

# أمراض التخاطب عند الأطفال

إعداد

د/ تامر سمير أبو السعد

أستاذ مساعد أمراض التخاطب

قسم الأذن والأنف والحنجرة

كلية الطب - جامعة المنصورة

مجلة رعاية وتنمية الطفولة - جامعة المنصورة

العدد ( ٢ ) - المجلد ( ١ ) - ٢٠٠٥م

## أمراض التخاطب عند الأطفال

### ما هو التخاطب ؟

التخاطب أو الاتصال اللفظي هو عملية نقل و تبادل المفاهيم و الأفكار بين الأفراد و الجماعات وهذا التخاطب اللفظي رغم ان قيمته هي اللغة فانه يمكن تحليله الى المظاهر الأساسية التي تدخل في تشكيله حتى يصل متكاملًا الى السامع .. و هذه المظاهر هي :-

١- الصوت : وهو المادة الصوتية التي تحدث نتيجة الاهتزازات في الثنيات الصوتية بالحنجرة وهذه تمثل الصوت الأول الذي سيحلل الرسالة الشفوية في النهاية .

٢- الكلام : وهو مجموعة الاصوات اللغوية من سواكن و متحركات التي نتجت من تحوير وتشكيل المادة الصوتية الحنجرية الاولى أو من إحداث أصوات مختلفة في جهاز النطق أى البلعوم والقم واللسان والحنك والشفاه والأنف و الجيوب الأنفية.

٣- اللغة : وهى الجهاز الرمزي الذى يقرن الصوت بالمعنى وهذه الوظيفة البشرية العالية التي يتحكم فيها المخ .

وعلى هذا فانه يمكن تقسيم أمراض التخاطب إلى أمراض الصوت ، وأمراض الكلام ، وأمراض اللغة .

### أمراض الصوت

يمكن تقسيم أمراض الصوت بشكل عام الى :-

١- أمراض الصوت العضوية : وهى تحدث اذا كان المرض بالتركيب الحنجري كالعيوب الخلقية بالحنجرة، التهابات الحنجرة الحادة والمزمنة ...إلخ.

٢- أمراض الصوت الوظيفية : وهي تحدث إذا كانت وظيفة الحنجرة غير سليمة بينما تركيبها سليم .

٣- أمراض الصوت نتيجة الإصابات الباثولوجية البسيطة المصاحبة لأمراض الصوت الوظيفية المستمرة لفترة طويلة كالحبيبات الصوتية .

### \* تعريف بحة الصوت :

يقصد ببحة الصوت أى تغيير فى الصوت عن الصوت المعتاد لنفس الشخص ، وما يهمنى فى أمراض الصوت التى تصيب الأطفال هى " بحة الصوت المزمنة عند الأطفال "

Chronic habitual Hyper functional child dysphasia.

وهى تحدث عند الأطفال الذين يميلون للصراخ و العويل طوال اليوم و يؤدى هذا الاستخدام الخاطئ للصوت إلى تكوين حبيبات بالثنايا الصوتية تؤدى الى بحة الصوت .

### \* علاج بحة الصوت المزمنة عند الأطفال : علاج هؤلاء الأطفال يتضمن :

( أ ) إرشادات مفصلة لهم وللأسرة وذلك من خلال "إفعل ولا تفعل":

١- لا تفعل ما يؤدى صوتك مثل : الصراخ والكلام بصوت عال ، الكلام من مسافات بعيدة، الكلام من خلال ضوضاء ، كثرة النحنحة والهمهمة والكحة الشديدة ، الضحك والبكاء بصوت عال.

٢- افعل ما يحافظ على صحة وسلامة صوتك مثل :التعود على شرب كمية كبيرة من السوائل باليوم ، استخدام إشارات من أجل لفت نظر من هو على بعد بدلا من استخدام الصوت العالى ، تقليل الضوضاء فى البيئة المحيطة قدر الامكان قبل تبادل الحديث ، وعلاج نزلات البرد .

( ب ) جلسات تدريب وتأهيل صوتي لهؤلاء الأطفال يتخلص الطفل من خلالها من عاداته الخاطئة في إزاء صوته مع اكتساب الطريقة الصحية السليمة لإصدار الصوت.

## أمراض الكلام

وتشمل أمراض الكلام :

- ١- اللدغات بأنواعها المختلفة .
- ٢- الخنف واضطرابات الصمام اللهائي البلعومي .
- ٣- التلعثم " التهتهة " .
- ٤- الحبسة الكلامية.

### (١) اللدغة: Dyslalia

اللدغة هي إحدى أمراض الكلام والتي تؤدي إلى صعوبة في نطق صوت أو بعض الأصوات ومن أمثلتها:-

- ١- اللدغات السينية : وتشمل اللدغة البين - سينية ( إستبدال /س/ بالـ / ث / ) ، اللدغة السينية الجانبية ، واللدغة السينية البلعومية.
- ٢- اللدغة الرائية : مثل إستبدال /ر/ بالـ / ي / أو / ل / أو / ن / ..
- ٣- تحويل الأصوات الخلفية إلى أمامية : مثل إستبدال / ك / بالـ / ت / و / ج / بالـ / د / .

### \* أسباب اللدغة :

اللدغة ليس لها علاقة لمرض نفسي أو عضوي كما أنها ليست وراثية ولكنها تغير بقايا التركيب الصوتي للغة، ويعتبر التعلم الخاطئ للصوت هو أهم أسباب اللدغة وتسمى لدغة وظيفية ، وأيضاً هناك عوامل قد تؤثر على نطق الأصوات منها الضعف السمعي وعيوب الفك أو سقف الحلق، ومن هنا يجب استبعاد أو علاج جميع الأسباب قبل البدء في تدريبات اللدغة .

ومن هنا قد نحتاج إلى إرسال الطفل إلى طبيب الأسنان والتقويم عندما تكون الأسنان غير متطابقة علي بعضها في الجهة الأمامية والجانبية ، أيضاً قد نحتاج إلى إرسال الطفل إلى جراح لعلاج اللسان المربوط أو المعقود τὸν γυε τιε والتي تؤثر علي نطق الرء واللام فقط ولكن ليس لها علاقة بتأخر نمو اللغة كما يعتقد البعض.

### \* علاج اللدغة :

يعتمد علاج اللدغة على الإدراك الحسي للأصوات بأن يسمع المريض أخطاءه ، ثم محاولة أداء الصوت الصحيح بكل المعينات الحسية والمرنية ، ثم إخراج الصوت مفرداً بشكل صحيح ، ثم إستخدام الصوت في مقطع ثم في كلمة ثم في مقطع جملة تامة ، ثم إستخدام ما تعلم في الكلام المحفوظ ثم التلقائي.

### (٢) الخنف و اضطرابات الصمام اللهائى البلعومى : Nasality

يقع الصمام اللهائى البلعومى فى ملتقى الطريق بين المجرى التنفسى العلوي والمجرى الهضمي ، ويقوم هذا الصمام بوظائف مختلفة وهامة بعض هذه الوظائف حيوية مثل توجيه الهواء خلال المجرى الأنفى أثناء التنفس وتوجيه أي شئ أخر مثل الطعام والسوائل بعيدا عن المجرى الأنفى ، أما الوظائف الأخرى تعتبر ثانوية مثل إصدار أصوات اللغة وهذه الوظيفة خاصة بالجنس البشرى ويتحكم الصمام اللهائى البلعومى أثناء الكلام في التوازن بين الرنين الأنفى والقمى و لذلك فهو يلعب دورا هاما في وضوح الكلام وكفاءة التخاطب وإذا اعتل أداء الصمام اللهائى البلعومى لأي سبب فإن واحدة أو أكثر من هذه الوظائف تكون عرضة للاضطرابات .

### \* تعريف قصور الصمام اللهائى البلعومى :

هو عدم قدرة سقف الحنك ωελυμ والعضلات المحيطة به على غلق البلعوم الأنفى و ذلك لفصل التجويف القمى عن التجويف الأنفى و هذا الفصل هو الذي

يؤدى إلى القدرة على إصدار الأصوات الفموية فى اللغة ، ويؤثر قصور الصمام اللهائى البلعومى على الكلام بعدة طرق فيؤدى إلى:

١- الخنف المفتوح *Hypernasality* .

