أنا . أنا . أنا جاي) .

جـ- تكرار العبارة ككل مثل (لماذا ذهبت . لماذا ذهبت . لماذا ذهبت) .

د- تطويل الصوت مثل (جاااي) .

٢- الإدخال : ويعني إقحام أصوات أو مقاطع أو كلمات أو عبارات اعتراضية في الحديث مثل (إم ، إذ ..) .

٣- المراجعة : وذلك بأن يقطع فكرة معينة ويرجع إلى فكرة أخرى كأن يقول مثلاً (أنا رحت النهارده) ويستطرد قائلاً (فين لعبتي)، ثم يكمل كلامه بعد ذلك .

٤- التطويل : وفيه يطيل الطفل في كلامه كأن يقول مثلاً (أنا اسسسسمي ...) .

وفضلاً عن ذلك هناك اضطرابات الكلام المرتبطة بالتلف النيورولوجي حيث نجد أن العضلات التي تتحكم في الكلام تقع تحت السيطرة الإرادية من جانب الفرد، إلا أنه عندما يحدث تلف في المخ يصيب تلك الأجزاء التي تتحكم في هذه العضلات، أو يحدث تلف في الأعصاب التي تؤدي إليها يحدث اضطراب في قدرة الفرد على أن يتكلم بشكل عادي كنتيجة لذلك . وقد تشمل مثل هذه الاضطرابات اضطرابات نطق الأصوات أو ما يعرف بعسر النطق ***dysarthria*** أو اختيار وتتابع الحديث وهو ما يعرف بالعمه الحركي ***apraxia*** أي فقد القدرة على القيام بحركات متسقة ومعقدة تتعلق بتتابع الحديث . هذا وتحدث مثل هذه المشكلات التي ترتبط بعملية الكلام أو التحدث نظراً لأن تلك العضلات التي تتحكم في عملية التنفس، والحنجرة، والحلق، واللسان، والفك، والشفتين لا يمكن التحكم فيها بشكل دقيق . كما قد تتأثر الوظائف العقلية المعرفية والإدراكية سلباً بدرجات متفاوتة اعتماداً على طبيعة الإصابة التي تلحق بالمخ . وبالتالي فقد يجمع الفرد بين أحد اضطرابات اللغة بجانب اضطراب الكلام .

وهناك العديد من الأسباب المحتملة التي يمكن أن تؤدي إلى إصابة المخ والتي تضم فيما بينها الصدمات الجسمية، ونقص الأكسجين، والتسمم، والأمراض، والسكتة الدماغية . ويمكن لأي من هذه الأسباب أن يؤدي إلى عسر النطق أو العمه الحركي . وربما تتمثل الحالة التي يمكن أن تكون في الغالب مسئولة عن حدوث مثل هذه الاضطرابات لدى الأطفال في الشلل الدماغي وهي الحالة التي يمكن أن تحدث فيها إصابة المخ قبل أو أثناء أو بعد الولادة وتؤدي إلى ضعف العضلات أو الشلل .

كما تعتبر حوادث السيارات سبباً رئيسياً في حدوث إصابات المخ الناتجة عن الصدمات *traumatic brain injury* لدى المراهقين وفي بدايات مرحلة الرشد .

وعندما يتم عرض الطفل على أخصائي اللغة والتخاطب فإنه سوف يقوم بتقييم قدرة ذلك الطفل الذي يعاني من الإعاقة النيورولوجية على التحكم في التنفس، وإصدار الأصوات، والرنين، والحركات التي تتعلق بالنطق وذلك من خلال الاستماع إليه وهو يتحدث، والتعرف الدقيق على ميكانيزم الكلام لديه . كما يجب أن يقوم الطبيب وأخصائي التأهيل بتقييم تلك المشكلة التي يعاني الطفل منها، وأن يخططا لوضع استراتيجية معينة يتمكنا بموجبها من إدارة مثل هذه المشكلة بشكل عام .

الاستراتيجيات المتبعة في التقييم والتدخل

من الملاحظ أن هناك استراتيجيتين عامتين يتم في هذا الصدد استخدامهما في التقييم الذي يتعلق باضطرابات التواصل من جانب الطفل كما يرى روسيللو Ruscello (٢٠٠١) وهما ما يتمثلان فيما يلي :

١- التحديد التفصيلي لقدرات الطفل اللغوية الراهنة .

٢- ملاحظة مدى السهولة والسرعة التي يتعلم بها الطفل المهارات اللغوية الجديدة .

وتتضمن الإستراتيجية الأولى استخدام الاختبارات المقننة، والاختبارات غير المقننة، والمقاييس النمائية، والملاحظات السلوكية . ومن الأهمية بمكان أن نذكر أن هناك العديد من المخاطر ترتبط بالاختبارات المقننة، كما أنها لا تكون دائماً مفيدة في تخطيط برنامج التدخل، ولكنها قد تكون أحياناً مفيدة في القيام بالمقارنات اللازمة والمتصلة بقدرات الأطفال في مجالات محددة . أما المقاييس النمائية فهي إما أن تكون مقاييس تقديرية أو ملاحظات يعتمد كلاهما على الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل . وفيما يتعلق بالاختبارات غير المقننة والملاحظات السلوكية فهما يعتبران غير معياريين في طبيعتهما، ومع ذلك فقد نحصل من خلالهما على أكثر البيانات المتعلقة بالطفل أهمية والتي نتوصل إليها عن طريق التقييم . ومن جانب آخر فإن الحكم الذاتي الذي يتوصل إليه الأخصائي ذو الخبرة والذي يستند على ملاحظة لغة

الطفل في مجموعة متنوعة من البيئات والظروف المختلفة قد تمدنا بأكثر الأسس أهمية التي يقوم عليها التدخل المستخدم . ويرى جيلام وهوفمان (٢٠٠١) Gillam &Hoffman وروسيللو (٢٠٠١) Ruscello أنه نظراً لأن اضطرابات اللغة تتباين في طبيعتها بدرجة كبيرة، وتوجد لدى الأفراد في مدى زمني يتراوح من الطفولة المبكرة حتى ما بعد مرحلة الرشد فإن كلاً من التقييم والتدخل لا يعتبران من الأمور البسيطة، ولكنهما عادة ما تكون لهما خصوصيتهما التي لا يمكن تجاهلها .

ومن جانب آخر فإن خطة التدخل المتبع يجب أن تراعي العديد من الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد والتي تتمثل في المحتوى، والشكل، والسياق الاجتماعي، واستخدام اللغة أي أنها بذلك يجب أن تراعي ما يلي :

١- ما يتحدث الطفل عنه وما ينبغي أن يتعلم الحديث عنه .
٢- كيف يتحدث عن الأشياء، وكيف يمكن أن يتعلم الحديث عن تلك الأشياء بوضوح .
٣- كيف يقوم الطفل بالأداء الوظيفي في السياق اللغوي لمجتمعه المحلي .
٤- كيف يستخدم اللغة، وكيف يمكن لمثل هذا الاستخدام أن يخدم في تحقيق أهداف التواصل والتنشئة الاجتماعية وذلك بشكل أكثر فعالية .

وعند ترتيب تسلسل معين للتدريب يجب أن نراعي قيام التعليم أو استناده في الأساس على التسلسل الطبيعي للنمو اللغوي حيث يرى بريزانت (١٩٩٩) Prizant أنه قد تكون هناك تسلسلات أخرى للتعليم تعد أكثر فعالية نظراً لأن أولئك الأطفال المضطربين لغوياً لم يتعلموا بالطريقة العادية التي يتم إتباعها مع كافة الأطفال في واقع الأمر، وأن نتائج تلك البحوث التي أجريت في هذا المجال تؤكد في الأساس على أن اختلاف تسلسل التعليم قد يكون في واقع الأمر أكثر فعالية في هذا المضمار. ومن الواضح أن التدخل اللغوي الفعال يجب أن يحدث في البيئة الطبيعية للطفل، وأن يتضمن كلاً من الوالدين والمعلمين إلى جانب أخصائيي اللغة والتخاطب .

ومن جانب آخر فإننا ينبغي ألا نتجاهل أولئك الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي حيث يجب أن نقوم عند التخطيط للتدخل لأولئك الأطفال المتأخرين لغوياً، وتقييم مثل هذا التدخل فيما بعد بمراعاة تلك السلوكيات اللغوية وغير اللغوية التي يقومون بتقليدها، وما يفهمونه أو يكون بوسعهم استيعابه، وما يستخدمونه بتلقائية من

مهارات التواصل إلى جانب ذلك الدور الذي يلعبه التواصل في حياتهم . ومن المهم خاصة بالنسبة لأولئك الأطفال الأصغر سناً أن نقدم لهم برامج التدخل في سياقات يتم فيها استخدام اللغة بغرض تحقيق التفاعلات الاجتماعية العادية . فقد يستخدم الوالدان والمعلمون على سبيل المثال مدخل التدريس في البيئة الطبيعية ***milieu teaching*** أو ما يعرف أيضاً بالمدخل البيئي الطبيعي في التدريس وهو ما يعد بمثابة ذلك التدخل اللغوي الطبيعي الذي يتم تصميمه بغرض تعليم المهارات اللغوية الوظيفية للأطفال والذي يتم فيه قيام التعليم على أساس رغبات الطفل . ومن هذا المنطلق فحينما يريد الطفل أن يقوم بأداء مهمة ما، أو شيء، أو نشاط معين أمام أحد الراشدين فإن هذا الشخص الراشد يجب أن يعمل على حث وإثارة لغة ذلك الطفل، ويقترب بالتالي مما يطلبه من خلال قيام الطفل بمحاولة تحقيق التواصل . ويعد هذا المدخل التدريسي مدخلاً طبيعياً يشجع على تصميم التدخلات المختلفة التي تتشابه مع تلك التفاعلات التي تحدث أثناء تلك المحادثات التي عادة ما يقوم بها الوالدان والأطفال . وإذا ما اعتبرنا التواصل قبل اللغوي مؤشراً جيداً على النمو اللغوي اللاحق لقدرة الطفل على استخدام اللغة كما يرى كولاندريلا وويلكوكس (٢٠٠٠) Callandrella &Wilcox فإن فعالية المدخل البيئي الطبيعي في التدريس كما يشير يودر ووارين (٢٠٠١) Yoder &Warren قد تعتمد إلى حد ما على الأقل على استجابة الأمهات للتواصل قبل اللغوي من جانب أطفالهن .