٢- إضغام نطق السواكن *Imprecision of Consonants* .

٣- إنبعاث الهواء المسموع من الأنف *Nasal emission of air* .

٤- الوظائف التعويضية الخاطئة التى يستخدمها المريض للتغلب على مشكلة الخنف مثل إستبدال الاصوات بأصوات انفجارية مزمارية أو إحتكاكية بلعومية وحدث تكشيرة أنفية أثناء الكلام.

Compensatory mechanisms: glottal articulation, pharyngeal fricatives and nasal grimace.

\* أسباب قصور الصمام البلعومى :

ينتج قصور الصمام اللهائى البلعومى عن الكثير من الاضطرابات التى يمكن تقسيمها إلى أسباب عضوية و أسباب وظيفية :

١- الأسباب العضوية :- *Organic Causes*

و تنقسم إلى أسباب تكوينية (Structural) وأسباب حركية (Dynamic):

- الأسباب التكوينية قد تكون أسباب خلقية (congenital) مثل سقف الحنك

المشقوق الظاهر، سقف الحنك المشقوق تحت المخاطي... إلخ أو أسباب مكتسبة

(Acquired) كنتيجة الجراحة مثلاً أو ورم أو إصابة.

- أما الأسباب الحركية فتكون بسبب أمراض أو إصابات عصبية للأعصاب

المغذية لسقف الحلق وتؤدى إلى حبسة كلامية.

٢- الأسباب الوظيفية :-

وهنا لا يوجد دليل على وجود اضطرابات عضوية فى أي جزء من أجزاء

الصمام اللهائى البلعومى ، وفى هذه الحالة لا يقوم الصمام بوظيفته بكفاءة وإتقان

أثناء الكلام كما يقوم بها أثناء الأنشطة الغير كلامية مثل البلع والنفخ ، ومن أمثلة

الأسباب الوظيفية القصور الفكري والضعف السمعي والهستريا وقد يحدث الخنف الوظيفي بعد استئصال اللوزتين كمحاولة للتغلب على الألم بالحد من حركة الصمام اللهائي البلعومي.

### \* المشاكل المصاحبة لوجود شق بسقف الحنك:

الطفل الذي يعاني من وجود شق في سقف الحنك يتعرض لكثير من المشاكل  
مثل :

- ١- مشاكل الرضاعة.
- ٢- الاضطرابات السمعية ومشاكل الأذنين.
- ٣- إضطرابات التنفس مثل التنفس من الفم لوجود ضمور في عظام الأنف.
- ٤- مشاكل نفسيه .
- ٥- تشوهات بالأسنان.
- ٦- اضطرابات ومشاكل تخاطبيه: تأخر نمو اللغة وعيوب في النطق وبحوحه في الصوت.

### \* علاج مشكلة شق سقف الحنك:

يحتاج المريض إلى فريق طبي متعدد التخصصات وهذا الفريق يتكون من جراح التجميل ، أخصائي تقويم الأسنان ، أخصائي أمراض التخاطب ، الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالإضافة إلى بعض الأخصائيين الذين تتم استشارتهم طبقاً للحاجة وهم أخصائي الأطفال والوراثة ، أخصائي الأنف والأذن والحنجرة وأخصائي الأشعة وجراحة الوجه والفكين وإذا كان المريض يعاني من عيوب خلقية مصاحبة بالوجه فسينضم إلى هذا الفريق كل من جراح المخ والأعصاب وطب العيون.

### (٣) التلعثم : Stuttering

التلعثم "التهتهة" والذي يصيب عدد كبير من أفراد المجتمع (نسبة ١%) هو عدم إسياب الكلام، أي أن السياق الطبيعي للكلام يكون مختل بحدوث تكرار لأصوات



أو مقاطع من الكلمة أو في بعض الأحيان يحدث تكرار للكلمة كلها أو إطلاقات لبعض الأصوات داخل الكلمة أو وقفات مع وجود إنشطار داخل الصوت الواحد.

### \* بدء حدوث التلعثم :

قد يحدث التلعثم في سن مبكرة قد يصل إلى ١٨ شهراً أو عند بدء تكوين الأطفال لجمل كلامية ، أما عن أقصى سن لحدوث التلعثم فهو يتراوح بين ٧ سنوات و١٣ سنة وعادة يحدث التلعثم في سن ما قبل المدرسة .

### \* نسبة حدوث التلعثم بين الإناث والذكور :

تزيد نسبة حدوث التلعثم في الذكور عن الإناث (٣ أو ٤ للذكور إلى ١ للإناث).

### \* أسباب التلعثم :

ما زال سبب التلعثم غامض ، وقد تعددت الآراء والنظريات حول تفسير سبب حدوثه ومن هذه النظريات :

### (١) النظرية العضوية *Organic theory* : وهي تشمل

١ - الإستعداد الوراثي : من الظواهر الملحوظة في التلعثم هي زيادة فرصة حدوثه بين أفراد العائلة التي يوجد بها تاريخ لإصابة أحد أفرادها بالتلعثم ، وقد وجد أن نسبة حدوث التلعثم في العائلات التي يوجد بها تاريخ سابق للتلعثم تصل إلى ٣% أما العائلات التي لم يوجد بها تاريخ لحدوث التلعثم فكانت النسبة حوالي ٠,٥% مما يعضد وجود عامل وراثي في حدوث التلعثم.

٢- السيادة المخي. "Cerebral Dominance": تلعب السيادة المخية دوراً هاماً في النظرية العضوية لتفسير التلعثم حيث يعتبر الفص الأيسر من المخ هو المسؤول الرئيسي عن التحكم المركزي للغة في كل الأشخاص الذين يستخدمون اليد اليمنى ومعظم الذين يستخدمون اليد اليسرى ولذلك يسمى الفص السائد ، أما الفص الأيمن فيسمى الفص غير سائد فإذا حدثت أصابه في الفص السائد خاصة في القشرة الدماغية فمن الضروري أن تتأثر اللغة تبعاً لذلك.



## (٢) النظرية العصبية لتفسير التلعثم Neurotic theory:

من النظريات التي وضعت لتفسير التلعثم هي النظرية العصبية وقد أرجع فرويد "Φρευνδ" ١٩٥٧ التلعثم إلى إنه مرض عصبي ينشأ نتيجة لعوامل الضغط النفسي من أهمها تجربة فشل التحدث مع الآخرين ، وقد رأى فان رايبير "١٩٨٢" σαν Ριπερ أن أي أعراض عصبية في التلعثم ما هي إلا نتيجة لعملية تعليميه، أي أن هذه الأعراض تعتبر كوسيلة دفاعية يتعلمها المتلعثم عندما يشعر بإحباط أو اضطهاد من المجتمع عند حدوث التلعثم ، وفي بادئ الأمر تكون هذه الأعراض العصبية وسيلة لتقليل التلعثم ولكن في النهاية تصبح سمه من سماته.

## (٣) النظرية التعليمية Learned behavior theory:

يطلق علي هذه النظرية نظرية التعلم والاكتمساب حيث تعرف التلعثم بأنه سلوك مكتسب من البيئة فيظهر طبيعياً في عمر سنتين والنصف أو ثلاثة سنوات ويكون تلعثماً طبيعياً للطفل الذي يريد أن يسود بينته بكلامه فيكون مثل من يحاول الجري قبل أن يتعلم المشي فسوف يسقط بالتأكيد ، وكذلك التلعثم فعندما يستمع الأهل لتلعثم طفلها وهو للعلم يكون طبيعياً في هذه المرحلة ويحاولون إصلاحه بلفت نظر الطفل له وبطريقته الخطأ في الكلام ويكون الطفل غير مهياً لمجابهة هذه المشكلة فيستمر معه التلعثم ، وتتفاقم المشكلة عندما يشعر الطفل أن أهله غير راضيين عن محاولاته للكلام فيرضيهم بالصمت بالرغم من رغبته في الكلام ، ويتولد بداخله خوف من الكلام.