وجدير بالذكر أن التدخل المبكر مع أولئك الأطفال المتأخرين لغوياً يعتبر على درجة كبيرة من الأهمية لسببين أساسيين هما :

١- أنه كلما كان الطفل أكبر سناً قبل بداية التدخل قلت فرصة اكتسابه للمهارات اللغوية الفعالة مع تساوي فرص اكتسابه لغير ذلك من أشياء ومهارات .

٢- أن الطفل لا يمكن له أن يكون كائناً اجتماعياً دون أن يكتسب اللغة الوظيفية .

ومما لا شك فيه أن تلك المهارات اللغوية التي يفتقر الطفل إليها (التواصل) تعتبر هي الأكثر أهمية في سبيل إرساء الأساس للتعلم الأكاديمي والاجتماعي .

التدخل المبكر

تؤكد دراسة النمو المبكر للطفل على أن السنوات العديدة الأولى في حياته تعد فترة حاسمة فيما يتعلق بتعلم اللغة حيث يعتمد الجانب الأكبر من نمو لغة الأطفال

ونموهم الاجتماعي على طبيعة ونوعية أو جودة تلك التفاعلات اللغوية التي يقومون بها مع والديهم أو القائمين على رعايتهم وهو الأمر الذي نلمسه بوضوح في منازل أولئك الأطفال الذين يكونون مستعدين للتعلم عند التحاقهم بالمدرسة حيث تتسم تلك التفاعلات التي تحدث بينهم وبين والديهم بالتكرار، والاستمرار، والتركيز على تشجيع الأطفال على السلوك وتوكيد سلوكهم، والتركيز على الطبيعة الرمزية للغة، وتقديم الإرشاد اللازم للأطفال بشكل لطيف في سبيل استكشاف الأشياء والعلاقات، كما تتميز أيضاً باستجابة الراشدين المستمرة لهؤلاء الأطفال . كذلك فإننا نجد في المقابل أن أولئك الأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة وهم لا يزالون غير مستعدين للتعلم يخبرون في أسرهم معدلات أقل من التفاعل اللغوي، ويتعرضون لتغذية راجعة سلبية ومثبطة تتعلق بسلوكهم، وعادة ما يستمعون إلى لغة جافة وحرفية تخلو من الانفعالات .

وقد قام هارت وريسلي (١٩٩٥) Hart& Risley استناداً على ملاحظاتهما الموسعة في العديد من الأسر بمقارنة الخبرات اللغوية للأطفال الذين ينحدرون من أسر يعمل الوالدان فيها بمهن تتطلب الثقافة والعلم، والأطفال الذين ينحدرون من أسر تنتمي إلى الطبقة العاملة، وأقرانهم الذين ينحدرون من أسر تعيش في رفاهية فحصلا على تناقضات كبيرة تتعلق بالخبرات اللغوية، والآثار الملاحظة في تحصيلهم الأكاديمي وفي سلوكهم عامة، إلا أن مثل هذه الفروق لم ترتبط بدخل الأسرة أو بخلفيتها العرقية، ولكنها كانت ترتبط بكيفية تحدث الوالدين لأطفالهما، وذلك الكم الذي كان يحدث به التحدث للأطفال حيث أكد الباحثان أن النتائج التي حصلا عليها فيما يتعلق بتلك الإنجازات التي حققها الأطفال إنما تكشف عن أن هذه الإنجازات تعتمد بدرجة أقل على الخصائص الزواجية (الاجتماعية) والتربوية المتاحة في الأسرة، ولكنها كانت تعتمد بدرجة أكبر على كم الخبرة التي يمر الأطفال بها في تلك الأسر، ومدى قيام الأسرة بتوفير التنوع اللغوي، والتغذية الراجعة التوكيدية، والتأكيد الرمزي، والإرشاد، والاستجابة للأطفال . وعند وصول هؤلاء الأطفال لا يمكن لأي تدخل حتى التدخل المكثف ذاته أن يعوضهم عن الفروق في كم تلك الخبرات التي يكونوا قد خبروها في الأسرة، وبالتالي فقد انتهى الباحثان إلى أن التربية الوالدية الجيدة والأساليب الفعالة التي يلجأ الوالدان إليها في هذا الصدد سوف يكون من شأنها أن تجعل التدخل غير ضروري أي أنها سوف تغنينا عن التدخل في هذا الإطار .