### \*بعض العوامل التي تعجل بحدوث التلعثم لدي المريض:

من أهم العوامل الشائعة التي تعجل بحدوث التلعثم هو طبيعة المستمع . ونجد عند بعض الأطفال أن التلعثم مرتبط بالفصل الدراسي أو مرتبط بشخص معين قد يكون والده أو أحد مدرسيه، وغالباً ما يكون لدي المتلعثم خوف من كلمه معينه أو حرف معين وغالباً هذه الكلمات يكون فيها حروف اسمه هو.

## \* الصورة الإكلينيكية للتلعثم:

تختلف الصورة الإكلينيكية للتلعثم من مريض إلى آخر وحتى في نفس المريض يمكن تغييرها من وقت إلى آخر:

### (١) الصفات العننية للتلعثم:

يستخدم المريض بالتلعثم البسيط كلمة "أه" كمحاولة لتأجيل أو مقاطعة أو تطويل الكلام، أما مع شدة الخوف والتوتر تظهر الحركات اللاإرادية وصعوبة التنفس وانخفاض حدة الصوت، وتتلخص الصورة العلاجية في النقاط التالية:

### أ- الوقفات: Blocks

عاده ما يشعر المتلعثمون أن الوقفات هي مشكلتهم الرئيسية، وتشير عبارة "الوقفة" أو "وقفات التلعثم" إلى الانسداد الوقتي في مجري الهواء، وفي حقيقة الأمر يعتبر المتلعثم هو المسئول الرئيسي عن حدوث هذه الوقفة لكن بطريقة لاإرادية، ويحاول المتلعثم التغلب على هذه الوقفات بهزة مفاجئة في الرأس والجسم أو بحركه بالقدم واليد أو شهيق أو تعبيرات بالوجه.

### ب- الانخفاض الشديد في حدة الصوت: Vocal Fry

يعتبر الانخفاض الشديد في حدة الصوت من الأعراض التي تظهر في الحالات الشديدة من التلعثم كمحاولة من المتلعثم لنطق الأصوات، ويكون الانخفاض الشديد في حدة الصوت في بادئ الأمر غير منتظم وقصير لكن في النهاية يصبح مستمراً.

### ج- سلوك التفادي: Avoidance

يلجأ معظم المتلعثمون بعد فترة من الإحباط والشعور بالرفض الاجتماعي إلى أي شئ لمنع التلعثم، فهم يحاولون ابتكار وسائل وأساليب لتفادي حدوث التلعثم.

### (٢) التغيرات الفسيولوجية المصاحبة:

يعتقد أن التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للتلعثم تظهر نتيجة القلق والتوتر والانفعالات النفسية الزائدة:

أ- حركة التنفس: تظهر تغيرات كثيرة في التنفس أثناء التلعثم منها: تضاد في حركة البطن والصدر أثناء التنفس ، تنفس غير منتظم ، تطويل في الشهيق أو الزفير، توقف كامل للتنفس أثناء الزفير ، محاولة الكلام أثناء الشهيق.

ب- حركة العين: تحدث حركة العين المصاحبة للتلعثم غالباً أثناء الوقفات.

ج- الدورة الدموية: تحدث التغيرات في الدورة الدموية إما أثناء الكلام أو قبل بدء الكلام وهي تكون في صورة سرعة في دقات القلب أو سرعة النبض.

د- رعشات التلعثم "Tremors": تعد رعشة العضلات أثناء الكلام أحد الصفات البارزة لحالات التلعثم الشديدة حيث يحدث تذبذب في الشفاه والفك واللسان والعضلات الخارجية للحنجرة بصورة منتظمة.

#### \* مراحل تطور التلعثم :

قسم بلادشتين "١٩٦٠" Βλοοδοστειν تطور التلعثم إلى ٤ مراحل معتمداً على سمات كلام المتلعثم بغض النظر عن عمره مع مراعاة بعض المشاكل التي تحدث كرد فعل للتلعثم :

#### المرحلة الأولى :- Bloodstein I وتتميز هذه المرحلة بالآتي:-

١- يحدث التلعثم غالباً بصورة عرضية كما تحدث خلال هذه الفترة نسبة كبيرة من الشفاء التلقائي.

٢- يتلعثم الطفل عندما يثار أو يغضب أو حين يتعرض الي ضغط نفسي.

٣- يكون أغلب العرض في صورة تكرار غالباً ما يكون في المقاطع الأولية للكلمة وأحياناً في كل الكلمة .

٤- يحدث التلعثم في بداية الجملة.

٥- غالباً يحدث التلعثم في الكلمات ذات المقاطع الصغيرة مثل الضمائر ، حروف الجر ، أدوات الربط، وبذلك يكون التلعثم في صورة تكرار لكل الكلمة مثل: "هو"، "أنا"، "زي"، "و".

٦- لا يدرك الطفل أنه يتلعثم ولا يصف نفسه كمتلعثم .

### المرحلة الثانية :- Bloodstein II

- ١- طول التاريخ المرضي للتلعثم كعرض حتى أصبح المرض مستتباً.
- ٢- وجود التلعثم في الكلمات ذات المقاطع المتعددة مثل الأفعال، الأسماء، الصفات مع عدم إقتصار التكرار على الكلمة الأولى من الجملة وحدثها في جزء من الكلمة وليس كل الكلمة.
- ٣- إزداد التلعثم في المواقف الصعبة أو عند التحدث بسرعة .
- ٤- عدم إكتراث الطفل بتلعثمه برغم من اعتبار نفسه متلعثماً .

### المرحلة الثالثة :- Bloodstein III

- ١- ظهور التلعثم في بعض المواقف والتي تختلف من متلعثم إلى آخر، لكن أكثر المواقف التي يظهر فيها التلعثم هي عند التحدث مع الغرباء أو في التليفون أو أثناء وجود الطفل في الفصل الدراسي.
- ٢- وجود صعوبة في نطق أصوات أو كلمات معينة .
- ٣- يبدأ المتلعثم في إبدال كلمة بأخرى والتهرب من كلمات معينة.
- ٤- عدم وجود تفادي في مواقف الكلام.

### المرحلة الرابعة :- Bloodstein IV

- تضم هذه المرحلة البالغين بالرغم من وجود بعض الحالات في سن الطفولة في أعمار ٦ سنوات ، وتتميز هذه المرحلة بالآتي :-
- ١- ظهور الخوف عند توقع التلعثم وهذا يتمثل في خوف الكلمة أو الصوت أو الموقف.
  - ٢- إبدال متكرر للكلمات أو التهرب منها .
  - ٣- تفادي لمواقف الكلام مع وجود خوف وارتباك وهذا يؤدي إلى عزلة المتلعثم اجتماعياً.



## \* علاج التلعثم :

اختلفت طرق علاج التلعثم إختلافاً كبيراً لإختلاف النظريات التى وضعت لتفسير التلعثم ، ولذا تعددت وتفاوتت الطرق إبتداء من وسائل بدائية للعلاج إلى أخرى حديثة نسبياً وأكثر إقناعاً تستخدم اليوم ، ومن هذه الطرق طريقة عدم التفادى لفان رايبير " ١٩٧٣ " ، طريقة سميث ( سميث وثيم ، ١٩٧٨ ) ، طريقة كوبر " ١٩٧٩ " ، وطريقة إدماج الأصوات لسترومستا وأخرون " ١٩٨٨ " ، وبرنامج لدكمب ( أونسلو وأخرون ، ١٩٩٤ ) ، وتشارك هذه البرامج العلاجية بصفة عامة فى تحويل السلوك الخاطئ للمتلعثم وإبداله بأخر جديد مع التدرج فى تعليم الطفل السلوك الجديد والإستغناء تدريجياً عن المعالج ، هذا بجانب الإرشاد لأسرة الطفل المتلعثم ، ويشتمل دور الأسرة على الآتى :

١ - الأصغاء الجيد : يجب على الأهل أن يصغوا جيداً عندما يبدأ الطفل فى الحديث مع إعطاء الإهتمام لما يقوله الطفل وليس للطريقة التى يتكلم بها. كما يجب الإحتفاظ بنظرة العين المعتادة تجاه الطفل أثناء حديثه .

٢ - عدم المقاطعة : أثناء تحدث الطفل ، وإنما يجب أن تدعه الأسرة أن ينتهى من حديثه قبل الرد عليه ، فقد وجد أنه كلما زادت مقاطعة الطفل المتلعثم أثناء الحديث إزدادت درجة عدم الطلاقة ، فانتظار الآباء برهة قبل الرد على أبنائهم المتلعثمين من شأنه أن يجعل الطفل هادئاً غير متعجل وأقل تلعثماً .

٣ - الإبطاء : وذلك بحث جميع أفراد الأسرة على التكلم ببطء عند التحدث مع الطفل وبهذه الطريقة سيكتسب الطفل تدريجياً الأسلوب الأمثل للتحدث مع الآخرين .

٤ - عدم الإكثار من التصحيح : الإكثار من التصحيح للطفل المتلعثم أثناء حديثه ومحاولة تغيير طريقته فى الحديث تعوق تقدم خطة العلاج ، فلاتطلب الأسرة من الطفل بطريقة مباشرة أن يغير من أسلوبه فى الكلام مثل " ..تكلم ببطء .. خذ نفسك قبل أن تتكلم .. لاتتعجل فى الكلام .. إكلم كويس حتى لايسخر منك أصحابك .. " لأن ذلك يؤثر بشكل سلبى على الطفل وقد يؤدى إلى تفاقم التلعثم

عنده وتحاشى التحدث مع الآخرين. ويجب على الأسرة أن تدرك أن لحظات الصمت ليست عيباً فى الكلام وإنما هى طريقة يلجأ إليها الطفل لإتاحة الوقت لنفسه للتعبير بصورة أفضل .

٥ - لا يرغم الطفل على الرد على الآخرين بسرعة مثل " .. قل شكراً .. " ، وإنما يجب على الأبوين ترك حرية التعبير للطفل عما يريد بالطريقة التى يراها هو وليس بالأسلوب الذى يريده الآباء .

٦ - يجب على الأبوين شرح مشكلة التلعثم بوضوح لأشقاء الطفل المتلعثم وذلك منعاً للسخرية والتى من شأنها أن تزيد المشكلة سوءاً ، كما يجب عليهم توضيح بعض النقاط لأطفالهم ( سواء المتلعثم أو الطبيعى ) وهى ألا يقاطع أحدهم الآخر فى الحديث وألا يتكلم أحدهم بالنيابة عن الآخرين ، فقط كل يعبر عما يريد بطريقته .

٧- يجب أن لاتلجأ الأسرة إلى أى أسلوب فى العقاب أو الثواب لكى تحد من تلعثم الطفل ، لأن ذلك قد يؤدى إلى نتائج عكسية سواء بتحاشى التحدث مع الآخرين أو تفاقم التلعثم عنده . وإنما على العكس يجب على الأبوين أن يوجهوا الطفل إلى تجنب أى محاولة لإخفاء تلعثمه بل عليه أن يتلعثم كما يريد فقط بدون أن يكون هناك أى نوع من أنواع الشد العصبى .

٨ - دور المعلم فى المدرسة هام جداً ، فيجب على المعلم أن يعامل الطفل المتلعثم بنفس الطريقة التى يعامل بها الأطفال الآخرين والذين لا يعانون من التلعثم ، فلا يجعله منعزلاً عن باقى زملائه فى الفصل أو أن يتجنب مشاركة الطفل فى الرد على الأسئلة الشفهية بل يجب على المعلم أن يحث الطفل على المشاركة والتعبير عن آرائه و الرد على الأسئلة التى تحتاج إلى إجابات قصيرة بقدر المستطاع مع إعطاء الوقت الكافى للطفل قبل أن يبدأ فى الرد على الأسئلة . كما يجب على المعلم التنبيه على جميع تلاميذ الفصل بعدم مقاطعة بعضهم البعض وألا يكمل أحدهم حديث الآخر .



## (٤) الحبسة الكلامية: Dysarthria

الحبسة الكلامية هي الاسم الشامل لمجموعة أعطاب الكلام الناتجة عن خلل في التحكم العصبي لآلية الكلام وذلك بسبب إصابه في الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي التي تؤدي إلي خلل في العمليات الأساسية المسنوله عن الكلام والتي تشمل :

١- إصدار الصوت . Phonation

٢- النطق Articulation

٣- التنفس Respiration

٤- الرنين Resonance

٥- الإطار اللحني Prosody

\* أسباب الحبسة الكلامية وأنواعها:-

أ- إصابة العصبون المحرك الأعلى Upper motor neuron lesion :-

وهي إصابة للقشرة المخية قد تكون في جهة واحدة أو الجهتين وقد تكون الإصابة تحت القشرة ، وقد تحدث الإصابة بأكثر من شكل مثل نزيف، التهاب سحائي، أورام.....الخ .

ويسبب إصابة العصبون المحرك الأعلى ما يعرف بالحبسة الكلامية التشنجية أو فوق بصلية Spastic or suprabulbar dysarthria ، وأهم ما يميز كلام المريض هو أن الصوت يكون متوتر بشدة ومخنوق كأن المريض يبكي .

ب- إصابة العصبون المحرك الأسفل Lower motor neuron lesion :-

قد تكون الإصابة نتيجة شلل الأطفال ، التهاب الأعصاب المتعدد ، أعطاب في ساق المخ... إلخ . ويتسبب هذا النوع من الإصابة في ما يعرف بالحبسة الكلامية الرخوة

Flaccid or Bulbar dysarthria

وأهم ما يميز كلام المريض هو زيادة كبيرة في الرنين الأنفي نتيجة شلل عضلة سقف الحلق".

### ج- إصابة المخيخ Cerebellar lesion:-

المخيخ في جسم الإنسان مسئول عن الاتزان في الحركة الإرادية وإصابته قد تكون بسبب التهابات، أسباب وراثية ، أورام ، جلطة ، نزيف ، أو صدمات متكررة بالرأس.. إلخ ، وتؤدي إصابة المخيخ إلى الحبسة الكلامية الرنحية Cerebellar or ataxic dysarthria وأهم ما يميز كلام المريض هو زيادة التأكيد في الكلام وتوحيدها Increased equal stresses ، تقطيع غير منتظم في النطق مع بطء معدل الكلام.

### د- إصابات الجهاز الفوق هرمي Extrapyramidal tract lesions :-

وظيفة هذا الجهاز هو تنظيم الحركة ، وأعطاب هذا الجهاز تظهر في :-

١- الشلل الرعاش

٢- الكوريا

٣- الأستيزيس

وهناك نوعان من الحبسة الكلامية الناتجة عن إصابة الجهاز العصبي الفوق

هرمي وهما :

### I- الحبسة الكلامية الهبط حركية Hypokinetic ( Parkinsonian) dysarthria

وهي تصاحب الأصابة بالشلل الرعاش وأهم ما يميز كلام المريض هو سرعة معدل الكلام وخاصة عند نهاية الجملة لدرجة أن قد تختفي ملامحه ، وهذا النوع من الأصابة لا نشاهده في الأطفال.

### II- الحبسة الكلامية الفرط حركية Hyperkinetic ( Dyskinetic) dysarthria

وهي تصاحب الكوريا والاسيتوزيس وأهم ما يميز كلام المريض هو اختلاف في سرعة الكلام فهي مره سريعة وأخرى بطيئة لنفس الجملة ، مع زيادة في شدة

الصوت وانخفاضه بصورة عشوائية وفجائية ولا يتبع نظم الكلام ، مع تقطع الكلام المسترسل . وعند فحص المريض يتبين وجود الحركات اللاإرادية ، مع عدم قدرته فى التحكم فيها.