وعلى هذا الأساس يتضح لنا أن المفتاح الرئيسي للوقاية من حدوث أي إعاقات كما يشير هامر وويس (٢٠٠٠) Hammer &Weiss ترتبط بالنمو اللغوي إنما يكمن في مساعدة الوالدين على تحسين علاقاتهما بأطفالهما منذ مرحلة المهد . ومع ذلك يعتبر التدخل بالنسبة للعديد من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وفي الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية أمراً ضرورياً ، ولكنه ينبغي أن يعتمد بصفة أساسية على الفهم الواعي لأسر هؤلاء الأطفال وخاصة وجهات نظر الأمهات في النمو اللغوي .

وغني عن البيان أن أطفال ما قبل المدرسة الذين يعدون في حاجة إلى برامج التدخل نظراً لمعاناتهم من اضطراب أو أكثر من اضطرابات اللغة والتواصل إنما يعانون في الواقع من إعاقات متعددة قد تكون أحياناً شديدة أو حادة في أحيان أخرى حيث ترتبط اللغة ارتباطاً وثيقاً بالنمو العقلي المعرفي وبالتالي فإن أي إعاقة للقدرة العقلية العامة سيكون من المحتمل بالنسبة لها أن تؤدي إلى حدوث تأثير معوق على النمو اللغوي . وعلى العكس من ذلك فإن الافتقار إلى اللغة أي حدوث قصور في هذا الجانب يمكن أن يؤدي إلى إعاقة النمو العقلي المعرفي . ونظراً لأن الكلام يعتمد على النمو النيورولوجي والحركي فإن أي مشكلة نيورولوجية أو حركية سوف يكون من شأنها أن تعوق القدرة على التحدث . كذلك فإن النمو الاجتماعي العادي في سنوات ما قبل المدرسة يعتمد أيضاً على ظهور اللغة، ومن ثم يشير بريزانت (١٩٩٩) Prizant إلى أن تلك الإعاقة اللغوية التي يعاني الطفل منها سوف تؤثر سلباً على تعلمه الاجتماعي . وبالتالي فإننا عادة ما نجد أن لغة الطفل بمرحلة ما قبل المدرسة نادراً ما تكون هي الهدف الوحيد للتدخل .

ومن جانب آخر فقد أصبح الباحثون على دراية متزايدة بأن بدايات النمو اللغوي إنما ترجع إلى تلك التفاعلات المبكرة جداً التي تحدث بين الأم والطفل . ونظراً لأن الاهتمام بنمو قدرة الطفل على التواصل لا يمكن أن ينعزل عن الاهتمام بنموه في الجوانب الأخرى فإن أخصائي اللغة والتخاطب بذلك يلعب دوراً حيوياً كعضو في ذلك الفريق الذي يقوم بتقييم الطفل المعوق، ويعمل على تطوير خطة فردية أسرية ملائمة لتقديم الخدمات المختلفة . ولما كانت مثل هذه الخدمات يمكن أن تتضمن تقديم برامج تدخل مناسبة فإن برامج التدخل المبكر قد أضحت تعتمد في هذا الجانب على

توسيع ذلك الدور الذي يمكن أن يقوم الوالد به، وهذا يعني تقديم قدر أكبر من اللعب البسيط ليكون مصاحباً لتلفظ الطفل بالكلمات وهو ما يعني التحدث إلى الطفل عن الأشياء والأنشطة بنفس الطريقة التي تتحدث بها معظم الأمهات إلى أطفالهن الرضع، ولكنها تعني كذلك كما يشير فاي وآخرون (١٩٩٥) .Fey et al اختيار الأشياء، والأنشطة، والكلمات، والنتائج التي يمكن أن تترتب على قيام الطفل بالتلفظ بعناية فائقة مما يدعم ويحسن من فرص قيام الطفل بتعلم اللغة الوظيفية .

ومن الجدير بالذكر أن المختصين في الطفولة المبكرة يدركون في الوقت الراهن أن التدخل قبل اللغوي يعد أمراً حاسماً بالنسبة للنمو اللغوي للطفل أي أن التدخل من هذا المنطلق يجب أن تبدأ قبل أن تظهر لغة الطفل وقبل أن يتحدث بها حيث تشهد الشهور القليلة الأولى من حياة الطفل إرساء أسس اللغة لديه وذلك من خلال تلك الحوارات غير اللفظية التي يقوم الطفل الرضيع بها مع أمه أو القائم على رعايته . ومن ناحية أخرى يجب أن يتم التركيز خلال السنوات الأولى لتنفيذ الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية *IFSP* على تقييم جوانب القوة التي تتسم الأسرة بها، وتقييم حاجاتها، وتدريب الوالدين على كيفية القيام بتعليم الطفل وترويضه . ورغم أن الواقع يشهد أن تقييم الأسرة ليس بالأمر الهين فإنه يمكن أن تتم مساعدة الوالدين على أن يقوما بدور أكثر أهمية في النمو اللغوي لأطفالهما . ومع ذلك فإن التركيز الذي يشهده هذا الإطار في الوقت الراهن قد أصبح منصباً في واقع الأمر على العمل مع الوالدين على أنهما شريكان يتسمان بالكفاءة، ولا بد من احترام تفضيلاتهما وقراراتهما في هذا الخصوص .