#### هـ- إختلاط الأنواع السابقة:-

قد تظهر نتيجة إصابات أو اعطاب معينة وتسمى الحبسة الكلامية المختلطة  
Mixed dysarthria

#### \* علاج الحبسة الكلامية :

يعتمد علاج الحبسة الكلامية على التشخيص الدقيق ومعرفة سبب ونوع الإصابة ، وتكتب خطة العلاج بناء على العمليات المتأثرة فى كلام المريض من خلال علاج النطق ، وتحسين الإطار اللحنى للكلام ، هذا وبجانب علاج الإصابة المسببية للحبسة الكلامية.

### أمراض اللغة عند الأطفال

يعتبر تأخر نمو اللغة عند الأطفال من الاضطرابات الشائعة التى تواجه طبيب أمراض التخاطب ، ولايوجد إلى الآن مسح إحصائى دقيق أو دراسات ميدانية لتوضيح حجم هذه المشكلة فى مصر.

#### \* متى نعتبر الطفل متأخراً فى نمو اللغة ؟

يبدأ الطفل فى المناغاة فى عمر ٤ - ٦ أشهر ، ثم يبدأ فى نطق أول كلمة فى عمر سنة تقريباً ، ويستمر الطفل فى اكتساب المفردات اللغوية تدريجياً حتى يبدأ فى تكوين أول جملة فى عمر سنة ونصف إلى سنتين ، ثم تزداد الحصيلة اللغوية بسرعة فى هذه المرحلة حتى يصل إلى استخدام ٢٠٠٠ كلمة فى عمر ثلاث سنوات وأيضاً فى هذه المرحلة تتطور قواعد استخدامه للغة فيستطيع الطفل فى عمر ثلاث سنوات أن يكون جملة مكونة من ثلاث إلى أربع كلمات ، ويصل إلى اكتمال تطور

قواعد اللغة في عمر ٥ سنوات، وأيضاً يتطور نطق الطفل لأصوات اللغة المختلفة تدريجياً حتى يكتمل نموها في عمر ٧ - ٨ سنوات تقريباً .

وعلى هذا عندما يظهر الطفل تأخراً أو خللاً في هذه الخريطة الزمنية لتطور نمو اللغة عنده فإنه ببساطة نستطيع أن نقول أن الطفل متأخر لغوياً عن أقرانه في اكتساب اللغة ، ويترأخ هذا التأخر من مشاكل في نطق بعض أصوات اللغة أو الاستخدام الخاطئ لقواعد اللغة إلى درجات إعاقه شديدة لا يستطيع الطفل استخدام اللغة المنطوقة ، ويتعامل مع الآخرين من خلال الإشارات أو اليكاه لتلبية احتياجاته الأولية .

### \* أسباب تأخر نمو اللغة عند الأطفال :

تشمل متطلبات اكتساب اللغة عند الأطفال سلامة القنوات الحسية ، صحة وظيفة المخ ، الصحة النفسية ، والبيئة المنبهة . وعلى هذا يمكن إجمال أسباب تأخر نمو اللغة فيما يلي :

(١) - الحرمان الحسي :- ويشمل أساساً:

( أ ) الضعف السمعي :-

يعانى الأطفال ضعاف السمع من تأخر في نشأة اللغة السمعية - الصوتية ، كما إتهم بطيئون في معدل تعلمها . وقد أثبتت دراسة أجراها نورثرن وداونز (١٩٩٥) أن الأطفال الذين أصيبوا بضعف أو بفقدان السمع بعد اكتسابهم اللغة يظهرون مهارات لغوية وكلامية أفضل من أولئك الذين جاءت إعاقتهم السمعية قبل تعلمهم للغة ، ومن جانب آخر أظهرت الدراسة ذاتها أن المهارات الكلامية تتأثر بدرجة الفقد السمعي أكثر من المهارات اللغوية. ويوضح الجدول التالي تفاوت القدرة على إدراك وفهم الكلام المنطوق عند ضعاف السمع بحسب مقدار الفقد السمعي لديهم:

نسبة الفقد السمعي

الصعوبة في إدراك الكلام

المنطوق

غير ذات أهمية .	٢٥ ديسيبل أو أقل (١)
صعوبة في إدراك الكلام	٢٥-٤٠ ديسيبل : إعاقة طفيفة (٢)
	المهموس
صعوبة في إدراك الكلام العادي	٤٠-٥٥ ديسيبل : إعاقة متوسطة (٣)
صعوبة في إدراك الكلام العالي	٥٥-٧٠ ديسيبل : إعاقة متوسطة الشدة (٤)
إدراك الكلام المكبر فقط .	٧٠-٩٠ ديسيبل : إعاقة شديدة (٥)
عدم القدرة عادة علي إدراك	٩٠ ديسيبل أو أكثر : إعاقة عميقة (٦)
	حتى الكلام المكبر

( ب ) فقدان البصر:-

لا يبدأ الأعمى بالضرورة إضطرابا لغويا ، وأغلب التأخر في لغة الطفل الأعمى يكون في نشأتها ، ولكنه لا يلبس أن يتدرج في النمو حتى يلحق بأقرانه المبصرين مع بلوغه سن الثالثة ، فيتساوى معهم في متوسط طول الجملة ولكن مع وجود بعض الصعوبة في الأفعال المساعدة، كما أن الرضيع الأعمى لا يشير لما حوله بيده ولا يرفع زراعيه طالبا أن يحمل ، ولا يبتسم إذا نظرت إليه أمه مع كل ما يدل عليه ذلك من اضطراب في التفاعل مع المحيط ، وحينما يتمكن من اللغة فإن مبادراته في الحوار تكون محدودة مقارنة بالمبصرين من أترابه ، كما أن لغته تفتقر في أغلب الأحيان إلى الإبداع.

(٢) الإصابة الدماغية:-

هذه الإصابة قد تحدث نتيجة لأسباب في الفترة ما قبل الولادة وتشكل ٣٠% من الأسباب مثل العوامل الوراثية ، أو لأسباب أثناء الولادة ومآحولها وتشكل ٦٠% من الأسباب مثل نقص الأكسجين عن المولود وإصابات المخ وزيادة نسبة الصفراء عن المعدل الطبيعي ، أو في فترة ما بعد الولادة وتشكل ١٠% من الأسباب مثل الحميات المختلفة والجفاف.

وتكون الإصابة الدماغية إما طفيفة ينتج عنها طفل قليل الانتباه كثير الحركة .  
A.D.H.D أو نوعية ( مركزه في المخ أو المناطق الهرمية أو الجار هرمية-  
الإضافية ) وتؤدي إلى الشلل التوافقي بأنواعه المختلفة أو تكون الإصابة الدماغية  
منتشرة . وهذه الإصابات تؤثر بدرجات متفاوتة في الشدة على قدرات الطفل  
الذهنية، وبالتالي على نمو اللغة لديه.

### ( أ ) الإصابة الدماغية طفيفة: Minimal Brain Damage

تتسبب في فرط نشاط الطفل بصفة عامة وقصر ملحوظ في فترات الانتباه (الطفل  
قليل الانتباه كثير الحركة Attention Deficit Hyperactive Disorder )  
وحركة زائدة لا يوقفها تهديد أو عقاب مع عدم ثبات عاطفي وعيوب إدراكية  
ومعرفية ، كما تشمل الإعاقات التخاطبية المصاحبة لهذا النوع من الإصابة خلافاً في  
الإدراك السمعي ، وبطء في نمو اللغة المنطوقة ، وعيوب في النطق وصعوبات في  
القراءة والكتابة .

### ( ب ) الشلل التوافقي : Brain Damaged Motory Handicapped Child (BDMH)

ينتج الشلل التوافقي عن إصابة نوعية في المخ ، ويعرف الشلل التوافقي على  
إنه اضطراب في الحركة ووضعية الوقوف نتيجة وجود خلل في خلايا المخ قبل  
اكتمال نموه التام (غالباً قبل سن ثلاثة سنوات ) ، واتفق العلماء على أن أسباب  
هذا الخلل في خلايا المخ غالباً ما يكون في مراحل الحمل والولادة المختلفة.