ويبدو أنه من المحتمل بالنسبة للتدخل في مرحلة الطفولة المبكرة أن يعتمد بصفة أساسية على تقييم سلوك الطفل اللغوي وذلك في أمور معينة تتعلق باللغة أي سلوكه اللغوي فيما يتعلق بمحتوى اللغة، وشكلها، واستخدامها خاصة في التفاعلات الاجتماعية . أما بالنسبة لذلك الطفل الذي لم يتعلم اللغة بعد فإن التقييم والتدخل اللذان يمكننا استخدامهما آنذاك سوف يركزان على عدة أمور أخرى ذات أهمية في هذا الإطار هي :

١- التقليد أو المحاكاة .

٢- اللعب ذي الطقوس المحددة .

٣- اللعب الإيهامي .
٤- اللعب بالأشياء المتنوعة .
٥- الاستخدام الوظيفي للأشياء المختلفة .

ومن المهم أن يتم خلال المراحل المبكرة التي يكون محتوى اللغة وشكلها تفاعليين أي يقومان على التفاعل بين عدد من الأمور ذات الدلالة من أهمها ما يلي:

- تقييم ذلك المدى الذي ينظر الطفل خلاله إلى شيء معين نوجهه باتجاهه ويقوم بالتقاطه .
- أن يفعل الطفل شيئاً معيناً بهذا الشيء الذي يكون قد التقطه بيديه عندما يوجهه أحد الراشدين إلى القيام بذلك .
- أن يستخدم الأصوات المختلفة كي يتمكن من طلب الحصول على الأشياء المتباينة أو رفضها .
- أن يستخدم الأصوات أيضاً لتوجيه الانتباه إلى أشياء معينة .

وعندما نضع استخدام الطفل للغة في اعتبارنا فإن الأهداف المبكرة التي ينبغي أن ننظر إليها يجب أن تتضمن قيام هذا الطفل بالنظر إلى الشخص الراشد أثناء التفاعلات المختلفة، وقيامه بأخذ دور معين في الأنشطة والألعاب المختلفة التي يشارك فيها، ومحاولة إطالة مثل هذه الأنشطة والألعاب التي تبعث على السرور، ومتابعة حملقة الشخص الراشد له، وقيام هذا الطفل بتوجيه سلوك الراشدين المحيطين به، والإصرار على القيام ببعض الإيماءات أو النطق ببعض الأصوات أو الكلمات عندما لا يستجيب الشخص الراشد له أو القيام بتغيير تلك الإيماءات أو الأصوات إذا لم تتم الاستجابة له من قبل ذلك الشخص الراشد .

ويعتبر تعليم الخطاب *discourse* أي مهارات المحادثة في مرحلة ما قبل المدرسة أمراً حاسماً وحيوياً بالنسبة للتدخل اللغوي حيث يتم على وجه الخصوص الاهتمام بتعليم الأطفال القيام باستخدام ذلك الخطاب الذي يعد ضرورياً لنجاحهم في المدرسة . وفي هذا الإطار يجب أن يتعلم الأطفال أن يقوموا على سبيل المثال بإعداد تقرير مفصل عن خبراتهم، وأن يقوموا بتفسير تلك الأشياء التي تحدث من حولهم بحيث لا يقتصر الأمر على مجرد إضافة كلمات جديدة إلى مفرداتهم اللغوية فحسب، بل يتجاوز ذلك إلى التقرير والتفسير وخلافه أي استخدام مثل هذه المفردات اللغوية

في إجراء مزيد من المحادثات . وعلى ذلك يجب ألا يقتصر الطفل على تعلم الأشكال المختلفة للكلمات والمعاني المحتملة فحسب، ولكن يجب أن يتعلم أيضاً كيف يجري محادثة مع غيره من الأفراد، وكيف يأخذ دوره في المحادثة، وألا يخرج عن موضوع المحادثة، أو أن يقوم بتغيير مثل هذا الموضوع بشكل ملائم . هذا وقد تتضمن برامج ما قبل المدرسة التي تركز على تعليم اللغة تلك المحادثات الفردية اليومية للمعلمين مع الأطفال، والقراءة اليومية لكل طفل على حدة أو للمجموعات الصغيرة إلى جانب المناقشات المستمرة داخل الفصل .

هذا وتهتم الاتجاهات السائدة في هذا الصدد كما يرى نيلسون (١٩٩٨) Nelson بتقديم برامج التدخل الخاصة باللغة والتخاطب للأطفال الأصغر سناً في بيئاتهم الفعلية أو الواقعية . وهذا يعني أنه ينبغي أن يقوم معلم الفصل وأخصائي اللغة والتخاطب بإقامة علاقة عمل حميمة بينهما بحيث يمكن لأخصائي اللغة والتخاطب أن يتعامل مباشرة مع الأطفال داخل الفصل، وأن يقوم بتقديم النصيحة اللازمة للمعلم حول برنامج التدخل الذي يمكنه أن يقوم بتنفيذه كجزء من الأنشطة الصفية العادية . كذلك فإن استراتيجيات التدخل يمكن أن تتضمن كما يشير بريزانت (١٩٩٩) Prizant أقران الطفل أيضاً نظراً لأن اللغة تعد في الأساس نشاطاً اجتماعياً يتطلب حدوثه اشتراك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل الاجتماعية كالأقران والراشدين فيه .

وجدير بالذكر أننا يمكن لأن نقوم بتعليم الأطفال غير المعوقين كي يتمكنوا من القيام بالمساعدة في تنمية النمو اللغوي للأطفال ذوي الإعاقات وذلك من خلال قيامهم أثناء اللعب بالعديد من الأشياء من أهمها ما يلي :

١- القيام بالتواصل البصري .
٢- وصف ما يقومون به من أعمال، أو ما يقوم الآخرون به .
٣- تكرار توضيح ما يقوله الطفل المعوق، أو التوسع في توضيح ذلك، أو طلب توضيحه منه إذا لم يكن الأمر يستدعي ذلك .

ويرى ماكجريجور (٢٠٠٠) McGregor أنه حينما يقوم الأطفال بدور المدربين كما يتضح من هذا المثال يصبح من شأن ذلك أن يساعد في تطور الكلام واللغة من جانب زملائهم بالفصل الذين يستخدمون لهجات مختلفة عنهم . وهناك إستراتيجية أخرى يتم استخدامها في هذا الصدد تقوم على مشاركة الأقران في اللعب الدرامي

الاجتماعي *sociodramatic play* حيث ينتظم الأطفال في مجموعات تضم كل منها ثلاثة أطفال بما فيهم الطفل المعوق، ويتعلمون القيام بالأدوار الاجتماعية كما يمكن لها أن تحدث في المواقف المختلفة . ويتضمن التدريب وجود نصوص مكتوبة تحدد لكل طفل ما سيقوم به وما سيقوله، كما تحدد أيضاً تلك الأجزاء التي سيقوم الأطفال بتعديلها بأساليب ابتكارية .

الانتقال إلى مرحلة الرشد

كان يتم في الماضي تصنيف المراهقين والراشدين بوجه عام في برامج التدخل الخاصة باللغة والتخاطب إلى ثلاث فئات تتمثل فيما يلي :

١- الأشخاص الذين قاموا بتحويل أنفسهم للعلاج .
٢- الأشخاص ذوو المشكلات الصحية الأخرى .
٣- الأشخاص ذوو الإعاقات الشديدة .

ومن المعروف أن المراهقين أو الراشدين يمكن أن يقوموا بتحويل أنفسهم إلى أخصائيي اللغة والتخاطب لأن طريقتهم في نطق الأصوات المختلفة، أو الأصوات التي تصدر عنهم بصفة عامة، أو اللجلجة التي يخبرونها إنما تسبب لهم في الواقع الارتباك الاجتماعي والخجل، وتعوق عملية بحثهم عن مهنة معينة لهم يمكنهم أن يمتهنوها . ومن ثم فإنهم بذلك يعدون أشخاصاً يعانون من مشكلات امتدت معهم لفترات طويلة مما دفعهم إلى تغيير طريقتهم في الحديث والتخلص من تلك الجزاءات أو العقوبات الاجتماعية التي يفرضها عليهم اختلافهم عن الآخرين فيها.

ويمكن أن يخبر المراهقون والراشدون ذوو الإعاقات الصحية الأخرى عطباً في قدرتهم على استخدام اللغة والتواصل نتيجة لمرض محدد أو إصابة معينة، أو أنهم قد يفقدون جزءاً من ميكانيزم الكلام عن طريق إصابة أو عملية جراحية لإزالته . وعادة ما يتطلب علاج مثل هؤلاء الأفراد جهداً منظماً لفريق من الأشخاص . وقد يتعرض بعض الأفراد في بعض الحالات لمرض تطوري، أو لتلف نيورولوجي شديد، أو لفقد أنسجة من ميكانيزم الكلام، أو لخلل في الجانب الوظيفي للكلام وكلها بطبيعة الحال أمور من شأنها أن تعوق عملية التواصل من جانبهم، إلا أن الإجراءات

الجراحية المختلفة، والعلاج الطبي، والأجهزة التعويضية (الترقيعية) *prosthetic* [القائمة على إضافة عضو صناعي إلى الجسم البشري] قد جعلت من الممكن بالنسبة لمعظم هؤلاء الأفراد التحدث بشكل طبيعي . ومن جانب آخر يشير كلاين وموسيز (١٩٩٩) Klein& Moses أن فقد القدرة على استخدام اللغة من جانب هؤلاء الأفراد تعد أكثر إعاقة لهم من فقد القدرة على التحدث، فقد تؤدي إصابة المخ الناتجة عن الصدمات إلى حدوث قصور خطير في قدرة الفرد على الوعي بالذات، أو تحديد الأهداف، أو التخطيط، أو توجيه الذات، أو المبادرة بأداء الأعمال المختلفة، أو كف الحفزات، أو تصوير أو تقييم أدائه، أو حل المشكلات . ويعتبر استعادة هذه المهارات الحيوية القائمة على اللغة جانباً حيوياً في عملية الانتقال بالنسبة للمراهق أو الراشد من المستشفى إلى المدرسة، ومن المدرسة إلى الحياة المستقلة .