### \* أنواع الشلل التوافقي :

من الصعوبة تحديد تصنيف كامل لحالات الشلل التوافقي لأن معظمها حالات  
مركبة ، ولكن هناك عدة تقسيمات منها :

#### ١- تصنيف حالات الشلل التوافقي حسب الإعاقة الحركية:

١- المتلازمات التشنجية Spastic

٢- المتلازمات الرنجية Ataxic



٣- المتلازمات المركبة Mixed

٤- المتلازمات الرخوة Atonic

٢- تصنيف حالات الشلل التوافقي حسب مكان الإعاقة :

١- الشلل النصفي Hemiplegic

٢- الشلل المزدوج Diplegic

١- الشلل الرباعي Quadriplegic

٢- الشلل السفلي

٣- الشلل النصفي المزدوج

٣- تصنيف حسب درجة الإعاقة:

١- الإعاقة البسيطة : الإعاقة في الحركة الطرفية وتكون بسيطة.

٢- الإعاقة المتوسطة: إعاقة حركية وتخاطبيه متوسطة.

٣- الإعاقة الشديدة: عدم القدرة على ممارسة الأنشطة اليومية.

\*المشاكل المصاحبة لحالات الشلل التوافقي:

١- الإعاقة الحركية : وهي موجودة في كل حالات الشلل التوافقي على اختلاف درجاتها.

٢- الإعاقة البصرية: وتوجد في نسبة بسيطة من حالات الشلل التوافقي وتتراوح بين العمى وإختلافات النظر البسيطة.

٣- الإعاقة السمعية : وتوجد في حوالي ٢٠% من حالات الشلل التوافقي وتتراوح بين الضعف السمعي المركزي او الطرفي بأنواعه التوصيلي، الحسي- العصبي ، والمزدوج.

٤- السنوبات الصرعية: وتوجد في أكثر من ٣٥% من حالات الشلل التوافقي وهي من العوامل المؤثرة على سرعة التحسن.

٥- الضعف الفكري : وهو موجود في معظم حالات الشلل التوافقي.

٦- الإعاقة التخاطبية: وتتضمن مشاكل اللغة والكلام. هذا إلى جانب الحرمان من التنبه البيئي إذا يغلب علي والديه إهمال أو تأجيل العناية لمشاكل هؤلاء الأطفال اللغوية بينما يوالون الإعاقة الحركية الإهتمام الأول والأكبر. ويضاف إلى المصاعب اللغوية في هذه الحالات الإضطرابات الكلامية الناتجة عن تأثر التوافق العضلي العصبي بالإعاقة الحركية القائمة ، فتظهر أنواع الحبسة الكلامية المختلفة.

٧- مشاكل التعليم والعمل.

### ( ج ) الضعف الفكري ( التخلف العقلي ) : Mental retardation

تشخيص الضعف الفكري أو "التخلف العقلي" لا يخبرنا كثيرا فيما يتعلق باللغة ، فليس هناك صورة مرضيه خاصة بهذا القصور الفكري ، وأن كان هذا لم يمنع الباحثين من وصف لغة المتخلفين عقليا ، فتعلق عليها لاهي (١٩٨٨) مشيرة إلى فقر الحصيلة اللغوية لديهم ، مع ضحالة تركيب الجمل وتأخر في نمو إستخدام الأفعال ، وبصفة عامة فقد وجدت علاقة ذات معنى بين العمر العقلي وطول الجملة من ناحية ، وبين العمر العقلي وحجم الحصيلة اللغوية من ناحية أخرى .

وينقسم المتخلفون عقليا إلى فئات متدرجة في الشدة تبعا لمعامل الذكاء ، فتضم فئة التخلف العقلي الخفيف الأطفال الذين يحققون معامل ذكاء من ٥٥ إلى ٦٩ وفئة التخلف العقلي المتوسط من ٤٠ إلى ٥٤ والشديد من ٢٥ إلى ٣٩ والعميق أقل من ٢٥.

### (٣) الإضطرابات النفسية:-

من الاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى تأخر نمو اللغة عند الأطفال ما يعرف بإسم "التوحدية" ، ويعتبر كل طفل من الأطفال المتوحدين حالة فرديه خاصة ومستقلة بذاتها ، ويختلف في العديد من النواحي عن غيره من الأطفال المصابين بنفس الحالة ويرجع ذلك إلى اختلاف في درجة الحالة عند كل طفل حيث يمكن أن تتراوح ما بين طفيفة جداً إلى حادة جداً، ويعتبر هذا المرض من الاضطرابات النادرة التي تصيب الأطفال في أول سنوات العمر وتتراوح نسبه الاصابه بهذا الاضطراب بين

ثلاثة وخمسة أطفال لكل ١٠ آلاف طفل ونجد أن نسبة هذا المرض تزيد في الذكور عنها في الإناث بنسبة ٤ : ١ .

### \* أسباب حدوث التوحدية:

أسباب حدوث هذا الاضطراب في الأطفال غير معروف بالتحديد ولكن الوراثة قد تلعب دوراً في حدوثه ، وقد يرجع حدوث هذا الاضطراب إلى إصابة الجنين أثناء فترة الحمل ببعض الفيروسات وخاصة في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل أو حدوث إجهاض منذر، وقد يؤدي نقص الأكسجين للطفل عند الولادة إلى حدوث هذا المرض ولكن حتى الآن السبب الأساسي لحدوث مرض التوحديه غير معروف .

### \* التوحيديه وذكاء الطفل:

تتفاوت نسبة الذكاء في هؤلاء الأطفال بدرجة كبيرة فنجد ٢٥% من هذه الحالات تكون نسبة ذكائها طبيعية أما الباقون فيعانون من نسب مختلفة للقصور الذهني وفي بعض الأحيان نجد بعض هؤلاء الأطفال يظهرون بعض القدرات التي يتفوقون فيها عن بعض أقرانهم مثل الحساب والموسيقى.

### \* المشاكل التي يعاني منها هؤلاء الأطفال:

#### ١- اضطراب في علاقاتهم الاجتماعية :

أول ما يلفت نظر الأم أن طفلها يعشق الوحدة والصمت ولا يشعر بالغبرة مع الأشخاص الغرباء ويفضل اللعب بمفرده ، ويتجنب دائما النظر في عيون والديه ولا يستجيب لمشاعرهم كما يفضل في تكوين صداقات ويرفض المشاركة في الألعاب الجماعية.

#### ٢- مشاكل تخاطبيه : وتشمل

أ - استجابات غير عادية للأصوات:

كثير ما يعتقد المحيطون بهذا الطفل أنه أصم لأنه يميل إلى تجاهل الأصوات حتى شديدة الارتفاع ولا تطرف عينه لها ولا يظهر عليه إحساسه بوجود أي صوت أو ضوضاء حوله ، إلا أنه قد ينجذب لبعض الأصوات مثل صوت جرس الباب أو صوت لعبة معينة كما إنه قد يجد بعض الأصوات مزعجه بدرجة شديدة حتى إنه يغطي أذنيه وينكمش بعيداً عنها مثل صوت دراجة بخارية أو نباح الكلب .

#### ب - صعوبات في فهم الكلام:

يستجيب الطفل التوحدي للكلام بنفس الطريقة غير العادية التي يستجيب بها للأصوات الأخرى ، ففي الوقت الذي يحب الطفل السوي الذي يبلغ عمره عام واحد أن يسمع صوت أمه نجد هذا الطفل لا ينتبه لكلام أمه ويتجاهله تماماً إلا أنه قد ينزعج من الصياح العالي أو قد ينجذب إلى الهمس الرقيق، ويبدو أن الكلام له كآته بلا معنى. وقد تمر سنوات قبل أن يتعلم أن يأتي عندما يناديه أحد باسمه. وفي هذه المرحلة لا يطيع الطفل تعليمات أو يستمع إلى أي تحذيرات أو يفهم عندما يؤنبه أحد.