هذا وقد يحتاج أولئك الأفراد ذوو الإعاقات الشديدة إلى تلك الخدمات التي يقدمها أخصائي اللغة والتخاطب حتى يتمكنوا من الحديث الواضح أي من التحدث بشكل واضح ومفهوم . وقد يحتاجون كذلك أن يتعلموا استخدام أسلوب بديل للغة الشفوية أو استخدام نسق بديل معين للتواصل . ***augmentative*** وتتمثل إحدى المشكلات الأساسية التي تواجهنا عند التعامل مع المراهقين والراشدين ذوي الإعاقات الشديدة في تحديد أهداف واقعية يتم في سبيل تحقيقها تعلم اللغة والتخاطب . فتعلم اللغة الوظيفية البسيطة مثل التحية الاجتماعية، وتسمية الأشياء، وطلب بعض الأشياء البسيطة قد يمثل أهدافاً واقعية بالنسبة لبعض المراهقين والراشدين .

ويمثل استمرار الحصول على التدريب والمساندة التي كان يتم تقديمها خلال سنوات المدرسة اهتماماً أساسياً في برامج الانتقال التي يتم تقديمها للمراهقين والراشدين . ولكي تنجح مثل هذه البرامج فإنها ينبغي أن تتضمن تلك الخدمات التي تتعلق باللغة والتخاطب والتي تعد جزءاً من البيئة الطبيعية لهؤلاء الأفراد أي أن تلك الخدمات يجب أن يتم تقديمها على أساس مجتمعي، وأن تتكامل في سبيل أداء الأنشطة المهنية، والمنزلية، والترويحية، والاستهلاكية، وأنشطة التدريب على الحركة . هذا ويجب أن تركز التدخلات الخاصة باللغة والتخاطب والتي يتم تقديمها للمراهقين والراشدين ذوي الإعاقات الشديدة على التواصل الوظيفي أي على مساعدة الفرد كي يفهم ما يحدث، وأن يجعل الآخرين يفهمون ما يقصده ويعنيه في المواقف

الاجتماعية المختلفة التي يعتبر من الأكثر احتمالاً أن يواجهونها في حياتهم اليومية . كذلك فإن تنمية المهارات الملائمة لإجراء المحادثات (كالتواصل البصري، والتحية، والالتزام بالدور، وعدم الخروج على موضوع المحادثة)، والقراءة، والكتابة، وإتباع التعليمات المرتبطة بالأنشطة الترويحية، واستخدام وسائل النقل العام، وشغل وظيفة معينة على سبيل المثال تعتبر من أهم أنواع الأنشطة الوظيفية المرتبطة باللغة والتخاطب والتي يجب التركيز عليها في مثل هذه البرامج .

ومن الملاحظ أن الوقت الراهن يشهد اهتماماً متزايداً وتركيزاً من جانب المختصين في هذا المجال على اضطراب اللغة لدى المراهقين والراشدين الذين لا يمكن تصنيفهم إلى فئات أخرى من فئات الإعاقة علماً بأن معظم هؤلاء الأفراد كان يتم اعتبارهم من قبل ذوي مشكلات أكاديمية واجتماعية لا ترتبط باللغة، ولكن النظرة إليهم قد تغيرت الآن وأصبح يتم النظر إلى معظم المشكلات الأكاديمية والاجتماعية للمراهقين والراشدين على أنها عبارة عن اضطرابات لغة في الأساس، وهي بذلك عبارة عن استمرار لتلك الصعوبات التي يكون هؤلاء الأفراد قد خبروها منذ وقت مبكر في حياتهم .

كذلك فإن المعلم يعد في وضع جيد يساعده على تحديد تلك المشكلات المحتملة التي ترتبط باللغة، وعلى طلب المساعدة اللازمة من أخصائي التواصل . ومن هنا فإن بإمكانه أن يتصدى لمثل هذه المشكلات منذ مرحلة مبكرة من ظهورها وبطريقة فعالة وهو الأمر الذي يعتبر ذا أهمية كبيرة في مساعدة هؤلاء الأفراد مع وصولهم إلى مرحلة المراهقة على الانتقال بشكل ناجح إلى مرحلة الرشد، وفي الانتقال الناجح إلى بيئات أكثر تعقيداً وأكثر اجتماعية . ومن ناحية أخرى يمكن أن يتم تدريب بعض المراهقين والراشدين على الاستراتيجيات المعرفية المختلفة حيث يمكنهم أن يتعلموا اختيار البيانات، وتخزينها، واسترجاعها، ومعالجتها وذلك في الوقت الذي لا يكتسب غيرهم المهارات اللازمة للقراءة، أو المهارات الرمزية، أو الذكاء الذي يمكنهم من الاستفادة من ذلك التدريب المعتاد في الاستراتيجيات المعرفية . وأياً كانت الأساليب التي يتم اختيارها للتعامل مع هؤلاء المراهقين فإن المعلم ينبغي أن يكون على وعي بتلك المبادئ التي يطبقها في برنامج التدخل الذي يستخدمه معهم .