#### ج - مشكلات في فهم الإشارات :

في العام الأول من عمر هؤلاء الأطفال تقريبا تقتصر اللغة الموجودة لديهم على الصراخ المميز ، وفي المرحلة التي تلي ذلك يبدو احتياجهم عن طريق الإمساك على يد أحد الوالدين وجذبه معه ووضع يده على الشيء المراد ، وقد تمر عدة سنوات قبل أن يتمكن الطفل من الإشارة ، وعندئذ يستخدم الطفل يده بالكامل ولا يشير باستخدام إصبع واحد.

#### د - تأخر نمو اللغة والكلام :

بعض الأطفال التوحيديين لا يتكلمون أبدا ويظلوا صامتين طوال حياتهم ، أما البعض الآخر ينطق فقط بعض الكلمات أو الجمل القليلة بعضها يكون غير مفهوم ، غير إنهم دائمًا ما يبدو متأخرين في الكلام عن من في سنهم ، وهم عادة ما يرددون كلمات التي سمعوها من الآخرين وخاصة الكلمة أو الكلمات الأخيرة من الجملة ويكرر بعض الأطفال عبارات سمعوها في الماضي وبعضها يحتوي على



أجزاء من إعلانات التلفزيون أو أي شيء محفوظ متكرر كالأذان ، ودائما يبدو كلامه كأنه يتحدث مع نفسه ويكون خاليا من النغمات الطبيعية ، بالإضافة إلى تكرار الكلام (Echolalia) فإنه قد يحدث أحيانا أن يصدر الطفل هذه العبارات المكررة في وقت مناسب مما يجعله يبدو وكأنه يعرف ما يقول بالرغم من انه لا يعرف ما يقول ، ولا يستطيع الأطفال التوحديين أن يستخدموا الكلمات بطريقة مرنة أو يعبروا عن الأفكار الدقيقة ، حتى من يتمكن منهم في إحراز تقدم طيب في القدرة على الكلام فهم عادة ما يتعلمون معنى واحد فقط للكلمة أو العبارة ككل ويلتزمون بها ، وهو لا يشير إلى نفسه أبدا بكلمة "أنا" بل يتحدث عن نفسه كأنه شخص آخر .

### ٣- طقوس وحركات روتينية وإصرارية :

من أكثر الأشياء الملحوظة على الطفل التوحدي أن يصدر حركات بالجسم كثيرة وغريبة، فهو يرفرف بذراعيه ويديه ويقفز في مكانه ويشير بوجهه وهو يميل إلى المشي على أطراف أصابعه وقد يشد ساقيه أحيانا بصوره متصلبة والقليل منهم يلفون حول أنفسهم بدون أن يصابوا بالدوار ، ويميل إلى اللعب معينة لا غيرها ويستمر في أداء هذه الحركات الغريبة لفترات طويلة ولا يمل منها فيفضل مثلا رسم دوائر أو السير في دائرة أو اللعب بالماء بصوره غير طبيعية وتفشل جميع المحاولات التي تبذل لمحاولة إخراجه مما هو فيه فهو يرفض التغيير رفضا قاطعا .

### (٤) الحرمان البيئي :-

إذا كانت العوامل الداخلية للطفل (الحسية ، العصبية ، الحركية ، الفكرية ، والنفسية) صحيحة ولكن غاب عنها التنبيه البيئي ، فإنه من المتوقع أن يتأخر نمو اللغة عنده ، ومن المعتاد وجود حالات تأخر في اللغة لهذا السبب في المستويات المحرومة اجتماعيا وثقافيا واقتصاديا وعاطفياً، كما تشيع هذه الحالة بين الأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة طال علاجها إذ يغلب أن يكون حديث الوالدين لأبنائهم شحيحا .

### (٥) تأخر نمو اللغة غير محدد الأسباب :-

هذه فئة من الأطفال الذين يعانون من تأخر نمو اللغة بدون سبب واضح من الأسباب التي قدمناها سابقا ، فهم يحققون معدلات طبيعية في المقاييس المقتنة للذكاء الغير لفظي ولا يعانون من أي عيوب بالسمع ولا يظهرون أعراض لإضطراب عاطفي شديد أو لمصاعب سلوكية لذا فإنه يطلق علي هذه الحالة اضطراب اللغة النوعي " Specific language impairment " .

#### \* تشخيص تأخر نمو اللغة :

الطفل الذي يعاني من تأخر نمو اللغة يمر بالمراحل التالية في التشخيص لمعرفة سبب وأبعاد المشكلة تمهيداً للتدخل العلاجي ، وهذه المراحل تشمل :

( ١ ) تاريخ الحالة : و يتضمن : التاريخ الشخصي و العائلي ، تاريخ الحمل و الولادة ، دلائل النمو و التطور عند الطفل ، التاريخ المرضي للطفل .

( ٢ ) الفحص الإكلينيكي : ويتضمن : فحص الأذن و الأنف و التجويف الفموي البلعومي ، فحص الجهاز العصبي ، تحديد العمر الحركي واليدوي للطفل .

#### ( ٣ ) الاختبارات المقتنة :

أ - اختبارات القدرات و تضم :

١ - اختبار جريفث (١٩٥٤) : و يقيس العمر العقلي من الولادة وحتى سنتين .

٢ - اختبار إستاتفورد بينيه (ثورنديك وآخرون ، ١٩٨٦) : و يقيس العمر العقلي من ١,٥ سنة إلى ٢١ سنة .

٣ - اختبار سندرجر أومن (اختبار غير لفظي) (١٩٣٩) : و يقيس العمر العقلي من ٤,١١ سنة إلى ١٦ سنة .

٤ - اختبار فينلاندي (دول ، ١٩٦٥) : لقياس العمر الاجتماعي .

٥ - اختبار ماريان فروستج (١٩٦٦) : لقياس الإدراك البصري



ب - اختبار اللغة العربية ( قطبي وآخرون ، ١٩٩٥ ) : و يقيس هذا الإختبار :  
التقليد ، مجال الذاكرة السمعية ، اللغة الإستقبالية ، اللغة التعبيرية ، مضمون  
اللغة البراجماتيكة ، الإطار اللحني للكلام ، النطق.

ج - اختبار النطق (قطبي وآخرون ، ١٩٨٦ ) : و يقيس هذا الإختبار أخطاء  
النطق في أصوات اللغة العربية في أوضاع الصوت المختلفة سواء في أول ، أو وسط  
، أو آخر الكلمة.

( ٤ ) فحوصات أخرى : وذلك حسب الحالة مثل مقياس السمع ، الأشعة المقطعية  
أو الرنين المغناطيسي للدماغ ، رسم المخ الكهربائي ... إلخ .

### \* البرنامج العلاجي اللغوي لعلاج تأخر نمو اللغة :

أولاً: الإرشاد العائلي:

يلعب المحيط المباشر للطفل - عائلته- دوراً هاماً في العلاج اللغوي ، فنوع  
و كثافة التفاعل الذي تبادر به الأسرة أو تستجيب له إيجابياً أو تشجعه يغير إلي حد  
كبير من نوع السلوك الذي يظهره الطفل ، لذا فإن أخذ دور الأسرة في الإعتبار في  
خطة علاج تأخر نمو اللغة يوفر فرصة التكامل والإستمراريه بين الفريق المعالج  
والأسرة والتواصل بين ما يقدمه كلاهما، فلا يشعر الطفل إنه يعيش في عالمين  
منفصلين ، علماً بأن دور الأسرة هو الأكبر تأثيراً والأضمن إستمراراً ، وهذا ما جعل  
من المشورة أو النصيحة العائلية أحد النماذج الهامة للعلاج بالتبادل مع وسائل  
التدخل المباشرة التقليدية .