وعلى هذا الأساس فنحن نرى أن الأساليب العلاجية التي يمكن أن يتم استخدامها مع هؤلاء الأفراد بصفة عامة إنما تجمع بين أساليب التعليم والتدريب والتي تتطلب في الواقع قدراً معقولاً من الإرشاد، ومتابعتهم بشكل مستمر، وتشجيعهم الدائم حتى يتمكنوا من التخلص من أوجه القصور التي يعانون منها، وأن يتجنبوا من ناحية أخرى حدوث أي انتكاسة يمكن أن يتعرضوا لها .

* * *

obeikandl.com

obeikandl.com

مراجع الفصل الثامن

أمـال عبدالسميع باظـة (٢٠٠٣). **اضـطرابات التواصـل وعلاجهـا** . القـاهرة: مكتبـة الأنجلو المصرية .

إيهاب الببلاوي (٢٠٠٦) . **اضطرابات التواصل** (ط ٢) . القاهرة: المؤلف .

دانيـال هالاهـان، وجـيمس كوفمـان (٢٠٠٨). **سـيكلوجية الأطفـال غيـر العـاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة** (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧) .

عبدالعزيز السرطاوي ، ووائل موسى أبوجودة (٢٠٠٠). **اضطرابات اللغة والكلام** . الرياض: أكاديمية التربية الخاصة .

فيصل محمد الزراد (١٩٩٠). **اللغة واضطرابات النطق والكلام** . الرياض: دار المريخ .

Bauman-Waengler, J. (2000). *Articulatory and phonological impairments: A clinical focus*. Boston: Allyn& Bacon.

Bernthal, J.,& Bankson, N. (1998). *Articulation and phonological disorders* (4th ed.). Boston: Allyn& Bacon.

Callandrella, A.,& Wilcox, M. (2000). Predicting language outcomes for young prelinguistic children with developmental delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43, 1061- 1071.

Conture, E. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis, and treatment*. Boston: Allyn& Bacon.

Curlee, R.,& Siegel, G. (Eds.) (1997). *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2nd ed.). Boston: Allyn& Bacon.

Fey, M., Catts, H.,& Lattivee, L. (1995). Preparing preschoolers for academic and social challenges of school. In M. Fey, J. Windsor,& F. Watten (Eds.).

Language intervention: Preschool through the elementary years (pp. 3- 37). Baltimore: Paul H. Brookes.

Gillam, R.,& Hoffman, I. (2001). Language assessment during childhood. In D. Ruscello (Ed.). *Tests and measurements in speech- language pathology* (pp. 77- 117). Boston: Butterworth- Heinemann.

Hammer, C.,& Weiss, A. (2000). African American mothers` views of their infants` language development and language- learning environment. *American Journal of Speech- Language- Pathology*, 9, 126- 140.

Hart, B.,& Risley, T. (1995). *Meaningful differences in the every- day experience of young American children*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Haynes, W.,& Pindzola, R. (1998). *Diagnosis and evaluation in speech pathology* (5th ed.). Boston: Allyn& Bacon.

Klein, H.,& Moses, N. (1999). *Intervention planning for adults with communication problems: A guide for clinical practicum and professional practice*. Boston: Allyn& Bacon.

McGregor, K. (2000). The development and enhancement of narrative skills in a preschool classroom: Towards a solution to clinician- client mismatch. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 9, 55- 71.

Nelson, N. (1998). *Childhood language disorders in contest: Infancy through adolescence* (2nd ed.). Boston: Allyn& Bacon.

Owens, R. (2004). Language disorders: A functional approach to assessment and intervention (4th ed.). Boston: Allyn& Bacon.

Plante, E.,& Beeson, P. (1999). *Communication and communication disorders: A clinical introduction*. Boston: Allyn& Bacon.

Prizant, B. (1999). Early intervention: Young children with communication and emotional/ behavioral problems. In D. Rogers- Adkinson,& P. Griffith (Eds.). *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders* (pp. 295- 342). San Diego: Singular.

Robinson, R.,& Crowe, T. (2001). Fluency and voice. In D. Ruscello (Ed.). *Tests and measurements in speech- language pathology* (pp. 163- 183). Boston: Butterworth- Heinemann.

Ruscello, D. (2001). Use of tests and measurements in speech- language pathology: An introduction to diagnosis. In D. Ruscello (Ed.). *Tests and measurements in speech- language pathology* (pp. 1- 29). Boston: Butterworth- Heinemann.

Sowell, T. (1997). *Late- talking children*. New York: Basic Books.

Yoder, P.,& Warren, S. (2001). Relative treatment effects of two prelinguistic communication interventions on language development of toddlers with developmental delays vary by maternal characteristics. *Journal of Speech and Hearing Research*, 44, 224- 237.

* * *