وكخطوة أولية هامة في برنامج العلاج اللغوي تتم المشورة العائلية في جلسة  
أولي ثم في جلسات دورية منتظمة كلها تهدف في النهاية إلى تحقيق علاقة العمل  
المشترك بين الفريق المعالج والأسرة وتلك العلاقة هي أساس كل الأنشطة والخدمات  
التخاطبية التي تقدم للطفل . وفيما يلي مثال لبعض الإرشادات للأسرة :

- ١- التحدث عن ما يلت نظر الطفل مما يدور حوله في البيئة المحيطة مع إبداء التفهم لأي محاولة من جانب الطفل بالتعبير عن نفسه .
  - ٢- التحدث عن الأحداث اليومية مثل - تغيير ملبسه - الاستحمام .. وهذا يتم بكلمات وجمل بسيطة وواضحة .
  - ٣- استخدام بعض الأصوات لربط الصوت بمصدره والتعرف على اسم المصدر مثل- أصوات الحيوانات .
  - ٤- استخدام بعض الإشارات المصاحبة للحدث ذلك لتسهيل نقل المعنى المطلوب مثل إشارة (باي) عند الخروج .
  - ٥- يجب مراعاة عدم إجبار الطفل على تكرار ما تقوله الأم مثل قول (عربية) .
- ثانياً : جلسات التدريب التخاطبية :

#### \* هدف جلسات التخاطب :

هو تنمية القدرات اللغوية والإدراكية والمعرفية والسلوكية والاجتماعية للطفل وذلك من خلال برامج تأهيلية تخطط حسب احتياجات كل حالة على حدة .

#### \* خطة العلاج :

يقسم طبيب أمراض التخاطب البرنامج التأهيلي للطفل إلى مراحل ، وفي بداية كل مرحلة أوجزء من البرنامج ينبغي أن يجرى الطبيب بياناً أولى يحوي كل ما يهدف إلى تعليمه للطفل من خلال هذا الجزء ، وغرض هذا البيان هو أن يتبين للمعالج ما في حصيلته الطفل من سلوك ومهارات حتى يبدأ في تعليمه ما ليس لديه منها كما يحدد الجزء أو المرحلة التي سينخرط الطفل فيها، فمثلاً الطفل الذي يحقق محكا مناسباً في مدي الانتباه وتقليد الحركي والصوتي ، ينضم مباشرة إلى مراحل اللعب الجماعي والتي القسم اللفظي من البرنامج . بالإضافة إلى ما سبق فإن أداء الطفل في البيان الأولي يفيد في تحديد ترتيب تعليمه السلوكيات والمهارات المختلفة فما أداه بصوره تكاد تكون صحيحه سيتعلمه اسهل مما أداه بصوره خاطئة وهذا الأخير سيكون اسهل عليه مما لم يستجب له على الإطلاق .

وفيما يلي أمثلة لبعض الأهداف العامة التي يجب أن يضمها البرنامج التأهيلي اللغوي مثل: تحسين الانتباه ونظرة العين الإيجابية، فهم اللغة وذلك لتعلم الربط بين مفردات اللغة والأشياء المحيطة بالطفل ومجموعة الأفعال، تطوير اللغة التلقائية من خلال زيادة مفردات الحصيلة اللغوية المنطوقة وتعميم استخداماتها وزيادة طول الجملة مع تعلم قواعد اللغة، هذا إلى جانب وجود أهداف أخرى تدرج في البرنامج التأهيلي اللغوي حسب الحالة مثل حالات الضعف السمعي فتتم مساعدة هؤلاء الأطفال للاستفادة القصوى من القدرة السمعية المتبقية لديهم من الانتباه للأصوات والتمييز بين المصادر الصوتية ثم بين أصوات الكلام.... وهكذا ، ويترك للمعالج حرية إختيار الأدوات والمواد واللعب المناسبة للهدف الذي وضع للتدريب، وعندما يقوم الطفل قد تعلم كل المهارات المخصصة لجزء معين في البرنامج وحقق الطفل ٩٠% من الاستجابات بطريقة صحيحة فإن المحك النهائي للجزء يكون قد أنجز ومن ثم ينتقل الطبيب بالطفل إلى الجزء التالي من الخطة ، أما إذا أخفق الطفل في تحقيق المحك المطلوب فعلى الطبيب أن يستأنف التدريب حتى يحقق الطفل النتيجة المرجوة .

### \* التدريب الجماعي و الفردي :

لاشك أن التدريب الفردي يتيح لكلا من المعالج والطفل تركيز أعمق وبالتالي نتائج أفضل في التدريب ، ولكن قد يكون ذلك على حساب التفاعل الاجتماعي للطفل لذا فإنه من المفضل أن تكون بداية البرنامج العلاجي اللغوي على هيئة تدريب فردي مع اندماج تدريجي في تدريب جماعي وسط مجموعه من الأقران متكافئة في كافة الجوانب اللغوية والفكرية والحسية والحركية والسنية ، وأخيرا يخضع الأمر في النهاية لقرار المعالج.

### ثالثاً : الفريق الطبي المتكامل :

بعض الحالات تستدعي وجود فريق طبي متكامل لمناظرة الحالة ووضع تقرير نهائي لطبيعة الحالة وشدتها وتوقعات الحالة ووضع التوصيات وخطة العلاج ، فمثلاً حالات الشلل التوافقي تحتاج إلى فريق طبي مكون من طبيب أمراض التخاطب ، طبيب أعصاب الأطفال ، الطبيب النفسي ، وأخصائي العلاج الطبيعي . وأيضاً يجب أن يكون هناك تعاون بين طبيب أمراض التخاطب والطبيب النفسي في برامج التعديل السلوكي والمعرفي في حالات التوحدية والأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الإنتباه .

### — المراجع —

١- كتاب التخاطب . سلسلة محاضرات . وحدة أمراض التخاطب ، كلية الطب جامعة عين شمس .

Abou-Elsaad , T ( 2005) : An Introduction to Phoniatics for Undergraduate Medical Students ( in press).

Bloodstien,O (1960): The development of stuttering: II. Developmental phase. Journal of Speech and Hearing Disorders, 25, 366-367.

Cooper , EB ( 1979 ) : Intervention procedures for the young stutterer . In H. Gregory ( ed.), Controversies about stuttering therapy ( pp. 63-96) . Baltimore : University of Park Press.

Doll,S. (1965): Vineland Adaptive Behavior Scale, Expanded from manual circle print: American Guidance services.

Frostige, M.; Le Fever, W. and Whittlesey, JR (1966): Scoring manual for the Mariane Frostige Development Test of Visual Perception. Counseling Psychologist Press, Calif.

- Freud, ED (1957):** What causes stuttering? Interpretation of some systems of approach to the problem. *Acta Psychiatr. Neurol.*, 32(2): 137-150.
- Griffiths, R (1954):** The abilities of babies. New York: McGraw-Hill.
- Kotby, MN; Bassiouny, S.; Elzomor, M.; and Mohsen, N (1986):** Standardization of an articulation test. Proceedings of the 10<sup>th</sup> Annual Ain-Shams Medical Congress, March, 1986.
- Kotby, MN ; Khairy, A ; Baraka, M ; Rifaie, N and El-Shobary, A (1995):** Language testing of Arabic speaking children . Proceedings of the XXIII World Congress of International Association of Logopedics and Phoniatrics . Cairo , August, 1995 .
- Lahey, M (1988) :** Language disorders and language development . New York: MacMillan Publishing Company.
- Northern, J. and Downs, M. (1995):** Hearing in children. 4<sup>th</sup> Ed. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Onslow, M.; Andrews, C. and Lincoln, M. (1994):** A control/experimental trial of an operant treatment for early stuttering. *Journal of speech and hearing research*, 37: 1244-1259.
- Snidjer, ML and Snijder Oomen (1939):** Non-verbal intelligence scale for deaf and hearing subjects. Walters JP. Groningen, Holland.
- Stromesta, C ; Kotby, MN and Youssef, M (1988):** Evidence of coarticulation in Arabic . *Folia Phoniatica* , 40 : 183 – 189.
- Thorndike, RL; Hagen, EP, and Sattler, JM (1986):** Guide for Adminstrating and Scoring, Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth Ed. Chicago: Riverside Publishing Co.
- Van Riper, C (1973) :** The treatment of stuttering . Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Van Riper, C (1982) :** The nature of stuttering (2<sup>nd</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.